



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**

**DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE**

**Intervenção Psicomotora em Saúde Mental  
Infanto-juvenil: Dois estudos de caso**

**Tatiana Sofia Rovisco Isidro**

**Orientadores:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Guida Veiga  
Dra. Rosa Esquina

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do  
Grau de Mestre em Psicomotricidade

Mestrado em Psicomotricidade  
Relatório de Estágio

Évora, 2018



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS**

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Intervenção Psicomotora em Saúde Mental  
Infanto-juvenil: Dois estudos de caso**

**Tatiana Sofia Rovisco Isidro**

**Orientadores:** Prof.<sup>a</sup> Doutora Guida Veiga

Dra. Rosa Esquina

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do  
Grau de Mestre em Psicomotricidade

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

Évora, 2018

*“A criança modela-se. Ajuda-a a modelar-se oferecendo-lhe tudo quanto tenhas de mais autêntico dentro de ti. Oferece-te a ti próprio como modelo. Faz de modelo, não só com o teu corpo de Homem, mas também com o que resta da tua espontaneidade infantil para o Amor.”*

*João dos Santos (in Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta, pág. 23)*

## Agradecimentos

Ao longo destes meses de estágio, assim como durante a realização do relatório final, foram muitas as pessoas que me apoiaram e às quais quero deixar os meus sinceros agradecimentos. Assim sendo agradeço...

A toda a equipa da Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, pela integração, partilha de conhecimentos, motivação e interesse pelo meu trabalho, sempre mostrando disponibilidade e amabilidade, fazendo-me sentir à vontade para atuar e aprender; Em especial, à Dra. Rosa Esquina pela confiança depositada em mim, preocupação constante e esclarecimento de dúvidas quando necessário.

À professora Guida Veiga por sempre me mostrar o caminho certo, fornecendo-me ferramentas e conhecimentos para que pudesse refletir e colocar em prática as minhas ideias; Pela disponibilidade total, acompanhamento contínuo e transmissão de conhecimentos.

À minha colega de estágio, Andreia Dantier, por me acompanhar ao longo desta etapa da minha vida, ouvindo as minhas dúvidas e inseguranças, ajudando-me a continuar; por partilhar comigo os seus ideais e ajudarmo-nos mutuamente a desenvolver as nossas capacidades enquanto psicomotricistas; por ser uma das melhores amigas que levo desta aventura;

A todas as crianças que acompanhei tanto nos grupos pertencentes ao projeto da Área de Dia como aquelas que acompanhei individualmente por me terem permitido entrar nas suas vidas e estabelecer uma ligação com elas; por me terem dado razões mais que suficientes para continuar a lutar e a sorrir todos os dias, e mesmo sem saberem, por me fazerem crescer enquanto profissional

Ao meu namorado, por ter sempre uma palavra de força em qualquer momento; por não deixar de acreditar nas minhas capacidades e estar sempre presente e interessado nas histórias que eu tinha para lhe contar ao fim do dia; por saber dar-me o seu amor e carinho nas horas em que eu mais precisava e por tentar sempre entender os meus sentimentos;

E por fim, aos meus pais e irmão, por terem feito de mim a pessoa que sou hoje, por ouvirem o que tenho a dizer e por mostrarem o orgulho que têm em mim; por se esforçarem para me manterem na universidade, conseguindo os possíveis e impossíveis, abrindo-me sempre uma porta e procurando saber o que me faz feliz!

**Resumo:** O presente relatório tem por objetivo a descrição das atividades desenvolvidas na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta, área da saúde mental infantojuvenil, referente ao Mestrado em Reabilitação Psicomotora pela Universidade de Évora. O estágio foi integrado numa equipa multidisciplinar, durante o qual foram acompanhados 3 grupos e 6 casos individuais. O relatório engloba o enquadramento teórico, legal e institucional, salientando-se a contribuição da psicomotricidade no contexto da saúde mental e a reflexão profissional e pessoal relacionada com a evolução durante a experiência de estágio. Serão apresentados dois estudos de caso enquanto modelos demonstrativos, onde será descrita toda a intervenção, a avaliação inicial e a decorrente formulação das hipóteses explicativas da dinâmica das características reveladas pela criança ou adolescente acompanhado, ao delineamento e aplicação do programa de intervenção (i.e., definição de objetivos, estratégias, sessão-tipo, etc.), e respetiva avaliação.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Crianças; Adolescentes; Intervenção Psicomotora; Estudo de Caso;

**Title:** Psychomotor Intervention in Child and Adolescent Mental Health: Two case studies

**Abstract:** The purpose of this report is to describe the activities carried out at the Pedopsychiatry Unit of the Garcia de Orta Hospital, in the area of mental health in children and adolescents, referring to the Master Degree in Psychomotor Rehabilitation by the University of Évora. The internship was integrated into a multidisciplinary team, during which, 3 groups and 6 individual cases were followed up. The report encompasses the theoretical, legal and institutional framework, emphasizing the contribution of psychomotricity in the context of mental health and professional and personal reflection related to the evolution during the internship experience. Two case studies will be presented as demonstrative models, where all the interventions will be described, the initial evaluation and the resulting formulation of the explanatory hypotheses of the characteristics revealed by the child or adolescent in study, the design and application of the intervention program (ie, definition objectives, strategies, session-type, etc.), and their evaluation.

**Keywords:** Mental Health; Children; Adolescents; Psychomotor intervention; Case study;

## Lista de Abreviaturas

- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- BOT - 2 - Teste de Proficiência Motora de Bruininks - Oserestky 2
- BPM - Bateria Psicomotora
- DAP – Draw a Person (Desenho de uma pessoa)
- DSM-5 - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5
- GOC – Grelha de Observação do Comportamento
- HGO – Hospital Garcia de Orta
- PA – Perturbação da Ansiedade
- PAS - Perturbação da Ansiedade de Separação
- PHDA - Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção
- PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático
- TL - Torre de Londres

## Índice Geral

Introdução.....	1
CAPÍTULO I. Enquadramento Teórico da Prática Profissional	
1. Caracterização da Instituição e da População.....	2
1.1 Caracterização da Instituição – Hospital Garcia de Orta.....	2
1.1.1 Unidade de Pedopsiquiatria.....	2
2. A Psicomotricidade – Conceptualização.....	3
2.1 A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil.....	4
2.2 Metodologias de intervenção psicomotora.....	5
2.2.1 O Jogo.....	5
2.2.2 A Relaxação.....	6
3. Contextualização Clínica da intervenção.....	7
3.1 Vinculação.....	7
3.2. Agitação Psicomotora/ Hiperatividade.....	9
3.3. Perturbação da Ansiedade.....	11
CAPÍTULO II. Caracterização da Prática Profissional	
1. Atividades de estágio realizadas.....	12
1.1 Horário da Intervenção.....	12
1.2 Calendarização das atividades de estágio.....	13
1.3. Experiências Complementares de Formação.....	13
1.4. Intervenção Psicomotora no local de estágio.....	14
2. Processo de Avaliação e Intervenção Psicomotora.....	15
2.1. Avaliação.....	16
2.1.1. Avaliação Informal.....	16
2.1.1.1. Grelha de Observação Psicomotora.....	17
2.1.2. Avaliação Formal.....	17
3. Descrição dos Casos Acompanhados.....	23
3.1. Casos acompanhados em Grupo.....	23
3.2. Casos acompanhados Individualmente.....	30
CAPÍTULO III. Estudos de Caso	
Estudo de Caso I - Pedro.....	33

Estudo de Caso II – Maria.....	64
CAPÍTULO IV. Conclusão.....	95
CAPÍTULO V. Referências Bibliográficas.....	97
Anexos.....	101



## Índice de Tabelas

Tabela 1- Descrição dos casos de intervenção do grupo I- Rapazes _____	24
Tabela 2- Descrição dos casos de intervenção do grupo II- Rapazes _____	26
Tabela 3- Descrição dos casos de intervenção do grupo III- Raparigas _____	28
Tabela 4- Elementos Critério do Pedro _____	41
Tabela 5 - Perfil Intraindividual do Pedro _____	45
Tabela 6 - Objetivos Terapêuticos do Pedro _____	46
Tabela 7- Elementos Critério da Maria _____	74
Tabela 8- Perfil Intraindividual da Maria _____	78
Tabela 9- Objetivos Terapêuticos da Maria _____	78

## Índice de Figuras

Figura 1- Horário de Intervenção _____	12
Figura 2- Calendarização das atividades de estágio _____	13

## Índice de Anexos

**Anexo 1** – Descrição do Método de Relaxação Ativa-Passiva

**Anexo 2** – Tabela de Observação Psicomotora

**Anexo 3** – Outros Instrumentos aplicados no decorrer do estágio

**Anexo 4** – Progressão terapêutica dos grupos acompanhados no projeto Área de Dia

**Anexo 5** – Resultados Iniciais da aplicação do Questionário QCD ao Pedro

**Anexo 6** – Calendarização da Intervenção com o Pedro

**Anexo 7** – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do DAP ao Pedro, e respetivos desenhos

**Anexo 8** – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do QCD ao Pedro

**Anexo 9** – Resultados Iniciais da aplicação do Teste de Atenção d2 à Maria, assim como a comparação com as médias e desvio-padrão

**Anexo 10** – Resultados Iniciais da aplicação do Questionário Scared-R à Maria

**Anexo 11** – Calendarização da Intervenção com a Maria

**Anexo 12** – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do Teste de Atenção d2 à Maria

**Anexo 13** – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do Questionário Scared-R à Maria, assim como a comparação com as médias e desvio-padrão

**Anexo 14** – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do teste BOT-2 à Maria

**Anexo 15** – Exemplo de um Planeamento e Relatório do Estudo de Caso I – Pedro

**Anexo 16** – Exemplo de um Planeamento e Relatório do Estudo de Caso II- Maria

**Anexo 17** – Consentimentos Informados dos Casos Acompanhados

## Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, integrado no 2º ano do plano curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. Foi realizado um estágio durante o ano letivo 2017/2018 na área da saúde mental infantojuvenil, na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta. A realização do estágio pretende estimular o domínio do conhecimento no âmbito da Reabilitação Psicomotora, tanto a nível científico, como metodológico, promovendo também uma maior competência reflexiva multidisciplinar, a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e programas em diferentes contextos, com a finalidade do enquadramento profissional e científico na área (Martins, Simões, Brandão e Espadinha, 2015).

O documento apresentado encontra-se dividido em 7 partes: Introdução; Enquadramento Teórico da Prática Profissional; Caracterização da prática profissional; Apresentação de dois estudos de caso como modelos exemplificativos da intervenção realizada; Conclusão; Referências; e anexos do presente relatório.

Relativamente ao Enquadramento da Prática Profissional consiste numa componente teórica onde se procura fornecer ao leitor a contextualização teórica das atividades realizadas, nomeadamente a caracterização da instituição, da intervenção psicomotora no âmbito da saúde mental, as metodologias de intervenção utilizadas ao longo do estágio e ainda a contextualização clínica de algumas das patologias com as quais a estagiária lidou. A Caracterização da prática profissional define-se pela contextualização do trabalho da estagiária no local de estágio, horário de estágio, a calendarização das atividades desenvolvidas e todo o processo de intervenção, instrumentos de avaliação utilizados e uma apresentação mais breve de todos os casos acompanhados. Na parte que diz respeito aos dois estudos de caso apresentados, é definida toda a intervenção realizada, nomeadamente as avaliações iniciais, os elementos critério, as hipóteses explicativas do caso, o planeamento da intervenção a realizar e por fim, a progressão terapêutica, onde é descrita a intervenção realizada e onde as avaliações iniciais e finais são comparadas, refletindo-se sobre a intervenção. Finalmente, na conclusão, apresentam-se algumas reflexões sobre as aprendizagens adquiridas no decorrer do estágio, assim como uma análise crítica no que diz respeito aos aspetos mais positivos e os aspetos que poderiam ser melhorados e pensados de outro ponto de vista desta experiência.

## **CAPÍTULO I. Enquadramento Teórico da Prática Profissional**

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

#### **1.1 Caracterização da Instituição – Hospital Garcia de Orta**

##### **1.1.1 Unidade de Pedopsiquiatria**

O Hospital Garcia de Orta, EPE, criado há quase 30 anos, encontra-se sediado na freguesia do Pragal, servindo atualmente cerca de 350 mil habitantes. Dos vários serviços que esta unidade pública oferece, foi em 2003 que foi inaugurada a Unidade de Pedopsiquiatria, que se encontra situada num espaço próprio da sociedade na freguesia da Cova da Piedade (HGO, 2018). Esta unidade é constituída atualmente por uma equipa multidisciplinar que integra médicos pedopsiquiatras, psicólogos, assistente social, enfermeira e educadora da infância. Fazem ainda parte desta equipa estagiárias de psicomotricidade, de psicologia, internos de pedopsiquiatria e ainda internos de psiquiatria.

A unidade de Pedopsiquiatria dá resposta a uma grande diversidade de patologias do foro psiquiátrico, sendo as mais prevalentes as perturbações emocionais e de comportamentos da criança e do adolescente, abrangendo idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos (HGO, 2018). Integrado na Unidade de Pedopsiquiatria, surgiu desde fevereiro de 2009, a necessidade de criar o Projeto Área de Dia, cujo principal objetivo consiste em dar uma resposta às dificuldades ligadas à intervenção terapêutica individual com crianças dos 6 aos 9 anos, que apresentem alterações do comportamento e dificuldades de mentalização, que causam impacto no contexto familiar e escolar (Esquina, Figueiredo, Silva, Alves, & Pires, 2013). Este projeto pretende desenvolver a capacidade de ligar afetos e pensamentos, transformando o agir em processos de mentalização e criatividade, apoiando a socialização entre os pares e adultos. Esta intervenção apresenta uma periodicidade semanal, constituída por dois ateliês distintos, o de psicomotricidade e o de expressão plástica, sendo acompanhados 3 grupos de intervenção. Quinzenalmente, e em paralelo com os grupos de crianças, existe o grupo das famílias, onde se procura dar apoio à capacidade parental, ajudando as famílias a compreender a intervenção, despertando o seu interesse e motivação, assim como auxiliar na compreensão sobre o funcionamento psíquico dos filhos, possibilitando assim momentos de reflexão e partilha. Para além dos pais, também em todos os períodos escolares se procura realizar uma reunião com os professores das crianças acompanhadas (Esquina et al., 2013).

## 2. A Psicomotricidade - Conceptualização

A Psicomotricidade constitui-se como uma abordagem multidisciplinar do corpo e da motricidade humana, onde o seu objeto é o sujeito humano total e as suas relações com o corpo, sejam elas integrativas, emocionais, simbólicas ou cognitivas (Fonseca, 2001). Para Martins (2001), a Psicomotricidade define-se como sendo uma prática de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da sua regulação tónico-emocional, o que possibilita o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento relacional e lúdico. Esta terapia oferece ao sujeito a possibilidade de reencontrar a harmonia do seu EU e o prazer de o fazer funcionar, através da sua capacidade de ser e de agir pelo corpo em relação, através do movimento (Vidigal, 2005). Existe uma associação entre a motricidade e o psiquismo, que está subjacente à integração e à expressão gnoso-prática e tónico-emocional, isto é, relaciona o movimento à expressão simbólica, o que irá permitir dar significado ao comportamento motor do ser humano através da sua relação dialética com os objetos, os outros e consigo mesmo (Fernandes, 2015).

Só é possível compreender a psicomotricidade tendo em consideração a tríade corpo, espaço e tempo, que permite ao sujeito organizar as suas experiências através das relações que estabelece com o mundo que o rodeia (Costa, 2008). A psicomotricidade engloba assim uma mediação corporal e expressiva, onde o terapeuta irá intervir nos problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, assim como também ao nível da aprendizagem e comportamento, com a finalidade de privilegiar as relações afetivo-emocionais, a disponibilidade corporal, motora e psíquica (Branco, 2006).

Por fim, é importante mencionar que na psicomotricidade, a comunicação verbal e não-verbal se encontram interligadas. É necessário por parte do terapeuta uma atitude relacional, contudo, a sua atuação pode ter um carácter instrumental ou relacional. Na psicomotricidade instrumental privilegia-se a descoberta guiada e o jogo é utilizado com a finalidade de favorecer as competências de reflexão, expressão, imitação, comunicação, entre outros. Por sua vez, na psicomotricidade relacional, a intervenção é psicoafectiva, relacional e espontânea, que permitirá à criança relacionar-se de forma equilibrada consigo mesma, com o outro e com o ambiente. Aqui a comunicação que prevalece é não-verbal, integrando a capacidade de se orientar no espaço, a capacidade de utilizar os objetos disponíveis como sendo um prolongamento de si no espaço, servindo estes como forma de ultrapassar possíveis bloqueios existentes ou desejos agressivos, onde o ambiente é permissivo e securizante (Fonseca, 2001).

## 2.1 A Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil

A Psicomotricidade no contexto da saúde mental infantojuvenil tem como base a interpretação e resolução de problemas, através da harmonização entre o corpo e o psiquismo (Martins, 2001). Para Rodrigues, Gamito & Nascimento (2001), a psicomotricidade auxilia a criança a compreender e resolver as suas angústias internas. Para que isto seja possível é necessária uma intervenção que interligue o corpo e o psiquismo. A intervenção psicomotora a este nível, tem como foco principal a mediação tónico-emocional, a capacidade de escuta empática e a capacidade de atuar com firmeza, para que sejam colocados os limites que, inconscientemente, a criança precisa. É necessário que o terapeuta utilize o seu corpo como mediador, de forma a provocar e convidar a criança para uma relação segura, utilizando como estratégias o gesto, a mímica, a voz ou o olhar (Llinares & Rodríguez, 2008).

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s/d) a psicomotricidade que integra uma equipa multidisciplinar em contexto da saúde mental infantojuvenil, procura avaliar o desenvolvimento do indivíduo, tendo em consideração o seu contexto social, familiar e escolar. Através da mediação corporal, característica da psicomotricidade, irá ser permitido à criança experienciar uma vivência simbólica, onde esta irá encontrar a solução para os seus conflitos internos. É através do jogo, espaço de relação, que a criança irá confrontar-se entre o externo e as suas dificuldades de elaboração interna, permitindo posteriormente uma reflexão através do agir.

Para Ballouard (2008), as indicações terapêuticas mais frequentes em saúde mental infantojuvenil têm uma raiz instrumental, relacionada com fatores psicomotores como dificuldades de planeamento motor, perturbações do espectro do autismo, instabilidade psicomotora (agitação ou inibição), problemas de imagem e de limites corporais, problemas ao nível da representação simbólica ou da comunicação não-verbal, perturbações da linguagem, perturbações do comportamento, perturbações de vinculação, dificuldades de aprendizagem, perturbações da ansiedade, perturbações da relação, entre outros. Segundo Martins (2001), a psicomotricidade permite que crianças que apresentem dificuldades em comunicar e em agir, através da experimentação e do investimento corporal, se consigam afirmar no mundo. Para este autor, este tipo de intervenção pode desenvolver-se de diferentes formas, tais como de incidência corporal (dispraxias, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal, problemas psicossomáticos, entre outros), de incidência relacional (dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, instabilidade, agressividade, dificuldades de concentração) e de incidência cognitiva (processamento informacional: défice de atenção, memória, organização perceptiva e simbólica).

Um fator muito importante na intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil prende-se com o facto de que a intervenção engloba não só a criança, como também a sua família e outros contextos que façam parte do seu dia-a-dia. É possível assim concluir que a psicomotricidade se demonstra adequada para todas as pessoas que consigam evoluir através do agir, do trabalho ao nível da imagem corporal e das suas vivências, com a finalidade de interligar a comunicação e a organização do pensamento (Costa, 2008).

## **2.2 Metodologias de intervenção psicomotora**

### **2.2.1 O Jogo**

Segundo Piaget (1998) o jogo é determinante para a construção do conhecimento pelo menos durante os períodos de desenvolvimento sensoriomotor e pré-operatório, pois segundo este autor, o jogo é fundamenta para o desenvolvimento da criança, ao afirmar que a atividade lúdica é o berço das atividades intelectuais da criança, tornando-se estas indispensáveis à aprendizagem. Segundo Kishimoto (2000) é através do jogo que a criança se mostra, ou seja, é pelo jogo e pelos brinquedos que a criança escolhe, que esta evidencia as suas dificuldades e potencialidades, a sua vocação e o seu character, isto é, tudo o que faz parte do seu eu em construção. Brincar, é ao mesmo tempo, pensar, sentir e agir, permitindo a conjugação do desenvolvimento das capacidades intelectuais, emocionais e motoras da criança, ou seja, o jogo permite a conciliação entre o pensamento e as sensações (Storms, 2003).

Para Vygotsky (1991), o jogo contribui para o desenvolvimento intelectual, social e moral da criança, ou seja, para o desenvolvimento integral da criança. Para este autor, é no mundo ilusório e imaginário que surge no jogo, que a criança se mostra um ser ativo que constrói e cria através das interações sociais que estabelece. É através do jogo que a criança consegue definir conceitos e criar situações que desenvolvam a sua atuação de situações do seu dia-a-dia (Vygotsky, 1991). O jogo torna-se importante, não pela ação espontânea da criança, mas sim pela sua capacidade de imaginar situações, imitar papéis sociais e ainda pela ligação que se estabelece entre as atividades lúdicas, os conteúdos abordados e as regras de conduta implícitas a cada situação. É através da criação de uma atividade lúdica, que a criança ao desempenhar determinados papéis e comportamentos dos adultos, que experimenta valores, hábitos, atitudes e situações, dando-lhes dignificados imaginários, e desta forma, é pela ação imaginária, que se desenvolve o pensamento abstrato da criança e o amadurecimento das regras sociais (Vygotsky, 1991). É assim possível concluir que para a criança, o jogo não é apenas uma lembrança do vivido, mas sim uma transformação de uma nova

realidade, correspondente às exigências da criança. Ao jogar, a criança utiliza conhecimentos que já adquiriu, construindo outros (Vygotsky, 1991). Barros (2002) afirma ainda que o jogo é uma atividade criativa e de reparação, ao permitir à criança reviver situações dolorosas que vivem passivamente no passado, onde através da brincadeira, a criança modifica essas experiências dolorosas e expõem as suas expectativas sobre a realidade. Também Aucouturier (2004) nos diz que o prazer sensório-motor sentido no decorrer do jogo e de brincadeira, é evidenciado na vida real de mudanças da criança, a fonte de todos os seus bloqueios e inseguranças, uma vez que quando a criança experimenta o prazer sensório-motor fica mais disponível para o jogo simbólico porque liberta todas as suas tensões e fantasmas, demonstrando um desejo de atuar no espaço. É através do jogo e da brincadeira que a criança pode desenvolver áreas da sua personalidade, como a afetividade, a inteligência ou a criatividade, para além de capacidades tão importantes e muitas vezes comprometidas como a atenção, a memória, a imitação e a imaginação.

### **2.2.2 A Relaxação**

Entende-se por relaxação uma resposta oposta à resposta de luta ou fuga, que permite uma diminuição da pressão sanguínea, do consumo de oxigénio, dos ritmos cardíaco e respiratório, do metabolismo e da tensão muscular, que por sua vez, proporciona uma sensação de bem-estar (Benson & Klipper, 2000). Segundo Benson e Proctor (2010) a resposta à relaxação não ocorre com tanta facilidade como a resposta de luta ou fuga, sendo que em cada indivíduo essa resposta pode ser potencializada através de vários recursos e técnicas terapêuticas, como exercícios de respiração, exercícios de concentração, relaxamento muscular, atividade física, entre outros.

As técnicas de relaxação tem vindo a ser aplicadas em diversas áreas do desenvolvimento (e.g., competências sócio emocionais, cognitivas), em diferentes idades (e.g., infância, na fase adulta), assim como em diferentes contextos (e.g., escolas, hospitais, local de trabalho), sendo estas indicadas para o tratamento de uma grande variedade de situações, onde a finalidade passa por melhorar a qualidade de vida do indivíduo, tendo em consideração os domínios da sua saúde física, psicológica, dos problemas sociais e ambientais em que o indivíduo se encontra inserido (Rambod, Sharif, Pourali-Mohammadi, Pasyar & Rafii, 2004).

Mais concretamente na intervenção psicomotora, a relaxação permite uma consciencialização da função tónica, onde a uso da palavra pode ter um papel importante ao ajudar na consciencialização do vivido, ou na reorganização da memória tónica associada a experiências traumáticas. Ou seja, através da relaxação, o indivíduo



irá ter a capacidade de diferenciar a função tónica da expressão concreta do movimento, e com recurso às sensações propriocetivas conseguirá reelaborar as experiências traumáticas presentes na sua memória tónica. Na intervenção psicomotora é comum recorrer-se a diferentes métodos de relaxação que envolvem a mediação de objetos, o contacto corpo a corpo ou a automassagem, procurando proporcionar ao indivíduo uma sensação securizante e a regulação das suas tensões (Maximiano, 2004). De entre as diversas técnicas de relaxação que podem ser utilizadas num programa de intervenção, no presente relatório foi utilizada a relaxação ativo-passiva de Henri Wintrebert (1959, cit in Guiose, 2007) que tem a capacidade de eliminar as tensões intracorporais e extracorporais que surgem no quotidiano, procurando ensinar o indivíduo a resolver essas mesmas tensões. Em anexo (anexo 1) encontra-se a descrição do presente método de relaxação utilizado.

### **3. Contextualização Clínica da Intervenção**

#### **3.1. Vinculação**

Segundo Bowlby (1990) a vinculação define-se como sendo um comportamento instintivo que serve o propósito de garantir a sobrevivência do indivíduo. É a primeira relação afetiva, normalmente entre a mãe e o bebé, e que vai servir de modelo para todas as relações futuras. A vinculação ocorre através de um conjunto de comportamentos inatos por parte do bebé (chuchar, chorar, agarrar, sorrir ou seguir a figura de vinculação), com o objetivo de promover e manter a proximidade com a principal figura prestadora de cuidados (Bowlby, 1993). É através desta relação de vinculação, onde o adulto assume o papel de contentor e protetor, satisfazendo as necessidades básicas do bebé, que se estabelece uma experiência calorosa, íntima e continua com a figura de referência e que permite um desenvolvimento mental saudável do bebé (Bretherton, 1992).

Ao desenvolver a teoria da vinculação Bowlby foi contra a teoria das pulsões de Freud, ao afirmar que a vinculação é um comportamento instintivo, não com o objetivo de obter prazer, mas sim para a sobrevivência (Bowlby, 1993). Mais tarde, Ainsworth torna-se discípula de Bowlby, ao ajudar a consolidar e clarificar o conceito de vinculação, definindo-o como persistente, envolvendo uma figura específica, através de uma relação emocionalmente significativa, e onde o indivíduo procura manter a proximidade, ficando perturbado com a separação involuntária da figura de vinculação (Soares, 2009). É a partir de um trabalho colaborativo, como o procedimento laboratorial da *Situação Estranha*, que estes dois investigadores definem os três tipos de padrão de vinculação existentes: (A) o inseguro-evitante, (B) o seguro e (c) o inseguro-ambivalente/resistente (Ainsworth et al., 1978 cit. In Soares, 2009). Na vinculação insegura-evitante, a criança

explora o meio independentemente, não demonstrando qualquer desagrado na altura de saída da mãe, evitando ativamente a mãe após o seu regresso (predominância de comportamentos exploratórios). O tipo de vinculação segura é caracterizado por uma figura vinculativa que atua como uma base segura, e onde a criança pode voltar a explorar o meio, sendo o prestador de cuidados recebido afavelmente e com a procura de contacto pela criança (alternância entre comportamentos de exploração e de vinculação). Já na vinculação insegura-ambivalente/resistente, as crianças apresentam dificuldade em explorar o meio, mesmo antes da separação, havendo uma monitorização constante da figura de vinculação. Após o regresso da figura de vinculação, as crianças exibem comportamentos ambivalentes, vacilando entre a procura do contacto e os comportamentos de resistência, ou apresentando resistência através de comportamentos passivos (predominância dos comportamentos de vinculação) (Soares, 2009). Mais tarde, foi introduzida por Main e colaboradores (1985 cit. In Soares, 2009) uma nova categoria, (D) desorganizada, onde se verificam comportamentos contraditórios, incoerentes e bizarros. Os padrões de vinculação adquiridos tendem a manter-se estáveis ao longo do desenvolvimento, ou seja, a criança irá responder em consonância com a forma como os pais a tratam. Posto isto, uma criança ansiosa/ambivalente, tende a ser resmungona e dependente, já a criança ansiosa/evitante, tende a manter a distância. Em ambos os casos, o comportamento da criança leva a uma resposta desfavorável por parte dos pais, desenvolvendo-se assim um ciclo vicioso (Bowlby, 1990).

Partindo do fundamento teórico de Bowlby (1990), este autor apresenta o desenvolvimento do comportamento de vinculação segundo 4 fases, entre os 2 meses e os 3 anos de idade: (1) orientação e sinais com discriminação limitada da figura (comportamentos como o riso, balbuciar ou o choro por parte do recém-nascido, para atrair os potenciais cuidadores, uma vez que ainda não os distingue dos restantes); (2) orientação e sinais dirigidos para uma figura discriminada (comportamentos como agarrar ou seguir o adulto, pois começa a saber distinguir os prestadores de cuidados); (3) manutenção da proximidade com uma figura discriminada através da locomoção e de sinais (o bebé já reage de forma cuidadosa e ansiosa perante o estranho, revelando protestos na ausência da figura de vinculação); (4) formação de uma parceria corrigida por objetivos (a criança vê a figura de vinculação como independente, implorando ou amuando quando a mesma se ausenta, como forma de manipulação e sedução). Para que o processo de vinculação seja adquirido de forma saudável, é necessário o desenvolvimento da capacidade cognitiva da criança, por forma a manter a figura vinculativa na memória aquando da sua ausência. Ou seja, é necessário que a criança consiga formar representações mentais da figura de vinculação, constituindo-se assim

um modelo interno dessa figura, assim como de si mesma (Bowlby, 1990). Através das experiências que a criança vai adquirindo, esta começa a recolher informações, construindo expectativas sobre a acessibilidade e responsividade das figuras vinculativas. Este processo de internalização progressiva dos padrões de relacionamento é definido por Bowlby de Modelos Internos Dinâmicos (Bowlby, 1993). Para definir quando estes modelos começam em funcionamento, Bowlby (1993) baseia-se na noção de permanência do objeto de Piaget, ou seja, a partir do momento em que a criança tem a capacidade de entender que um objeto continua a existir mesmo que este não esteja a ser visto, os modelos internos dinâmicos começam a ser adquiridos. Os Modelos Internos Dinâmicos estão assim relacionados com as representações mentais que a criança faz acerca do mundo, do *self* e da relação entre os dois, e para os quais é necessário que a criança faça a antevisão do grau de disponibilidade e responsividade da sua figura de vinculação (Bowlby, 1993).

É através da percepção que a criança tem de si mesma, como merecedora de amor e atenção, e enquanto alguém capaz de mobilizar a atenção com a finalidade de satisfazer as suas necessidades, aliando a percepção que constrói dos outros como figuras acessíveis e responsivas, como sendo capazes de lhe oferecer proteção, que a criança é capaz de desenvolver a sua autoconfiança (Veríssimo, Fernandes, Santos, Peceguina, Vaughn & Bost, 2010). São estas capacidades e percepções que farão o modelo de vinculação segura, e que levam a que as crianças possuam um modelo interno do *self* mais positivo, sendo assim estas crianças mais confiantes e abertas à exploração do mundo (Veríssimo et al., 2010).

### **3.2. Agitação Psicomotora / Hiperatividade**

Para Rodrigues (1997) a agitação psicomotora, ou irrequietude deverá ser abordada como sendo um conjunto de sintomas primários (impulsividade, défice de atenção, excesso de atividade motora...) assim como secundários (dificuldades de aprendizagem e interação social...). Claudon (2001) refere que nestes casos de grande agitação psicomotora, existem quatro grandes áreas de funcionamento do sujeito às quais correspondem determinadas manifestações persistentes, nomeadamente, a agitação motora, associada ao comportamento, a instabilidade psíquica que se pode refletir em problemas de atenção, os problemas emocionais, atribuídos a uma vinculação labilidade e ainda as dificuldades relacionais tanto consigo mesmo, como com o outro.

A agitação psicomotora tem sido associada a falhas ao nível da vinculação. Segundo Mahler (1989), a forma como é superada a fase de separação/individualização é muito importante, pois acaba por definir a natureza da relação objetal primária. Para

Mahler (1989), a separação de um objeto inconstante ou insuficientemente bom, logo não securizante, traduz-se numa separação psicologicamente prematura. A impossibilidade de se estabelecer uma confiança emocional, leva a um impedimento da exploração do mundo externo, devido às crescentes necessidades de autonomização, assim como o recurso à reaproximação do objeto contentor que alivie as ansiedades da criança. A existência de um desajuste precoce irá provocar na criança uma ansiedade de separação excessiva, que se pode manifestar emocionalmente pela tristeza, raiva, ou ainda corporalmente, pela agitação psicomotora, como mecanismos de defesa primários (Mahler, 1989).

Vários autores destacaram a depressão materna como sendo responsável pela perturbação da função continente. Segundo Claudon (2001) a depressão materna perturba a função primária de holding e handling, o que se traduz numa falha na constituição dos primeiros envelopes psíquicos. O bebé, encontrando-se vulnerável às angústias arcaicas, recorre à agitação motora como forma de expulsar os sentimentos mais dolorosos e depressivos, permitindo assim ao aparelho psíquico alguma continência, que está normalmente investida na construção de uma segunda pele psíquica substitutiva. Também João dos Santos (1988 cit. In Salgueiro, 2002) afirma que a mãe que se demonstra como insuficientemente disponível, e por isso, incapaz de fazer a criança sentir-se segura, sentimento crucial para a estabilidade da criança, leva a que a criança na tentativa de esbater a ansiedade provocada por um objeto que lhe é desconhecido recorra à agitação motora. Isto é, a criança envolve-se num processo contínuo de fuga a esse objeto, como forma de definir um território seguro, que lhe permita avançar na procura da segurança, junto de outro objeto que se encontre mais disponível (Salgueiro, 2002). Salgueiro afirma ainda que como resultado das relações precoces com os progenitores, sentidas pela criança como não suficientes às suas necessidades de se sentir bem aceite, reconhecida e serenada, surgem dessintonias fundas, que acabam por provocar mágoas inaceitáveis que deixam uma cicatriz na criança, uma dor mental intensa. É esta dor que conduz a criança na procura de um alívio, através da movimentação, agitação quase imparável, numa tentativa constante de atenuar os sofrimentos e as inquietações que surgem da relação próxima com as suas figuras representativas de amor primário, sentidos como pouco fiáveis (Salgueiro, 2002).

A agitação psicomotora é então considerada uma patologia do movimento, entendesse que antes de se manifestar no exterior, já existe no espaço psíquico da criança sobre a forma duma representação corporal da ação, que se traduz numa relação de dependência ao objeto materno (Claudon, 2001).

### 3.3. Perturbação da Ansiedade

De acordo com o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition; APA, 2013), as perturbações da ansiedade (PA) definem-se pela expressão excessiva do medo e da ansiedade, que se refletem no comportamento. Os sintomas resultantes dos estados de ansiedade podem expressar-se no corpo revelando os conflitos internos que o sujeito não é capaz de resolver pela mentalização, o que acaba por resultar em defesas tónico-motoras caracterizadas por estados corporais e emocionais de grande tensão (Martins, 2001). Segundo Martins (2001), algumas das características da pessoa ansiosa definem-se por hiperexcitabilidade (estado de alerta), hipertensão psíquica (sentimento de insegurança e fraqueza e sensação de tensão constante), hipertonia muscular (contrações dos membros, dor, rigidez, descontrolo corporal) e a hiperatividade (reações excessivas a estímulos como o ruído que despoletam respostas somáticas). Também sintomas físicos são visíveis, como palpitações, náuseas, dores de cabeça, entre outros. Já a nível emocional podem surgir sentimentos de medo, inquietude, pesadelos, irritabilidade, entre outros. Quanto a nível cognitivo, questões de preocupações extremas sobre o que a pessoa mais teme ou dificuldades de concentração, também pode ocorrer (Paulino & Godinho, 2005).

As PA podem ser classificadas em vários tipos de perturbações, de onde é importante realçar a Perturbação de Ansiedade de Separação e a Perturbação de Ansiedade Generalizada (APA, 2013). Relativamente à Perturbação de Ansiedade Generalizada, atribui-se perante sujeitos que, pelo menos, durante 6 meses, tenham experienciado sentimentos de ansiedade e preocupação persistentes e exagerados sobre um conjunto de acontecimento que ocorrem frequentemente nos seus dias (APA, 2013). Preocupações excessivas sobre as suas capacidades escolares e o seu desempenho são muito frequentes (APA, 2013). Para que seja considerada uma Perturbação da Ansiedade Generalizada, o sujeito deverá ter uma grande dificuldade em gerir a sua preocupação, assim como a existência de qualquer outro sintoma adicional, tais como: agitação, fadiga, dificuldades de concentração ou sensação de “mente vazia”, frustração, tensão muscular e sono, ou sono agitado ou insuficiente (APA, 2013). As pessoas com Perturbação de Ansiedade Generalizada nem sempre reconhecem os sintomas como excessivos, ainda assim, existe uma consciência e descrição de um mal-estar constante devido à constante inquietação (APA, 2013).

No que diz respeito à Perturbação de Ansiedade de Separação, é caracterizada por níveis de ansiedade excessivos ou inadequados para o estágio de desenvolvimento em que a criança se encontra, e refere-se ao afastamento de casa ou das pessoas a quem está mais fortemente ligado (APA, 2013). Para que seja considerado o diagnóstico de perturbação da ansiedade de separação, tem de existir a prevalência de pelo menos

três sintomas dos oito de seguida descritos: angústia exagerada e frequente quando se antecipa a separação, preocupação excessiva sobre a possibilidade de perder a figura de vinculação, quer por uma tragédia, quer por um acontecimento que possa levar à separação; relutância frequente ou mesmo recusa em ir à escola ou a outro local onde a figura de vinculação não esteja presente, medo excessivo em ficar sozinho em casa ou em adormecer sem estar perto da figura de vinculação ou dormir fora de casa, existência de pesadelos sobre a possibilidade de separação ou perda da figura de vinculação, e por fim, queixas repetidas de sintomas físicos aquando de situações de separação, tais como dores de cabeça ou de estômago, náuseas ou vômitos (APA, 2013). Todos os sintomas anteriormente descritos acabam por se refletir num mal-estar significativo na vida da criança (Krain, Ghaffari, Freeman, Garcia, Leonard & Pine, 2007).

## CAPÍTULO II. Caracterização da Prática Profissional

### 1. Atividades de estágio realizadas

O estágio teve a duração de 9 meses, com início a 2 de Outubro de 2017 e término a 29 de Junho de 2018, pelo que a sua duração foi ajustada relativamente à necessidade e pertinência da intervenção, na procura de a mesma ser a mais adequada aos clientes da Instituição.

#### 1.1 Horário da Intervenção

Figura 1- Horário de Intervenção

Horas	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira
9:00 – 9:45	Preparação da Sala de Psicomotricidade + Lanches	Preparação de sessões Individuais e da Área de Dia	Elaboração do Relatório de Estágio	Elaboração do Relatório de Estágio	Reunião de Supervisão (1ª sexta feira de cada mês)
10:00 – 11:00	Área de Dia – Grupo I Lanche Área de Dia	Preparação de sessões Individuais e da Área de Dia	Reunião Clínica Geral		
11:00 – 12:00	Área de Dia – Grupo II	Sessão Individual de Psicomotricidade – Caso 1			
12:00 - 13:00	Reunião de Equipa da área de Dia	Elaboração do Relatório de Estágio	Elaboração do Relatório de Estágio		
13:00 – 14:00	Almoço	Almoço	Almoço		
14:00 – 15:00	Sessão Individual de Psicomotricidade	Sessão Individual de Psicomotricidade	Elaboração do Relatório de Estágio		
15:00 - 16:00	Lanche Grupo III Área de Dia Área de Dia Grupo III	Sessão Individual de Psicomotricidade – Caso 2	Sessão Individual de Psicomotricidade		
16:00 – 17:00		Arrumação do Material e da Sala	Arrumação do Material e da Sala		

## 1.2. Calendarização das atividades de estágio

De seguida, será apresentado o cronograma respetivo à calendarização do estágio, delineação das atividades realizadas ao longo do mesmo e elaboração do respetivo trabalho final.

Figura 2- Calendarização das atividades de estágio

Atividades realizadas	2017				2018								
	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set
Integração na Equipa	X												
Intervenção Psicomotora	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Relatório de Estágio	Enquadramento Teórico	X	X	X	X	X							
	Enquadramento Prático							X	X	X	X	X	
	Entrega												X

## 1.3. Experiências Complementares e Formações

- **Formações:** Seminário "Avaliação e Intervenção Psicomotora em Saúde Mental – A História, O Presente... Os Desafios... – 12-05-2018, Évora.
- **Observações e Avaliações Psicomotoras:** No decorrer do estágio realizado foi ainda realizada, para além dos casos acompanhados, uma avaliação psicomotora a uma criança com a finalidade de avaliar a pertinência do acompanhamento em Psicomotricidade, que acabou por não se iniciar, apesar da pertinência da mesma após as avaliações realizadas. Foram também realizadas duas entrevistas e duas observações com mais duas crianças ao longo do estágio, no entanto, o mesmo não se chegou a realizar por falta de disponibilidade por parte dos pais.
- **Reuniões Clínicas e Reuniões de Equipa:** Todas as segundas feiras foi realizada uma reunião da equipa do grupo da Área de Dia, com a finalidade de discutir os acontecimentos das sessões realizadas previamente, assim como as seguintes estratégias a adotar na futura intervenção.

Todas as quartas-feiras realizou-se uma reunião de equipa, onde foram discutidos assuntos internos da unidade e posteriormente analisado e discutido um caso, nomeadamente o seu presumível progresso ou não, procurando uma troca de informações com todos os elementos da equipa na tentativa de encontrar estratégias a adotar, de forma a potenciar a estimulação e evolução do caso apresentado.

Por fim, também todas as primeiras sextas-feiras do mês, foi realizada uma reunião de supervisão com toda a equipa do grupo da Área de dia, e com a Dra. Maria José Vidigal, onde se procurou discutir sobre um tema previamente escolhido, relativamente ao projeto de Área de Dia, de modo a que, com a orientação da Dra. Maria José, fosse possível haver progressos em torno desse tema.

- **Apresentação Reunião Clínica:** Foi dada a oportunidade às estagiárias de psicomotricidade de realizarem uma apresentação sobre um tema à escolha da sua área de intervenção. O tema apresentado foi o “Toque Terapêutico”, onde inicialmente foi apresentada uma breve revisão da literatura sobre os tipos de toque, a sua importância e os seus benefícios e ainda alguns estudos experimentais que comprovaram a sua eficácia. Por fim, foram descritos e discutidos dois casos acompanhados pelas estagiárias no decorrer do estágio na unidade, onde o toque foi utilizado como forma de intervenção.

#### **1.4. Intervenção Psicomotora no Local de Estágio**

Na unidade de Pedopsiquiatria do HGO, o modelo psicomotor utilizado é o clínico, ou sejam, o seu objetivo primordial passa por alterar as organizações psíquicas patológicas das crianças acompanhadas. O processo de encaminhamento para a psicomotricidade inicia-se quando em acompanhamento, quer seja de pedopsiquiatria, quer seja de psicologia, ou de pediatria, o médico entende que a criança tem indicações terapêuticas para a psicomotricidade, pelo que é solicitada uma avaliação psicomotora e perante os resultados obtidos, é realizada uma discussão com os profissionais que acompanham a criança em questão, de forma a decidir quais os atos terapêuticos a adotar. Caso se confirme a pertinência do acompanhamento em consulta de psicomotricidade, é crucial que no decorrer da intervenção, o psicomotricista se encontre em permanente contacto com o médico que encaminhou a criança, assim como com toda a restante equipa e com os pais, pois só assim é possível um entendimento completo do caso e conseqüentemente uma intervenção eficaz.

A partir do momento em que a criança passa a usufruir da intervenção psicomotora, a metodologia de intervenção utilizada segue o Modelo de Intervenção de Vítor da Fonseca (2001). Posto isto, a intervenção realizada no estágio contou com as seguintes etapas: Identificação, Observação, Avaliação e Realização do Perfil Psicomotor (áreas fortes e áreas fracas); Formulação das Hipóteses Explicativas do caso, Formulação dos Objetivos da Intervenção; Projeto pedagógico-terapêutico, que inclui a Fundamentação da Intervenção, as Estratégias a utilizar, as datas e planificações. Durante a intervenção é feita uma avaliação contínua informal do programa de intervenção, e por fim, no final da intervenção, realiza-se uma reavaliação formal, através da aplicação de alguns dos instrumentos utilizados aquando da avaliação inicial, para que se possa refletir sobre a intervenção desenvolvida e equacionar-se a sua continuidade, o encaminhamento para outro tipo de acompanhamento ou a eventual alta.



Relativamente ao espaço destinado para a intervenção psicomotora, na unidade de pedopsiquiatria, existe a sala de psicomotricidade, onde se encontram alguns dos materiais disponíveis para a realização das sessões. Habitualmente, na sala de psicomotricidade encontram-se uma mesa, cadeiras, um quadro branco, um espelho, algumas almofadas, e um armário com alguns dos materiais como plasticinas, folhas, canetas, barro, entre outros. É num compartimento mais pequeno que se encontravam os materiais de maiores dimensões, como arcos, bastões, instrumentos musicais, colchões, túneis, entre outros, sempre à disponibilidade das estagiárias.

No que diz respeito à sessão-tipo utilizada na intervenção psicomotora, independentemente da tipologia da sessão realizada, quer seja individual, quer seja em grupo, a duração da mesma varia entre 45 a 50 minutos, encontrando-se estas divididas em três momentos: Conversa Inicial, onde a terapeuta pede às crianças que falem um pouco sobre a sua semana, identificando o que mais gostaram e o que menos gostaram durante a semana, ou algum momento mais significativo, havendo sessões em que se pede às crianças que recordem atividades realizadas nas sessões anteriores; Atividades Psicomotoras, que dizem respeito às atividades planeadas, ou que possam ocorrer de forma espontânea na sessão, indo sempre de encontro aos objetivos terapêuticos delineados para a intervenção (as atividades tendem a ter um aumento gradual de energia despendida nas mesmas, finalizando com um momento de retorno à calma); Conversa Final, o último momento da sessão, onde a terapeuta pede às crianças que falem sobre a sessão realizada, o que mais gostaram ou menos gostaram, as suas maiores dificuldades, o que sentiram durante as atividades, procurando assim levar a uma tomada de consciência das suas competências, das suas emoções e ainda uma expressão verbal do sucedido.

## **2. Processo de Avaliação e Intervenção Psicomotora**

A intervenção psicomotora caracteriza-se por um processo complexo organizado e estruturado por diferentes etapas promovendo assim uma intervenção o mais eficaz quanto possível. Este tipo de intervenção deve estar integrada numa equipa multidisciplinar, como forma de oferecer uma resposta adequada às necessidades de cada criança acompanhada. Como mencionado anteriormente, o processo de intervenção pode ser dividido em diferentes etapas, de seguida apresentadas.

## 2.1. Avaliação

### 2.1.1. Avaliação Informal

- **Entrevista:** Antes de se iniciar a intervenção propriamente dita e para que esta seja uma intervenção eficaz, existe um momento de recolha da informação, quer através da consulta do processo da criança, quer por meio de uma entrevista realizada aos pais ou ainda por meio da observação do comportamento da criança. Segundo João Costa (2008) é através da análise e organização das informações da criança, historial clínico, familiar, psicomotor e emocional que a apreciação diagnóstica se torna a mais fiável e correta. A entrevista é considerada um instrumento de recolha de informação em contexto clínico. É através desta que o terapeuta irá conhecer o motivo do pedido de ajuda, assim como as principais preocupações e queixas em relação ao indivíduo que irá beneficiar da intervenção (Pitteri, 2004). É ainda neste momento que é possível recolher informações sobre as situações mais marcantes do indivíduo, assim como observar a reação que existe entre os diferentes membros da família, que poderá ser importante para perceber o caso em questão (Pitteri, 2004). Segundo Almeida (2008), na anamnese preenchida através da entrevista, não se presente realizar uma procura exaustiva dos acontecimentos que possam explicar e facilitar a compreensão das dificuldades da criança, mas sim, recolher e organizar os dados de desenvolvimento da criança, de forma a compreender o caso clínico em questão. Este processo, visa compreender a situação atual da criança, e relacioná-la com todo o desenvolvimento da criança, tendo em mente uma análise dinâmica evolutiva.
- **Observação Psicomotora:** Em saúde mental a observação psicomotora permite a identificação de problemas psicomotores, assim como o estado psicocorporal do indivíduo, ou seja, o terapeuta irá reunir as informações necessárias para a identificação das potencialidades e dificuldades do indivíduo (Raynaud, Danner & Inigo, 2007). A observação psicomotora tem como finalidade definir o perfil psicomotor da criança, interligando os atos motores a todos os seus aspetos e objetivos. A observação psicomotora é assim um processo de conhecimento e de abordagem ao primeiro contacto com a criança. Ainda assim, para que esta observação seja harmoniosa e equilibrada, é importante que o psicomotricista para além de observar a criança, também se deixe observar por ela (Costa, 2008).

Llinares e Rodriguez (2008) consideram a observação importante como forma de avaliação inicial, devido ao seu carácter global, uma característica da psicomotricidade, assim como a metodologia do jogo espontâneo. Segundo estes dois autores, a observação psicomotora realizada deve ser aliada com a informação

disponibilizada pelos pais da criança sobre o desenvolvimento da mesma, desde o seu nascimento, bem como informações sobre os seus hábitos.

### **2.1.1.2. Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008; Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015)**

Para a realização da observação psicomotora do presente estágio, elaborou-se uma grelha, que se encontra no anexo 2, com base na grelha de Observação do Comportamento (Duarte et al., 2015) e na grelha de observação psicomotora de Costa (2008). Existem alguns parâmetros semelhantes em ambas as grelhas, como o contacto ou a apresentação, ainda assim, achou-se pertinente utilizar ambas as grelhas, uma vez que se complementam, tornando a observação mais pormenorizada.

Relativamente à grelha de observação do comportamento (GOC), esta foi desenvolvida pelo núcleo de estágio em Saúde Mental Infantil no curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Consiste num registo qualitativo de acordo com a frequência de ocorrência dos comportamentos e competências descritos (S- Sempre; F- Frequentemente; A- Algumas vezes; N- Nunca). A GOC é um instrumento de referência a critério, que permite sistematizar as principais características e dificuldades da pessoa observada. Esta grelha encontra-se dividida em três domínios (comportamento e desempenho, relação e fatores psicomotores), constituídos por vários comportamentos observáveis na sessão.

Já no que diz respeito à grelha de observação psicomotora de João Costa, também esta permite identificar a presença ou ausência de determinados comportamentos por parte do indivíduo observado. No que diz respeito ao seu registo, também este qualitativo, mas neste caso, apenas anotando-se se o comportamento se verifica ou não. À semelhança da GOC, são observadas questões como a apresentação, a postura, o contacto, aspetos psicomotores (lateralidade, praxia fina e global, equilíbrio), planificação, comunicação verbal e não-verbal, gesto espontâneo, atenção, entre outros (Costa, 2008).

### **2.1.2. Avaliação Formal**

De seguida serão apresentados os instrumentos utilizados nas avaliações dos estudos de caso acompanhados, assim como, em forma de tabela, outros instrumentos utilizados nos restantes casos acompanhados no decorrer do estágio.

- **Draw a Person (DAP) (Naglieri, 1988)** : O DAP tem como finalidade avaliar crianças entre os 5 e os 17 anos de idade, ao nível de integração da imagem e esquema corporal através do desenho da figura humana, onde a criança deve desenhar a

figura de um homem, seguida da figura de uma mulher, e por fim, um desenho do próprio (Naglieri, 1988). São avaliadas várias componentes do desenho como presença, proporção e detalhes de 12 partes do corpo, as suas ligações e o vestuário. Esta prova pode ser aplicada tanto individualmente como em grupo, e ao longo da sua aplicação, deve ter-se em atenção vários aspetos como a prensão do lápis, a lateralidade, a expressão corporal, a noção espacial, o tónus, a coordenação e o tempo despendido para cada desenho (Naglieri, 1988). Apesar da sua importância no âmbito da intervenção psicomotora, o DAP ainda não foi validado à população Portuguesa, pelo que neste relatório serão utilizados os valores normativos da população Norte-Americana.

- **Torre de Londres (Anderson, Anderson, & Lajoie, 1996):** A Torre de Londres (TL) foi desenvolvida por Shallice (1982), com o intuito de elevar a eficiência do teste da Torre de Hanói na identificação de défices no planeamento (Sazen, 2012). Permite identificar problemas ao nível do córtex pré-frontal, bem como avaliar a capacidade de planeamento, estando este contido no sistema atencional supervisor (Batista, Adda, Miotto, Lúcia & Scaff, 2007). A TL consiste na deslocação de três esferas (verde, vermelha e azul), em três hastes verticais de diferentes comprimentos descendentes, sendo que a primeira haste suporta as três esferas, a segunda haste duas esferas, e a última uma esfera. Durante o teste as esferas só podem ser manipuladas uma a uma e o avaliado deve reproduzir os problemas que são apresentados um a um, num total de 12 problemas, onde cada problema tem um número máximo de movimentos (Oliveira-Souza, Ignácio, Cunha, Oliveira & Moll, 2001). Com isto, o avaliado deve passar por 5 etapas sequenciais do processo cognitivo: (1) comparar a posição inicial com a posição a atingir; (2) definir as várias sub-etapas; (3) realizar mentalmente a sequência de movimentos pelas várias sub-etapas; (4) rever a sequência realizada mentalmente; e (5) concretizar a sequência correta (Oliveira et al., 2001). No decorrer da realização dos vários problemas propostos pela TL, é contabilizado o tempo de planeamento, desde o início até pegar na primeira esfera, e o tempo de execução, o tempo total, isto é, até à solução correta do problema apresentado (Oliveira et al., 2001).
- **Bateria NEPSY – Subteste Estátua de Nepsy (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001):** A Bateria NEPSY, que representa a avaliação do desenvolvimento neuropsicológico, é constituída por 27 provas que permitem realizar um rastreio das funções neuropsicológicas avaliadas em vários domínios funcionais, de crianças entre os 3 e os 12 anos. Os domínios incluem: Atenção/Função executiva, Linguagem,

Processamento visuo-espacial, Sensório-motor, Memória e Aprendizagem (Ahman & Warriner, 2001).

Para a avaliação dos casos acompanhados descritos no presente relatório, apenas foi selecionada a prova Estátua, pertencente ao domínio Atenção/Funções executivas. Este teste permite avaliar a capacidade de inibição motora da criança. A criança deve ficar em pé, parada, durante setenta e cinco segundos, com os olhos fechados, inibindo o impulso de os abrir, de se movimentar ou de falar, apesar das distrações introduzidas pelo avaliador, tais como deixar cair uma caneta, tossir, entre outros (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001). Relativamente à sua cotação, este subteste é cotado com 0 pontos caso haja, 2, 3 ou mais ações, 1 ponto caso haja 1 ação e 2 pontos caso não haja qualquer reação impulsiva. O resultado máximo possível neste teste é de 30 pontos. Com recurso a uma tabela no manual de utilização, analisa-se a idade equivalente à pontuação bruta obtida (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001).

- **Questionário de Capacidades e Dificuldades (QCD) (Goodman, 1997):** O Questionário de Capacidades e Dificuldades (QCD) desenvolvido por Goodman, 1997 (traduzido e adaptado por Fleitlich, Loureiro, Fonseca & Gaspar, 2000) trata-se de um questionário que permite identificar comportamentos sociais adequados e não adequados, abrangendo idades dos 3/4 anos até aos 16 anos. É composto por 5 subescalas (compostas por 25 itens organizacionais), nomeadamente, Comportamento pró-social, Hiperatividade, Sintomas emocionais, Problemas de comportamento e Problemas de relacionamento com os pares (Goodman, 1997). Existem 3 versões a serem aplicadas ao próprio (para crianças entre os 11 e os 17 anos), uma para os pais e a outra para os professores de crianças entre os 4 e os 16 anos. A resposta é dada numa escala de *Likert* de 3 pontos, onde o 0 corresponde a "não é verdade", 1 corresponde a "é um pouco verdade" e por fim, 2 corresponde a "é muito verdade", sendo que existem alguns itens em que a escala se inverte, encontrando-se estas assinaladas na folha de cotação e interpretação dos resultados. Ao somar cada subescala, é possível classificar o desenvolvimento da criança como normal; limítrofe e anormal. A soma das quatro subescalas de problemas (i.e. excluindo a escala de comportamento pró-social) permite calcular um total de dificuldades que pode variar entre 0 a 40 (Goodman, 1997).

Por fim, este questionário apresenta ainda 1 questão sobre se a criança apresenta algumas das dificuldades a seguir apresentadas: concentração, emoções, comportamento ou relacionamento, onde as respostas possíveis são "Não", "Sim- dificuldades pequenas", "Sim- dificuldades grandes" e "Sim-

dificuldades muito grandes”. No caso de a resposta ser afirmativa, seguem-se 4 questões sobre o impacto dessas dificuldades na vida da criança, há quanto tempo existem, se fazem sofrer a criança e em que contextos o prejudicam (casa, com os amigos, na aprendizagem escolar, nas brincadeiras com os outros e por fim, se perturbam as pessoas que o rodeiam) (Goodman, 1997).

- **Questionário de avaliação das perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade, Scared-R (Muris, Merckelbach, Schmidt & Mayer, 1999, versão portuguesa de Pereira & Barros, 2010):** O Scared-R é um questionário de avaliação das perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade em crianças, que tem por objetivo avaliar as diferentes dimensões de problemas da ansiedade nas crianças segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - 5 (DSM -5). Este questionário é constituído por duas versões, uma para pais e outra para as crianças (Muris, Mayer, Bartelds, Tierney & Bogie, 2001). O Scared-R é constituído por 69 itens, cotados numa escala tipo Likert de 0 a 2 pontos, em que 0 corresponde a “Nunca ou quase nunca”, “Às vezes” equivale a 1, e “Frequentemente” corresponde a 2, relativos à frequência com que a criança experiencia os sintomas descritos nos últimos três meses, (Muris et al., 2001). Os 6 itens permitem avaliar dez dimensões: Ansiedade de separação, Ansiedade Generalizada, Perturbação de Pânico, Fobia Social, Fobia Escolar, Fobia Específica do tipo situacional/ambiental, Fobia específica do tipo sangue/injeções, Fobia Específica do tipo Animal, Perturbação Obsessivo-compulsiva e Perturbação Stress Pós-traumático, que compreende quatro itens (Muris et al., 2001).

A partir da soma dos resultados de cada uma das subescalas obtém-se uma pontuação global e através da soma de todos os itens obtém-se a pontuação para cada uma das sub-escalas. As três sub-escalas da fobia específica anteriormente referidas foram neste estudo transformadas em apenas uma dimensão denominada de Fobia Específica (Muris et al., 2001). A soma dos valores de cada item dá-nos o score total, que poderá atingir o máximo de 72 pontos. O presente questionário encontra-se adaptado para a população portuguesa, ainda assim, não existem valores normativos à população portuguesa, (Muris et al., 2001).

- **Teste de Proficiência Motora Bruninks- Oserestky 2 (BOT-2) (Bruininks & Bruininks, 2005) :** O teste de Proficiência Motora de Bruininks Oserestky - 2 (BOT-2), aplicado a pessoas entre os 4 e 21 anos de idade, é um teste de administração individual e que tem como finalidade medir a proficiência motora da pessoa avaliada (Deitz, Kartin & Kopp, 2007). O BOT-2 pode ser utilizado para diferentes finalidades,

tais como auxiliar no diagnóstico e avaliação da motricidade global e fina; identificar indivíduos que apresentem alguma deficiência ou atraso no seu desenvolvimento; desenvolver e avaliar programas de educação física ou de reeducação psicomotora, entre outros (Lisot, 1995).

No presente relatório foi utilizada a forma reduzida do BOT-2, que requer menos espaço físico assim como menos materiais, em relação à versão completa, tornando-se assim mais fácil a sua administração. A forma reduzida avalia quatro áreas, o Controlo Manual Fino, a Coordenação Manual, a Coordenação Corporal, Força e agilidade. O Controlo Manual Fino avalia as habilidades motoras envolvidas na escrita e no desenho; a Coordenação Manual avalia as habilidades motoras importantes para se agarrar e manipular objetos com ênfase na velocidade, destreza e coordenação dos braços e mãos; a Coordenação Corporal avalia as habilidades motoras envolvidas no equilíbrio e coordenação; e a Força e Agilidade que avalia as habilidades motoras envolvidas na força muscular e na velocidade motora. Por sua vez cada uma destas áreas inclui dois subtestes onde é feito o somatório dos pontos e, no final, obtém-se uma pontuação total. Num total, existem 14 itens, e onde a pontuação máxima é de 72 pontos (Deitz, Kartin & Kopp, 2007). O seu tempo de aplicação varia consoante a idade da pessoa, as dificuldades que possam surgir bem como a experiência do examinador, ainda assim, o tempo de aplicação varia entre os 15 e os 25 minutos (Deitz, Kartin & Kopp, 2007).

No que diz respeito à sua cotação, o BOT-2 é um instrumento de referência à norma, isto é, utiliza tabelas padronizadas de uma população, como referência para comparar o desempenho obtido. Neste caso existem tabelas que indicam a pontuação média (escore padrão) em cada subteste de cada área motora que o teste avalia. São fornecidas, também, tabelas que indicam o percentil e a idade equivalente derivada da média, o que possibilita uma melhor interpretação dos resultados obtidos. Estas tabelas foram construídas com base nos dados obtidos da população dos Estado Unidos e parte do Canadá, devido ao processo de validação do BOT-2 (Deitz, Kartin & Kopp, 2007).

- **Teste de Atenção d2 (Brickenkamp, 2007):** O teste de atenção d2 pretende avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração, apresentando um tempo de realização de aproximadamente 10 minutos. Neste teste, pede-se ao sujeito que assinale um estímulo específico (.,d; "d; ,d'). O teste mede também a velocidade de processamento da informação, a precisão nesse mesmo processamento e ainda os aspetos qualitativos respeitantes ao desempenho (Brickenkamp, 2007). O d2, pode ser administrado individualmente ou coletivamente a pessoas a partir dos 8 anos de

idade. Relativamente ao tempo de aplicação, este varia entre 8 a 10 minutos, tendo em consideração o tempo que é necessário para a leitura das instruções e a realização do exemplo (Brickenkamp, 2007).

No que se refere à folha de resposta, encontramos 14 linhas, cada uma delas contém 47 caracteres, o que tudo somado dá um total de 658 caracteres. Cada um destes caracteres corresponde a uma letra (“d” ou “p”) que, por sua vez, podem apresentar um, dois, três ou quatro traços em cima e/ou em baixo (Brickenkamp, 2007). Para a realização da prova, o que se pede ao sujeito, é que este procure em cada linha, da esquerda para a direita, as letras “d” com dois traços, podendo ser letras que contenham dois traços em cima, dois traços em baixo ou um traço em cima e outro em baixo, e que as assinale com um traço (/). O sujeito tem 20 segundos para assinalar os caracteres corretos em cada linha (Brickenkamp, 2007).

Os parâmetros avaliados pelo teste de atenção d2 são o Total de Caracteres Processados, Total de Acertos, Total de Erros, Total de Eficácia, Índice de Concentração, Índice de Variabilidade, Percentagem de Erros, Síndrome de Omissão e a Curva de Trabalho. (Brickenkamp, 2007). Este teste encontrasse validado para a população Portuguesa. Neste caso, existem tabelas que nos indicam a pontuação direta para cada parâmetro avaliado, a média, o desvio padrão e ainda os percentis para cada grupo etário, o que possibilita uma melhor interpretação dos resultados obtidos (Brickenkamp, 2007).

- **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (Fonseca, 2010):** A Bateria Psicomotora (BPM) foi construída por Vítor da Fonseca, com a finalidade de ser aplicado a crianças dos 4 aos 12 anos de idade, durante um período de aproximadamente 40 minutos. É um instrumento psicopedagógico com a finalidade de identificar crianças com competências psicomotoras imaturas ou desadequadas e/ou sinais desviantes. Tendo em conta que a BPM é um instrumento de avaliação formal, este também possibilita a identificação de comportamentos limite, dificuldades na compreensão e o reflexo das experiências vividas pela criança.

Este instrumento é constituído por sete fatores, sendo que cada um se subdivide em diferentes subfactores. Os setes fatores psicomotores são: Tonicidade; Equilibração; Lateralização; Noção do Corpo; Estruturação Espaço-temporal; Praxia Global e Praxia Fina. Após aplicado o presente teste, o resultado total é obtido através de quatro parâmetros para cada subfator, havendo para cada um deles uma pontuação máxima de 4 e mínima de 1. Assim sendo, a pontuação máxima é de 28 pontos e mínima é de 7 pontos. Cada um desses subfactores tem



um objetivo e a avaliação é dada conforme a performance e as capacidades da criança. (Fonseca, 2010).

No presente relatório, apenas o fator da Tonicidade foi aplicado. Este fator psicomotor divide-se em 5 subfatores: Extensibilidade (observação dos adutores, extensores da coxa, do quadricípite femural, dos deltoídes anteriores e peitorais, dos flexores do antebraço e dos extensores do punho), Passividade (observação de movimentos pendulares e passivos aplicados externamente nos braços e mãos e posteriormente nas pernas e pés), Paratonias (observação dos movimentos pendulares e passivos dos braços, mãos, pernas e pés, e ainda o grau de liberdade motora e de descontração voluntária dos membros, provocadas pela terapeuta através de mobilizações passivas e quedas), Diadococinesias (observação de movimentos de pronação e supinação, simultâneos e alternados de ambas as mãos) e Sincinesias (observação de reações parasitas de imitação dos movimentos contralaterais e de movimentos peribucais) Fonseca, 2010).

- **Outros Instrumentos aplicados:** Em anexo (anexo 3), encontram-se descritos outros instrumentos utilizados no decorrer do estágio descrito no presente relatório.

### **3. Descrição dos Casos Acompanhados**

No decorrer do estágio foram acompanhadas 18 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 13 anos de idade, as quais apresentavam/apresentam diversas problemáticas no âmbito dos problemas do comportamento, problemas de hiperatividade, ansiedade e baixa autoestima. As intervenções realizaram-se em dinâmica de grupo, assim como individualmente (6 crianças, sendo 2 delas apresentadas mais à frente como estudos de caso).

#### **3.1. Casos acompanhados em Grupo**

Como mencionado anteriormente as estagiárias de Psicomotricidade estiveram integradas no projeto da Área de Dia, no decorrer do qual, acompanharam três grupos, sendo dois dos grupos formados por rapazes e o outro grupo por raparigas. De seguida serão apresentados os três grupos acompanhados, com os respetivos casos, mencionando as suas problemáticas, avaliações realizadas e a respetiva progressão terapêutica. Em anexo (anexo 4) encontra-se uma descrição mais detalhada das progressões e comportamentos observados no decorrer da intervenção com os diferentes grupos. É importante mencionar que as crianças acompanhadas serão designadas através de siglas de forma a preservar a sua confidencialidade.

Tabela 1- Descrição dos casos de intervenção do grupo I- Rapazes

Grupo I- Rapazes	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão terapêutica
<p><b>D.T (9 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do Comportamento; Impulsividade, Autoagressão; Funcionamento Pré-psicótico; Agitação; Psicomotora; Discurso desadequado e descontextualizado; Défice de Atenção; Estereotipias; Dificuldade na relação com os pares;</p>	<p>DAP - Classificação final abaixo da média, idade correspondente 7A; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 5A6M e 5A11M; Torre de Londres - pontuação total de 25 pontos em 9 problemas, média capacidade de planeamento e resolução de problemas; Escala de Conners - resultados indicadores de problemas significativos em todas as escalas (pais); Escala de Conners - resultados indicadores de problemas significativos em todas as escalas exceto problemas cognitivos (professores); BPM - perfil hipertónico, com tensões e resistências nos membros, dificuldade na descontração muscular, presença de reações tónico-emocionais.</p>	<p>DAP - Classificação final abaixo da média, idade correspondente 7A2M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 6A6M e 6A11M; Torre de Londres - pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de planeamento e de resolução de problemas; Escala de Conners - resultado indicador de problemas significativos na escala agitação motora, com a possibilidade de problema significativo na escala défice de atenção e hiperatividade e com resultado Borderline na escala comportamentos de oposição; BPM- Perfil hipertónico com algumas resistências nas mobilizações dos membros inferiores com reações tónico-emocionais.</p>	<p>Apesar das pequenas melhorias observadas aquando da comparação das avaliações, o DT continua a beneficiar de acompanhamento psicomotor, e irá dar seguimento para a psicologia. Continua com dificuldades na relação com os pares, principalmente pelo seu discurso desadequado e descontextualizado, ainda assim ao longo da intervenção conseguiu entrar em relação dual com H.S..</p>
<p><b>H.S (9 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do Comportamento: Impulsividade, Agressividade; Dificuldades de Aprendizagem: Dislexia; Desinteresse escolar; Instabilidade Emocional; Baixa autoestima; Baixa tolerância à frustração; Défice de Atenção; Baixa</p>	<p>DAP - classificação final Borderline, idade correspondente a 6A3M; Estatua de Nepsy - idade correspondente entre 10A e 10A5M; Torre de Londres - pontuação total de 28 pontos em 12 problemas, a melhorar a capacidade de planeamento e resolução de problemas; Escala de Conners - resultados abaixo da média, fiabilidade em causa (pais); Escala de Conners - possibilidade de problemas significativos nas escalas problemas cognitivos e défice de atenção e hiperatividade (professores); BPM- perfil hipertónico, com resistência nas mobilizações.</p>	<p>DAP - classificação final média, idade correspondente a +11A, os desenhos do homem e do próprio passaram de abaixo da média para acima da média; Estátua de Nepsy - idade equivalente a +13A. Torre de Londres - pontuação total de 18 pontos em 9 problemas, não estava predisposto para realizar a atividade; Não entregou escalas de Conners; BPM- Perfil hipertónico com pouca resistência nas mobilizações.</p>	<p>Conforme observado, o HS apresentou melhorias significativas na noção do corpo, no entanto a figura da mulher continua a ser significativamente menos investida em comparação com as restantes; os comportamentos de oposição diminuíram significativamente, mas a baixa tolerância à frustração permaneceu.</p>

Autonomia; Fraca Noção do Corpo;			
<p><b>R.A (9 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b></p> <p>Alterações do Comportamento: desafio, oposição, agressividade, impulsividade; agitação psicomotora; Dificuldades na relação com os pares; Baixa tolerância à frustração; Dificuldades de Mentalização; Instabilidade emocional</p>	<p>DAP - classificação final média, idade correspondente 11A, com classificação acima da média; Estátua de Nepsy - idade correspondente acima dos 13A; Torre de Londres - pontuação total 31 pontos em 12 problemas, boa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Não entregou Escalas de Conners; BPM- Perfil hipertónico, resistência a todos os movimentos, não realiza movimentos pendulares.</p>	<p>DAP - classificação final superior à média, com idade correspondente de +11A; Estátua de Nepsy - idade correspondente acima dos 13A; Torre de Londres - pontuação total de 22 pontos em 9 problemas, média capacidade de planeamento e resolução de problemas; Não entregou Escalas de Conners; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>Através da análise dos resultados é possível verificar que houve um decréscimo significativo na pontuação da torre de Londres, e por isso uma capacidade de planeamento e resolução de problemas inferior, isto poderá dever-se à pouca assiduidade do RA durante os últimos meses de intervenção, por questões familiares, onde predominam os conflitos conjugais. No entanto verificam-se melhorias ao nível da tonicidade bem como no DAP.</p>
<p><b>M.S (8 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b></p> <p>Alterações do Comportamento: oposição, agressividade; perturbação da relação pais-filho; birras; suspeita de abuso sexual aos 3 anos; Labilidade Emocional; Falha na Identidade; Agitação Psicomotora; Dificuldades de Aprendizagem; Sono agitado e pesadelos;</p>	<p>DAP - classificação final acima da média, idade correspondente de +11A, à exceção do desenho do homem que se encontra na média; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 9A e 9A5M; Torre de Londres - pontuação total de 21 pontos em 8 problemas, desistiu, baixa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Escala de Conners (professores) - resultados indicadores de problemas na escala problemas cognitivos, resultados Borderline na escala défice de atenção e hiperatividade, na média na escala comportamentos de oposição e abaixo da média na escala excesso de atividade motora; BPM- Perfil hipertónico, dificuldades no abandono e na auto relaxação, reações tónico-emocionais presentes.</p>	<p>DAP - classificação final acima da média em todos os desenhos, idade correspondente a +11A; Estátua de Nepsy - idade correspondente a +13A; Torre de Londres - pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Não entregou nenhuma Escala de Conners; BPM - Tonicidade adequada, melhorias na capacidade de abandono dos membros, sem resistências ou tensões nos membros e sem reações tónico-emocionais.</p>	<p>São notórias as melhorias nos resultados obtidos pelo MS, principalmente na Estátua de Nepsy, onde conseguiu controlar os impulsos de se mover durante a prova, assim como na Torre de Londres que foi realizada até ao último problema quase sempre à primeira tentativa, e por isso demonstrando uma capacidade de planeamento e resolução de problemas superiores ao início da intervenção. Ainda assim, continuam a existir dificuldades ao nível da identidade e uma grande labilidade emocional.</p>

Tabela 2- Descrição dos casos de intervenção do grupo II- Rapazes

Grupo II- Rapazes	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão Terapêutica
<p><b>A.P. (9 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do comportamento; Desatenção; Agitação psicomotora; Dificuldades na regulação Emocional; Baixa tolerância à frustração; Irritabilidade; Oposição; Agressividade; Pouca Autonomia; Baixa Autoestima; Postura Narcísica;</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média, idade correspondente 6A; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 4 A 6M e 4A11M; Torre de Londres - pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Escala de Conners – sem resposta por parte dos pais e do professor; BPM- perfil hipertónico, com algumas tensões e resistências nos membros, dificuldade na descontração muscular, presença de reações tónico-emocionais;</p>	<p>DAP - classificação final Borderline, idade correspondente 6A2M; Estátua de Nepsy - idade correspondente a 4 A 5M; Torre de Londres - pontuação total de 33 pontos em 12 problemas, boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Escala de Conners – sem resposta por parte dos pais e do professor; BPM- Perfil hipertónico, ainda assim, com menos resistências nas mobilizações</p>	<p>Apesar das ligeiras melhorias observadas aquando da comparação das avaliações, o A.P. continua a beneficiar de acompanhamento psicomotor, e irá dar seguimento para a psicologia. Continua a manifestar dificuldades na relação com os pares, principalmente pela sua dificuldade em lidar com a frustração, e pela sua baixa autoestima. O A.P. é um menino que continua a manifestar vincados comportamentos de oposição, irritabilidade e por vezes, agressividade.</p>
<p><b>M.N. (8 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do comportamento, Dificuldades em aceitar regras; Comportamentos de oposição; Agressividade; Impulsividade e agitação psicomotora; Sono agitado; Dificuldades de Aprendizagem; Grande dependência do adulto; Baixa Autoestima; Disfunção familiar;</p>	<p>DAP - classificação final bastante abaixo da média, idade correspondente a 5A; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 4 A 6 M e 4 A 11M; Torre de Londres- pontuação total de 6 pontos em 2 problemas, evidenciando grande dificuldade na capacidade de planeamento e resolução de problemas; Escala de Conners – resultados ligeiramente atípicos (Borderline) na escala Problemas cognitivos/atenção (pais e professores); BPM- perfil hipertónico, com resistência nas mobilizações.</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média (perfil Borderline) média, idade correspondente a 5 A 5 M, verificando-se melhorias nos três desenhos; Estátua de Nepsy - idade equivalente entre 4A 6M, 4A 11M. Torre de Londres - pontuação total de 12 pontos em 4 problemas, apesar da melhoria, evidencia ainda bastantes dificuldades na capacidade de planeamento e resolução de problemas; Escala de Conners – possibilidade de problemas significativos nas escalas Problemas cognitivos/ desatenção e Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade; BPM- Perfil hipertónico com pouca resistência nas mobilizações.</p>	<p>Conforme observado, o M.N. apresentou ligeiras melhorias ao nível da noção do corpo; Também ao nível da Torre de Londres se verificaram algumas melhorias, ainda assim as dificuldades no planeamento continuam a ser significativas; Relativamente à Escala de Conners, verificam-se resultados inferiores em relação aos inicialmente obtidos, o que se comprovou também ao longo das sessões, pois os comportamentos de oposição aumentaram ao longo das sessões.</p>
<p><b>G.L. (9 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Grandes Medos (vento, chuva,</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média (perfil Borderline), idade correspondente a 6 A 6M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 3 A 6 M e 3 A 11M;</p>	<p>DAP - classificação final na média, com idade correspondente de 8 A 3M; Estátua de Nepsy - idade correspondente a 3 A 11 M; Torre de</p>	<p>Através da análise dos resultados é possível verificar que houve melhorias significativas ao nível da noção do corpo, assim como na pontuação da Torre de Londres e por isso uma</p>

<p>ruídos); Ansiedades; Comportamentos de Oposição e de Obsessão; Dificuldades em lidar com a frustração; Perturbações do sono; Dificuldades na socialização (isolamento); Pouca autonomia; Ligeiros comportamentos de Hiperatividade/desatenção e de Depressão; Dificuldades de Aprendizagem.</p>	<p>Torre de Londres - pontuação total 23 pontos em 9 problemas, boa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Escala de Conners - resultados medianamente atípicos na escala Comportamentos de Oposição e ligeiramente atípicos na escala Excesso de Atividade Motora (pais); BPM- Perfil hipertónico, resistência a todos os movimentos, não realiza movimentos pendulares, grande rigidez muscular.</p>	<p>Londres - pontuação total de 34 pontos em 12 problemas, apresentando uma boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Não entregou Escalas de Conners; BPM- hipertonicidade, ainda que com ligeiras melhorias ao nível da contração muscular e resistência durante as mobilizações;</p>	<p>melhor capacidade de planeamento e resolução de problemas. Também ao nível dos seus medos e das suas dificuldades ao nível da socialização se verificaram melhorias no decorrer da intervenção.</p>
<p><b>D.G. (9 anos)</b>  <b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do comportamento, por oposição; Dificuldades em cumprir regras; Birras frequentes; Dificuldades de socialização; Enurese e Encoprese; Agressividade; Impulsividade;</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média, idade correspondente de 6 A 4M. Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 5A e 5A5M; Torre de Londres - pontuação total de 9 pontos em 3 problemas, desistiu, baixa capacidade de resolução e planeamento de problemas; Escala de Conners (pais) - resultados indicadores de problemas na escala problemas cognitivos/desatenção; Escala de Conners (professores)- resultados ligeiramente atípicos (Borderline) na escala Excesso de Atividade Motora e possibilidade significativa de problemas na escala Índice de défice de atenção e hiperatividade; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>DAP - classificação final abaixo da média (perfil Borderline), idade correspondente de 5 A 9M. Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 5 A 6M e 5 A 11M; Torre de Londres - pontuação total de 20 pontos em 9 problemas, melhorando ao nível da capacidade de resolução e planeamento de problemas; Escala de Conners (pais)- indicação de problemas significativo na escala de problemas cognitivos/desatenção, excesso de atividade motora e índice de défice de atenção e hiperatividade; Escala de Conners (professores) – tudo dentro da média; BPM- Tonicidade adequada, melhorias na capacidade de abandono dos membros, sem resistências ou tensões nos membros e sem reações tónico-emocionais.</p>	<p>No D.G. verificaram-se resultados inferiores ao nível da noção do corpo, uma vez que a sua disponibilidade e empenho durante a prova foi inferior comparando á avaliação inicialmente realizada. Melhorias ao nível da capacidade de planeamento e resolução de problemas; Ao nível da Escala de Conners, segundo o professor, os comportamentos do D.G. melhoraram, no entanto, segundo os pais, surgiram resultados mercedores de maior preocupação. Nas sessões o D.G. apresentou melhorias ao nível socialização, mostrando-se mais desinibido. Também os episódios de Enurese e Encoprese diminuíram.</p>

Tabela 3- Descrição dos casos de intervenção do grupo III- Raparigas

Grupo III- Raparigas	Avaliação inicial	Avaliação final	Progressão Terapêutica
<p><b>R.C (7 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Compulsão alimentar como substituto às relações afetivas; birras; comportamentos de liderança; labilidade emocional; Ansiedade; agitação psicomotora; dificuldades de mentalização;</p>	<p>DAP com classificação final na média com idade correspondente a 8A3M, à exceção do desenho da mulher que se encontra acima da média; Estátua de Nepsy com idade correspondente entre 10A e 10A5M; Torre de Londres com resultado de 25 pontos em 10 problemas, capacidade de resolução e planeamento de problemas na média; Não entregou nenhuma Escala de Conners; BPM-tonicidade adequada, capacidade de abandono dos membros, facilidade de descontração, sem tensões ou resistências.</p>	<p>DAP com classificação final na média, idade correspondente a 8A3M, à exceção do desenho do homem que se encontra acima da média; Estátua de Nepsy com idade correspondente +11A; Torre de Londres com resultado de 31 pontos em 12 problemas, revelando uma melhoria na capacidade de resolução e planeamento de problemas; Não entregou Escalas de Conners; BPM com tonicidade adequada, onde foi possível observar que na avaliação final era mais fácil fazer o proposto, sendo apenas necessária instrução verbal.</p>	<p>Através da análise dos resultados finais, foi possível verificar-se melhorias significativas ao nível da capacidade de resolução de problemas e também na capacidade de inibição de impulsos, pela Estátua de Nepsy. Com o decorrer da intervenção a RC deixou de liderar as colegas e passou a entrar em relação com os pares para diversão, no entanto continuou a querer ser a melhor em todas as atividades.</p>
<p><b>R.G (7 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Isolamento social; dificuldades de aprendizagem; ansiedade e inibição; perturbação do sono; disfunção familiar; recusa alimentar seguidos de episódios de compulsão alimentar; ausências: paragem de atividade, olhar fixo; baixa autonomia.</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 7A 4M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 4 A 6M e 4 A 11M; Torre de Londres- resultado de 13 pontos em 6 problemas, capacidade de resolução e planeamento de problemas a; Escala de Conners (professores) – indicação de problemas significativos nas escalas problemas cognitivos/desatenção e excesso de atividade motora; Escala de Conners (pais) tudo dentro do normal; BPM- perfil hipertónico, resistência a todos os movimentos, não realiza movimentos pendulares, grande rigidez muscular.</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 6A 10M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 4A e 4A5M; Torre de Londres- resultado de 19 pontos em 7 problemas, capacidade de resolução e planeamento de problemas comprometida; Escala de Conners (professores) – não entregou; Escala de Conners (pais) resultado ligeiramente atípico (perfil Borderline) na escala excesso de atividade motora; BPM- perfil hipertónico, apesar de melhorias, são ainda visíveis algumas resistência e rigidez muscular.</p>	<p>Perante os resultados obtidos, foi possível verificar pequenas melhorias ao nível da noção do corpo, mantendo-se os resultados da Estátua de Nepsy, e apresentado resultados ligeiramente inferiores na Torre de Londres. A R.G. continuam a apresentar problemas ao nível da capacidade de resolução de problemas. Com o decorrer da intervenção foi também possível verificar um agravamento ao nível das ausências, olhar fixo e da paragem de atividade, e onde a ausência cada vez maior da figura paterna pode ter influência nos comportamentos da R.G</p>
<p><b>B.H (9 anos)</b></p> <p><b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do comportamento:</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 6A 8M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 4A e 4A5M; Torre de Londres- resultado de 23 pontos em 9 problemas, baixa</p>	<p>DAP - classificação final na média com idade correspondente a 7A 4M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 5 A 6M e 5 A 11M; Torre de Londres- resultado de 23 pontos em</p>	<p>Perante os resultados obtidos, verifica-se que a B.H. apresentou melhorias significativas relativamente ao controlo inibitório avaliado pela estátua de</p>

<p>oposição, dificuldades de concentração; agitação psicomotora; comportamentos desajustados: sexualizados; intolerância à frustração; funcionamento pré-psicótico;</p>	<p>capacidade de resolução e planeamento; Escala de Conners – não foram entregues os questionários; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>9 problemas, capacidade de resolução e planeamento melhorou; Escala de Conners – não foram entregues os questionários; Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>Nepsy, assim como no planeamento e resolução de problemas. No decorrer da intervenção, a B.H. mostrou-se muito menos agitada, mais contida e menos impulsiva, lidando melhor com a frustração. É importante mencionar que a B.H. iniciou a toma de medicação.</p>
<p><b>M.S (7 anos)</b> <b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do comportamento: oposição, agressividade; agitação psicomotora; funcionamento borderline; déficit de atenção; disfunção familiar; dificuldades na regulação emocional; labilidade emocional; dificuldades de aprendizagem; ansiedade; baixa autoestima;</p>	<p>DAP - classificação abaixo da média com idade correspondente a 5 A 10M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 4A 6 Me 4 A 11M; Torre de Londres- resultado de 24 pontos em 9 problemas, dificuldades na resolução e planeamento; Escala de Conners – não foram entregues os questionários; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>DAP - classificação perto da média com idade correspondente a 6 A 6 M; Estátua de Nepsy - idade correspondente entre 3 A e 3 A 5M; Torre de Londres- resultado de 18 pontos em 5 problemas, as dificuldades na resolução de problemas e planeamento permaneceram; Escala de Conners – não foram entregues os questionários; BPM- Tonicidade adequada, não oferece resistência durante as mobilizações, realiza movimentos pendulares e demonstra facilidade de descontração muscular.</p>	<p>Através da análise dos resultados é possível verificar que houve um decréscimo geral nos resultados obtidos, assim como o seu comportamento durante as sessões se modificou, encontrando-se a M.S. em momentos de maior agitação e em outros momentos, de afastamento do grupo, o que poderá ser explicado face à situação familiar em que a M.S. se encontrava, mostrando-se pouco disponível no momentos das avaliações finais.</p>
<p><b>L.P (7 anos)</b> <b>Motivo de Encaminhamento:</b> Alterações do comportamento: agressividade, ausências; labilidade emocional; funcionamento pré-psicótico: amigos imaginários; dificuldades de mentalização</p>	<p>DAP com classificação final na média; Estátua de Nepsy com uma idade correspondente entre 6A e 6A5M; Torre de Londres com classificação de 32 pontos em 12 problemas, reveladores de boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; Escala de Conners (professores): com resultados indicadores de problemas significativos na escala déficit de atenção e hiperatividade e na escala de comportamentos de oposição, e resultado borderline na escala excesso de atividade motora; BPM- perfil hipertónico, movimentos pendulares desarmoniosos, apresenta tensões e resistências durante as mobilizações.</p>	<p>Não compareceu no programa Área de dia no último mês de intervenção, pelo que não foi possível repetir as avaliações.</p>	<p>Apesar de não haver meio de comparação entre a avaliação inicial e final, foi possível observar ao longo da intervenção melhorias ao nível das alterações do comportamento, uma redução significativa de comportamentos agressivos. Ao longo da intervenção a LP deixou de fazer referência aos seus amigos imaginários que a obrigavam a fazer coisas más aos outros, tanto em contexto de sessão como escolar.</p>

### **3.2. Casos acompanhados Individualmente**

No que diz respeito à intervenção individual, foram acompanhadas 6 crianças de diferentes idades e problemáticas, com frequência semanal e com uma duração de 45 minutos cada sessão. De seguida serão apresentados de forma sucinta apenas 4 dos 6 casos acompanhados individualmente, sendo posteriormente os outros 2 apresentados de forma mais aprofundada, como Estudos de Caso.

#### **3.2.1. Caso D.M. (masculino, 12 anos)**

O D.M. iniciou o acompanhamento em consultas de psicologia, onde o motivo de encaminhamento passava por alterações do comportamento, nomeadamente queixas de hiperatividade e de agressividade. No entanto, atualmente, e com 12 anos, como motivo de encaminhamento para a intervenção em psicomotricidade sugerido pela sua psicóloga, surgem dificuldades em manter a atenção, em manter o contacto ocular, inexpressividade facial, dificuldades de socialização (isolamento), ansiedade, baixa autoestima, sentimentos de tristeza e insegurança e ainda dificuldades em lidar com a frustração. Após toda a recolha de informação, foram avaliadas a autoestima, através do Questionário de Rosenberg, a atenção/concentração, através do teste de Atenção d2, as, as perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade, através do Questionário Scared-R. Das avaliações iniciais realizadas, foi possível concluir que o D.M. apresenta dificuldades significativas no que diz respeito à capacidade de atenção/concentração, uma baixa autoestima, níveis elevados de ansiedade da separação, fobia social e ansiedade generalizada. Perante as avaliações iniciais realizadas, procurou-se trabalhar com o D.M. ao longo das sessões as questões da inibição, da autoestima, da tolerância à frustração, através de jogos como “as cartas”, o “jogo da mímica”, entre outros, a ansiedade, através de um momento de relaxação e consciencialização corporal e as questões de concentração/atenção, através de inúmeras atividades desde “identificar o objeto em falta”, o “jogo da memória”, entre outros. Privilegiou-se ao longo de toda a intervenção o estabelecimento de uma relação de confiança e aceitação, pelas grandes dificuldades que o D.M. apresentava ao nível da socialização, do contacto ocular e da sua baixa autoestima. Como resultados finais da intervenção e ao longo de toda a intervenção realizada, verificaram-se melhorias relativamente à atenção/concentração, que se refletiram a nível escolar, também ao nível da sua autoestima e autoconfiança. No que diz respeito à ansiedade, nomeadamente, a nível social, o D.M. começou a apresentar maior facilidade em relacionar-se com os outros e por isso, um menor isolamento social. O D.M. começou a sugerir atividades propostas por si mesmo, a estabelecer um contacto ocular intencional e ainda uma maior capacidade em gerir as suas emoções quando frustrado. Ainda



assim, esta seria uma intervenção que necessitaria de ser realizada durante um maior período de tempo, pois o D.M. continua a apresentar sentimentos de tristeza e insegurança, e níveis significativos de ansiedade.

### **3.2.2. Caso M.C. (feminino, 10 anos)**

A M.C., de 10 anos, iniciou o acompanhamento em consultas de psicologia, onde o motivo de encaminhamento passava por diagnóstico de Mutismo Seletivo, sendo posteriormente encaminhada para avaliação e acompanhamento em psicomotricidade sugerido pela sua psicóloga, pelo diagnóstico de Mutismo Seletivo, por dificuldades de socialização (isolamento social), dificuldades em manter a atenção e ao nível da memória, dificuldades ao nível da praxia global e ainda uma baixa autoestima. Após toda a recolha de informação, foram avaliadas a atenção/concentração, através do teste de atenção d2, as perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade, através do Questionário Scared-R, a proficiência motora, através do teste Bruninks Oseresky – 2 e ainda a tonicidade, através da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca. Das avaliações iniciais realizadas, foi possível concluir que a M.C. apresenta dificuldades significativas no que diz respeito à capacidade de atenção/concentração, dificuldades de coordenação ao nível dos membros superiores e inferiores, relacionadas com a destreza manual, equilíbrio e força, assim como uma hipertonicidade generalizada, caracterizada pela evidente e permanente contração muscular e pela dificuldade em aceder à passividade. No que diz respeito à avaliação através do questionário Scared-R, concluiu-se que a M.C. é uma menina tímida e ansiosa com alguma dificuldade em gerir as suas emoções, nomeadamente perante situações de maior stress. Na intervenção realizada, procurou-se trabalhar com a M.C. a sua capacidade de autorregulação, assim como a sua tonicidade, através de um momento de relaxação e consciencialização corporal e as suas dificuldades ao nível da concentração/atenção, através de inúmeras atividades desde “identificar o objeto em falta”, “o jogo da memória”, entre muitos outros. Também foram realizadas várias atividades como percursos ou jogos de movimento, com a finalidade de promover a coordenação e equilíbrio que se encontravam comprometidos. Privilegiou-se ao longo de toda a intervenção o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança e aceitação, pelas grandes dificuldades que a M.C. apresentava ao nível da socialização. Quanto à sua evolução terapêutica, e tendo em conta que a intervenção decorreu durante um tempo muito curto, pois a M.C. faltou frequentemente às sessões, verificaram-se melhorias, ainda que pouco significativas, relativamente à atenção/concentração e também ao nível da sua autoestima. No que diz respeito à ansiedade, nomeadamente, a nível social, a M.C. começou a apresentar uma maior facilidade em relacionar-se com os outros e por isso, um menor isolamento

social, que se reflete numa maior capacidade de autorregulação. Por fim, também ao nível da coordenação motora e equilíbrio, surgiram ao longo das sessões pequenas melhorias ao nível dos objetivos inicialmente propostos a atingir.

### **3.2.3. Caso B.D. (feminino, 11 anos)**

A B.D. iniciou o acompanhamento em consultas de psicologia, por queixas de cefaleias constantes, episódios de vômito, pouca tolerância à luz e a certos ruídos. Atualmente, a B.D. tem 11 anos, e o motivo de encaminhamento para a intervenção em psicomotricidade sugerido pela sua psicóloga, prendeu-se com a persistência dos episódios de cefaleia, e por questões relacionadas com episódios de grande ansiedade. Após toda a recolha de informação, foram avaliadas a tonicidade, através da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca e ainda as perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade, através do questionário Scared-R. Das avaliações iniciais realizadas foi possível concluir que a B.D. apresenta alguma dificuldade em aceder à passividade, apresentando uma hipertonicidade nos membros superiores e inferiores. Também através do questionário Scared-R, se verificaram resultados indicadores de sintomas significativos de ansiedade, nomeadamente no que diz respeito aos parâmetros da Ansiedade da Separação, Ansiedade Generalizada e na Perturbação Obsessiva-compulsiva. Perante as avaliações iniciais realizadas, a intervenção realizada com a B.D. teve como objetivo principal a autorregulação perante situações de ansiedade e consciência corporal, através da aplicação da relaxação Treino Autógeno de Schultz, apesar de existir sempre um momento mais livre na sessão. Ao longo das sessões, e como resultado final da intervenção, foi possível verificar-se uma progressiva capacidade em aceder à passividade, assim como, e relatado pela mãe da B.D. e pela própria, melhorias significativas dos episódios de cefaleias. Também na autorregulação, se verificaram melhorias significativas, pelo que a B.C., segundo as suas respostas e as da mãe ao questionário Scared-R é atualmente uma menina com uma menor dependência da mãe, mais descontraída e menos preocupada ou ansiosa perante tudo o que a rodeia, o que acabou por se refletir também corporalmente.

### **3.2.4. Caso G.P. (masculino, 12 anos)**

O G.P. iniciou o acompanhamento em consultas de psicologia, onde o motivo de encaminhamento passava por dificuldades em regular as suas emoções, nomeadamente a frustração, tornando-se agressivo, uma baixa autoestima, esta derivada às significativas dificuldades que o G.P. apresentava ao nível do controlo manual fino e destreza manual. No entanto, atualmente, com 12 anos, como motivo de encaminhamento para a intervenção em psicomotricidade, as principais preocupações

prenderam-se com a persistente dificuldade ao nível do controlo manual fino e destreza manual que, conseqüentemente, contribuíam para uma baixa autoestima. Após toda a recolha de informação, foram avaliadas a autoestima, através do Questionário de Rosemberg e a proficiência motora, através do teste de Bruninks Oserestky - 2. Das avaliações iniciais realizadas, foi possível concluir que o G.P. apresenta dificuldades significativas no que diz respeito ao controlo manual fino, destreza manual e coordenação dos membros superiores, sendo que também a nível dos membros inferiores se verificou alguma descoordenação. Perante as avaliações iniciais realizadas, procurou-se trabalhar com o G.P. as dificuldades ao nível do controlo manual fino, destreza manual, assim como ao nível do equilíbrio e motricidade global, através de inúmeras atividades que exigissem um maior controlo e precisão ao nível dos membros superiores, mais especificamente, as mãos. Também se realizaram percursos com várias atividades que exigissem um controlo manual fino e onde o equilíbrio e a coordenação fossem igualmente trabalhados. Relativamente à sua evolução terapêutica, verificaram-se melhorias significativas ao nível do teste de proficiência motora Bruninks-Oserestky 2, apresentando o G.P. uma maior precisão, controlo e coordenação ao nível dos membros superiores, assim como um maior equilíbrio e praxia global. Aleado a estas melhorias ao nível da coordenação, também ao nível da autoestima, tanto através da análise da avaliação final pelo Questionário de Rosemberg, como em conversa com o G.P. e com os seus pais, surgiram melhorias, identificando o G.P. melhor as suas capacidades, apresentando um sentimento de satisfação e confiança em si mesmo maiores. O G.P. manifestou uma maior motivação para superar as suas dificuldades, o que inicialmente era encarado pelo G.P. como um defeito, fazendo frequentemente comentários depreciativos sobre si mesmo, que ao longo da intervenção deixaram de existir.

### **CAPÍTULO III. Estudo de Caso I – Pedro**

#### **Identificação do Caso**

A criança de seguida apresentada, será denominada com o nome fictício Pedro, iniciou o seu acompanhamento em Psicologia na unidade de pedopsiquiatria a pedido dos pais. Posteriormente foi encaminhada pela Psicóloga para avaliação e acompanhamento em Psicomotricidade passado um mês da sua primeira consulta na unidade de pedopsiquiatria, em novembro de 2017. O encaminhamento para avaliação e intervenção em Psicomotricidade teve como principais preocupações as queixas de agitação psicomotora, dificuldades ao nível da atenção e comportamentos disruptivos e

agressivos em relação aos pais, que começaram a surgir por volta dos 2 anos e meio de idade.

O Pedro nasceu a 1 de março de 2012, tendo atualmente 6 anos de idade. A intervenção psicomotora iniciou-se em 12 de dezembro de 2017, com acompanhamento semanal às terças-feiras das 11:15 às 12:00 horas, realizando-se num total 26 sessões com esta criança. Definiu-se como plano terapêutico a intervenção em psicomotricidade e o seguimento nas consultas de Psicologia. As informações que em seguida serão apresentadas foram recolhidas durante a entrevista realizada com a mãe e o pai, na consulta do processo, na troca de informações com a Psicóloga e nas avaliações realizadas.

### **Anamnese**

O Pedro nasceu às 42 semanas de gestação por cesariana pois encontrava-se na posição pélvica, não chegando a realizar a volta para se encontrar na posição cefálica e assim facilitar o parto. A mãe tinha 42 anos na altura do parto, tendo previamente ocorrido 4 abortos espontâneos, sendo por este motivo uma gravidez muito desejada pelos pais. Contudo, a mãe refere que o período de gestação foi pautado por algum stresse, devido aos abortos anteriormente mencionados. No último mês de gravidez a mãe do Pedro desenvolveu Diabetes Gestacional.

Ao nível do desenvolvimento, não se verificou nenhum atraso no seu desenvolvimento motor, dando os primeiros passos autonomamente por volta do 1 ano de idade. Ao nível da linguagem proferiu as primeiras palavras quando completou o primeiro ano de vida, sendo a sua primeira palavra, "mamã". Relativamente ao controlo dos esfíncteres diurnos e noturnos verificou-se um atraso, sendo apenas por volta dos 3 anos e meio, pois segundo os pais o Pedro tinha receio de se sentar na sanita. Ao nível do desenvolvimento do sono são referidos alguns problemas, tendo dificuldade de dormir sozinho no quarto por medo do escuro, situação que ainda se mantém. Acorda várias vezes durante a noite para ligar a luz, fica a ver televisão e por vezes vai procurar a mãe para dormir consigo. Segundo os pais, é um menino que tem alguns medos (barulho, escuro) não se sabendo o fator desencadeador. Ao nível do desenvolvimento social o Pedro não apresenta dificuldades, sendo desde bebé muito comunicativo, procurando espontaneamente o contacto com o outro, mesmo com o adulto, relacionando-se bem com todos os meninos da sua sala. O Pedro é autónomo no vestir, no calçar, tomar banho e na alimentação.

No que diz respeito ao seu percurso escolar, atualmente o Pedro frequenta o ensino pré-escolar, transitando no próximo ano para o 1º ciclo. Antes de iniciar o seu

percurso educativo, ficou os primeiros 5 meses com a mãe e mais tarde com a avó paterna, entrando para a creche aos 3 anos de idade. Inicialmente o Pedro não reagiu bem à entrada para a creche, pois batia nos colegas e não aceitava as ordens da educadora, fazendo muitas birras.

Ao nível da história clínica o Pedro apenas apresenta asma, não apresentando períodos de internamento hospitalar. Relativamente à história médica familiar, a mãe do Pedro é atualmente acompanhada em consultas de psicologia por diagnóstico de depressão, encontrando-se atualmente e já há alguns meses de baixa.

Relativamente ao contexto familiar, o Pedro vive com os pais (os quais, segundo informações trocadas com a Psicóloga do Pedro, mantêm uma relação conjugal conflituosa devido a dificuldades financeiras) e com a sua irmã de 15 anos, com quem estabelece na maioria das vezes uma boa relação, estabelecendo uma relação preferencial com a sua mãe. Segundo os pais do Pedro, começaram a ocorrer episódios de choro intensivo, gritos e murros na parede, comportamentos de agressividade e de oposição por parte do Pedro que se vieram a tornar mais frequentes com o avançar da idade, particularmente quando a mãe começou a trabalhar por turnos e não conseguia estar tão presente na vida do Pedro, por volta dos 3 anos. Relativamente a essa altura, os pais relataram que o Pedro não aceitava ordens de ninguém, apresentando comportamentos agressivos para com a mãe e a irmã quando contrariado, tendo de ser tudo negociado para que o Pedro fizesse o que lhe pediam. Também as situações de agressividade se começaram a verificar no jardim-de-infância, batendo o Pedro nos colegas e partindo os pratos durante as refeições.

São também referidos, e por isso, motivo de preocupação, comportamentos de grande intolerância à frustração, dificuldades em perceber os limites entre si e o outro, dificuldades em manter a atenção e em permanecer na mesma atividade durante um maior período de tempo, bem como em esperar pela sua vez para falar ou fazer algo. Ainda segundo os seus pais, o Pedro é um menino que apresenta dificuldades ao nível da autoestima, necessitando de perguntar constantemente se está a fazer as coisas bem e dizendo frequentemente que a mãe ou a irmã não gostam dele. Ao nível do discurso, os pais também relataram que o Pedro fala muito rápido e apresenta alguma desorganização ao nível das ideias. Apesar do anteriormente referido, o Pedro é um menino que se preocupa com o outro, quando quer é muito meigo, querido e quando sabe que fez mal reconhece-o, pedindo desculpa.

### **Avaliação Inicial**

A presente avaliação inicial foi realizada tendo como base fontes informais, através de entrevista aos pais do Pedro e através da observação com preenchimento de uma grelha de observação (Grelha de Observação do Comportamento- Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015 & Grelha de Observação de João Costa - Costa, 2008) e fontes formais, assente na aplicação do Draw a Person (DAP; Naglieri, 1988), Torre de Londres (Anderson, Anderson, & Lajoie, 1996), Estátua de Nepsy (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001) e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (QCD; Goodman, 1997).

### **Avaliação Informal**

Relativamente à observação realizada, esta teve lugar na sala de psicomotricidade, no decorrer das primeiras três sessões com o Pedro. As sessões realizadas foram de carácter espontâneo, onde a terapeuta e o Pedro procuraram estabelecer as primeiras relações terapêuticas.

Da observação realizada, é possível verificar que o Pedro tem uma aparência cuidada e investida, bem como um desenvolvimento estato-ponderal sem alteração, apresentando uma postura adequada, eutónica mas bastante desinibida. O Pedro é um menino que apresenta alguma dificuldade em focar e manter a atenção nas tarefas, necessitando de reforço e constantes chamadas de atenção, apresentando sinais de impulsividade, como por exemplo, iniciando as atividades antes de a terapeuta terminar a explicação. O Pedro demonstra ainda uma grande dificuldade em esperar pela sua vez durante as atividades e apenas consegue manter-se na atividade durante um curto período de tempo, dispersando a sua atenção rapidamente.

Na sala, explora alguns dos materiais, existindo vários da sua preferência como bolas ou bastões. É uma criança bastante alegre e energética que revela interesses de acordo com os contextos factuais lógicos sem atributo simbólico. Em relação aos materiais, apresenta por vezes um comportamento disruptivo, ou seja, pega e larga nos materiais sem intenção definida, e por vezes com alguma agressividade. A planificação das suas ações é na maioria das vezes semiestruturada, não indo até ao fim da atividade.

Relativamente à sua participação nas tarefas, é um menino que adere voluntariamente às atividades, ainda assim, é notório que o Pedro se esforça mais nas atividades do seu interesse, mostrando pouca persistência em atividades que não o motivem tanto. É uma criança muito competitiva, evidenciando alguma dificuldade em lidar com a frustração, adotando nessas situações comportamentos de agressividade e

de desistência. No que diz respeito ao ajustamento em relação à tarefa, o Pedro apresenta um contacto desadequado na maioria das vezes devido à excessiva agitação psicomotora evidente, necessitando de ser chamado à atenção, no entanto ajusta-se de imediato. No geral, o Pedro é um menino bastante participativo, que demonstra um grande espírito de ajuda e de cooperação. Relativamente ao gesto espontâneo, a qualidade do seu gesto é na maioria das vezes desadequada devido à sua impulsividade motora e comportamental. A sua intenção do movimento é por vezes inoperante por falta de planeamento.

Quanto aos parâmetros psicomotores, o Pedro apresenta uma adequada coordenação de movimentos tanto a nível óculo-manual como óculo-pedal ou óculo-segmentar, revelando preferência manual e pedal, dextra. Também ao nível do equilíbrio, o Pedro não apresenta dificuldades. Ao nível da noção do esquema corporal, apresentou alguma imaturidade não reconhecendo algumas partes do seu corpo.

Relativamente à memória, o Pedro apresenta alguma dificuldade ao nível da retenção e evocação das atividades feitas, tanto na própria sessão como de sessões anteriores.

Ao nível da comunicação verbal, o Pedro apresenta uma linguagem recetiva adequada, compreendendo o que se lhe é dito, contudo a linguagem expressiva é insuficiente e bastante desorganizada. Por outro lado, ao nível da comunicação não-verbal, o Pedro apresenta um olhar intencional e aceitante, comunicando por gestos e mímicas adequadamente.

Durante as sessões, apresenta dificuldades em respeitar as regras da sessão, embora quando chamado à atenção respeite o que a terapeuta diz. É um menino que reconhece a diferença de idades entre a terapeuta e si, ainda assim por vezes não respeita a gestão da distância entre os dois, interferindo no espaço da terapeuta, e por vezes, sobrepondo-se à mesma. Também ao nível da compreensão da duração da sessão o Pedro tem alguma dificuldade em perceber quando a sessão termina e as partes que a constituem.

### **Avaliação Formal**

A aplicação do DAP (Naglieri, 1988) prendeu-se com a necessidade de se obter informação sobre a integração da imagem e esquema corporal da própria criança. Quanto aos resultados obtidos, relativamente à imagem corporal e integração do esquema corporal, o Pedro obteve uma classificação final *Borderline*, correspondendo a uma idade inferior a 5 anos e portanto inferior à sua. Todos os desenhos foram realizados no centro da folha, sendo todos eles desenhados num tamanho bastante

reduzido. Relativamente ao tempo despendido na realização dos mesmos, o Pedro desenhou os desenhos muito rapidamente, demorando apenas 1 minuto na realização de cada desenho, apresentando uma falta de investimento nos detalhes dos mesmos, pois não existiam na maioria das vezes, pormenores como mãos, dedos, cabelo, orelhas, entre outros. Deste modo, conclui-se que o Pedro apresenta um esquema corporal imaturo para a sua faixa etária

Quanto à aplicação do teste Torre de Londres (Anderson, Anderson, & Lajoie, 1996) prendeu-se com a necessidade de avaliar o planeamento motor, a atenção e a organização do pensamento uma vez que, quer na entrevista aos pais, quer na observação psicomotora, foi notório que o Pedro é uma criança muito agitada e impulsiva nas suas ações, não pensando antes de agir. Procurou-se ainda avaliar a capacidade de resolução de problemas, pois o Pedro demonstrou ser uma criança que desiste facilmente à mínima dificuldade. No presente teste o Pedro obteve 10 pontos em 36 possíveis, tendo ficado pelo quinto problema, sem ter obtido pontuação neste. Ao longo da realização, o Pedro mostrou-se entusiasmado com a tarefa, evidenciando a sua impulsividade pois só queria trocar as esferas do sítio mesmo após várias chamadas de atenção para não mexer e ouvir as instruções da prova.

O facto de o Pedro apenas ter conseguido realizar com sucesso 4 problemas, indica que apresenta dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas assim como na capacidade de antecipação, sequencialização de procedimentos e da recuperação de dados relevantes. Estas dificuldades poderão estar relacionadas com os comportamentos de grande impulsividade que o Pedro evidenciou ao longo de toda a prova, sobretudo no último problema em que manifestou um aumento da agitação psicomotora, desatenção e conseqüentemente uma menor disponibilidade para observar a imagem apresentada inicialmente antes de cada problema, o que o levou a trocar as esferas sem finalidade, desistindo com facilidade, como parece ser característica sua.

Relativamente ao subteste Estátua da Bateria de Nepsy (Korkman, Kemp, & Kirk, 2001), a sua aplicação teve como finalidade compreender o fator de inibição motora da criança uma vez que o Pedro é uma criança muito agitada e impulsiva e a aplicação deste teste requer que a criança consiga inibir os impulsos de abrir os olhos, de se mover ou de falar perante as distrações propositadas do próprio subteste. O Pedro revelou resultados ligeiramente abaixo do esperado para a sua faixa etária, apresentando uma pontuação de 23 em 30 possíveis, sendo o equivalente à prestação de uma criança entre os 4 anos e 6 meses e os 4 anos e 11 meses. Durante a realização da prova, o Pedro evidenciou dificuldades ao nível da inibição uma vez que foram vários



os movimentos corporais exibidos, não conseguindo inibir a sua agitação motora e aparente angústia e tensões, e ao nível da autorregulação devido às instabilidades gravitacionais que obteve ao longo da prova. Foi ainda visível alguma dificuldade em permanecer com os olhos fechados, evidenciando contrações na face, força excessiva ao fechar os olhos e constantes sorrisos (reações tónico-emocionais).

Por fim, relativamente à aplicação do Questionário das Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997) que foi distribuído aos pais e professora, prendeu-se com a necessidade de compreender melhor os comportamentos do Pedro tanto na perspetiva dos pais como da professora, uma vez que existem grandes preocupações sobre os comportamentos do Pedro tanto na relação com os colegas, como em casa, assim como devido à grande agitação psicomotora descrita pelos mesmos que no entender dos pais está a prejudicar o bem-estar do Pedro. Desta forma, a identificação de comportamentos concretos adotados e a sua frequência irão permitir à terapeuta adequar a intervenção terapêutica de forma a minimizar os comportamentos menos adequados e maximizar aqueles promotores de um desenvolvimento mais saudável.

O perfil obtido após a aplicação do Questionário das Capacidades e Dificuldades ao Pedro encontra-se em anexo (anexo 5).

Relativamente à *Escala de Sintomas Emocionais*, foi a escala onde o Pedro apresentou resultados menos preocupante. No geral, tanto os pais como a professora parecem partilhar da mesma opinião, respondendo com “É um pouco verdade” que o Pedro “*em situações novas é receoso, muito agarrado...*” e que “*Tem muitos medos assusta-se com facilidade*”, onde os pais escolheram o parâmetro “É um pouco verdade” e a professora “Não é Verdade”.

Quanto à *Escala de Problemas de Comportamento*, o Pedro apresenta resultados marcadamente atípicos. Nesta escala verificou-se consenso nas respostas dadas pelos pais e pela professora. Segundo os mesmos, “É um pouco verdade” que o Pedro “*Enerva-se muito facilmente e faz muitas birras*”, “Não é verdade” que “*Obedece com facilidade*”, e “É um pouco verdade” que o Pedro “*Luta frequentemente com as outras crianças*”. Já na afirmação “*Mente frequentemente ou engana*”, ambos os questionários foram respondidos no parâmetro “É um pouco verdade”.

Na *Escala da Hiperatividade* os resultados demonstram existir problemas significativos, sendo esta a escala onde a pontuação foi maior. Verificou-se algum consenso nas respostas entre os pais e a professora, nomeadamente que “É um pouco verdade” que o Pedro é um menino muito irrequieto, “É um pouco verdade” que tem necessidade de estar sempre a mexer as mãos ou as pernas, assim como que apresenta dificuldades em manter a atenção. Também em consenso está a resposta “Não é verdade” que o Pedro “*Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção*”

e “É um pouco verdade” que o Pedro “*Distrai-se com muita facilidade, apresentando uma grande dificuldade em acabar o que começa*”. A única divergência foi relativa à afirmação “*Pensa nas coisas antes de as fazer*”, que segundo os pais “É um pouco verdade”, já segundo a professora “Não é verdade”.

No que diz respeito à *Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas* tanto os pais como a professora do Pedro partilham da mesma opinião. “É um pouco verdade” que o Pedro é um menino que “*tem pelo menos um bom amigo/a*” e que “*em geral as outras crianças gostam de si*”. Ainda assim, foi escolhido pelos pais e pela professora como “É um pouco verdade” que o Pedro é uma criança que tem alguma tendência a relacionar-se melhor com os adultos do que com outras crianças.

Por fim, na *Escala de Comportamento Pró-social*, houve consenso na maioria das respostas dadas pelos pais e pelos professores. Segundo os mesmos “é um pouco verdade” que o Pedro “*é sensível aos sentimentos dos outros*”, “*partilha facilmente com as outras crianças*”, “*gosta de ajudar se alguém está magoado, aborrecido ou doente*” e está “*sempre pronto a ajudar os outros*” A única divergência foi relativa à simpatia e amabilidade para com crianças mais pequenas, em que os pais responderam ser “muito verdade” e a professora respondeu “é um pouco verdade”.

Como resultado Final, na Pontuação Total das Dificuldades, tanto na versão dos pais como da professora existe um resultado marcadamente atípico, de 18 pontos em 40 possíveis, e por isso motivo de preocupação para a intervenção. Destacam-se os comportamentos de hiperatividade e os problemas ao nível do comportamento, cujos resultados demonstram que poderá haver uma maior indicação de problemas significativos, que segundo os seus pais e a professora, parecem incomodar e de certa forma fazer sofrer o Pedro, interferindo tanto no ambiente familiar como na aprendizagem escolar.

### **Elementos Critério**

Tendo em conta os resultados das avaliações iniciais realizadas, é agora importante estabelecer quais os elementos critério do Pedro. Por elementos critério, entende-se informações relevantes que caracterizam o indivíduo, isto é, os pontos-chave a partir dos quais será possível realizar o seu plano terapêutico de forma o mais adequado possível. Sendo assim, relativamente ao Pedro considero pertinentes os seguintes elementos critério:

Tabela 4- Elementos Critério do Pedro

<u>Elementos Critério</u>
Dificuldades em regular as emoções
Agitação Psicomotora
Impulsividade
Dificuldades em manter a atenção/concentração
Dificuldades no planeamento e organização das ideias
Dificuldades no cumprimento de regras e limites
Agressividade para com os objetos/materiais
Pouca persistência perante as dificuldades
Baixa autoestima
Imaturidade ao nível do esquema corporal
Comportamentos de Iniciativa

### Hipóteses Explicativas

Com a finalidade de planear uma intervenção é fundamental estabelecer as possíveis hipóteses que possam explicar e levar assim ao entendimento do caso clínico apresentado, tendo sempre por base a teoria existente.

O Pedro iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade devido a queixas de grande agitação psicomotora, dificuldades ao nível da atenção, ao nível da regulação emocional e a presença de comportamentos de oposição e de agressividade em relação aos pais e à irmã. Segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2013), o presente quadro poderá ser enquadrado ao nível da Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção, predominantemente hiperativa/impulsiva (PHDA). Analisando os critérios necessários para se incluir no diagnóstico de PHDA é possível verificar que o Pedro respeita os 6 critérios necessários para o diagnóstico (APA, 2013). Deste padrão destaca-se a necessidade frequente que o Pedro tem de estar a mexer os pés ou as mãos quando está sentado, o facto de o Pedro ter dificuldade em permanecer sentado aquando atividades menos movimentadas, características observadas no decorrer da observação psicomotora, assim como das avaliações inicialmente realizadas. O Pedro manifesta comportamentos como correr ou subir para cima de coisas que possam representar um perigo, dificuldade em permanecer em atividades de forma calma e pacífica, assim como dificuldade em esperar pela sua vez quer seja para jogar, quer seja para falar, interrompendo os outros, sendo que, por vezes quando é a sua vez de falar, não consegue esperar que o outro termine e responde precipitadamente.

É importante referir que a baixa tolerância à frustração e a irritabilidade manifestadas pelo Pedro, são também apresentadas pela Associação Americana de Psiquiatria como características associadas ao diagnóstico de PHDA. A mesma associação (APA, 2013) destaca como consequências funcionais da PHDA, as

discórdias e interações familiares negativas, que efetivamente se verificam, na maior parte das vezes decorrentes de episódios de agressividade do Pedro em relação à mãe. Por último, e ainda relacionado com a hipótese de diagnóstico de PHDA, uma das suas comorbidades é a Perturbação de Oposição Desafiante que se caracteriza, de entre os vários critérios, por comportamentos onde a criança questiona frequentemente as figuras de autoridade e recusa em obedecer a regras ou pedidos (APA, 2013). Efetivamente, segundo os pais, o Pedro é um menino que raramente realiza o que os pais pedem, apresentando uma atitude desafiante, e quando é contrariado sobre algo, apresenta uma atitude de irritação e descontrolo, chegando mesmo a ser agressivo.

Na tentativa de melhor compreender os sintomas acima descritos, as dificuldades que o Pedro manifesta relativamente à regulação das suas emoções e dos seus comportamentos poderão ser explicadas, entre outros aspetos, pelos elevados níveis de *stress* durante a gravidez. De facto, segundo a mãe do Pedro a sua gravidez foi vivida com grande ansiedade e *stress* devido aos vários abortos anteriores à gravidez do Pedro. Segundo Wadhwa, Taira e Kaul (2002) a presença de *stress* e ansiedade durante o período gestacional, estão fortemente relacionados com o desenvolvimento de problemas comportamentais bem como problemas de foro emocional ao longo do desenvolvimento do bebé. Os níveis elevados de *stress* durante o período gestacional levam a um aumento da produção de cortisol que atravessa a placenta, o que poderá ter consequências negativas ao nível do neuro-desenvolvimento do feto, estando associado a dificuldades ao nível da regulação emocional, e a uma maior probabilidade de experienciar emoções negativas (Wadhwa et al, 2002), bem como a sintomas de hiperatividade e défice de atenção, dificuldades intelectuais ou ainda atrasos no desenvolvimento (Glover, 2013). De facto, o Pedro é um menino que apresenta dificuldades em regular as suas emoções e em manter a sua atenção nas tarefas.

Por outro lado, as dificuldades na regulação emocional e dos comportamentos poderão estar associadas à depressão materna. Segundo os pais do Pedro, a mãe do Pedro foi diagnosticada com depressão há alguns meses, encontrando-se de baixa médica devido a esse motivo. Segundo a mãe do Pedro foi sensivelmente na mesma altura em que começou a sentir alguns sintomas da depressão que as alterações do comportamento do Pedro se tornaram significativamente disruptivas, de tal forma que os levaram às consultas de Psicologia. Segundo Steim e colaboradores (2012), vários estudos realizados têm verificado que os sintomas depressivos podem interferir negativamente no desempenho da função materna e na interação entre mães e filhos. A depressão materna tem impacto negativo no desenvolvimento das crianças, estando associada a uma maior propensão de sintomas internalizantes (sinais de ansiedade e depressão) e externalizantes (comportamentos de conduta como agressividade,

desobediência) (Elgar, Waschbusch, Macgrath, Stewart & Curtis, 2004), bem como a maiores dificuldades ao nível das competências académica e social (Bee, 2003). Também Elgar e colaboradores (2004), afirmam que os sintomas depressivos levam a que os pais tenham uma maior dificuldade em serem carinhosos, em mostrarem-se firmes e consistentes em momentos críticos como as birras, o que por sua vez se reflete numa falta de acompanhamento da criança e por vezes, numa rejeição e num desajustamento comportamental da criança.

Tendo por base a teoria da vinculação de Bowlby (1993) é notório que a ligação entre os pais e os seus filhos tem um forte impacto ao longo do ciclo de vida bem como na forma como o filho se percebe a si e ao meio que o rodeia. O que acontece é que em casos de pais com perturbação depressiva, existe uma maior probabilidade de se estabelecer uma vinculação insegura ou desorganizada. A mãe com perturbação depressiva pode ser menos responsiva, não satisfazendo as necessidades afetivas e sociais dos seus filhos, tem tendência a ser mais crítica e hostil (Wilson & Durbin, 2010). Desta forma são transmitidos às crianças modelos internos negativos, em que a criança vê os outros como não acessíveis, não responsivos, nem capazes de lhe oferecer a proteção e as necessidades básicas, perspetivando o mundo como perigoso (Wakler & McKinney, 2015). Por outro lado, segundo Bowlby (1993) é através da relação de vinculação que a criança vai constituir representações mentais de si própria, dos outros e das relações, representações essas que irão influenciar a confiança em si mesma, enquanto merecedora do afeto dos outros, das expectativas de que têm do outro e de si mesma. Crianças que possuem um modelo de vinculação insegura são menos confiantes, com uma imagem negativa de si própria, e por isso uma baixa autoestima, e menos dispostas a explorar o mundo e a estabelecer relações sociais saudáveis (Wakler & McKinney, 2015).

Para além dos problemas ao nível do comportamento e da regulação emocional, também as dificuldades de atenção do Pedro, que foram mencionadas pelos pais durante a entrevista, poderão estar associadas à depressão Materna. Para Goodman (2007) problemas ao nível da atenção nas crianças estão associados à depressão materna, começando a verificar-se na altura do pré-escolar, o que se verifica no caso do Pedro, sendo esta uma das suas principais dificuldades. Também para Field (1995), como consequência da depressão materna, verifica-se um maior défice ao nível da atenção, desenvolvimento cognitivo prejudicado e ainda uma menor capacidade de concentração durante as atividades.

Uma outra preocupação por parte dos pais e que o Pedro não consegue ultrapassar, é a dificuldade em adormecer ou o acordar várias vezes durante a noite com medo de estar sozinho ou no escuro. Segundo Golse (2001) é um sintoma clássico

em decorrência da depressão materna a insônia na criança, ou seja, o sono da criança torna-se difícil quando a mãe se encontra ansiosa ou deprimida, uma vez que a criança não tem a confiança necessária no objeto libidinal para que se consiga deixar levar pela regressão fusional e pela quietude narcísica do adormecimento. Posto isto, a criança fica de vigília como se procurasse a sua mãe ou procurasse olhar por ela. Este comportamento por parte da criança evidencia assim a precariedade existencial dos seus objetos, quer externos quer internos, como consequência de uma vinculação insegura.

Como foi mencionado na entrevista com os pais do Pedro, a mãe do Pedro trabalha por turnos, momento que coincidiu com o surgimento dos primeiros comportamentos de grande agitação psicomotora, irritabilidade e os comportamentos de oposição. Segundo a teoria de Rosenbaum e Morett (2009), nos seus estudos afirmam que os filhos de trabalhadores por turnos são mais propensos a desenvolver problemas sociais e emocionais, nomeadamente, tendem a apresentar comportamentos de hiperatividade, desatenção, ansiedade, e em crianças mais velhas, ofensas e agressões físicas (Rosenbaum & Morett, 2009). O facto de um dos pais trabalhar por turnos acaba por influenciar a sua responsividade e disponibilidade em oferecer os cuidados necessários à criança, assim como promove o surgimento de estados de humor negativos, irritabilidade e menor capacidade de ser paciente, que acabam por transparecer no seio familiar e assim prejudicar o bom funcionamento. Rosenbaum e Morett (2009) concluíram ainda que os problemas comportamentais nas crianças surgem com maior frequência nos casos onde é a mãe quem trabalha por turnos.

Os conflitos familiares poderão estar na origem do desenvolvimento de problemas a nível emocional e comportamental nas crianças. Em conversa com a psicóloga do Pedro, foi mencionado que os pais do Pedro mantêm uma relação conflituosa devido a problemas económicos. Vários estudos realizados comprovaram que a desvantagem socioeconómica afeta a saúde mental das crianças devido a um aumento do *stress* familiar e a um investimento e disponibilidade menores que os familiares têm em relação às crianças (Flouri, Midouhas, Ruddy & Moulton, 2017). Segundo Flouri et al (2017) as crianças acabam por refletir o *stress* parental, sendo que em ambientes onde existe um maior stresse em casa, por norma, existem menos rotinas, menor estrutura emocional e um ambiente imprevisível que acaba por levar ao desenvolvimento de problemas emocionais, comportamentais, como a hiperatividade e dificuldades atencionais e problemas ao nível da regulação e conduta. Também segundo Zhang (2014), em crianças cujos pais apresentam dificuldades económicas, existe uma maior probabilidade de se gerar conflitos entre pais e consequentemente, uma ligação insegura entre pais e filhos.

## Perfil Intraindividual

O Perfil intraindividual do Pedro foi realizado tendo por base toda a informação recolhida durante a avaliação inicial, quer de cariz formal quer de cariz informal. Desta forma, verifica-se que o Pedro apresenta várias áreas onde será necessária uma intervenção psicomotora o mais adequada possível. Deste modo, a tabela seguinte mostrará as áreas fortes e as áreas fracas, observadas durante a avaliação inicial.

Tabela 5 - Perfil Intraindividual do Pedro

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Simpatia	Atenção/Concentração
Colaboração e Disponibilidade	Esquema Corporal
Praxia Global	Autoestima
Praxia Fina	Planeamento Motor
Equilíbrio	Cumprimento de Regras e Limites
Linguagem Recetiva	Regulação Emocional
	Impulsividade
	Inibição
	Linguagem Expressiva
	Estruturação Temporal
	Criatividade/Iniciativa

### Projeto pedagógico-terapêutico

Após ser analisado o caso do Pedro, tendo em conta toda as suas potencialidades e dificuldades, foi possível descrever todos os pontos cruciais num projeto terapêutico o mais adequado ao Pedro.

### Objetivos Terapêuticos

Tendo em conta o perfil intraindividual do Pedro anteriormente elaborado e as suas áreas fortes e áreas fracas, apresenta-se na tabela 6 os objetos delineados, nos quais a intervenção terá o seu suporte.

Tabela 6 - Objetivos Terapêuticos do Pedro

<b>Domínio</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Psicomotor</b>	Promover o esquema corporal	Melhorar a consciencialização corporal
		Estabelecer uma maior noção dos seus limites corporais.
		Melhorar a representação gráfica do seu corpo
	Estimular a estruturação temporal	Melhorar a organização temporal
	Promover a capacidade criativa e de expressão corporal	Expressar-se livre e espontaneamente
Promover o acesso e utilização do simbólico		
<b>Cognitivo</b>	Desenvolver a comunicação	Melhorar a organização da comunicação verbal
		Promover a interpretação e expressão da comunicação não-verbal
		Estimular a capacidade de argumentação
	Promover o controlo inibitório	Melhorar a autorregulação motora
		Promover as funções executivas relacionadas com o controlo inibitório
	Promover a atenção/concentração	Aumentar o tempo de concentração na tarefa
		Melhorar a capacidade de manutenção da atenção
	Promover e organização do pensamento	Aumentar a consciencialização da ação
Potencializar a organização do planeamento motor	Promover o planeamento da ação a curto e longo prazo	
<b>Socioemocional</b>	Promover a identidade e autoconceito	Desenvolver a capacidade de analisar o seu comportamento e o impacto do mesmo na situação
		Promover a partilha de vivências pessoais e de opiniões
	Reforçar a autoestima e autoconfiança	Estimular a consciência das suas capacidades
	Promover a regulação emocional	Promover a compreensão das suas próprias emoções e as dos pares
		Estimular a exposição de angústias internas
		Promover a regulação dos comportamentos de agressividade e frustração
Desenvolver as competências sociais	Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites	
	Diminuir as atitudes de oposição	



## **Fundamentação da Intervenção**

Considerando as avaliações realizadas bem como considerando o perfil psicomotor do Pedro, será exposta a fundamentação da intervenção, isto é, a descrição e justificação da intervenção que será feita, atendendo às suas características específicas e individuais, assim como as diretrizes da respetiva intervenção.

Como em qualquer intervenção psicomotora e particularmente no caso do Pedro, primeiramente foi importante estabelecer uma boa relação terapêutica para que este se sentisse mais confiante ao longo das sessões. Segundo Costa (2008) é essencial que haja uma boa relação entre a terapeuta e a criança pois tem de existir empatia, afetividade, simpatia, confiança, compreensão entre os dois e por fim, cumplicidade de ambas as partes, para que seja possível assim uma intervenção o mais eficaz possível. É assim possível afirmar que uma das diretrizes cruciais da intervenção com o Pedro passará por proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação segura, responsiva e empática.

Segundo Fonseca (2013), o plano terapêutico deverá ser individualizado, isto porque cada criança tem as suas características e necessidades específicas, com a finalidade de satisfazer as necessidades específicas da criança. Deste modo, o plano individualizado do Pedro deverá abranger áreas como a manutenção da atenção/concentração, reforço da autoestima e autoconceito, noção do corpo, planeamento motor, cumprimento de regras e limites, diminuição da agitação psicomotora e impulsividade e ainda desenvolver a capacidade de regulação emocional, e as competências sociais, pois são estas as maiores necessidades do Pedro.

No que diz respeito ao tipo de intervenção utilizada com o Pedro, esta terá uma abordagem relacional, onde se irá procurar estabelecer uma relação terapêutica de qualidade, isto porque é a partir do contacto corpo a corpo e das experiências corporalmente vividas, onde se estabelecem registos emocionais, motores, rítmicos e posturais, que irá permitir dar início à organização da identidade da criança, isto é, a imagem corporal, o conhecimento de si próprio e das suas competências. Na Psicomotricidade, numa abordagem mais de cariz relacional considera-se o sujeito na sua totalidade, onde se proporciona um espaço onde, neste caso a criança, poderá expressar os seus desejos, sentimentos, medos, fantasias e ambivalências na relação consigo próprio, com o outro e com o meio envolvente, potencializando assim uma ação reparadora, de desenvolvimento global, aprendizagem e equilíbrio, facilitando as suas relações afetivas e sociais (Costa, 2008). Por fim, é ainda possível compreender a qualidade da relação estabelecida entre mãe e bebé, e quando necessário, dar lugar à regressão para uma posterior reparação e progressão (Costa, 2008), o que no caso do

Pedro se revela um ponto muito importante de compreender, devido à história de depressão materna que poderá ter condicionado a vinculação entre a mãe e o Pedro.

Considerando as fragilidades ao nível da vinculação, a intervenção com o Pedro será uma intervenção individual, em que através do diálogo tónico-emocional, se privilegiarão situações que permitam à criança ultrapassar os bloqueios existentes ou angústias internas, através de uma atmosfera permissiva e lúdica. Nesta relação dual, onde o Psicomotricista irá funcionar como figura de referência e contenção, o psicomotricista irá adotar uma postura de permissividade, compreensão e interação (Martins, 2001). Desta forma, através da relação terapêutica, a criança encontrar-se-á numa relação real que não se resume à revivência de experiências do passado, que oferece uma base emocional e afetiva para os processos de organização, tanto do corpo, como do espaço, e do eu (Gatecel, Massoutre-Denis, Giromini, Moyano, Scialom & Corraze, 2011). Seguindo as orientações de Gatecel e colaboradores (2011) a terapeuta irá colocar-se no sistema relacional da criança, permitindo que a mesma desenvolva as suas habilidades motoras e psíquicas. No caso do Pedro, e tendo em consideração a hipótese explicativa de uma vinculação insegura, possivelmente associada à depressão materna, a relação dual proporcionada pela intervenção individual faz todo o sentido, uma vez que o psicomotricista irá procurar transmitir a segurança, carinho e feto, tornando-se um espelho tónico-emocional tranquilizador e não culpabilizante da criança, fazendo-a sentir-se mais merecedor de atenção e amor (Fernandes, 2015).

Também o facto de o Pedro na maioria das noites ir procurar a mãe para dormir consigo, ou ir ter a cama dos pais, ou ainda o facto de acordar durante a noite e ficar a ver televisão como se para se sentir acompanhado, revelaram alguma fragilidade e desamparo. É assim possível verificar que o seu processo de individualização não foi realizado de forma saudável, ou seja, existe sempre uma necessidade de presença de outro alguém para que se sinta seguro. Segundo Batista (2008), esta necessidade da presença do outro e a não-aceitação em estar sozinho, só é possível de se concretizar através de substituições simbólicas e da procura de outras fontes de prazer, que não seria o corpo do outro, mas sim um espaço comum de ação e comunicação. Desta forma, pretendeu-se criar nas sessões de Psicomotricidade um espaço fusional simbólico que desse lugar ao gesto, à palavra e aos objetos como prolongamentos do corpo do outro, mediadores da comunicação (Batista, 2008).

Não obstante, as sessões contarão sempre com dois momentos dirigidos, o ritual de entrada e o ritual de saída como forma de criar rotina e estabelecer regras e limites. No que diz respeito ao ritual de entrada, tanto o Pedro como a terapeuta terão de descalçar os sapatos e de seguida em conjunto, será identificado o mês, dia do mês

e dia da semana da sessão, sendo de seguida relembrada a sessão passada. Quanto ao ritual de saída, este poderá ser feito através de um desenho alusivo ao que foi realizado na sessão, ou através da comunicação verbal onde o Pedro deverá dizer como se sentiu durante a sessão e o que gostou ou não de fazer durante a mesma. As atividades realizadas durante a intervenção com o Pedro serão escolhidas por ambos, ou seja, será uma intervenção semiestruturada, onde em cada sessão existiram atividades escolhidas pela terapeuta e atividades escolhidas pelo Pedro. Procurar-se-á assim com esta abordagem trabalhar não só as áreas de maior dificuldade do Pedro, como também as áreas mais fortes, pois segundo Fonseca (2010), no plano terapêutico deveremos ter em consideração as áreas fortes e áreas fracas da criança, assim como ter em consideração as potencialidades e interesses da mesma, para ser assim possível manter a criança motivada e interessada a aprender.

Considerando o perfil desatento do Pedro, no que diz respeito aos materiais a utilizar nas sessões com o Pedro, poderão ser retirados materiais da sala de forma a criarem-se menos estímulos irrelevantes durante a sessão. De acordo com Martins (2001), Costa (2008) e Rodríguez & Llinares (2008), os diversos materiais que podem formar a sala de psicomotricidade nutrem diversas funções, pelo que nas sessões com o Pedro irão ser dispostos todo o tipo de bolas, que poderão proporcionar diversos estímulos, como a relação com o próprio corpo, permitindo trabalhar questões como o planeamento motor, ou a atenção; também as cordas serão utilizadas, uma vez que facilitam a manifestação de desejos agressivos, de domínio, de angústias internas; as canetas, tintas, plasticinas, o barro, que promovem a criatividade e expressão plástica, o planeamento motor ou a noção do corpo; o espelho, elemento muito importante, que será utilizado como forma de integração da sua imagem, reconhecimento do seu corpo e noção do esquema corporal; o relógio da sessão que será fulcral para a organização da sessão e estruturação temporal; a música e o ritmo permitindo trabalhar a atenção, o controlo inibitório ou ainda o planeamento, entre outros objetos.

De entre as áreas a trabalhar, a autoestima e a motivação deverão ser sempre o foco principal da intervenção, na qual temos de ter em conta os interesses e os níveis motivacionais da criança, pois sem motivação não é possível existir uma boa aprendizagem (Melo & Barreiros, 2013). Por sua vez, centrar a atenção do indivíduo nas exigências da tarefa facilita a aprendizagem, tal como para elevados níveis de motivação (Godinho, 2007).

A capacidade de planeamento e organização do pensamento, e consequentemente, a autorregulação motora, foi outro dos objetivos que se procurou trabalhar ao longo das sessões como forma de inibir os comportamentos de impulsividade do Pedro. Segundo João Costa (2008), em crianças com grande agitação

psicomotora e impulsividade, a intervenção deverá procurar melhorar a consciencialização da ação, através da leitura das situações, promovendo a capacidade de pensar, planear, organizar a ação, prever e antecipar as suas ações assim como as suas consequências. Ao se procurar trabalhar as funções executivas no Pedro, nomeadamente a autorregulação, o controlo de pensamentos e de ações perante situações complexas, a modificação de estratégias ineficazes e a adequação de comportamentos e resolução de problemas imediatos, intervêm-se igualmente na capacidade de alternar de forma flexível entre as atividades e ideias (flexibilidade cognitiva), suprimir/inibir respostas inadequadas (inibição ou controlo inibitório) e ainda a manter, atualizar e manipula de forma ativa a mente (memória de trabalho), sendo também estas dificuldades manifestadas pelo Pedro (Barros & Hazin, 2013).

Também na intervenção com o Pedro, a noção do corpo foi um objetivo que se procurou trabalhar, sendo este um fator crucial no sentido em que é a partir do seu corpo que a criança compreende todas as suas experiências e explorações com o meio envolvente. Uma noção do corpo bem estruturada é a base da composição das experiências e memórias do corpo, experiências táteis, visuais, quinestésicas e auditivas (Fonseca, 2010). Perante isto e tendo em conta as dificuldades evidenciadas pelo Pedro relativamente à falta de controlo sobre si mesmo e a agitação psicomotora constante, considerasse importante a noção do corpo fazer parte da intervenção. Para além disto, surge ainda a evidência de que a noção do corpo apresenta um papel muito importante na planificação motora de atividades conscientes e voluntárias, uma outra dificuldade no Pedro, contribuindo ainda para uma boa autoestima e autoconfiança, pois permite o reconhecimento do corpo como sendo um objeto num determinado espaço perceptivo (Fonseca, 2010).

Por fim, no final de cada sessão existirá sempre um momento de reflexão sobre as atividades que mais gostou ou menos gostou durante a sessão bem como se sentiu ao longo da mesma, isto para que seja melhorada a sua expressão emocional, assim como a sua autoestima, através do reconhecimento das suas competências e pela valorização da sua opinião. Este momento poderá ser realizado através do uso da palavra ou através de desenhos e posterior explicação, isto porque a comunicação deve ser um dos fatores predominantes no decorrer da intervenção, pois é através da comunicação que vai ser estabelecido o diálogo corporal e a proxémia na relação terapêutica, bem como potenciará a organização do pensamento e a expressão das emoções, que são dois fatores a serem trabalhados com o Pedro. O uso da palavra é ainda muito importante na intervenção psicomotora, pois permite a atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal que ocorreu ao longo das sessões (Maximiano, 2004).

É ainda importante mencionar que devido às dificuldades do Pedro em gerir algumas emoções, como a tolerância à frustração e algumas das suas dificuldades relacionais que como já verificámos poderá estar relacionado com a história de depressão da mãe e todo o seu contexto, será fundamental intervir ainda ao nível da família. Desta forma, apesar de a intervenção se focar principalmente na criança, será dado um apoio regular à mãe, realizando-se sempre que possível e sempre que a mãe o solicite, pequenas reuniões após as sessões com o Pedro, procurando perceber como correm as coisas em casa, sublinhando sempre as evoluções do Pedro na terapia.

### **Estratégias Específicas da Intervenção:**

As estratégias de intervenção foram elaboradas tendo em conta as características específicas do presente caso. Deste modo devem ser utilizadas as seguintes estratégias: terapeuta como modelo social para a criança; instruções verbais simples, específicas e diretas; estipular etapas da sessão, promovendo a rotina; privilegiar o feedback positivo, valorizando a criança pelos seus êxitos e pelas suas capacidades afetivas, relacionais e criadoras, independentemente dos seus resultados; intervenção inicial baseada nas áreas fortes com progressão às áreas menos fortes, privilegiando um clima de aceitação; privilegiar a persistência: toda a tarefa tem de ser terminada antes de se iniciar outra; utilização do feedback interrogativo; verbalização das atividades antes de as realizar; repetição e demonstração de ações e atividades; proporcionar situações-problema que apelem à descoberta guiada; e negociar comportamentos alternativos promovendo o autocontrolo;

### **Exemplos de Atividades**

Com o propósito de alcançar os objetivos terapêuticos delineados, irão ser realizadas, ao longo das sessões, as seguintes atividades:

- Na parte inicial da sessão será ainda apresentado o “Relógio da Sessão” que se encontrava dividido pelas 4 partes da sessão (Ritual de Entrada, Atividade escolhida pela terapeuta, Atividade escolhida pelo Pedro, Ritual de Saída), onde o Pedro terá de a cada momento da sessão situar-se no relógio, isto para que seja possível trabalhar não só a organização temporal, como o respeito pelas regras e rotinas de sessão.
- Exemplo de uma atividade que permitirá a estimulação da noção do corpo, reforço da sua identidade e a representação gráfica do seu corpo: realização de um decalque do seu próprio corpo com marcadores no papel de cenário e posteriormente preenchimento dos pormenores do seu corpo (olhos, boca, unhas, entre outros), e de seguida

identificação das diferentes partes do corpo com toque em simultâneo por parte da terapeuta nas partes do corpo do Pedro.

- Exemplo de uma atividade que permitirá trabalhar o planeamento, a organização do pensamento, a organização espacial e a capacidade para resolver problemas: criação de um percurso, num espaço limitado, iniciando com os materiais de menores dimensões para os materiais de maiores dimensões. Posteriormente com plasticina terá de se fazer a representação desse mesmo percurso.
- Exemplo de uma atividade que permitirá a estimulação e expressão ao nível da comunicação não-verbal, a compreensão das suas próprias emoções e as do terapeuta, entre outros: inicialmente será realizada uma conversa sobre os diferentes tipos de emoções que existem, bem como possíveis situações em que elas possam surgir. Posteriormente, com várias caras ilustrando diferentes emoções o Pedro terá de ligar ao respetivo cartão com o nome da emoção. Posteriormente terão de, à vez, cada um tentar representar por gestos, uma emoção para o outro a adivinhar.

### **Calendarização da Intervenção**

A calendarização da intervenção terapêutica com o Pedro, que se encontra em anexo (anexo 6), iniciar-se-á no dia 6 de dezembro e terminará no dia 26 de junho, tendo uma duração total de 29 sessões.

### **Progressão Terapêutica**

Num total realizaram-se 26 sessões, com periodicidade semanal e carácter individual, mantendo o Pedro o acompanhamento em consultas de Psicologia, adquirindo estas um maior intervalo de tempo entre consultas.

Numa fase inicial, a postura do Pedro foi uma postura de grande à vontade e curiosidade sobre o que iríamos fazer nas sessões, mostrando-se sempre muito recetivo a todas as atividades. De entre todos os materiais dispostos na sala, que inicialmente optei por distribuir vários uma vez que seriam as primeiras sessões, o Pedro direcciona-se de imediato para as bolas, sendo este comportamento de notória preferência em todas as sessões. Talvez a bola lhe tenha proporcionado um prazer sensorio-motor, sendo um material macio que proporciona vivências agradáveis, muitas vezes de carácter regressivo, que pode representar um substituto simbólico de uma qualquer pessoa com a qual é possível estabelecer uma relação afetiva (Vecchiato, 2003), transmitindo segurança e reciprocidade ao ser utilizada.

Ao longo da intervenção, e também numa fase inicial das sessões, foram vários os episódios de birras, atitudes de agressividade em relação aos materiais dispostos na sala, assim como em relação à mãe e à avó, que a mãe foi trazendo ao longo das

pequenas reuniões que fomos tendo durante toda a intervenção. Foi surgindo uma necessidade por parte do Pedro em fazer birras ou em ter comportamentos mais agressivos como forma de procurar perceber se o adulto o valoriza ou se está disposto a ouvi-lo. Segundo Llinares e Rodríguez (2003) a agressividade funciona como um recurso comunicativo para chamar a atenção do adulto. E, mesmo segundo o Pedro, as suas atitudes menos corretas eram a única forma de obter o olhar atento dos pais. Parecia não existir tempo de verdadeira qualidade com a família. Perante isto, inicialmente, a terapeuta optou por realizar algumas atividades de projeção da sua agressividade, como bater numa bola com o bastão, como forma de libertar as tensões e conflitos internos que se encontravam contidos, e não eram verbalizados, para que posteriormente o Pedro se encontrasse mais disponível para a sessão.

As queixas dos pais, maioritariamente da sua mãe, relativamente aos comportamentos do Pedro eram sistemáticas ao longo das semanas, embora numa fase mais inicial da intervenção, expondo todas as suas críticas negativas à sua frente. Posto isto, e como forma de proporcionar um ambiente de aceitação, segurança e valorização, numa fase inicial, optou-se pela realização de atividades que fossem de encontro aos interesses e preferências do Pedro e, neste sentido, realizaram-se atividades motoras em que as suas capacidades eram valorizadas e superadas e reforçando, obviamente, a sua autoestima e sentimento de eficácia. Llinares e Rodríguez (2003) afirmam que nas sessões de psicomotricidade, a criança deve expressar-se tal como é, sem medos, devendo sentir-se reconhecida pelo adulto, sem que existam quaisquer juízos de valor. O Psicomotricista deverá transmitir um olhar atento, voz e atitude corporal de disponibilidade e aceitação, devolvendo à criança uma imagem positiva de si.

Ao longo das sessões de psicomotricidade houve também a preocupação de se desenvolverem atividades que procurassem recriar situações que se aproximassem à realidade do Pedro, possibilitando assim a sua reflexão e a criação de estratégias que nunca antes foram disponibilizadas. Neste caso, e tendo em conta as informações passadas pela psicóloga do Pedro, os pais mantinham uma relação conflituosa, ou seja, a família constitui-se como um modelo desajustado, o que de acordo com Matos (2005), este ambiente condiciona o desenvolvimento da autorregulação e a procura de estratégias adequadas na resolução de problemas, uma das grandes dificuldades do Pedro. Se inicialmente, existia alguma dificuldade por parte do Pedro, demonstrando vergonha em se expor de forma tão expressiva, que se refletia numa falta de disponibilidade inicial, ao longo das sessões, este tipo de atividades foram sendo melhor aceites, pois começaram a representar algo para o Pedro, assim como começou a verificar a eficácia das estratégias aplicadas. Com isto, procurou-se assegurar uma

maior capacidade de resolução de conflitos, um maior sucesso na interação com os pares, e que progressivamente fosse adotando comportamentos mais adequados.

Numa fase inicial, os jogos realizados eram apenas de caráter funcional, onde o objetivo passava por ganhar ou perder, onde se verificava uma grande impulsividade de agir e uma agressividade contida que se expressava na força exercida nas bolas ou nos martelos. Não existiam outros tipos de atividades ou exploração por parte do Pedro, o que vai de encontro à ideia Damásio (2011) que afirma que a tristeza está associada a um estado cognitivo que leva a uma evocação lenta e limitada das imagens. Segundo o autor, nestes casos, ocorre uma concentração excessiva nas mesmas imagens, nomeadamente aquelas que desencadearam a reação emocional negativa, com isto, existe um bloqueio da ação exploratória. Posto isto, ao longo das sessões foi sendo proposto ao Pedro que tomasse mais iniciativa através da sugestão de várias atividades por parte da terapeuta e assim aumentasse a sua criatividade na escolha de diferentes materiais/objetos. Segundo Llinares & Rodriguez (2003), a capacidade de iniciativa assegura uma maior autonomia e segurança na criança, afirmando ainda estes autores, que a reduzida capacidade de iniciativa pode ser comprometida pelas relações familiares e escolares que conduzem a um sentimento de incapacidade, característica do Pedro. Posto isto, ao longo das sessões surgiu a necessidade de existir um reforço por parte da terapeuta, que procurou enriquecer de forma criativa os diferentes contextos lúdicos, com os mais diversos materiais.

Apesar de sentir que o Pedro se resumia aos materiais como bolas, martelos e cordas, optei por deixar os materiais nas nossas sessões pois verifiquei que estes materiais serviam como mediadores que promoviam a libertação de tensões que era expressa pela agressividade que se encontrava contida e não era verbalizada. Posto isto, e tendo em consideração que a agressividade é uma reação normal às frustrações (Lièvre & Staes, 2012), acompanhada da dificuldade no processo de mentalização por parte da criança, deverão ser incluídas outras formas de expressão que apresentassem uma finalidade e que não o magoassem. Começamos assim a realizar, em pequenos momentos da sessão, ações sobre determinados objetos (ex. mandar a bola um ao outro com o corpo, ou com o martelo), primeiramente com bastante força e posteriormente com menos força, isto para que progressivamente se conseguisse diminuir a necessidade de ser agressivo passando ao ato num momento de impulsividade (Lièvre & Staes, 2012). Apesar de serem pensadas atividades com uma finalidade onde o Pedro pudesse expulsar a sua agressividade, optei por permitir que houvesse a possibilidade de expressar essa agressividade e frustração sem qualquer objetivo delineado, onde serviria apenas para a descarga de tensões, para que posteriormente o Pedro apresentasse uma maior disponibilidade para as restantes



atividades da sessão. De facto, segundo Piaget (1998) os jogos e a brincadeira permitem que a criança liberte a tensão, frustração, insegurança e até mesmo a agressividade, medo e confusão, tudo sem que a criança tenha a consciência de todos esses sentimentos guardados. O Pedro começou assim a apresentar com menos frequência episódios de agressividade, tanto nas sessões com a terapeuta, assim como em casa, segundo conversa com os pais do Pedro.

No decorrer de intervenção surgiu ainda a necessidade de existir um relógio na nossa sessão, uma vez que o Pedro apresentava alguma dificuldade em gerir as atividades da sessão, não aceitando quando a sessão terminava. Após se inserir o relógio na sessão e identificar as diferentes partes da nossa sessão, o Pedro começou a gerir melhor o tempo despendido em cada atividade, assim como a respeitar as diferentes partes da sessão, reconhecendo e aceitando quando a mesma terminada.

### **Avaliação Inicial vs. Avaliação Final**

De seguida são apresentados os resultados finais da avaliação, bem como a sua comparação com a avaliação inicial.

### **Avaliação Informal - Grelha de Observação (Duarte et al., 2015; Costa, 2008)**

O Pedro ao longo de toda a intervenção foi uma criança que manteve uma relação de cooperação em relação à terapeuta, utilizando a terapeuta como figura de referência, procurando algumas vezes imitar as suas ações, pedindo-lhe ajuda quando necessário, o que demonstrou uma necessidade de procura pela sua individualização.

Se inicialmente o Pedro apresentava alguma dificuldade em respeitar as regras da sessão como o descalçar os sapatos, ou não pisar o tapete, assim como as diferentes fases da sessão e o término da mesma, ao longo da intervenção foi notória uma melhoria bastante significativa nestes aspetos, onde o Pedro começou a aceitar todas as regras da sessão, como começou a aceitar as sugestões da terapeuta face às suas ideias. Continua a explorar o espaço e os materiais, mas agora de uma forma mais adequada, sem largar e pegar nos materiais sem finalidade, ou atirando os materiais de qualquer maneira. Pelo contrário, o Pedro passou a demonstrar bastante cuidado em relação aos materiais, assim como em manter a sala arrumada e organizada.

No que diz respeito às atividades propriamente ditas, inicialmente existia uma grande dificuldade em conseguir controlar a sua impulsividade, iniciando as atividades antes de a terapeuta terminar a sua explicação, atualmente, o Pedro consegue esperar pelo fim da explicação da terapeuta, assim como demonstra uma maior capacidade em esperar pela sua vez e em respeitar as regras do jogo, sem querer ganhar sempre e

reagir mal quando as coisas não eram à sua maneira. Apresenta assim uma maior capacidade de autorregulação perante momentos de frustração, não evidenciando já comportamentos de desistência quando contrariado.

Também no que diz respeito à constância na escolha dos materiais, bem como a capacidade de permanência na mesma atividade, verificaram-se diferenças bastante positivas, pois o Pedro começou a conseguir selecionar previamente os materiais a utilizar na atividade, atribuindo-lhes uma função, assim como o seu tempo na atividade passou a ser considerável, e terminando, na maioria das vezes a atividade em que se encontrava. Mantém ainda alguma imaturidade ao nível da atribuição simbólica ao objeto, embora este seja um processo que se encontre em desenvolvimento, e quando surgiu o jogo simbólico, foi associado a temáticas ligadas à família e a jogos de cuidar/ser cuidado.

No que diz respeito à intenção do seu gesto, atualmente o Pedro já evidencia uma maior capacidade de planeamento, através do pensamento prévio das ideias a realizar no decorrer da sessão, ainda que por vezes, seja necessária a ajuda do terapeuta para tal, o que se pode dever a uma maior maturação e noção do seu esquema corporal, da integração das suas potencialidades de ação com o meio envolvente. Relativamente ao gesto espontâneo, a qualidade do seu gesto é atualmente mais adequada, devido a uma maior capacidade de regulação motora e inibição dos comportamentos de impulsividade, ou seja, comportamentos de precipitação e por vezes bruscos.

Ao nível da noção do esquema corporal, o Pedro apresenta uma maior noção do seu corpo, assim como os limites do mesmo, o que se reflete num maior cuidado ao nível da invasão do espaço do outro, assim como melhorias ao nível da eficácia dos seus movimentos. A organização temporal, que inicialmente se encontrava bastante imatura, atualmente encontra-se em processo de maturação e desenvolvimento, apesar de ainda se encontrar um pouco desorganizada. Isto porque, o Pedro atualmente já consegue situar-se melhor relativamente aos dias da semana, conseguindo relatar acontecimentos passados, mencionando o dia em que ocorreu determinada situação.

Relativamente à memória, o Pedro apresenta algumas melhorias, ao nível da retenção e evocação das atividades feitas, apresentando ainda alguma falta da capacidade em se concentrar de forma a lembrar eventos passados. Por fim, ao nível da comunicação verbal, verificaram-se melhoria ao nível da linguagem expressiva e organização das ideias, conseguindo agora o Pedro explicar com calma e de forma explícita aquilo que pretende fazer durante a sessão e mesmo ao relatar situações que já aconteceram de forma mais clara.

**Avaliação Formal - Draw a Person (DAP) (Naglieri, 1988):**

No que diz respeito à comparação inicial e final em relação ao fator da integração do esquema corporal avaliados pelo DAP, revelam-se melhorias notórias em todos os parâmetros. As diferenças de pontuação obtidas entre os dois momentos de avaliação, assim como os desenhos realizados encontram-se em anexo (anexo 7).

Após comparar os resultados entre os dois momentos de avaliação, é possível concluir que se verificaram melhorias significativas ao nível dos três desenhos elaborados, que se reflete em pontuações mais elevadas em relação à avaliação inicial. O Pedro obteve uma classificação final acima da média, correspondendo a uma idade aproximada de 8 anos e por isso superior à sua. É importante mencionar que comparativamente às avaliações inicialmente realizadas, na avaliação final o Pedro demonstrou um maior empenho e satisfação em fazer os desenhos solicitados, o que se traduziu num maior investimento ao nível dos pormenores dos vários desenhos. Também é possível verificar que o tamanho dos desenhos é superior, tendo estes um tamanho mais adequado ao espaço oferecido na folha, o que se reflete numa expressão aparentemente mais adulta e uma maior preocupação em realizar o desenho das mãos mais próximo à realidade. Quando comparado o tempo investido pela criança na tarefa nos dois momentos de avaliação, o Pedro realizou os desenhos num período de tempo superior em relação às avaliações iniciais, demorando entre 2 a 3 minutos na realização de cada desenho, apresentando assim um maior investimento em pormenores como as pestanas, sobrancelhas e orelhas. Perante os resultados apresentados, é possível afirmar que se verificam melhorias relativamente à somatognosia e esquema corporal apresentadas pelo Pedro e por isso os objetivos foram alcançados com sucesso.

**Torre de Londres (Anderson, Anderson, & Lajoie, 1996):**

No que diz respeito à avaliação do planeamento e execução e resolução de problemas, avaliados através da aplicação da Torre de Londres, se inicialmente o Pedro obteve 10 pontos em 36 possíveis, tendo ficado pelo quinto problema, nas avaliações finais, obteve uma pontuação bastante superior, de 28 pontos nos 36 possíveis, conseguido realizar todos os problemas. É importante mencionar que apesar de o Pedro ter conseguido realizar todos os problemas, em alguns problemas não solucionou o problema à primeira tentativa, o que se traduz ainda em alguma impulsividade por parte do Pedro em querer mover de imediato as esferas, sem pensar previamente na forma de como resolver o problema. Verificaram-se assim melhorias notórias no que diz respeito à capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas assim

como na capacidade de antecipação, sequencialização de procedimentos e da recuperação de dados relevantes. Também ao nível da impulsividade e atenção foi possível verificar através da observação que se verificaram melhorias, apresentado o Pedro uma autorregulação dos seus comportamentos superior em comparação com o início da intervenção.

#### **Subteste Estátua da Bateria de Nepsy (Korkman, Kemp & Kirk, 2001):**

Ao nível da inibição, autorregulação, monitorização e vigilância, avaliado pela Estátua de Nepsy, se no primeiro momento de avaliação o Pedro revelou resultados ligeiramente abaixo do esperado para a sua faixa etária, apresentando uma pontuação de 23 em 30 possíveis, sendo o equivalente à prestação de uma criança entre os 4 anos e 6 meses e os 4 anos e 11 meses, no segundo momento verificou-se um acréscimo das pontuações. Como pontuação final, o Pedro obteve 29 pontos, e por isso quase a cotação máxima que equivale à prestação de uma criança entre os 10 anos e os 10 anos e 5 meses, e por isso superior à sua faixa etária. Se nas avaliações iniciais o Pedro evidenciou dificuldades ao nível da inibição uma vez que foram vários os movimentos corporais durante a aplicação do teste, não conseguindo inibir a sua agitação motora e aparente angústia e tensões, assim como ao nível da autorregulação devido às instabilidades gravitacionais que obteve ao longo da prova. No segundo momento de avaliação, o Pedro mostrou-se mais descontraído, não evidenciando reações tónico emocionais ao nível da face, nem existindo praticamente nenhum movimento corporal no decorrer da prova ou qualquer outro tipo de ação. O Pedro evidencia assim melhorias ao nível da inibição e autorregulação motora em comparação com os resultados inicialmente apresentados, sendo este um outro objetivo atingido com sucesso.

#### **Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997):**

Por fim, no que diz respeito aos resultados obtidos através do preenchimento do Questionário das Capacidades e Dificuldades, a comparação dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliações realizados, encontram-se apresentados em anexo (anexo 8).

Relativamente à *Escala de Sintomas Emocionais*, foi a escala onde o Pedro voltou a apresentar valores menos preocupantes, de onde se destaca que comparando com as avaliações inicialmente realizadas, tanto os pais como a professora parecem continuar a partilhar da mesma opinião, escolhendo ambos o parâmetro “É um pouco verdade” que o Pedro “*Em situações novas é receoso, muito agarrado...*” e que “*Tem muitos medos, assusta-se com facilidade*”, o que para os pais “É um pouco verdade” e para a professora “Não é Verdade”.

Quanto à Escala de *Problemas de Comportamento*, verificam-se melhorias tanto ao nível da percepção dos pais como da professora do Pedro, embora seja esta última quem notou uma maior diferença nos comportamentos da criança. No que diz respeito às respostas dos pais, o Pedro continua a apresentar resultados atípicos, embora se verifique uma melhoria no aspeto da obediência, considerando atualmente que “É um pouco verdade” que o Pedro “*Obedece com facilidade*” onde inicialmente os pais responderam com a opção “Não é verdade”. Já na perspetiva da professora, onde se verificam as maiores diferenças, foi também ao nível da obediência, foi na afirmação “*Obedece com facilidade*”, respondendo como sendo “É um pouco verdade”. Ainda nas respostas da professora, atualmente o Pedro já não manifesta comportamentos de “*Luta frequentemente com as outras crianças*” e “*Mente frequentemente ou engana*”, sendo inicialmente a resposta da professora como “É um pouco verdade”, o que se reflete numa pontuação de apenas 2 pontos, em comparação com os 5 pontos da avaliação inicial, que neste caso se traduz numa melhoria, encontrando-se o Pedro no dito “Normal” em relação aos seus comportamentos.

Os resultados respetivos à *Escala da Hiperatividade* foram os resultados que sofreram uma maior alteração, neste caso, positivamente. Se inicialmente, tanto os pais do Pedro como a professora, responderam que o Pedro “*É irrequieto, muito mexido, nunca para quieto*” com a resposta “É muito verdade”, nas avaliações finais, a resposta foi “É um pouco verdade”, o que se traduz portanto numa melhoria ao nível da sua agitação psicomotora. Também segundo os pais do Pedro, atualmente o Pedro apresenta melhorias no que diz respeito às afirmações “*Não sossega. Está sempre a mexer as pernas e as mãos*”, “*Distrai-se com facilidade*”, descendo ambas na sua frequência de ocorrência. Por fim, na afirmação “*Geralmente acaba o que começa, tem uma boa atenção*”, nas avaliações iniciais a resposta dos pais foi “Não é verdade” e no último momento de avaliação foi “É um pouco verdade”, traduzindo-se todas estas melhorias ao nível do comportamento num perfil “Normal” em comparação com o perfil atípico inicialmente obtido. Ainda no que diz respeito às respostas da professora na presente escala, atualmente o Pedro já “*Pensa nas coisas antes de as fazer*”, ainda que só por vezes, e por isso um resultado mais positivo, que no final se traduz em 7 pontos comparando com os 9 pontos obtidos nas avaliações iniciais. Ainda assim, segundo as respostas da professora, este continua a ser a escala de maior preocupação nos comportamentos do Pedro, apesar das suas melhorias.

No que diz respeito à *Escala de Problemas de Relacionamento com os colegas* tanto os pais como a professora do Pedro continuam em consenso relativamente às suas respostas. O Pedro é um menino que “*tem pelo menos um bom amigo/a*”, que “*em geral as outras crianças gostam de si*”, sendo esta afirmação respondida por ambas as

partes como “É um pouco Verdade”. Ainda assim, foi escolhido pelos pais e pela professora como “É um pouco verdade” que o Pedro é uma criança que *“tem alguma tendência a relacionar-se melhor com os adultos do que com outras crianças”*. Como resultado final, em ambos os questionários, o Pedro obteve uma pontuação de 3, o que não gera preocupação ao nível do seu comportamento.

Por mim, na Escala de *Comportamento Pró-social*, existe um consenso na maioria das respostas na versão dos Pais e Professores, assim como nas suas melhorias em relação às avaliações iniciais. Segundo as respostas, dos pais, o Pedro é um menino *“sensível aos sentimentos dos outros”, “partilha, facilmente com as outras crianças”, “gosta de ajudar se alguém está magoado”, “é simpático e amável com crianças mais pequenas”* e que está *“sempre pronto a ajudar os outros”*, sendo as respostas a estas afirmações dadas pelos pais, com a pontuação máxima de “É muito verdade” e por isso uma pontuação final de 10 pontos, que revela uma melhoria no que diz respeito aos 6 pontos obtidos nas avaliações iniciais. Já relativamente às respostas da professora, também a pontuação final é superior em relação ao primeiro momento de avaliação, isto é, inicialmente obteve 5 pontos e atualmente obteve 6 pontos, onde a única diferença se verificou na resposta à afirmação *“É simpático e amável com crianças mais pequenas”*.

É assim possível verificar que os resultados entre a versão dos pais e da professora em relação aos resultados iniciais, se verificaram menos idênticos, ainda assim em ambos os questionários são notórias as melhorias do Pedro, nomeadamente ao nível da obediência, da hiperatividade e regulação motora, da empatia para com os mais novos e na relação com as outras crianças da sua idade, Também ao nível das questões da atenção e distração com os estímulos à sua volta e ainda na capacidade de pensar nas coisas previamente, e portanto, ao nível do planeamento, surgiram melhorias.

Como resultado final, na Pontuação Total das Dificuldades, tanto na versão dos pais como da professora existe um resultado dito “normal” de 13 pontos, embora que no limite, e por isso melhorias significativas são notórias em relação aos 18 pontos obtidos nas avaliações inicialmente realizadas. Com as melhorias notórias ao nível dos comportamentos de hiperatividade e problemas ao nível do comportamento é possível afirmar que também neste parâmetro de avaliação os resultados foram alcançados com sucesso. Importa salientar que durante o período de intervenção e após o término da mesma, a mãe foi referindo sempre melhorias no Pedro ao nível do comportamento de forma acentuada, assim como a sua professora que partilha da mesma opinião.

De acordo com a observação formal e informal obtida ao longo de toda a intervenção com o Pedro, verificaram-se melhorias acentuadas relativamente à área

comportamental e gestão das emoções. Desta forma, enfatiza-se um maior controlo da impulsividade, maior intencionalidade e antecipação da ação, bem como maiores capacidades em manter a atenção na tarefa, o que permitiu melhorias globais ao nível do seu comportamento.

### **Discussão / Análise dos Resultados da Avaliação**

Perante os resultados anteriormente apresentados, verifica-se que após o período de intervenção, ocorreu uma evolução positiva a nível socio emocional, cognitivo e psicomotor.

Tanto na observação realizada ao longo das sessões, como nos resultados expressos nos questionários preenchidos pelos pais e pela professora do Pedro, foram algumas as diferenças que surgiram com a intervenção, nomeadamente as questões de obediência, a impulsividade e a agressividade quando contrariado, na regulação motora e ainda na empatia em relação às outras crianças. Na verdade, estas alterações vão de encontro ao que Gleason & Zeanah (2007) afirmam, ao realçarem a importância da realização de atividades de expressão corporal como facilitadoras da expressão de conflitos internos em crianças com dificuldades ao nível do comportamento. As atividades espontâneas realizadas através do jogo e pela expressão, quando num ambiente seguro e contendor, onde a terapeuta serve de figura de referência e como elemento de contenção e transformação do sofrimento da criança, traduzem-se em melhorias ao nível do comportamento, pois desta forma as crianças aprendem a transformar as suas sensações, ações e afetos em pensamentos, projetos e palavras (Gleason & Zeanah, 2007). Costa (2008) parece concordar com este tipo de atividades de cariz espontâneo, pois segundo este autor, o importante é desenvolver a autonomia afetiva, oferecer a expressão livre dos afetos e promover a expressão da agressividade de forma simbólica, assim como melhorar a expressão não-verbal de fantasias e sentimentos. Através da expressão livre, e com base numa relação afetiva e positiva com a terapeuta, foi assim possível verificar que o Pedro tem a capacidade de estabelecer relações sociais positivas perante a aceitação e confiança do outro, que por sua vez, promove a segurança na relação.

Também as questões da atenção e evocação de memórias foram um dos objetivos a serem alcançados no decorrer da intervenção com o Pedro, que na verdade, embora não tenha sido um dos objetivos alcançados com maior sucesso, verificaram-se algumas melhorias. Devido a estas dificuldades de atenção e evocação de acontecimentos passados que me fui apercebendo logo nas primeiras sessões, optei por incluir nas sessões com o Pedro sempre um momento onde este tivesse de recorrer a situações de memorização de eventos anterior (e.g. o que se fez na sessão anterior?

O que fizeste no teu fim de semana?), bem como situações de memorização motora, estimulado assim o Pedro a participar em situações motivadoras, através da atividade simbólica, imitação de movimentos, ou a alternância de ritmos, de movimento como proposto por Wallon (1992 cit. In Fonseca, 2012). Segundo Condessa (2009), estas melhorias ao nível da atenção poderão ser explicadas pelo facto de que o jogo, e todas as atividades lúdicas permitem um desenvolvimento cognitivo na criança com agitação psicomotora, mas também levam a melhorias ao nível da concentração e atenção devido ao carácter prazeroso e estimulante que o jogo possui para as crianças, assim como promove o cumprimento de regras e a regulação das frustrações.

Uma outra função executiva que se encontrava comprometida no Pedro e que foi um objetivo primordial a trabalhar na sessão, obtendo-se resultados positivos, prendeu-se com a capacidade de planeamento. Este objetivo foi trabalhado com inúmeras atividades, desde percursos, labirintos, situações problemas, entre outros, que segundo Almeida & Shigunov (2000), implicam a capacidade de desenvolver a capacidade de pensamento e os processos metacognitivos, pois exigem que o participante construa previamente estratégias que o levem até aos objetivos propostos para o jogo.

No que diz respeito às questões da impulsividade e agitação psicomotora, outros dois objetivos que foram trabalhados e nos quais se verificaram melhorias notórias, foram várias as atividades realizadas, desde danças, circuitos, situações de equilíbrio, saltar, entre outros, onde se procurou compensar os seus excessos de energia, ou seja, haver uma libertação dessa energia acumulada. Segundo Fonseca (2001), é através de atividades lúdicas que permitam compensar os excessos de energia, que irá surgir uma melhor utilização da agressividade latente da criança, na procura de uma estabilidade de referência e assim possibilitar um melhor conhecimento dos seus limites motores.

Relativamente às melhorias notórias que se verificaram ao nível da noção do corpo, vão de encontro ao que Antony & Ribeiro (2004) defendem, ao afirmarem que na agitação psicomotora, é através das várias atividades onde se procura trabalhar a noção do corpo e limites corporais, assim como as próprias atividades que exigiam controlo motor sobre si mesmo, que permitem a construção e consolidação da imagem corporal, que por sua vez permitem que a criança se movimente de forma organizada e adaptada ao espaço que a rodeia. Também Lièvre e Stae (2012) explicam a importância do trabalho ao nível da noção do corpo nos casos de grande agitação psicomotora, uma vez que em atividades, como a realizada na intervenção com o Pedro em que este teria de desenhar o seu próprio corpo no papel de cenário, está a ser trabalhada a construção do esquema corporal da criança, e para além disso, segundo Sánchez e Butriago (2008), quando a criança é capaz de representar o seu próprio corpo no papel, esta



alcança a capacidade de representar o seu esquema corporal, no momento, e de situar o seu corpo num espaço, percecionando o seu corpo como uma determinada forma e com determinados limites.

No que diz respeito ao comportamento do Pedro em relação às regras da sessão, este foi um objetivo conseguido com grande sucesso, uma vez que nas últimas sessões o Pedro já cumpria todas as regras da sessão sem ter a necessidade de ser chamado à atenção, assim como ele próprio nomeava as regras no decorrer da sessão. Segundo Lopes (2001) através deste tipo de jogos, que possuem determinados tipo de regras definidas, as crianças com grande agitação psicomotora e que têm dificuldade em cumprir essas regras, começam a compreender o porquê dessas regras e que fazem parte da atividade para que a mesma se possa concretizar, o que por sua vez se refletirá numa maior capacidade de conviver socialmente e com prazer, ou seja, promove as interações sociais e amplia o círculo de amigos da criança.

Por fim, e como objetivo da intervenção com o Pedro, a regulação emocional, nomeadamente a gestão da frustração foi também importante trabalhar ao longo da intervenção, sendo este um outro objetivo que se conseguiu atingir, ainda assim, seria um foco a continuar a trabalhar numa futura intervenção. As melhorias ao nível da gestão da frustração vão de encontro à ideia de Aguilar & Valle (2005) que afirmam que através dos jogos lúdicos e dos desafios que estes impõe, a criança tem a oportunidade de desenvolver a tolerância à frustração, uma vez que a terapeuta irá mostrar que o importante não é ganhar mas sim participar nas atividades, assim como a persistência na resolução dos desafios e dificuldades que a atividade impõe. Ainda perante a exposição de atividades desafiantes, a terapeuta tem a possibilidade de modificar a autoestima da criança, muitas das vezes prejudicado pelas punições ou dificuldades em gerir as emoções e a relação com os pares. Esta melhoria ao nível da autoestima é possível pelo facto de que a criança gradualmente e perante um terapeuta que não o pune, mas sim a incentiva, por intermédio do lúdico, vai conseguindo gerir melhorar as suas dificuldades sem desistir (Macedo, Pitty & Passos, 2000). Uma vez instalado um ambiente facilitador ao desenvolvimento das habilidades, os jogos lúdicos, favorecem a aplicação de estratégias de comportamento, como a modelação, o feedback positivo e ensaios comportamentais. Por sua vez, comportamentos como falta de autocontrolo, dificuldade em cumprir regras, baixa tolerância à frustração e agitações psicomotoras frequentes, diminuem (Ferraz, 2005).

Relativamente ao carácter individual da intervenção realizada, revelou-se bastante eficaz na medida em que permitiu um reforço narcísico, assim como a valorização do Pedro sobre si mesmo, criando um ambiente seguro e contentor, onde o Pedro se sentiu livre para expressar os seus sentimentos e frustrações, ou seja, através

das experiências vividas e do aumento da sua autoestima, as competências sociais e de mentalização também foram sendo desenvolvidas.

Em suma, e no geral, o projeto terapêutico desenvolvido obteve sucesso, ou seja, registaram-se melhorias significativas ao nível do comportamento do Pedro e na aquisição de diferentes competências sociais e psicomotoras, uma vez que os comportamentos mais agressivos ou a sua grande impulsividade e agitação psicomotora deram lugar a uma atitude de maior regulação motora, maior capacidade de analisar as situações previamente, respondendo a estas de forma mais adequada, e ainda a uma maior capacidade em gerir e lidar com as suas emoções.

## **Estudo de Caso II – Maria**

### **Identificação do Caso**

A criança de seguida apresentada, que será denominada com o nome fictício Maria, iniciou o seu acompanhamento em Psicologia na Unidade de Pedopsiquiatria a pedido dos pais, sendo posteriormente encaminhada pela Psicóloga para avaliação e acompanhamento em Psicomotricidade, em novembro de 2017.

O encaminhamento para a avaliação e intervenção em Psicomotricidade foi feito pela Psicóloga, e teve como principais preocupações a grande imaturidade quer psicomotora, quer ao nível do discurso e ideias da Maria e ainda, grandes níveis de ansiedade nas mais diversas situações que acabam por desencadear uma grande dependência materna. Segundo a psicóloga, devido a problemas de saúde, a Maria apresenta pouca experiência corporal, apresentando por isso dificuldades ao nível da noção do corpo, dificuldades ao nível da coordenação motora, equilíbrio, lateralidade e estruturação espaço-temporal. Também dificuldades ao nível da atenção, da concentração e do raciocínio são mencionados, assim como a sua pouca autonomia, baixa tolerância à frustração e grande onnipotência.

A Maria nasceu a 15 de maio de 2008, tendo atualmente 9 anos de idade. A intervenção iniciou-se em 12 de dezembro de 2017, com acompanhamento semanal às terças-feiras das 15:15 às 16:00 horas. Definiu-se como plano terapêutico a intervenção em psicomotricidade e o seguimento nas consultas de Psicologia. Num total, realizaram-se 18 sessões com esta criança. As informações que em seguida serão apresentadas foram recolhidas durante a entrevista realizada com a mãe, na consulta do processo, na troca de informações com a psicóloga e nas avaliações realizadas.

## Anamnese

A Maria nasceu às 42 semanas de gestação por cesariana sendo necessário recorrer a ventosas. A mãe tinha 27 anos na altura do parto, tendo apresentado anteriormente ao nascimento da Maria um aborto espontâneo, sendo uma gravidez planeada e desejada pelos pais. O período de gestação pautou-se por grande tranquilidade sem qualquer tipo de complicação.

Ao nível do desenvolvimento, a nível motor não se verificou nenhum atraso no seu desenvolvimento, permanecendo de pé sozinha e dando os primeiros passos autonomamente por volta dos 15 meses de idade. Ainda assim, a mãe referiu que a Maria nunca chegou a gatinhar, procurava constantemente o colo da mãe e chorava muito. A mãe refere ainda que a Maria tinha bastante medo de andar de carro, chorando bastante. Ao nível da linguagem proferiu as primeiras palavras por volta dos 9 meses, sendo a sua primeira palavra "mamã".

Relativamente ao controlo dos esfíncteres a mãe diz que foi um acontecimento que ocorreu com normalidade, antes de completar os 2 anos de idade. Ao nível do desenvolvimento do sono são referidos alguns problemas, pois durante os primeiros 2 meses a Maria era um bebé que não dormia praticamente nada, sendo uma bebé muito chorosa. Só mais tarde é que começou a entrar na normalidade, tendo sido com 4 anos de idade que a Maria começou a dormir sozinha no seu quarto.

Ao nível do desenvolvimento social a Maria foi desde bebé muito envergonhada, reservada e pouco comunicativa, tendo alguma dificuldade em procurar espontaneamente o contacto com o outro, situação que atualmente não se verifica, pois a Maria é agora uma menina mais comunicativa, relacionando-se bem com todos os meninos da sua sala. A Maria é atualmente uma menina bastante autónoma nas tarefas como vestir, ou calçar, querendo já adotar um estilo mais adolescente. Já em tarefas como o tomar banho, alimentar-se, fazer os trabalhos de casa, procura sempre a ajuda da mãe, mostrando-se muito dependente em relação à mesma.

No que diz respeito ao seu percurso escolar, atualmente a Maria frequenta o 4º ano de escolaridade. Antes de iniciar o seu percurso educativo, ficou os primeiros 5 meses com a mãe e mais tarde foi sempre alternando entre os cuidados das duas avós e da sua madrinha, entrando para a creche com 4 anos de idade. Inicialmente a Maria não reagiu bem à entrada para a creche, assim como para o 1º ciclo, pois chorava muito quando tinha de se separar da mãe, sendo um período bastante difícil de adaptação.

Ao nível da história clínica da Maria, a Maria nasceu com um problema congénito, um Nevo Melanocítico congénito nas costas, sendo submetida a 9 cirurgias, a primeira logo aos 5 meses, e a última aos 5 anos de idade. Devido a este problema

os pais da Maria sempre foram muito protetores com ela. Também por volta dos 7 anos de idade a Maria começou a queixar-se de dores abdominais e náuseas que desencadearam falta de apetite, queixas que a levaram várias vezes às urgências, onde os médicos diziam ser do foro emocional. Passado alguns meses, e sem apresentar melhorias, a Maria deixou de se alimentar adequadamente, o que levou a uma grande diminuição do seu peso, até que numa das suas idas às urgências foi diagnosticada com uma Gastroenterite Aguda, encontrando-se o seu estômago e esófago bastante inflamados. Durante este período a Maria deixou de conseguir dormir sozinha, pois chorava devido às dores que tinha. Após ter feito o tratamento para a Gastroenterite Aguda, a Maria começou a recuperar aos poucos o seu apetite, no entanto durante o período de tratamento e durante muito tempo após o tratamento, a Maria desenvolveu medo de comer, tendo a necessidade de ligar à mãe antes de comer para perguntar se iria ficar maldisposta ou se iria vomitar, chegando mesmo a ter alguns ataques de ansiedade por medo de vomitar. Também decorrente deste acontecimento, a Maria tinha momentos onde começava a chorar apenas por se lembrar das dores que teve durante o período em que esteve doente, e com um medo exagerado de voltar a sentir qualquer tipo de dor. A Maria desenvolveu um grande medo estar doente, estando constantemente a perguntar se tem febre ou se tem qualquer tipo de sintoma que a posso fazer ficar doente. É ainda importante referir que a Maria esteve sensivelmente um mês sem ir à escola pois precisava de ajuda dos pais para comer devido ao seu medo excessivo. Relativamente à história médica familiar, a mãe não mencionou nenhum aspeto, ainda assim é importante referir que no decorrer da entrevista a mãe da Maria começou a chorar, dizendo que não sabia mais o que fazer pois a Maria necessitava de si para tudo, o que a deixava preocupada.

Relativamente ao contexto familiar, a Maria vive com os pais com quem tem uma boa relação, estabelecendo uma relação preferencial com a sua mãe, uma relação de grande dependência e ansiedade quando tem de se separar da mãe, por exemplo quando a mãe a deixa na escola, pedindo que a vá ver ao intervalo, pedido ao qual a mãe atualmente já não responde.

Apesar de o pedido de consulta surgir por parte da psicóloga, e em conversa com a mãe da Maria, são também várias as preocupações que a levaram a recorrer à Psicóloga e a aceitar o acompanhamento em Psicomotricidade. Segundo a mãe da Maria, para além das questões corporais, como a falta de equilíbrio, coordenação e motricidade, que a mãe associa a todas as operações que a Maria realizou ao longo dos anos, também questões relacionadas com a grande dependência da mãe a preocupam. Ainda as dificuldades que a Maria apresenta em acompanhar o resto da turma, pois é uma menina com grandes dificuldades de concentração, atenção e memória, perdendo-

se no seu raciocínio, e ainda as questões da grande onipotência e a dificuldade em lidar com a frustração quando contrariada, foram tudo motivos de preocupação que levaram os pais da Maria até às consultas. A Maria é ainda uma menina que apresenta alguma ansiedade e medos perante várias situações que no entender da mãe são exagerados e que acabam por comprometer a vida da Maria, nomeadamente medos em relação à alimentação e estar longe da mãe, sendo ainda uma menina bastante insegura relativamente às suas capacidades, recusando as tarefas ou atividades por ter medo de errar ao fazê-las e ainda questionando os pais várias vezes com a pergunta “Gostam de mim?”.

Apesar do anteriormente referido, segundo os seus pais, a Maria é uma menina muito simpática, que se preocupa com os outros e que quando quer é muito meiga e querida, estando sempre disposta a ajudar quando necessário.

### **Avaliação Inicial**

A presente avaliação inicial foi realizada tendo como base fontes informais, através de entrevista a mãe da Maria e através da observação com preenchimento de uma grelha de observação (Duarte et al., 2015; Costa, 2008) e fontes formais, assentes na aplicação do Draw a Person (Naglieri, 1988), teste de atenção d2 (Brickenkamp, 2007), a versão portuguesa de Pereira e Barros (2010) do Questionário de Avaliação das Perturbações da Ansiedade (SCARED- R; Muris, Merckelbach, Schmidt e Mayer, 1999), o subfactor Tonicidade da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (2010) e o Teste de Proficiência Motora Bruninks-Oserestky 2 (BOT-2; (Bruininks & Bruininks, 2005).

### **Avaliação Informal**

Relativamente à observação realizada, esta teve lugar na sala de psicomotricidade, no decorrer das primeiras três sessões com a Maria. Da observação realizada é possível verificar que a Maria é uma menina que tem uma aparência cuidada e investida, com um desenvolvimento estato-ponderal inferior ao seu escalão etário, apresentando uma postura por vezes desadequada, hipertónica, com alguma inibição e evitamento no contacto.

A Maria apresenta alguma dificuldade em focar e manter a atenção nas tarefas, perdendo-se por momentos nos seus pensamentos ou no que a rodeia, sendo necessário um reforço e orientação para voltar a iniciar a tarefa. Relativamente à memória, a Maria apresenta grandes dificuldades ao nível da retenção e evocação das

atividades feitas, tanto na própria sessão como de sessões anteriores, ou em evocar acontecimentos da sua semana.

Na sala, inicialmente a Maria não mostrou grande interesse sobre os materiais, mas passado alguns minutos, a Maria mostrou curiosidade sobre para que serviam alguns dos materiais, como as cordas, ou os pinos. É uma criança inibida, ainda assim, alegre, mas que não demonstra grandes interesses ou preferências. Relativamente à sua participação nas tarefas, é uma menina que não adere voluntariamente às atividades, sendo necessário estímulo e reforço por parte da terapeuta, realizando as atividades até ao fim. Durante a realização das atividades é notório que a Maria se esforça mais nas atividades do seu interesse, como desenhar, mostrando pouca persistência em atividades que não a motivem tanto. É uma criança que não demonstra qualquer competitividade, contudo, evidencia alguma dificuldade em lidar com a frustração quando as atividades não são as que mais gosta ou quando não tem tanta facilidade em as realizar, adotando comportamentos de desistência, por medo e ansiedade, sem procurar melhorar a sua prestação. A Maria apresentou assim uma baixa autoestima, necessitando de ajuda e motivação no decorrer das atividades.

No que diz respeito ao ajustamento em relação à tarefa, a Maria apresenta um contacto adequado na maioria das vezes, ainda assim assumindo uma postura passiva, um pouco ansiosa e com algumas distrações.

Relativamente ao gesto espontâneo, a qualidade do seu gesto é na maioria das vezes desadequada devido falta de experiências motoras, revelando grandes dificuldades ao nível da coordenação visuo-motora e do planeamento. Quanto à regulação do esforço, a Maria atinge os seus objetivos com algum esforço, apresentando dificuldade em adequar o esforço perante as tarefas.

Relativamente a aspetos psicomotores, a Maria apresenta uma coordenação dos movimentos bastante imatura, tanto a nível óculo-manual como óculo-pedal, revelando preferência manual e pedal, dextra. Também ao nível do equilíbrio, a Maria apresenta dificuldades, assim como a sua orientação no espaço é imatura e desorganizada. Ao nível da noção do esquema corporal, apresentou alguma imaturidade, evidenciando alguma confusão na distinção da direita e da esquerda, tanto em si, como no outro.

A Maria é uma menina simpática, que demonstra um grande espírito de entreajuda. Em relação aos materiais, apresenta por vezes um comportamento de indiferença, pelo facto de não serem do seu agrado. A planificação das suas ações é na maioria das vezes ausente, pelo que a Maria copia o que o outro realiza, não demonstrando criatividade ou iniciativa, nem dando sugestões. Ao nível do jogo simbólico, é uma menina que apresenta bastantes dificuldades no processo de simbolização.

Ao nível da comunicação verbal, a Maria apresenta uma linguagem receptiva adequada, compreendendo o que se lhe é dito, assim como a sua linguagem expressiva se encontra adequada, contudo, as suas ideias são bastante imaturas para a idade. Por outro lado, ao nível da comunicação não-verbal, a Maria apresenta um olhar aceitante, contudo o seu sorriso é, por vezes, discordante com a emoção, demonstrando-se muito ansiosa em determinados momentos. Durante as sessões, a Maria respeita as regras da sessão e reconhece a diferença de idades entre a terapeuta e si, respeitando a gestão da distância entre os dois. Também ao nível da compreensão da duração da sessão a Maria compreende a sua duração.

### **Avaliação Formal**

A aplicação do teste DAP (Naglieri, 1988) prendeu-se com a necessidade de se obter informação sobre a integração do esquema corporal da própria criança, o que no caso da Maria faria todo o sentido devido à grande imaturidade corporal e dificuldades de coordenação apresentadas durante as primeiras sessões. Quanto aos resultados, a Maria obteve uma classificação final *Superior*, correspondendo, portanto, a uma idade superior à sua. A Maria apresentou um grande investimento nos detalhes dos mesmos, fazendo bem a distinção entre o Homem e a Mulher. Por fim, é importante mencionar que no decorrer da realização dos desenhos a Maria esteve constantemente a olhar para a terapeuta para ver se estava a ser observada, assim como fez vários comentários depreciativos relativamente ao que ia desenhando, tendo a necessidade de apagar e voltar a desenhar algumas vezes, com o intuito de aperfeiçoar o seu desenho, evidenciando aqui a sua baixa autoestima. Deste modo, conclui-se que a Maria apresenta uma noção do esquema corporal adequada para a sua faixa etária, e por isso esta não será uma grande preocupação no decorrer das sessões.

Quanto à aplicação do Teste de Atenção d2, prendeu-se com a necessidade de compreender as dificuldades em manter a atenção e concentração que segundo a psicóloga e a sua mãe, a condicionam na aprendizagem. No que diz respeito aos resultados obtidos, e numa perspetiva mais observacional, é importante mencionar que durante o teste a Maria referiu várias vezes ser difícil estar concentrada apenas nas letras que teria de assinalar, evidenciando um grande esforço ao realizar a prova, movimentando-se constantemente durante a prova e dizendo ainda que não seria capaz de a fazer, evidenciando mais uma vez a sua baixa auto estima. No que diz respeito aos resultados propriamente ditos, a Maria obteve resultados bastante abaixo do que seria de esperar para a sua idade, apresentado percentis de 1 e de 2 na maioria das variáveis avaliadas. Conclui-se assim que a Maria apresenta uma atenção/concentração reduzida do que seria de esperar para sua idade, apresentado uma percentagem de erros

elevada, e um Total de Eficácia baixo, o que denota dificuldades em controlar a sua atenção e a inibição em relação aos estímulos irrelevantes. Os resultados obtidos, utilizando as médias e desvio-padrão segundo Brickenkamp (2007), encontram-se em anexo (anexo 9).

Já no que diz respeito à finalidade da aplicação do Questionário de Avaliação das Perturbações da Ansiedade Scared-R, aplicado à Maria e à sua mãe, surgiu perante a necessidade de compreender melhor quais as situações perante as quais a Maria apresenta grandes níveis de ansiedade, como forma de perceber o que desencadeia essa ansiedade que acaba por comprometer o bem-estar da Maria. Relativamente aos resultados obtidos, tanto no questionário de autopreenchimento, como no questionário respondido pela mãe, assim como a comparação com as médias e desvio-padrão apresentadas nas tabelas normativas segundo Dias, Campos, Mendes e Marôco (2017) apresentam-se em anexo (anexo 10).

Através dos resultados obtidos, é possível concluir que são vários os fatores com resultados elevados, e sempre superiores às médias apresentadas, indicadores de sintomas de ansiedade mais significativos, como no fator da Perturbação do Pânico, Perturbação da Ansiedade de Separação, Perturbação da Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Fobia de Sangue/Injeções/ Ferimentos e a Perturbação Obsessiva-Compulsiva.

Relativamente ao fator Perturbação do Pânico, onde existe uma grande discrepância entre as pontuações dos dois questionários, ambas concordam que as pessoas acham a Maria uma menina nervosa, e que quando a Maria se assusta o seu coração bate muito depressa, respondendo a mãe com “Muitas vezes” e a Maria com “Algumas vezes”. No entender da sua mãe situações como a Maria ficar assustada e ter dificuldade em respirar, ter vontade de vomitar, sentir-se tonta ou sentir-se a desmaiar ou mesmo sentir como se as coisas não fossem reais, acontecem “Algumas vezes”. A Maria sentir-se fraca ou a tremer ou suar muito quando assustada, ou ainda, ficar cheia de medo sem motivo aparente, assim como ter medo de ter ataques de pânico ou de ansiedade, no entender da sua mãe também acontecem “Algumas vezes”, no entanto para a Maria, “Nunca ou quase nunca” acontecem.

Já ao nível do fator da Perturbação da Ansiedade de Separação, existe um maior consenso entre as respostas. Em ambos os questionários, segundo as respostas, acontece “Muitas vezes” a Maria ter medo quando dorme fora de casa, a Maria seguir a mãe para todo o lado e ainda, a Maria não gostar de estar longe da família. Para a mãe da Maria, a Maria não gostar de ir à escola, ficar preocupada se tiver de dormir sozinha ou por ter de ir para a escola, são situações que acontecem “Muitas vezes”, enquanto que, para a Maria acontecem “Algumas vezes”. E ainda no entender na mãe, existem



situações que no seu entender acontecem “Algumas vezes”, mas que para a Maria não acontecem, tais como a Maria ter dores de cabeça ou de barriga quando está na escola, ter pesadelos onde acontece algo de mau aos pais, ter medo que algo de mau aconteça aos pais e ainda ter medo de ir para a escola.

No que diz respeito ao fator Ansiedade Generalizada, segundo as respostas da mãe e da Maria, a Maria é uma menina bastante preocupada e nervosa. Situações como a Maria ser nervosa, preocupar-se em ser tão boa como as outras crianças, ser preocupada e que as pessoas afirmam que se preocupa de mais, oscilam entre “Muitas vezes” e “Algumas vezes”. Já em afirmações como a Maria preocupar-se que os outros não gostem dela, se as coisas lhe irão correr bem, preocupar-se com o que irá acontecer no futuro, se estará a fazer as coisas bem e ainda ter medo de coisas que lhe aconteceram no passado, nas respostas da Maria são afirmações que acontecem “Algumas vezes” ou “Nunca ou quase nunca”, mas que no entender da mãe acontecem “Muitas vezes”.

Por sua vez, no fator da Fobia Social, ambas, mãe e Maria parecem reconhecer a dificuldade da Maria em estar perto de pessoas que não conhece, ainda assim, segundo as respostas da Maria estas dificuldades são maiores comparativamente às respostas da mãe, reconhecendo como acontecendo “Muitas vezes” situações como ser difícil estar com pessoas que não conhece bem ou ainda sentir-se envergonhada quando está com pessoas que não conhece. Já na Fobia de Sangue/Injeções/Ferimentos, tanto a mãe como a Maria reconhecem o seu medo de ir ao médico, de ir ao dentista e de levar uma injeção. Quanto ao fator Perturbação Obsessiva-Compulsiva são na maioria as respostas que coincidem entre a mãe e a Maria, tais como nas afirmações a Maria querer que as coisas estejam arrumadas numa certa ordem, “Algumas vezes”, ter pensamentos estranhos que a assustam, “Muitas vezes”, querer que as coisas estejam limpas e arrumadas, “Algumas vezes” e ter dúvidas se realmente fez uma determinada coisa, “Algumas vezes”.

No que diz respeito aos restantes fatores, fator da Perturbação de Stress Pós traumático e Fobia de Situações relativas ao Meio Ambiente, segundo a mãe da Maria e a Maria, existem momentos em que a Maria fica com medo ao pensar em alguma coisa má que já lhe aconteceu e ainda tem pensamentos que não quer ter sobre uma coisa muito desagradável que já lhe aconteceu. A Maria tem ainda algum medo de alturas, tem bastante medo se tivesse de voar num avião, e ainda segundo a mãe, a Maria fica assustada quanto tem de estar em espaços fechados e tem medo do escuro.

Decorrentes das questões da ansiedade mencionadas pela mãe da Maria, assim como as suas dificuldades ao nível da coordenação motora, surgiu a necessidade então de aplicar o subfactor Tonicidade da Bateria Psicomotora como forma de compreender

melhor qual o perfil tônico da Maria e a forma como o mesmo poderia comprometer o seu funcionamento e desempenho perante as situações. A partir da análise dos resultados, é possível afirmar que a Maria apresenta um perfil Hipertônico, dada a rigidez dos seus membros, assim como a resistência aos movimentos.

Aquando da observação do primeiro parâmetro, extensibilidade, foi possível verificar que a Maria evidencia alguma dificuldade. No afastamento máximo de ambas as pernas, foi possível medir uma distância de 50 cm entre os dois joelhos e um ângulo de 90°, e onde foi possível sentir uma grande rigidez, assim como algum desconforto aquando do toque por parte da terapeuta. Na prova do quadricípite femural foi possível medir uma distância de 35 cm entre os pés relativamente ao chão e onde, através da palpação se evidenciou novamente uma grande contração muscular na realização do movimento pretendido. Já a prova dos extensores da coxa, acabou por não ser realizada, pois a Maria afirmou que não conseguia fazer e que tinha medo. Já na observação dos membros superiores, na primeira onde se observa a distância que vai de um cotovelo ao outro, mediu-se uma distância de 42 cm. Nos flexores do antebraço a Maria não apresentou sinais de grande esforço, sendo capaz de realizar a máxima extensão do antebraço. Já nos extensores do punho evidenciou algum esforço, ficando a 5 cm de tocar com o polegar no punho.

No parâmetro da passividade, nos membros inferiores, a Maria evidenciou balançar as pernas de forma voluntária, ajudando a terapeuta nos movimentos e por isso não descontraindo os músculos e ainda fazendo força para contrariar o movimento realizado pela terapeuta. Já ao nível dos membros superiores, a Maria demonstrou uma grande dificuldade em descontraindo os músculos, não realizando movimentos pendulares voluntários ou induzidos pela terapeuta, o mesmo se verificou ao nível das mãos.

No que diz respeito ao parâmetro das paratonias, desde logo a Maria apresentou-se bastante tensa quando lhe pedi que se deitasse, ficando completamente hipertônica e em elevado estado de alerta. Ao nível dos membros inferiores, bem como superiores, a Maria não deixou cair os membros no colchão, mesmo após indicação de que deveria tentar descontraindo e que a terapeuta não a iria aleijar, evidenciando uma grande rigidez e contração muscular, assim como resistência aos movimentos e bloqueios constantes. Aquando da observação das Diadococinésias, foi possível verificar alguma dificuldade em compreender o exercício e em realizar os movimentos de forma coordenada e rítmica e onde os movimentos foram realizados em espelho.

Por fim, a aplicação do Teste de Proficiência Motora Bruninks- Oseretsky 2, teve como finalidade compreender melhor as dificuldades que a Maria demonstrou ao nível da coordenação motora, motricidade global e equilíbrio. Como resultados, a Maria apresentou um total de 30 pontos em 72 possíveis. Relativamente à área da Precisão

Motora Fina, não apresentou grandes dificuldades, e por isso uma boa coordenação motora ao nível dos membros superiores em questões de motricidade fina. Também na área da Integração Motora Fina, a Maria realizou as atividades com grande facilidade, conseguindo a pontuação quase total. Já na Destreza Manual, a Maria demonstrou ter algumas dificuldades, acabando por ter apenas 2 pontos, evidenciando algum descontrolo ao nível dos membros superiores e falta de precisão. Na prova da Coordenação Bilateral, a pontuação foi de 1, num total de 5 pontos. Na prova do Equilíbrio, a Maria acabou por revelar também algumas dificuldades, pois apresentou algum descontrolo corporal e insegurança gravitacional. Na prova seguinte, da Velocidade e Agilidade também a pontuação não foi muito boa, isto porque também esta prova exigia equilíbrio dinâmico por parte da Maria, o que acabou por revelar uma pontuação baixa. Já nas provas da Coordenação dos Membros Superiores, revelou uma grande descoordenação, não conseguindo apanhar a bola, nem driblando a bola alternando os braços, apresentado sempre uma postura de receio em falhar e pouca motivação no sentido de melhorar. Por último, na prova da Força não conseguiu realizar a prova, e embora a terapeuta tenha exemplificado, a Maria não mostrou grande entusiasmo em tentar, mais uma vez por receio de falhar.

Num total, a Maria obteve 30 pontos e por isso, apresentando-se bastante abaixo da média do que seria de esperar para a sua idade. É ainda importante mencionar que durante toda a realização deste teste de avaliação, a Maria esteve sempre a dizer "Isto é muito difícil" (sic), apresentando uma postura de inibição e medo de não conseguir realizar as provas.

### **Elementos Critério**

Tendo em conta os resultados das avaliações iniciais realizadas, é agora importante estabelecer quais os elementos critério da Maria. Por elementos critério, entende-se informações relevantes que caracterizam o indivíduo, isto é, os pontos-chave a partir dos quais será possível realizar o seu plano terapêutico de forma o mais adequado possível. Sendo assim, relativamente à Maria considero pertinentes os seguintes elementos critério:

<u>Elementos Critério</u>
Imaturidade Psicomotora
Dificuldade no Equilíbrio
Dificuldades na Coordenação
Hipertonicidade (Rigidez Muscular)
Dificuldades na noção do corpo
Dificuldades em manter a atenção/concentração
Manifestação de medos e Ansiedades
Baixa tolerância à frustração
Pouca persistência perante as dificuldades
Baixa autoestima e autoconfiança
Baixa Autonomia
Omnipotência

### Hipóteses Explicativas

Com a finalidade de planejar uma intervenção é fundamental estabelecer as possíveis hipóteses que possam explicar e levar assim ao entendimento do caso clínico apresentado, tendo sempre por base a teoria existente.

Como já foi referido anteriormente, a Maria iniciou as suas consultas em Psicologia e mais tarde em Psicomotricidade devido a uma grande imaturidade quer psicomotora quer ao nível do seu discurso e ideias e grandes níveis de ansiedade nas mais diversas situações que acabam por desencadear uma grande dependência materna. Também devido a sua história médica, o percurso de vida da Maria pauta-se por falta de experiências sensoriomotoras, e por isso dificuldades ao nível da noção do corpo que, conseqüentemente, se refletem em grandes dificuldades ao nível da coordenação motora, equilíbrio, lateralidade e estruturação espaço-temporal. Por fim, são também ainda mencionadas dificuldades ao nível da atenção, concentração e raciocínio, assim como a sua baixa autonomia, tolerância à frustração e a sua grande onnipotência.

Tendo em consideração o quadro clínico que a Maria apresenta, segundo os critérios do DSM-5 (APA, 2013), o presente quadro poderá ser enquadrado ao nível da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT). Analisando os critérios necessários para se incluir este diagnóstico, e tendo em consideração o episódio de Gastroenterite Aguda que a Maria teve, é possível verificar que a Maria respeita alguns dos critérios necessários para este diagnóstico. A Maria experienciou um evento traumático para si, nomeadamente o episódio de Gastroenterite Aguda que deixou durante alguns tempos conseqüências físicas; são vários os momentos descritos pela mãe da Maria onde a menina tem lembranças angustiantes sobre a Gastroenterite Aguda que a levam a chorar compulsivamente e num grande estado de ansiedade com medo de voltar a experienciar episódios de dor ou de vômito, o mesmo acontece em sonhos; a mãe da

Maria referiu ainda que em alguns momentos a Maria encontra-se bem e do nada recorda alguns momentos da Gastroenterite Aguda (*flashbacks*), chorando e entrando em pânico, evidenciando vontade em vomitar. Também é notório na Maria, e mais uma vez mencionado pela mãe, que durante muito tempo após o episódio de Gastroenterite Aguda a Maria evitava comer com medo de vomitar como acontecia durante o período em que experienciou o evento traumático, assim como evidenciava um grande sofrimento psicológico, por medo de vomitar ao saber que tinha de comer, ligando constantemente a chorar, para a mãe para se assegurar que não iria vomitar ao comer. O seu estado emocional negativo persistiu durante bastante tempo após o episódio de Gastroenterite Aguda, como muitos medos, pavor e ansiedades de voltar a experienciar o mesmo acontecimento. Após o episódio de GEA e indo de encontro aos critérios da PSPT, a Maria começou a apresentar alguns comportamentos de pouca tolerância em relação aos outros, assim como começou a evidenciar dificuldades em dormir sozinha, necessitando sempre da mãe para que conseguisse adormecer e ainda dificuldades de atenção e concentração começaram a surgir na escola, o que levou a que a Maria até hoje apresentasse dificuldades a nível escolar. Por último, e ainda relacionando com a hipótese de diagnóstico de PSPT, segundo o DSM-5 (APA, 2013), os sujeitos com este tipo de perturbação têm uma probabilidade 80% maior em relação a casos onde não sejam diagnosticados com a PSPT, de satisfazerem os critérios diagnósticos da Perturbação da Ansiedade, o que no caso da Maria faz sentido, uma vez que, e tendo em conta os resultados da avaliação inicial do teste Scared-R, a Maria apresenta grandes níveis de ansiedade em praticamente todos os parâmetros avaliados pelo respetivo teste.

Seguindo a linha de pensamento das comorbidades da PSPT, ou seja, a probabilidade de desenvolver uma Perturbação da Ansiedade, esta poderá também ser uma outra hipótese de diagnóstico no caso da Maria pelos resultados obtidos no teste Scared-R. São vários os parâmetros do teste Scared-R onde a Maria apresenta elevados níveis de ansiedade, no entanto, é a Perturbação da Ansiedade da Separação (PAS) que parece ser a mais adequada no caso em questão e onde os critérios de diagnóstico são mais notórios. Comportamentos tais como a Maria ficar triste quando tem de ir para a escola, e queixar-se de dores de barriga ou de cabeça quanto tem de ficar longe da mãe; preocupação excessiva em relação à figura materna, como momentos em que a Maria tem pensamentos sobre algo mau que pode acontecer à mãe que a assustam, e ter medo que ela morra, ou ainda quando a mãe vai ao médico a Maria faça questão de estar presente porque diz que gosta de saber se está tudo bem com ela. Também o facto de a Maria se recusar a sair de casa sem a mãe ou a segui-la para todo o lado, e quando a mãe sai sem si, tem de ligar constantemente à mãe para

saber onde ela está e se ainda demora muito a chegar. A Maria também não dorme fora de casa pois diz que não gosta de dormir longe da mãe e que tem saudades, e mesmo quando dorme em casa, apenas adormece após a sua mãe já se encontrar a dormir (DSM-5, APA, 2013). Também a dificuldade de concentração que a Maria apresenta na escola, e portanto, quando está longe da mãe, sendo ainda relatado pela mãe que a Maria só faz os trabalhos de casa quando a mãe a ajuda e está presente, porque sozinha diz não ser capaz, apoiam o diagnóstico. Também segundo o DSM-5, o medo de animais, viagens de avião ou de outras situações de perigo que dão percepção de perigo à família ou a si próprio, medos mencionados pela Maria, são também características associadas que apoiam o diagnóstico de PAS (APA, 2013). Neste tipo de diagnóstico, a criança poderá tornar-se exigente, intrusiva e com uma necessidade de atenção constante, o que acaba por gerar frustração para o membro da família em questão, o que na realidade acontece, pois segundo a Maria, a sua mãe tem de cuidar de si sempre, tornando-se exigente para que esta responda às suas necessidades, o que a mãe relatou na entrevista como trazendo um sentimento de sufoco e sem tempo para si mesma (DSM-5, APA, 2013). Por fim, e indo de encontro ao que anteriormente tinha mencionado, de a Maria apresentar várias características de outro tipo de Perturbação, segundo o DSM-5, é uma comorbidade da PAS, a Perturbação da Ansiedade Generalizada, na qual a Maria obteve valores elevados de ansiedade através do teste Scared-R.

Na tentativa de melhor compreender os sintomas acima descritos, as dificuldades que a Maria manifesta relativamente à sua pouca autonomia, e as suas dificuldades ao nível da autoestima e autoconfiança e ainda ao nível do estabelecimento de relações sociais, poderão ser explicadas por uma possível falha no diálogo tónico emocional com a sua mãe, e que se torna imprescindível para a criança ganhar consciência da sua própria existência, como sendo diferenciada da sua mãe (Martins, 2001). Segundo Robert- Ouvray & Servant-Laval (2011), o bebé quando nasce não tem os domínios motor e psíquico totalmente definidos, ainda assim o seu sistema tónico inato permite-lhe distinguir as sensações agradáveis e desagradáveis, através do diálogo tónico-emocional com a sua mãe, através da partilha de emoções. É através desta responsividade materna, ou seja, através do espaço relacional definido pela ligação ao corpo materno, através da tensão do desejo que o bebé se irá afirmar como sujeito, ou seja, construir-se como Eu corporal e psíquico distinto do outro, graças ao aparecimento da representação como percursora da função simbólica (poder evocar a mãe na sua ausência). Cabe ainda à mãe a capacidade de acolher as emoções da criança de compreensão e contenção, através do transportar o bebé, envolver, olhar, acaricia, falar para o bebé, ou seja, organizando a sua imagem corporal e favorecendo

o seu sentimento de confiança para que esta tenha a capacidade de descobrir coisas fora de si, que criem descontinuidades no tempo, com emoções experimentadas sozinho. O bebé irá alterar entre experiências de fusão (procura de diálogo tónico-emocional com a mãe) e de difusão (exploração sensório-motora do objeto que permite projetar-se no espaço e assim experimentar os seus limites corporais) para poder dar continuidade ao seu corpo e para se conseguir sentir na sua relação com o espaço interno e externo, e assim individualizar-se da figura materna. Tendo em conta o que anteriormente foi descrito, poderá ter existido uma falha ao nível do diálogo tónico emocional assim como no processo de fusão e difusão que poderão ter comprometido o processo de individualização da Maria, pois devido a sua história médica, a sua mãe, por um lado, tornou-se muito protetora com a Maria não lhe dando o espaço necessário para que ela explorasse o mundo envolvente e assim pudesse diferenciar-se da figura materna, mas por outro lado, o diálogo tónico emocional mãe-bebé poderá ter ficado comprometido, pois devido às suas nove operações, é normal que por parte da sua mãe existisse um certo receio em tocar, pegar ao colo, acarinhar, como seria necessário neste processo de individualização.

No que diz respeito às dificuldades que a Maria apresenta ao nível da coordenação motora, do equilíbrio e consciência corporal, estas poderão ser explicadas pela sua privação de experiência corporal como consequência da sua história médica, nomeadamente as 9 operações realizadas às costas devido ao problema congénito de nascença, assim como à Gastroenterite Aguda pela qual passou. Segundo Ferreira (2008) é através da experiência corporal que decorre o desenvolvimento dos gestos, a capacidade de perceção, a aquisição do equilíbrio, da organização espacial, a melhor a perceção e consciência do próprio corpo e conseqüentemente, um maior sentimento de segurança, melhor desempenho ao nível da motricidade fina e global. Com estes benefícios a criança aumenta o sentimento de confiança em si mesma, assim como diminui os bloqueios e dificuldades que possam surgir na aprendizagem escolar. Esta privação de participação em atividades motoras poderá também explicar algumas das suas dificuldades ao nível da aprendizagem, pois segundo Gallahue e Ozmun (2005), a participação em atividades motoras reforça as habilidades essenciais ao raciocínio e a aprendizagem de conceitos académicos, dificuldades presentes na Maria. Também Medina, Rosa e Marques (2006), afirmam que a criança ao adquirir uma boa experiência motora, e por isso um bom controlo motor, estará a construir as noções básicas para o seu desenvolvimento intelectual. Existem estudos que demonstram que a prática de atividade motora, experiências motoras, melhoram problemas no domínio da atenção, leitura, escrita, cálculo e sequencialização, algumas das dificuldades da Maria (Gregório, Pinheiro, Campos, & Alfaro, 2002).

## Perfil Intraindividual

O Perfil intraindividual da Maria foi realizado tendo por base toda a informação recolhida durante a avaliação inicial, quer de cariz formal quer de cariz informal. Desta forma, analisando toda a informação, verifica-se que a Maria apresenta várias áreas onde será necessária uma intervenção psicomotora o mais adequada possível. Deste modo, a tabela seguinte mostrará as áreas fortes e as áreas a melhorar observadas durante a avaliação inicial.

Tabela 8- Perfil Intraindividual da Maria

Áreas Fortes	Áreas Fracas
Desenho	Identidade
Esquema Corporal	Noção do corpo
Praxia Fina	Toque
Comunicação	Hipertonicidade
Cooperação	Equilíbrio
Cumprimento de Regras	Coordenação Motora
	Atenção/Concentração
	Memória
	Autoestima / Autoconfiança
	Tolerância à Frustração
	Disponibilidade para aceitar sugestões do outro
	Autonomia

## Projeto pedagógico-terapêutico

Após ser analisado o caso da Maria, tendo em conta toda as suas potencialidades e dificuldades, foi possível descrever todos os pontos cruciais num projeto terapêutico.

### Objetivos Terapêuticos

Tendo em conta o perfil intraindividual da Maria anteriormente elaborado e as suas áreas fortes e áreas fracas, apresenta-se na tabela 9 os objetos delineados, nos quais a intervenção terá o seu suporte.

Tabela 9- Objetivos Terapêuticos da Maria

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
---------	------------------	-----------------------



<b>Psicomotor</b>	Melhorar o Noção do corpo	Potencializar a consciencialização corporal
		Estabelecer uma maior noção dos seus limites corporais.
	Melhorar a Tonicidade	Estimular a capacidade de passividade muscular
		Aumentar a consciência dos estados tónicos
		Promover a regulação tónica
	Melhorar o Equilíbrio	Promover o equilíbrio estático
		Promover o equilíbrio dinâmico
	Promover a Coordenação Motora	Promover a coordenação óculo-pedal
		Promover a coordenação óculo-manual
	Promover a capacidade criativa e de expressão corporal	Expressar-se livre e espontaneamente
Aceder à representação simbólica facilitando o acesso a conteúdos não verbalizados		
<b>Cognitivo</b>	Promover a memória	Estimular a memória a curto e longo prazo
	Promover a atenção/concentração	Aumentar o tempo de concentração na tarefa
		Discriminar e seleccionar estímulos relevantes e não relevantes
<b>Socioemocional</b>	Promover a Competências Sociais	Desenvolver a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro
		Aumentar a tolerância à frustração
		Aumentar a capacidade de aceitar a opinião dos outros
		Aumentar a autonomia na realização das tarefas
	Promover a regulação emocional	Promover a compreensão das suas próprias emoções no seu corpo
		Estimular a exposição de angústias internas
		Promover a identificação e regulação emocional
	Promover a identidade e autoestima	Aumentar a capacidade de tomada de decisões
		Promover a persistência e motivação nas atividades
		Estimular a consciência das suas capacidades
		Aumentar a autoestima e autoconfiança

### Fundamentação da Intervenção

Considerando as avaliações realizadas bem como considerando o perfil psicomotor da Maria, será exposta a fundamentação da intervenção, isto é, a descrição e justificação da intervenção que será feita junto da criança atendendo às suas características específicas, assim como as Diretrizes da respetiva intervenção.

Como em qualquer intervenção psicomotora e particularmente no caso da Maria, uma menina bastante ansiosa, primeiramente foi importante estabelecer uma boa relação terapêutica para que esta se sentisse mais confiante ao longo das sessões. Segundo Costa (2008) é essencial que haja uma boa relação entre a terapeuta e a criança pois tem de existir empatia, afetividade, simpatia, confiança, compreensão entre os dois e por fim, cumplicidade de ambas as partes, para que seja possível uma intervenção o mais eficaz possível. A intervenção deverá procurar oferecer o sentimento de segurança e confiança, no sentido da maior autonomia da criança, promovendo a coragem e a sua capacidade para enfrentar as dificuldades, através da utilização do feedback positivo, como forma de incentivo (Costa, 2008). É assim possível afirmar que uma das diretrizes cruciais da intervenção com a Maria passará por proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação empática. Tendo em conta que a Maria é uma menina

Relativamente à abordagem de intervenção a realizar com a Maria, esta terá como base o foco da psicomotricidade relacional, assentando na qualidade de relação que se estabelece com a criança, isto porque é a partir do contacto corpo a corpo e das experiências corporalmente vividas, onde se estabelecem registos emocionais, motores, rítmicos e posturais, que irá permitir dar início à organização da identidade da criança, isto é, a imagem corporal, o conhecimento de si próprio e das suas competências. Na Psicomotricidade, numa abordagem mais de cariz relacional considera-se o sujeito na sua totalidade, onde se proporciona um espaço onde, neste caso a criança, poderá expressar os seus desejos, sentimentos, medos, fantasias e ambivalências na relação consigo próprio, com o outro e com o meio envolvente, potencializando assim uma ação reparadora, de desenvolvimento global, aprendizagem e equilíbrio, facilitando as suas relações afetivas e sociais (Costa, 2008), o que no caso da Maria é muito importante, devido não só à sua pouca autonomia e autoconfiança, assim como para a promoção da sua identidade e consciencialização das suas capacidades. Por fim, é ainda através da Psicomotricidade Relacional que é possível compreender a qualidade da relação estabelecida entre mãe e bebé, e quando necessário, dar lugar à regressão para uma posterior reparação e progressão (Costa, 2008), o que no caso da Maria se revela um ponto muito importante de compreender, devido à grande dependência que a Maria apresenta em relação à sua mãe e conseqüente ansiedade da separação que acabam por comprometer o seu desenvolvimento e aprendizagem.

Quanto às sessões de psicomotricidade, o seu principal objetivo irá focar-se no despertar do interesse, da motivação, da participação e na promoção da autoestima da criança, pois sem motivação não é possível existir uma boa aprendizagem (Melo &

Barreiros, 2013) o que no caso da Maria se torna imprescindível devido à sua pouca experiência psicomotora que acabam por criar na Maria muitos medos e receios em falhar e assim pouca motivação e autoconfiança para tentar fazer as atividades. Inicialmente, optar-se-á por uma componente mais lúdica das sessões, e na realização de atividades que sejam do interesse da Maria, como desenhos, e onde as suas capacidades sejam valorizadas e superadas, procurando assim demonstrar a sua eficácia nas ações e reforçando conseqüentemente a sua autoestima. Relativamente a este assunto, Llinares e Rodríguez (2003), afirmam que nas sessões de psicomotricidade a criança deve ter a oportunidade de se expressar tal como é, devendo sentir-se reconhecida pelo adulto, sem qualquer juízo de valor por parte do terapeuta, assim como pelo reconhecimento através do olhar atento, da voz e da atitude corporal do terapeuta que deverá proporcionar à criança uma imagem positiva de si. Com o passar das sessões, espera-se que seja adquirida uma maior segurança por parte da Maria, pelo que progressivamente, se irá sugerir mais iniciativa por parte da Maria, através da sugestão de várias atividades, através do recurso a diferentes objetos. Com esta atitude de procura de uma maior capacidade de iniciativa, promovesse a autonomia e segurança da criança (Llinares & Rodríguez, 2003). Alguns autores associam a reduzida capacidade de iniciativa a dificuldades ao nível da criatividade, associadas a sentimentos de incapacidade. Posto isto, o terapeuta deve procurar criar situações criativas e com diferentes contextos lúdicos no sentido do êxito da criança. Serão assim criadas inúmeras atividades com diferentes contextos, desde danças, expressão plástica, atividades motoras, entre outros, no sentido de incrementar a criatividade da Maria, e conseqüentemente, promovendo a sua autoestima (Emk, 2004).

Quanto ao planeamento das sessões, será uma intervenção semiestruturada, onde em cada sessão existirão atividades escolhidas pela terapeuta e atividades escolhidas pela Maria. Procurar-se-á assim com esta metodologia trabalhar não só as áreas de maior dificuldade da Maria, como também as áreas mais fortes, pois segundo Fonseca (2010), no plano terapêutico deveremos ter em consideração as áreas fortes e áreas a melhorar da criança, assim como ter em consideração as potencialidades e interesses da mesma, para ser assim possível manter a criança motivada e interessada a aprender, o que no caso da Maria é importante pois irá assim procurar-se um aumento dos tempos de interesse da criança nas atividades. Também através desta metodologia da sessão, irá procurar-se aumentar os períodos de atenção, consciencializar as ações através do planeamento e ainda a sua participação na gestão da sessão, que no caso da Maria se torna essencial de forma a trabalhar não só a sua autonomia e poder de argumentação, como também proporcionar uma maior autoestima e autoconfiança sobre as suas capacidades (Costa, 2008).

As sessões contarão sempre com dois momentos dirigidos, o ritual de entrada e o ritual de saída como forma de criar rotina e estabelecer regras. No que diz respeito ao ritual de entrada, tanto a Maria como a terapeuta terão de descalçar os sapatos, sendo posteriormente, pedido tanto à Maria como à terapeuta que falem um pouco sobre a semana que passou e ainda que seja lembrada a sessão passada. Quanto ao ritual de saída, este momento poderá ser realizado através do uso da palavra ou através de desenhos (dado que é uma das áreas fortes da Maria), sendo que se for através da realização de desenhos será de seguida pedido à Maria que explique o seu desenho, isto porque a comunicação deve ser um dos fatores predominantes no decorrer da intervenção, pois é através da comunicação que vai ser estabelecido o diálogo corporal e a proximidade na relação terapêutica, bem como potenciará a organização do pensamento e a expressão das emoções, que são dois fatores a serem trabalhados com a Maria (Maximiano, 2004).

Existirá ainda sempre um outro momento em comum em todas as sessões, nomeadamente o retorno à calma, onde, neste momento é proposto à criança que escolha um espaço na sala para descansar um pouco, permitindo o restabelecimento dos níveis normais de atividade. Nesta fase podem ser utilizadas como recurso técnicas de relaxação terapêutica e o toque terapêutico com ou sem recurso a mediadores (como bolas e tecidos). Inicialmente será utilizado o toque terapêutico, através de um mediador, uma vez que a Maria se mostra bastante tensa e pouco à vontade com o toque, e progressivamente será utilizado o toque terapêutico sem qualquer mediador. Será então assim utilizada a Relaxação Ativa-Passiva, pois segundo Guiose (2007), este tipo de relaxação permite reduzir a contração muscular e atingir um estado de repouso e de calma reparadora. A relaxação ativa-passiva é indicada nos casos de grande ansiedade patológica, pois elimina as tensões intracorporais que surgem no decorrer da sessão, assim como as tensões extracorporais causadas pelo quotidiano, uma vez que este método desperta um reviver de cariz maternal, o que na situação da Maria parece ser o mais indicado devido aos grandes níveis de ansiedade que foram avaliados através do questionário Scared-R (Giose, 2007).

Através da relaxação terapêutica e do toque terapêutico procurar-se-á assim estabelecer um diálogo tónico-emocional que será imprescindível ao longo de toda a intervenção com a Maria, sendo uma das principais diretrizes desta intervenção. Esta metodologia onde se destaca a importância do diálogo tónico-emocional valoriza portanto, as componentes relacionais e psicoafectivas da criança. Através das vivências psíquicas onde as conotações afetivas de prazer e desprazer das diversas experiências psicomotoras da criança irão possibilitar que a criança inscreva essas noções na sua organização mental, de uma forma inconsciente e muito antes de poder racionalizá-las

(Lapierre & Aucouturier 1984, cit. In Martins, 2001). O diálogo tónico-emocional na prática psicomotora é um elemento fundamental na intervenção assim como no processo de reestruturação das etapas fundamentais do desenvolvimento psíquico. Também segundo Martins (2001), na intervenção psicomotora onde existe uma maior valorização relacional e psicoafectiva, é onde é permitido um maior trabalho ao nível da gestão da problemática da afirmação da identidade, partindo da reorganização dos processos de fusionalidade e distanciamento. Este tipo de prática, através do diálogo tónico-emocional visa possibilitar ainda um reviver da relação mãe-bebé, estabelecida através do contacto pele a pele, pelo calor que unifica e proporciona prazer, pelo frio que reenvia o bebé para o sentimento de desprazer, pela postura envolvente que acalma ou angustia, pelas mímicas, pelos sorrisos e pela voz.

Posto isto, torna-se primeiramente importante realizar junto com a Maria, um trabalho ao nível do seu corpo e das emoções que o seu corpo lhe transmite, para posteriormente se trabalharem questões mais instrumentais como a atenção ou a memória. Sassano (2006) diz-nos que a intervenção deve favorecer a criação de um diálogo corporal e os objetivos a alcançar deverão implicar todo o sujeito, o seu corpo, na relação terapêutica, pelo que os objetivos instrumentais serão naturalmente alcançados de maneira secundária e assim o psicomotricista estabelecerá, manterá ou enriquecerá as relações do indivíduo consigo mesmo, com os outros e com o envolvimento. Também Boscaini e Saint-Cast (2010) parecem concordar com esta lógica de progressão de objetivos na intervenção psicomotora da Maria, pois segundo estes autores a intervenção psicomotora deve considerar a ligação entre o estado corporal e os fluxos emocionais, incluindo os problemas psicmotores como perturbações do equilíbrio psicocorporal, que exprimem um sofrimento psíquico e não apenas tratando-se de um problema neurológico. Emck (2004) afirma também, que perante crianças com ansiedade associadas a traumas, o que se verifica no caso da Maria, onde estas apresentam experiências corporais traumáticas e imagens corporais negativas, a intervenção tem de se focar no sentido de melhorar a imagem corporal e as emoções que advêm da sua relação com o seu corpo. Quer as perturbações psicomotoras, quer as dificuldades motoras, cognitivas ou verbais, podem então ser compreendidas como a expressão de um problema de vínculo primário e, portanto, emocional. Posto isto, o corpo relacional é considerado um elemento psicomotor, uma vez que não se pode conceber uma intervenção onde o papel da emoção não seja tido em conta.

Como já mencionado, numa fase inicial optar-se-á pela relaxação psicomotora mediada através de objetos (bolas, lenços...), isto porque para além de ter uma função transitiva, é menos invasiva, mais securizante e reguladora das tensões de ansiedade

e expectantes das primeiras sessões da intervenção, o que no caso da Maria será indicado uma vez que ela demonstrou não reagir muito bem ao toque, demonstrando algum desconforto perante o mesmo. Emk (2004) diz-nos que em situações de ansiedade associada a experiências corporais traumáticas, deve cumprir-se a distância imposta pela criança, onde a terapeuta deverá utilizar mediadores corporais, com a finalidade de reduzir essa mesma distância, e ao mesmo tempo, promover uma maior segurança e confiança no terapeuta.

Já numa fase mais avançada da intervenção, será introduzida aos poucos a Relaxação Ativa Passiva, e esta permitirá um reviver regressivo da relação arcaica mãe-criança, ao permitir experienciar as diversas etapas do holding e da identificação sensório-motora que como vimos nas hipóteses explicativa anteriormente apresentadas, poderá ter existido um comprometimento a este nível. A relaxação permitirá ainda a realização de uma “viagem” pelo mundo tónico, quinestésico e emocional, onde será permitido a libertação de afetos, representações e assim a possibilidade de reintegração no plano psíquico. Procurar-se-á assim estabelecer uma ponte entre o que é sentido e vivido durante a relaxação, no plano não-verbal e de base tónico-emocional, assim como a sua interiorização pela atribuição de um significado, através do uso da palavra (Martins, 2001). Já para Bergés e Bounes (cit. In Martins 2001), a relaxação permitirá ainda a reorganização da função do envelope da pele, como fronteira entre o Eu e Não-Eu, ou seja, a sua identidade, e segundo Anzieu, permitirá uma reelaboração da imagem corporal e esquema corporal ao mesmo tempo que modifica a realidade subjetiva, abstrata e difusa ligada à imagem e representação que temos do nosso mundo interno, que é formada a partir do olhar do outro e daquilo que esse outro nos faz sentir (Anzieu, 1985, cit. in Martins, 2001).

### **Estratégias Específicas da Intervenção**

As estratégias de intervenção foram elaboradas tendo em conta as características específicas do presente caso. Deste modo devem ser utilizadas as seguintes estratégias: terapeuta enquanto modelo social para a criança; proporcionar um ambiente securizante e atmosfera permissiva através do estabelecimento de uma relação empática; intervenção inicial baseada nas áreas fortes com progressão às áreas menos fortes, com recurso à pedagogia do sucesso, privilegiando um clima de aceitação; reforçar os comportamentos assertivos e autónomos, através da utilização do reforço positivo, assim como a persistência e motivação; estipular etapas da sessão e as atividades a realizar na fase inicial da sessão, promovendo a rotina, assim como proporcionar um sentimento de segurança à criança; potenciar a contenção através do

toque e do lúdico; Demonstrar as atividades a realizar; participar juntamente com a criança nas atividades, promovendo uma maior interação entre terapeuta-paciente; introduzir um momento na sessão em que é a criança possa escolher o que quer fazer de modo a que a mesma fique mais interessada e motivada; e favorecer e incentivar a participação durante as atividades, proporcionando consciencialização das emoções vivenciadas e próprias competências.

### **Exemplos de Atividades**

Com o propósito de alcançar os objetivos terapêuticos delineados, irão ser realizadas, ao longo das sessões, as seguintes atividades.

- Exemplo de uma atividade com o intuito de melhorar a relação entre a terapeuta e a Maria, assim como desenvolver as competências sociais: nas primeiras sessões irão ser realizadas atividades que incluam o desenho conjunto, pois é uma área forte e de preferência da Maria. Ainda serão realizadas atividades como o jogo da forca, onde a Maria tem que fazer um desenho sobre uma característica sua e a terapeuta tem que adivinhar, trocando de seguida, promovendo assim um clima de empatia e aceitação.
- Exemplo de uma atividade de estimulação do equilíbrio dinâmico e estático, da coordenação óculo-manual e óculo-pedal, observação do espaço envolvente, a compreensão do discurso do terapeuta, capacidade de argumentação, capacidade criativa, entre outros: criação de um percurso por parte da Maria, utilizando os vários objetos dispostos na sessão atribuindo-lhes uma função, criando várias etapas e potencializando todas as áreas do domínio psicomotor.
- Exemplo de uma atividade que permitirá um trabalho ao nível da passividade, capacidade de abandono muscular e da regulação tónica, a noção do corpo, consciencialização corporal e da mente, a libertação de tensões musculares, entre outros: introdução da relaxação, sendo que a Maria tem de ficar deitada num colchão e sentir um objeto a passar pelo seu corpo, desde bolas com diferentes texturas, uma manta, entre outros.
- Exemplo de uma atividade que permitirá trabalhar as questões da atenção e memória: na sala encontram-se vários materiais dispostos onde a Maria terá um minuto para observar todos os materiais e a forma como estão dispostos. Posto isto, terá de vendar os olhos e a terapeuta trocará 3 materiais de lugar, que posteriormente a Maria terá de saber identificar. De seguida, serão trocados os papéis.

### **Calendarização da Intervenção**

A intervenção terapêutica com a Maria iniciar-se-á no dia 5 de dezembro e terminará no 26 de junho, tendo uma duração total prevista de 25 sessões. A calendarização da respetiva intervenção encontra-se apresentada em anexo (anexo 11).

### **Progressão Terapêutica**

Relativamente à intervenção com a Maria foram realizadas 18 sessões durante as quais se realizaram as avaliações informais e formais, em dois momentos distintos inicial e final. As sessões de psicomotricidade adquiriram periodicidade semanal e carácter individual, mantendo a Maria o acompanhamento em consultas de Psicologia. As sessões individuais, como neste caso, justificam-se, perante uma grande necessidade de descoberta de sensações, assim como de si própria, na procura da sua individualização (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001).

Após realizada a entrevista à mãe da Maria, as avaliações iniciais e a observação, foi possível verificar quais eram as áreas mais problemáticas para a Maria, nomeadamente as questões da tonicidade, noção do corpo, identidade, autoestima, coordenação motora, equilíbrio, atenção e a regulação das suas emoções derivado aos seus grandes níveis de ansiedade que acabam por prejudicar o seu quotidiano.

Numa fase inicial a postura da Maria era reservada, procurando delimitar um espaço entre si e a terapeuta, o que se traduzia pela sua hipertonicidade, pelas reações tónico emocionais (sorrisos), pelo reduzido contacto ocular, assim como pelo seu discurso tímido e reservado, transparecendo o seu lado mais ansioso e de inibição. Posto isto, nas primeiras sessões, destinadas à observação, a terapeuta procurou dar o espaço necessário à Maria para que esta se sentisse confortável e em segurança, para posteriormente aos poucos, se conseguisse dar a conhecer.

Perante as dificuldades apresentadas, tornou-se essencial realizar em todas as sessões um momento de relaxação terapêutica, na procura de trabalhar questões como a tonicidade, noção do corpo, regulação das emoções e ainda a identidade. Numa fase inicial, o momento de relaxação foi realizado com recurso a um mediador corporal, nomeadamente mantas, bolas, bastões, entre outros, para não criar uma invasão do seu espaço, isto porque realmente a Maria apresentava pouca receptividade ao toque, mostrando-se desconfortável e completamente hipertónica e em estado de alerta. Com o passar das sessões, verificou-se uma grande evolução em relação à sua reação ao toque, assim como à consciencialização dos estados tónicos e descontração neuromuscular, uma vez que inicialmente a Maria era incapaz de estar relaxada, onde



o riso acompanhava cada toque da terapeuta e onde existia uma grande resistência em fechar os olhos, encontrando-se em grande estado de alerta e necessidade de controle do espaço envolvente.

Por sua vez, nas últimas sessões já era capaz de libertar as tensões do corpo aquando do pedido da terapeuta, sendo que numa fase mais avançada da intervenção, a relaxação já era utilizada através do toque direto. Neste sentido, foi possível estabelecer de forma gradual um diálogo tónico-emocional, com um menor recurso a objetos mediadores. Este processo foi demorado e trabalhoso, e apesar de a Maria ter conseguido começar a relaxar, era importante que existissem mais sessões para que esta competência fosse totalmente adquirida, para que no dia-a-dia a Maria fosse capaz de regular os seus estados tónicos associados aos seus estados emocionais. Ainda assim, a relação terapêutica foi o ponto-chave para o sucesso da intervenção, pois na relaxação, a confiança que o paciente adquire em relação à terapeuta torna-se imprescindível, e sem a qual dificilmente a Maria conseguiria relaxar ou partilhar com a terapeuta o que ia sentindo, ou seja, atingir os objetivos inicialmente propostos.

Ao longo das sessões, percebeu-se a existência de uma grande insegurança e uma baixa autoestima perante a realização de atividades que fossem sendo propostas pela terapeuta, uma vez que a Maria dizia sempre não saber o que fazer. A terapeuta optou assim, por numa fase inicial, estruturar as sessões previamente, tendo em conta as preferências e as áreas de maior facilidade da Maria, nomeadamente o desenho, ou a dança, e progressivamente incluir atividades que colocassem as dificuldades da Maria mais evidentes, como os percursos, que exigiam equilíbrio, coordenação, ou atividades que exigissem uma maior capacidade atencional. Posto isto, e alternando sempre atividades do agrado da Maria e atividades menos apreciadas por ela, foi sendo notório uma maior sentimento de segurança e iniciativa por parte da Maria, assim como uma maior autoestima, expressas pela vontade que a Maria apresentava em tentar melhorar nas atividades de maior dificuldade e não apresentar comportamentos de desistência por receio de falhar, que ao longo das sessões foi sempre sendo combatido pela atitude de aceitação e pelo feedback positivo por parte da terapeuta.

Paralelamente, e indo contra às melhorias ao nível da autoestima e vontade no sentido de melhorar nas suas dificuldades, ao longo da intervenção foi notório um aumento dos comportamentos de onipotência da Maria, ou seja, inicialmente, e apesar de mais reservada e receosa, a Maria aceitava sempre todas as atividades propostas pela terapeuta. Com o passar das sessões, a Maria começou a apresentar comportamentos de resistência em realizar as atividades, sendo elas da sua preferência ou não, dizendo que tinha coisas mais importantes para fazer em casa, ou dizendo “nunca mais são horas de ir para casa” (sic), o que por sua vez, se traduzia numa menor

disponibilidade para a realização das sessões, o que pode ter influenciado os resultados da mesma. Este comportamento por parte da Maria poderá ser explicado pelo sentimento de maior à vontade, confiança, de maior segurança e menor receio em se mostrar, que foi sendo adquirindo ao longo das sessões. Por um lado, foi positivo esta melhoria ao nível do sentimento de confiança que a Maria adquiriu ao longo da intervenção, pois permitiu melhorias na postura da Maria ao nível da relaxação, ou mesmo ao nível das atividades mais lúdicas que a confrontassem nas suas maiores dificuldades, por outro lado, acabou por se apresentar como uma dificuldade na forma como a Maria ia aceitando e se mostrava disponível no decorrer da intervenção.

Foi ainda notória uma maior desinibição por parte da Maria, um menor sentimento de receio em falar e por isso, uma maior autoestima e uma maior capacidade de ultrapassar as dificuldades por parte da Maria, que se foram traduzindo em melhorias ao nível da sua coordenação, equilíbrio, consciencialização corporal, regulação tónica, atenção, e ainda ao nível da consciencialização das suas capacidades, e consequentemente, na sua autonomia.

### **Avaliação Inicial vs. Avaliação Final**

Para efetuar a avaliação final da Maria, foram realizadas as mesmas avaliações de cariz informal e formal, inicialmente aplicadas, com exceção do teste DAP. De seguida são apresentados os resultados finais da avaliação, bem como a sua comparação com a avaliação inicial realizada.

### **Avaliação Informal - Grelha de Observação (Duarte et al., 2015; Costa, 2008)**

Apesar dos resultados das avaliações formais a seguir apresentados não evidenciarem grandes melhorias ao nível dos objetivos inicialmente propostos, no decorrer de toda a observação foram várias as melhorias visíveis ao nível do comportamento da Maria.

Relativamente à postura da Maria, se inicialmente se mostrava bastante tensa e reservada perante a presença da terapeuta, que se traduzia pelo seu estado de hipertonia, ao longo das sessões a Maria foi mostrando ser uma menina muito mais descontraída, procurando o contacto com a terapeuta, direcionado o seu olhar de forma intencional e evidenciando menos o seu estado de ansiedade e mais o seu lado espontâneo.

Relativamente ao aspeto da atenção que foi sendo trabalhado ao longo das sessões, a Maria foi evidenciando uma maior capacidade em manter a atenção nas tarefas, distraíndo-se com menos facilidade, melhoria essa que a mãe também

mencionou quando a Maria tinha de realizar os trabalhos de casa, mostrando-se mais focada e concentrada. No que diz respeito às questões da memória, também ao longo das sessões foram sendo visíveis a sua maior capacidade em reter e memorizar acontecimentos da sessão passada ou da sua semana.

Quanto ao interesse perante os materiais, assim como a sua participação nas tarefas, a Maria foi ao longo das sessões demonstrando uma maior capacidade de expressar as suas preferências e criando ela própria algumas atividades, e por isso a sua adesão às atividades propostas na sessão foi sendo cada vez maior, assim como a sua motivação para as realizar. Ainda assim, é notório que a Maria continua a esforçar-se mais nas atividades do seu interesse, como desenhar, ainda assim, atualmente demonstra uma maior persistência em atividades que não a motivem tanto, procurando melhorar nas atividades mesmo que tenha alguma dificuldades, lidando melhor com a frustração, e por isso não adotando com tanta frequência comportamentos de desistência por medo ou ansiedade, como inicialmente se verificava. Isto denota que a Maria apresentou uma ligeira melhoria ao nível da sua autoestima, contudo ainda necessita de alguma ajuda e motivação no decorrer das atividades.

Relativamente ao gesto espontâneo, a qualidade do seu gesto é atualmente mais adequada, o que se reflete numa maior coordenação motora e numa maior capacidade de planear a atividade motora. Quanto à regulação do esforço, a Maria atinge atualmente os seus objetivos com um menor esforço. Relativamente às dimensões psicomotoras, a Maria apresenta uma maior coordenação dos movimentos, tanto a nível óculo-manual como óculo-pedal ou óculo-segmentar. Também ao nível do equilíbrio, a Maria apresenta agora menos dificuldades, assim como a sua orientação no espaço se apresenta mais organizada. Ao nível da noção do esquema corporal, apresenta uma maior maturidade, e consciência dos seus limites e capacidades.

Ao nível da comunicação verbal, a Maria apresenta ainda um discurso um pouco imaturo para a sua idade, por outro lado, ao nível da comunicação não-verbal, o sorriso da Maria é agora um sorriso mais concordante com a emoção, demonstrando-se menos ansiosa e nervosa perante algumas situações.

### **Avaliação Formal**

No que diz respeito à comparação inicial e final da componente da atenção avaliada pelo d2, e como é possível verificar pelas tabelas apresentadas em anexo (anexo 12), verificaram-se valores mais baixos relativamente às pontuações obtidas e respetivos percentis, e por isso, um desempenho mais negativo. A Maria continua a evidenciar uma atenção/concentração reduzida, abaixo do que seria de esperar para a

sua idade, apresentado uma percentagem de erros elevada e um Total de Eficácia baixo, o que denota dificuldades em controlar a sua atenção e a inibição em relação aos estímulos irrelevantes. É ainda importante mencionar que os resultados inferiores, ainda que nada de discrepantes, em relação avaliação inicial, poderão ser explicados devido ao facto de que a Maria ao longo das sessões foi evidenciando cada vez mais o seu lado onnipotente perante as propostas da sessão. No decorrer da realização do presente teste, a sua postura não foi muito cooperante, pelo que a Maria se encontrava menos disponível e por isso menos concentrada durante a prova, o que poderá explicar os resultados mais baixos.

Relativamente ao segundo teste aplicado, o Questionário Scared-R, os resultados obtidos pela Maria nos dois momentos de avaliação realizados, inicial e final, assim como a comparação com as médias e desvio-padrão apresentadas nas tabelas normativas segundo Dias e colaboradores (2017), apresentam-se em anexo (anexo 13).

Através dos resultados obtidos é possível verificar que em comparação à avaliação inicial, em praticamente todos os tipos de Perturbações da Ansiedade avaliados pelo presente questionário, os valores apresentam-se mais baixos no momento final de avaliação, traduzindo uma melhoria e por isso, indicadores de sintomas de ansiedade menos significativos. De entre os vários parâmetros, segundo as respostas dadas pela mãe da Maria no preenchimento do questionário, a Maria atualmente apresenta valores menos significativos relativamente à Perturbação do Pânico, à Perturbação Obsessivo-Compulsiva e na Fobia de Sangue/Injeções ou Ferimentos. Segundo a mãe e a Maria atualmente a Maria já reage melhor quando tem de ir ao médico ou ao dentista, ou mesmo que tenha de ir levar uma injeção. Relativamente às melhorias no fator Perturbação Obsessivo-Compulsiva, a Maria atualmente já não tem tantos pensamentos sobre a possibilidade de vir a apanhar uma doença e atualmente já não tem tantos sonhos sobre algo mau que já lhe aconteceu no passado, assim como, já não tem tantas dúvidas sobre se fez a coisa certa. Ainda segundo a mãe, a Maria atualmente já aceita ficar só com o pai em casa ou com os avós sem se mostrar ansiosa que a mãe esteja longe de si e apresenta ainda melhorias no que diz respeito a ter medo do escuro ou de estar em sítios fechados, lidando melhor perante essas situações. Segundo a Maria, atualmente as pessoas já não lhe dizem com tanta frequência que parece nervosa, nem se preocupa tanto com o futuro. A Maria reconhece que atualmente já não tem tanto medo de dormir fora de casa e nem se preocupa tanto se tiver de dormir sozinha. Ir à escola já não a preocupa tanto e que apesar de ainda não gostar de estar longe da família, isso não a preocupa tanto como antes. Já no parâmetro da Fobia Social, a Maria atualmente lida melhor perante pessoas desconhecidas, não se sentindo tão desconfortável. Relativamente à Fobia Animal,

segundo a Maria, atualmente ela já não tem tanto medo de animais que as outras crianças não tenham. Por fim, no parâmetro de Perturbação de Stress Pós-Traumático a única diferença que foi notória nas respostas da Maria em comparação com a avaliação inicial, prendeu-se com a frequência com que a Maria fica com medo quando pensa em algo mau que já lhe aconteceu, que atualmente se verifica com menos frequência. Ainda assim, e utilizando as médias e desvio padrão das tabelas normativas anteriormente referenciadas, conclui-se que a Maria continua a apresentar resultados significativos de comportamentos de ansiedade em todos os fatores, encontrando-se todos eles acima da média para a sua idade.

No que diz respeito ao terceiro instrumento aplicado, o subfactor Tonicidade da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, verificaram-se algumas melhorias ao nível da hipertonicidade e na capacidade de aceder à passividade. Comparativamente às avaliações inicialmente realizadas, e apesar de a Maria apresentar ainda um perfil Hipertónico, são visíveis as melhorias ao nível das tensões e da descontração voluntária dos músculos. Relativamente ao primeiro parâmetro avaliado, a extensibilidade, a Maria já realizou todas as provas com um maior grau de facilidade. Na prova do afastamento máximo de ambas as pernas, a Maria apresentou um maior grau de extensibilidade, assim como uma menor rigidez muscular aquando do momento de palpação, mostrando-se mais receptiva ao toque. Quanto à prova do quadricípite femural, a Maria obteve uma distância menor e por isso uma maior extensibilidade, assim como uma maior facilidade de descontração muscular. Já na prova dos extensores da coxa, que inicialmente não tinha conseguido realizar, a Maria conseguiu realizar a prova ainda que tenha tido algumas dificuldades. Já na avaliação dos membros superiores, verificaram-se distâncias menores entre os membros, tanto na distância entre os cotovelos, como nos flexores do antebraço e dos extensores do punho, o que se traduz em melhorias ao nível da tonicidade e descontração muscular.

No parâmetro da passividade, nos membros inferiores, a Maria já não apresentou movimentos de balanceio voluntário das pernas, apresentando uma maior capacidade de atingir a passividade muscular e ainda, quando foi feita a rotação da perna, a Maria já não apresentou movimentos de contração, de forma a contrariar o movimento realizado pela terapeuta. Já ao nível dos membros superiores, a Maria demonstrou uma grande melhoria ao nível da descontração dos mesmos, realizando os movimentos pendulares voluntários ou induzidos pela terapeuta quase na sua totalidade, o mesmo se verificou ao nível das mãos, onde a Maria apresentou um maior nível de abandono corporal.

No que diz respeito ao parâmetro da paratonia, e quando pedido que se deitasse no chão, a sua reação foi de cooperação e maior à vontade, não demonstrando a

hipertonia evidente nas avaliações iniciais, assim como o seu estado de alerta diminuiu, chegando mesmo a fechar os olhos voluntariamente. Ao nível dos membros inferiores, bem como superiores, a Maria deixou cair os membros no colchão, ainda que com algum receio e controlo dos movimentos, pois continua a demonstrar medo em que a terapeuta a aleije, ainda assim com um grau de rigidez muscular significativamente inferior em comparação com as avaliações iniciais. Aquando da observação das Diadococinésias, foi possível verificar uma maior facilidade por parte da Maria em compreender a prova e em realizar os movimentos de forma coordenada e rítmica, conseguindo realizar os movimentos de pronação e supinação de forma simultânea e alternada, e por isso uma maior coordenação.

Por fim, relativamente ao último teste de avaliação aplicado, o Teste de Proficiência Motora Bruninks - Oseretsky 2 (BOT-2), os resultados obtidos pela Maria nos dois momentos de avaliação realizados, inicial e final, encontram-se em anexo (anexo 14). A partir dos resultados obtidos, é possível concluir que a Maria obteve melhores resultados em quase todas as áreas avaliadas. Num total a Maria obteve 44 pontos, comparativamente aos 30 pontos inicialmente obtidos, contudo, o resultado final reflete-se num Standard score de 38, apresentando-se ainda abaixo da média, ainda assim no limite superior e por isso, mais perto da média. Relativamente às áreas da Precisão Motora Fina e Integração Motora Fina, a Maria voltou a não apresentar grandes dificuldades nas duas provas que tinha de realizar, apresentando por isso uma boa coordenação motora ao nível dos membros superiores em questões de motricidade fina. Já na Destreza Manual, a Maria continua a demonstrar algumas dificuldades, evidenciando ainda algum descontrolo ao nível dos membros superiores e falta de precisão. Na prova da Coordenação Bilateral, se inicialmente tinha tido dificuldade em realizar uma das provas, neste segundo momento de avaliação a Maria realizou os exercícios com facilidade obtendo a pontuação total. Na prova do Equilíbrio, a Maria voltou a apresentar melhorias, apresentando um menor descontrolo corporal e insegurança gravitacional, e por isso uma pontuação mais alta. Na prova seguinte, da Velocidade e Agilidade também a pontuação foi superior às avaliações iniciais, revelando a Maria uma maior capacidade de equilíbrio como era exigido nesta prova, ainda assim, a pontuação foi de 3 em 10 possíveis. Nas provas da Coordenação dos Membros Superiores, a Maria apresentou melhorias notórias, revelando uma maior coordenação e destreza ao nível dos membros superiores, sendo que a sua postura, como aliás durante toda a prova, foi sempre uma postura de tentar melhorar e de motivação, ao contrário da sua atitude nas avaliações inicialmente realizadas, onde o receio em falhar e pouco motivação tomaram conta da Maria. Por último na prova da

Força a Maria já conseguiu realizar a prova, embora que com alguma dificuldade e por isso uma pontuação baixa.

### **Discussão / Análise dos Resultados da Avaliação**

Através da análise dos resultados obtidos nas avaliações finais, pode concluir-se que existiram melhorias, e por isso os objetivos foram alcançados com sucesso, ao nível da tonicidade, da noção do corpo, da coordenação motora e equilíbrio, assim como na capacidade de regulação das suas emoções, nomeadamente, nos níveis de ansiedade apresentados pela Maria. Embora menos significativos, também ao nível da atenção, da autoestima, da autonomia e da tolerância à frustração se verificaram melhorias ao longo da intervenção.

Tanto na observação realizada ao longo das sessões, como nos resultados obtidos, foram algumas as diferenças que surgiram com a intervenção ao nível da tonicidade e da noção do corpo. Na verdade, estas melhorias ao nível da tonicidade e noção do corpo vão de encontro ao que Martins (2001) nos diz, ao afirmar que através das técnicas de relaxação é possível uma promoção ao nível da aquisição do conhecimento topográfico do corpo da função tónica e a autorregulação tónica e emocional, a partir de modificações tónicas locais, mudanças de posição, do toque do outro e a partir da nomeação de cada parte do corpo. A relaxação permite uma organização emocional na criança que é conseguida a partir de um balanço entre os ritmos biológicos (hipotonia,/hipertonía; calma/descargas motoras) e os ritmos de envolvimento (satisfação/carência; descontração/tensão), que tudo junto constrói o diálogo tónico-emocional da criança. Também a partir de atividades praxicas, como o jogo do espelho, a dança, ou o desenho do próprio corpo no papel de cenário, atividades realizadas com a Maria, contribuíram para uma nova génese da noção do corpo do indivíduo que começa a distinguir o eu do não-eu, o dentro do fora, ou seja, a definir a sua identidade, percebendo melhor o seu corpo, apropriando-se dele (Martins, 2001)

Também as questões relacionadas com a regulação dos estados emocionais, nomeadamente da ansiedade, eram um dos principais objetivos a trabalhar no decorrer da intervenção com a Maria. Como é possível verificar verificaram-se algumas melhorias neste objetivo terapêutico, nomeadamente ao nível das crises de ansiedade e medos que a Maria frequentemente mencionava. Estas diferenças podem ser justificadas pela aplicação da técnica de relaxação ativa-passiva, e vão de encontro à ideia de Maximiano (2004) de que através da relaxação é possível trabalhar a consciencialização do vivido, e por vezes, uma reorganização da memória tónica associada a experiências traumáticas, podendo reelaborar essas mesmas experiências traumáticas. Mais especificamente, a relaxação ativa-passiva é indicada para problemas tónico-

emocionais, perturbações psicossomáticas, como dores de barriga ou crises de angústia somatizada, tudo características presentes na Maria (Guiose, 2007).

Também ao longo das sessões com a Maria, foram realizadas várias atividades como percursos, jogos de coordenação, equilíbrio, com a finalidade de trabalhar as dificuldades existentes ao nível da coordenação motora e equilíbrio. Na verdade, e como se pode verificar pelos resultados das avaliações do Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oseretky -2, surgiram melhorias ao nível das suas capacidades motoras. Estas melhorias poderão ser explicadas, pelo momento de relaxação existente em todas as sessões com a Maria, uma vez que segundo Guillaud (2006), as técnicas de relaxação, para além dos benefícios a nível emocional e relacional, favorecem ainda o desenvolvimento das capacidades motoras, pois o agir e a expressão motora são realizadas com o corpo. Roeser & Peck (2009) dizem-nos ainda que através da relaxação a criança adquire uma consciencialização do seu esquema e imagem corporal, que por sua vez proporcionam um maior controlo dos seus gestos, explorando diferentes formas de mobilizar o seu corpo. Por outro lado, estas melhorias ao nível da coordenação motora poderão ser explicadas pelas várias atividades lúdicas, que permitiram uma promoção ao nível da consciência corporal e noção do corpo. Segundo Alves (2012), através de uma consciência corporal adequada, um esquema corporal bem organizado, o sujeito passa a adquirir uma maior consciência de si, das suas possibilidades, assim como da sua relação com o meio envolvente, o que por sua vez, promove um maior controlo ao nível do seu corpo, e por isso uma coordenação e equilíbrio mais desenvolvidos. Por fim, Ginsburg et al (2008) apoiam as atividades lúdicas e a brincadeira como promotoras da coordenação motora, ao afirmarem que é através do brincar e dos jogos que as crianças desenvolvem a sua criatividade, imaginação, destreza e força física, cognitiva e emocional.

Relativamente às dificuldades atencionais/ concentração e motivacionais, é possível verificar que de entre todos os objetivos a alcançar, foi o objetivo alcançado com menos sucesso. O facto de a Maria ao longo das sessões se ter mostrado cada vez menos disponível, evidenciando a sua onipotência, poderá ter contribuído para estes resultados na medida em que a sua atenção foi sendo cada vez mais reduzida, assim como a sua motivação, pela falta de interesse nas sessões, mas sim no que de exterior acontecia, logo, uma capacidade de aprendizagem inferior, que se traduz em resultados menos significativos. Ainda assim, surgiram ligeiras melhorias na capacidade de atenção e memorização, visíveis tanto ao longo das sessões, como em conversa com a mãe da Maria a nível escolar. No decorrer da intervenção foram realizadas várias atividades com vista a promoção da sua motivação, e da sua atenção/concentração, propondo atividades que fossem de encontro aos seus interesses e preferências.



Condessa (2009) explica as melhorias ao nível da atenção/ concentração, pelo carácter prazeroso e estimulante que o jogo possui nas crianças, promovendo assim o seu desenvolvimento cognitivo. Fonseca (2012) também nos demonstra que as atividades lúdicas conseguem promover as capacidades de atenção e concentração, através de situações de evocação, imitação de movimentos e alternância de ritmos, alguns dos momentos propostos nas sessões com a Maria. Estes resultados parecem sugerir que as melhorias ao nível da atenção concorrem a par e passo com o aumento da motivação da Maria, o que deverá ser tido em conta na escola e em casa.

Por fim, relativamente às questões relacionadas com a autonomia, isto é, o seu desenvolvimento, e neste caso, muito relacionado com a dependência materna, segundo as respostas da mãe ao questionário Scared-R, nomeadamente no parâmetro da Perturbação de Ansiedade da Separação, verificaram-se pequenas melhorias, sendo que este seria um aspeto importante de continuar a trabalhar numa futura intervenção com a Maria. A intervenção psicomotora, neste parâmetro, e apesar de as evoluções serem pequenas, segundo Madrona (2014), é através do jogo e da brincadeira, característicos da intervenção psicomotora, que as crianças se desenvolvem, estimulando os sentidos, aprendendo a usar o seu corpo, adquirindo o controlo sobre o mesmo, ao mesmo tempo compreendendo como o mundo funciona. É através das atividades lúdicas que se pode trabalhar as questões da autoestima, autodesenvolvimento, e desenvolver valores como a solidariedade, responsabilidade, disciplina, autoconfiança, alegria, entre outros elementos essenciais ao processo de individualização e autonomia da criança (Levin, 2005).

#### **Capítulo IV - Conclusão**

O presente relatório teve como principal objetivo reportar o trabalho realizado durante o estágio curricular desenvolvido no Hospital Garcia de Orta e a decorrente aplicação dos conhecimentos adquiridos durante o presente período.

Ao longo dos 9 meses de intervenção foram acompanhados 13 casos em sessões de grupo, em regime de co-terapia e 6 casos em sessões individuais, dois dos quais foram apresentados no presente relatório. Os dois casos, foram encaminhados para a consulta de psicomotricidade, o primeiro por sintomas de grande agitação psicomotora, dificuldades ao nível da atenção e comportamentos disruptivos e agressivos, e o segundo devido a uma grande imaturidade quer psicomotora, quer ao nível do discurso ainda, grandes níveis de ansiedade nas mais diversas situações que acabam por desencadear uma grande dependência materna. Sempre partindo de uma relação securizante e reparadora, com ambos os casos foram aplicadas técnicas de

mediação corporal (e.g., jogos sensoriomotores, jogos de regras, técnicas de relaxação, toque terapêutico) que resultaram numa melhoria de ambos os quadros clínicos.

Integrei uma grande equipa multidisciplinar que me recebeu de braços abertos, sempre pronta a ajudar, pois durante todo este percurso surgiram muitas dúvidas que me ajudaram a ser mais autónoma e confiante nas minhas ideias. Aprendi assim a trabalhar em equipa, a saber extrair todas as informações necessárias à minha intervenção e a pedir opiniões aos diferentes profissionais. Foi assim possível concluir e reforçar ainda mais a opinião de que o trabalho em equipa multidisciplinar se torna uma mais-valia ao nível da intervenção, pois foram vários os momentos em que me encontrei um pouco perdida, não compreendendo determinadas situações, e onde a ajuda e o conhecimentos dos outros profissionais ajudou a clarificar as minhas dúvidas, e conseqüentemente, a encaminhar a minha intervenção no caminho correto.

No que diz respeito às maiores limitações encontradas, prenderam-se com o pouco tempo de intervenção com alguns casos acompanhados, devido à pouca assiduidade. Também algumas dúvidas sobre a melhor forma de intervenção a utilizar de forma a atingir os objetivos a trabalhar surgiram ao longo do estágio, e aqui ressalto a importância que a supervisão clínica teve na orientação da intervenção a realizar, pois a troca de experiências torna-se bastante enriquecedora, assim como as diferentes perspetivas, no sentido de ajudar a compreender determinada situação.

Concluindo, é importante reconhecer a intervenção psicomotora como uma mais-valia no serviço de saúde mental infantojuvenil. É possível afirmar que nos casos acompanhados a psicomotricidade revelou-se fulcral para a intervenção, através da simbolização direta das ações que revelam fantasmas inconscientes de conflitos precoces não resolvidos (Batista, 2008). No geral, em todos os casos acompanhados, foi possível verificar evoluções positivas, mais ou menos acentuadas, tendo em conta todo o envolvimento e história de vida de cada caso.

Por fim, compreendi o verdadeiro significado de atitude psicomotora, a importância da relação terapêutica com a criança, isto é, a disponibilidade e aceitação por parte do terapeuta, assim como o observar a criança para além da sua patologia, mas sim identificar a sua essência. Também aprendi um pouco mais sobre o conceito de autenticidade, e o seu impacto no sucesso da intervenção, isto é, estar de corpo e alma nas sessões, para que assim seja possível demonstrar à criança que aquele espaço é seu, seguro e onde tem a possibilidade de se mostrar tal e qual é, com as suas potencialidade e fraquezas. Para que essa autenticidade seja alcançada, é necessário um conhecimento sobre nós próprios, não esquecendo que também nós temos inseguranças e fraquezas, que se tornam importantes de reconhecer, para num futuro, sermos melhores profissionais e assim termos maior sucesso nas nossas intervenções

## CAPÍTULO V. Referências Bibliográficas

- Aguilar, G., & Valle, B. E. D. (2005). Ludoterapia cognitivo-comportamental. Em V. E. Caballo, e M. A. Simon., Manual de Psicologia Clínica Infantil e do Adolescente - Transtornos Específicos (pp. 447- 460). São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Ahmad, S., & Warriner, E. (2001). Review of the NEPSY: A developmental neuropsychological assessment. *The Clinical Neuropsychologist*, 15:2, 240-249 Doi: 10.1076/clin.15.2.240.1894.
- Almeida, G. N. (2008). O Contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 11, 59-66.
- Almeida, A.C.P.C. & Shigunov, V. (2000). A atividade lúdica infantil e suas possibilidades. *Revista da Educação Física/UEM*, 11(1), 69-76
- Alves, F. (2012). *Psicomotricidade: Corpo, Ação e Emoção*. Rio de Janeiro: Wak Editora.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition - DSM-5*. Washington, DC, London, England: New School Library.
- Anderson, P., Anderson, V., & Lajoie, G. (1996). The Tower of London Test: Validation and standardization for pediatric populations. *Clinical Neuropsychologist*, 10(1), 54-65.
- Antony S, Ribeiro JP. A Criança hiperativa: uma visão da Abordagem Gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2004; 20 (2): 127-34.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (s/d). *Psicomotricidade: Práticas Profissionais*, Brochura Profissional.
- Aucouturier, B. (2004). *Los fantasmas de la accion y la practica psicomotriz*. Barcelona: Editorial Graó.
- Ballouard, C. (2008). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, (nº 28/29), pp. 17 -26 Doi: 10.3917/cont.028.0017.
- Barros, J. (2002). *Jogo Infantil e Hiperatividade*. Retirado de [www.ieps.org.br/trans.pdf](http://www.ieps.org.br/trans.pdf).
- Barros, P. M., & Hazin, I. (2013). Avaliação das funções executivas na infância: revisão dos conceitos e instrumentos. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 7-19.
- Batista, A. X., Adda, C. C., Miotto, E. C., Lúcia, M. C., & Scaff, M. (2007). Tower of London and Tower of Hanoi: distinct contributions to the assessment of executive functioning. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, pp. 134 - 139 Doi: 10.1590/S0047-20852007000200010.
- Batista, M. (2008). A comunicação e, psicomotricidade relacional: convergência entre emoção e motricidade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 105-110.
- Bee, H. (2003). *A Criança em Desenvolvimento* (9ªed.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Benson, H. & Klipper, M. (2000). *The relaxation response*. HarperCollins.
- Benson, H. & Proctor, W. (2010). *Relaxation revolution. Enhancing your personal health through the science and genetics of mind body healing*. Scribner.
- Boscaini, F. e Saint-Cast, A. (2010) L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. In *Enfances & Psy*, N° 49, pp. 78-88.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda: Apego*, Vol. 1 (2ª ed.). 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. E. (2006). *João dos Santos: aliança entre saúde mental e educação : um paradigma de conectividade centrado na criança*. Tese de Doutorado em História da Educação, Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, Doutorado em Educação.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28, 759-775.
- Brickenkamp, R. (2007). *d2 - Teste de Atenção*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Bruininks, R., & Bruininks, B. (2005). *Bruininks-Oseretsky test of motor proficiency* (2nd ed.). Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Claudon, P. (2001). Instabilité Psychomotrice Infantile et Pathologie du Lien. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 49 (3), 200-210.
- Condessa, I. C. (2009). (Re) aprender a brincar. Ponta delgada: Nova gráfica, Lda.
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança* (1ª Edição ed.). Trilhos Editora.
- Damásio, A. (2011). *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Deitz, J. C., Kartin, D., & Kopp, K. (2007). Review of the Bruininks- Oseretsky test of motor proficiency, (BOT-2). *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 27(4), 87-102.

- Dias, F. V., Campos, J. A., Mendes, R., Leal, I., & Marôco, J. (2017). The Factorial Structure of the SCARED-R in a Portuguese Community Sample. 6, pp. 3-15. doi:10.5964/pch.v6i1.183.
- Domínguez, M. d., Figares, C. F., Perales, F. J., Ciruela, A. M., Chanclón, C. M., Díaz, I. P., & Roldán, S. R. (2008). *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de trastornos graves de conducta*. Dirección General de Participación y Equidad en Educación. ISBN: 978-84-691-8124-9.
- Duarte, S., Frazão, A., Malheiro, S., Moreira, J., Martins, R., e Simões, C. (2015). Grelha de Observação do Comportamento.
- Elgar, F. J., Waschbusch, D.A., Mcgrath, P. J., Stewart, S. H., & Curtir, L. J. (2004). Mutual Influences on maternal depression and child adjustment problems. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 441-459. doi: 10.1016/j.cpr.2004.02.002.
- Emck, C. (2004). O funcionamento psicomotor em crianças com perturbações mentais. *A Psicomotricidade*, 67-76.
- Esquina, R., Figueiredo, I., Silva, P., Alves, M., & Pires, P. (2013). Reflexões sobre uma intervenção terapêutica de grupo para crianças com alterações do comportamento no contexto Área de Dia. *Revista Portuguesa De Pedopsiquiatria*, 2(35), 53-69;
- Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 19-28). Wak editora.
- Ferraz, M. R. P. (2005). A Terapia Comportamental Infantil em Grupo e sua Aplicação nos Transtornos de Aprendizagem. Em H. J. Guilhardi, *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a Variabilidade* (pp. 386-399). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Ferreira, C.A.M. (2008).: HEINSIUS, Ana Maria; BARROS, Darcymires do rego. *Psicomotricidade escolar*. Rio de Janeiro: wak.
- Field. T. (1995) Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A., & Gaspar, F. (2000). Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa.
- Flouri, E., Midouhas, E., Ruddy, A., & Moulton, V. (2017). The role of socio-economic disadvantage in the development of comorbid emotional and conduct problems in children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 723–732. doi:10.1007/s00787-017-0940-z.
- Fonseca, V. (2001). *Cognição e aprendizagem: Abordagem neuropsicológica e psicopedagógica*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos factores psicomotores*.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia psicomotora: Estudo de casos* (6.ª Edição). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. d. (2013). *A organização praxica e a dispraxia na criança* (1ª ed.). Âncora Editora.
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C. (2005). *Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo: Phorte.
- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2011). La Relation en Psychomotricité. Em P. Scialom, F. Giromini, & J. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 287-307). de boech solal.
- Gleason, M., & Zeanah, C. (2007). Reactive Attachment Disorder. Em A. Martin, & F. Volkmar, *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry* (4º Edition ed., pp. 711-719). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Glover, V. (2013). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, XXX, pp. 1-11.
- Godinho, M. (2007). *Controlo Motor e Aprendizagem: Fundamentos e Aplicações* (3ª ed.). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Goodman, R. (1997). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 3, 107-135.
- Golse, B. (2001) *Insistir – Existir. Do ser à pessoa*. Lisboa. Climepsi.
- Gregório CSB, Pinheiro ECT, Campos DEO, Alfaro EJ. (2002). Evolução neuromotora de um recém-nascido pré-termo e a correção com os fatores perinatais. *Fisiot Bras*;3(4):250-5.
- Guillaud, M. (2006). *Relaxar as crianças no Jardim-de-Infância: como descontrair com actividades simples e eficazes*. Porto Editora: Porto.

- Guiose, M. (2007). *Relaxations thérapeutiques*. Heures de France: 2<sup>o</sup> édition.
- Hospital Garcia de Orta. (2018). Consultado em 6 de Março de 2018. Disponível em [www.hgo.pt](http://www.hgo.pt)
- Kishimoto, T. (2000). *Jogos Infantis: o jogo, a criança e a educação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Korkman, M., Kemp, S. L., & Kirk, U. (2001). Developmental assessment of neuropsychological function with the aid of the NEPSY. In A. S. Kaufman, & N. L. Kaufman, *Specific learning disabilities and difficulties in children and adolescents: Psychological assessment and evaluation*. United Kingdom: Cambridge University. ISBN 0 521 65840 3 (pb).
- Krain, A.L., Ghaffari, M., Freeman, J., Garcia, A., Leonard, H., Pine, D.S. (2007). Anxiety Disorders. In A. Martin & F. R. Volkmar (Eds.), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (4a ed), (pp538-47). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Levin, E., & Gentile, P. (2005). O corpo ajuda o aluno a aprender. *Escola Nova*.
- Lièvre, B., & Staes, L. (2012). *La Psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescente et de l'adulte*. Bruxelles: de boeck.
- Lisot, J.A., & Cavalli, M. d. (Junho de 1995). O teste de Proficiência Motora de Bruininks Oseretsky: uma análise descritiva.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). *Psicomotricidad y Necesidades Educativas Especiales*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Llinares, M. L., & Rodriguez, J. S. (2008). Recursos Y Estrategias en Psicomotricidad. Ediciones Aljibe.
- Lopes, M. G. (2001). *Jogos na Educação: criar, fazer e jogar*. 4a ed. São Paulo: Cortez.
- Macedo, L, Pitty, A. L. S., & Passos, N. C. (2000). Aprender com jogos e situações-problema. Porto Alegre: Artmed.
- Madrona, P. G. (2014). Site Development and Teaching of Motor Skills in Early Childhood Education. *Journal of Arts & Humanities*, 3, 09–20.
- Mahler, M. (1989). Autismo e Simbiose: duas graves perturbações da identidade. In *Psicoses infantis e outros estudos* (3<sup>ed.</sup>) (pp.52-61). Porto Alegre: Artes Médicas.
- 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.
- Martins, R., Simões, C., Brandão, T., e Espadinha, C. (setembro de 2015). *Regulamento de Estágio: Unidade de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais*. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Matos, M. (2005). Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola. Em M. Matos, *Gestão de Conflitos e Saúde na Escola* (pp. 289-364). Lisboa: FMH Edições.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.
- Medina J, Rosa GKB, Marques I. (2006). Desenvolvimento da organização temporal de crianças com dificuldades de aprendizagem. *Rev Educ Fís/UEM*;17(1):107-16.
- Melo, F., & Barreiros, J. (2013). Comportamento motor, controlo e aprendizagem. (P. Passos, Ed.) Edições FMH.
- Muris, P., Mayer, B., Bartelds, E., Tierney, S., & Bogie, N. (2001). The Revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Treatment sensitivity in an early intervention trial childhood anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*. 40, 323-336
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: A Quantitative Scoring System* (Manual). San Antonio, San Diego, Orlando, New York, Chicago, Toronto: The Psychological Corporation, Harcourt Brace Jovanovich, INC.
- Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (1999). The revised version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED-R): Factor structure in normal children. *Personality and Individual Differences*, 26, 99-112.
- Oliveira-Souza, R., Ignácio, F. A., Cunha, F. C., Oliveira, D. G., & Moll, J. (2001). Contribuição a neuropsicologia do comportamento executivo. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 59, pp. 526 - 531 DOI: 10.1590/S0004-282X2001000400008.
- Paulino, M., e Godinho, J. (2005). Perturbações da ansiedade. In J. C. Cordeiro, *Manual de Psiquiatria Clínica* (3<sup>a</sup> ed., pp. 445-486). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Piaget, J. (1998). A psicologia da criança. Ed Rio de Janeiro: Bertrand Brasil Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 47-52.
- Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*. (3): 47-52.

- Rambod, M., Sharif, F., Pourali-Mohammadi, N., Pasyar, N. & Rafii, F. (2004). Evaluation of the effect of Benson's relaxation technique on pain and quality of life of haemodialysis patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 964-973. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.11.004.
- Raynaud, J., Danner, C., & Inigo, J. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 113-119. doi:10.1016/j.neurenf.2007.02.002.
- Robert-Ouvray S & Servant-Laval A. (2011). Le tonus et la tonicité. in Manuel d'enseignement de psychomotricité, Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J. M. (Ed), De Boeck-Solal, Paris.
- Rodrigues, A. (1997). "Gritos de Movimento": Contributos para o Estudo da Expressão Motora de Crianças Instáveis. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 14, 9-31
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8 (2), 49-58.
- Rodrigues, A. N., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, pp. 49-58.
- Roeser, R. W., & Peck, S. C. (2009). An Education in Awareness: Self, Motivation, and Self-Regulated Learning in Contemplative Perspective. *Educational Psychologist*, 44(2), 119–136. <http://doi.org/10.1080/00461520902832376>.
- Rosenbaum, E., & Morett, R. C. (2009). The Effect of Parents' Joint Work Schedules on Infants' Behavior Over the First Two Years of Life: Evidence from the ECLSB. *Matern Child Health J*, 13:732–744. doi:10.1007/s10995-009-0488-8.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salgueiro, E. (2002). *Crianças Irrequietas* (2ª Ed.), Lisboa: ISPA.
- Sánchez, L. R., & Buitrago, C.Z. (Eds.). (2008) *La Psicomotricidade en la Escuela* (1ªed.). Madrid: Cie Inversions Editoriales Dossat 2000, S.L.
- Santos, J. d. (2007). *Ensinar-me a Ler o Mundo à Minha Volta*. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Santos, P. J. & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 253-28.
- Sassano, M. (2006) De profesión Psicomotricista - La formación del Licenciado en Psicomotricidad en Argentina. In *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. Nº 24, pp. 53-78.
- Sazen. (2012). *Tower of London manual*. Sanzen.
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (2ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Steim, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., Counsell, N. (2012). Maternal Cognitions and Mother-Infant Interaction in Postnatal Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Journal Abnormal Psychology*, 121, 795-809. doi: 10.1038/a0026847
- Storms, G. (2003). *100 Jogos Musicais*. Porto: Edições Asa.
- Vecchiato, M. (2003). *A Terapia Psicomotora*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Veríssimo, M., Fernandes, C., Santos, A., Peceguina, I., Vaughn, B., Bost, K. (2010). A relação entre a qualidade da vinculação à mãe e o desenvolvimento da competência social em crianças de idade pré escolar. *Psicologia: Reflexão e crítica*, 24(2), 292-299.
- Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes*. Lisboa: Trilhos editora.
- Vygotsky, L. S. (1991) *A Formação Social da Mente* ( 4ª) São Paulo, Martins Fontes, edição, tradução: José Cipolla Neto e outros.
- Walker, C. S., & McKinney, C. (2015). Parental and emerging adult psychopathology: Moderated mediation by gender and affect toward parents. *Journal of Adolescence*, 44, 158-167.
- Wadhwa, R., Taira. K., Kaul SC. (2002). Mortalin: a potential candidate for biotechnology and biomedicine. *Histol Histopathol*. 17:1173-7.
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 167-180.
- Zhang, X. (2014). Family income, parental education and internalizing and externalizing psychopathology among 2–3-year-old Chinese children: The mediator effect of parent-child. *International Journal of Psychology*, 30-37. doi:10.1002/ijop.12013.

# Anexos

## **Anexo 1 – Descrição do Método de Relaxação Ativa-Passiva**

De entre as diversas técnicas de relaxação que podem ser utilizadas num programa de intervenção, no presente relatório é importante falar da relaxação ativo-passiva de Henri Wintrebert. Este método de relaxação, segundo Henri Wintrebert (1959 Guiose, 2007), tem a capacidade de eliminar as tensões intracorporais e extracorporais que surgem no quotidiano, procurando ensinar o indivíduo a resolver essas mesmas tensões. Este é um método que visa o contacto corporal, não existindo na maioria a linguagem verbal, o que proporciona uma vivência quase maternal.

A relaxação ativo-passiva é constituída por quatro etapas, onde a primeira etapa consiste em mobilizações passivas ao longo de todo o corpo, realizadas pelo terapeuta de forma lenta e monótona, procurando a regulação do tónus e a eliminação da resistência aos movimentos por parte do indivíduo. Já na segunda etapa, consiste na fase da imobilidade onde se realiza a palpação e a nomeação dos segmentos corporais anteriormente mobilizados, com a finalidade de proporcionar a vivência de sensações e a localização dos diferentes segmentos corporais. Quanto à terceira etapa, é a etapa da autonomia, onde o indivíduo terá de realizar por si mesmo as mobilizações realizadas na primeira etapa pelo terapeuta. Por fim, a quarta etapa, denominada de readaptação dos movimentos para a vida quotidiana, sugere que o indivíduo analise os movimentos realizados nas etapas anteriores e os consiga associar aos diversos movimentos e atitudes do seu dia-a-dia, relacionando os estados de relaxação (Guisse, 2007).

Este é um método de relaxação indicado para crianças com problemas psicomotores (instabilidade, tiques e problemas tónico-emocionais), perturbações neuropsiquiátricas (neuroses ou fobias), perturbações psicossomáticas (asma, alergias, crises de angústia somatizadas como dores abdominais, entre outros), perturbações neurológicas, fadiga, insónias, perturbações emocionais com sintomas associados (gaguez, inibição, instabilidade), entre outros quadros clínicos. Relativamente às suas contra indicações, em casos de neuroses graves do tipo histérico ou em indivíduos sujeitos à despersonalização esta técnica não é aconselhável (Guisse, 2007).



**Anexo 2 – Tabela de Observação Psicomotora (Costa, 2008; Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015)**

<b>Nome:</b>	<b>Idade:</b>
<b>Observador:</b>	<b>Data:</b>

<b>Apresentação</b>			
<b>Imagem/Vestuário</b>	Desinvestida		
	Investida		
	Cuidada		
	Descuidada		
<b>Forma de Apresentação</b>	Inibido		
	Desinibido		
	Ansioso		
	Calmo		
	Inconstante		
<b>Postura</b>	Adequada	Eutónico	

	Desadequada	Hipertónico	
		Hipotónico	
		Distónico	
<b>Desenvolvimento Estado-Ponderal</b>	S/ Alteração		
	Superior ao Escalão Etário		
	Inferior ao Escalão Etário		
<b>Contacto</b>	Adequado	Iterativo	
	Desadequado	Excessivo	
		Indiferenciado	
		Evitante	
<b>Postura Perante a Tarefa</b>	Ansioso		
	Cooperante		
	Distraído		
	Motivado		

	Ativo		
	Passivo		
	Criativo		
<b>Interesses da criança</b>	De acordo com os contextos fatuais lógicos	C/ atributo simbólico	
		S/ Atributo simbólico	
	Descontextualizados		
<b>Noção do Esquema corporal</b>	Adequada		
	Insuficiente		
	Muito Imatura		
<b>Participação na Tarefa</b>			
<b>Adesão</b>	Voluntária		
	Com estímulo		
	Concretiza até ao final		
	Não adere		

<b>Atenção</b>	Presta atenção à atividade significativa durante + de 15 minutos	
	Presta atenção as atividades que o motivam, entre 5 a 15 minutos	
	Presta atenção à atividade significativa – de 5 minutos	
	Não presta atenção, sendo necessário repetir as instruções	
<b>Impulsividade</b>	Não demonstra qualquer impulsividade	
	Inicia a atividade antes de ouvir as instruções	
	Não planeia a execução da tarefa	
<b>Persistência</b>	Esforça-se em todas as tarefas, não desiste	
	Esforça-se em algumas situações	
	Desmotiva-se e desiste	
<b>Tempo de participação na tarefa</b>	Participa + de 50 % do tempo	
	Participa 50 % do tempo	
	Participa – de 50 % do tempo	
<b>Ajustamento à tarefa</b>	Apresenta comportamentos adequados durante a tarefa	
	Apresenta comportamentos desadequados mas modera-os quando chamado à atenção	
	Ajusta-se apenas às situações para as quais esta motivado	
	Não se ajusta às tarefas, revela agressividade e apatia	
<b>Gesto espontâneo</b>		
<b>Qualidade do Gesto</b>	Adequada	

	Desadequada	Brusco		
		Impulsivo		
		Precipitado		
		Retraído		
		Inábil		
	Intenção do Movimento	Inexistente		
		Eficaz		
		Inoperante	Imatura	
			S/Planeamento	
	Resposta ao estímulo Motor	Adequada		
		Desadequada		
		Ausente		
	Regulação do Esforço	Adequada		
		Desadequada	Atinge o objetivo c/ muito esforço	

			Não atinge o Objetivo	
		Ausente		
	Lateralidade	Reconhecimento d-e	Reconhece	
			Não reconhece	
		Utilização de um lado dominante	Definido	
			Cruzado	
			Indefinido	
		Equilíbrio	Estático	Adequado
	Não adquirido			
	C/ oscilações			
	Dinâmico		Adequado	
			Descontrole corporal	
Dificuldade de Percepção				
Deslocamento no espaço	Orientação do espaço	Adequada		
		Imatura		

			Desorganizada	
			Ausente	
	Coordenação Motora Segmentar	Óculo-manual	Adequada	
			Imatura	
			Insuficiente	
			Ausente	
		Óculo-pedal	Adequada	
			Imatura	
			Insuficiente	
			Ausente	
		Óculo-segmentares	Adequada	
			Imatura	
			Insuficiente	
			Ausente	

<b>Iniciativa e Sugestão</b>	Toma iniciativa e dá sugestões			
	Toma iniciativa e dá sugestões mediante reforço			
	Não toma iniciativa nem dá sugestões			
<b>Atitude face à tarefa</b>	Motivação	Empenho e dá sugestões		
		Medo		
		Desistência		
	Adequação	Cumpre os Objetivos		
<b>Atividade espontânea</b>	Entreajuda	Tem		
		Não tem		
		Indiferente		
	Cooperação	Disponibilidade		
		Aceitação		
		Recusa		
	Observação	Sim		
Às vezes				



		Não	
	Competitividade	Competitivo (moderado)	
		Excessivamente competitivo	
		Não competitivo	
<b>Interação com os Materiais</b>	Concordante na relação	Assertivo (c/ qualidade para melhorar)	
	Discordante na relação	Disruptivo (pega e larga, por falta de constância)	
		Indiferente	
<b>Utilização dos Materiais</b>	Adequada		
	Desadequada	Não compreensão do Material	
		Utilização descuidada	
		Utilização Disruptiva	
<b>Atenção</b>	Concordante		
	Discordante	Atenção reduzida	
		Atenção não focalizada	
<b>Planificação</b>	Ausente		

	Semiestruturada (não vai até ao fim)			
	Elaborada			
	Espontânea			
<b>Comunicação</b>				
<b>Comunicação verbal</b>	Linguagem recetiva	Alheada	Desinteressada	
			C/compreensão	
			S/ Compreensão	
		Adequada		
		Duvidosa		
	Linguagem expressiva	Adequada		
		Excessiva		
		Demasiado elaborada face à idade		
		Imatura		
		Insuficiente		

<b>Comunicação não-verbal</b>	Olhar	Intencional		
		Direto		
		Aceitante		
		Evitante		
	Estereotipias	Sim		
		Não		
	Sorriso	Concordante com a emoção		
		Discordante	Por dificuldade de leitura ou compreensão	
			Por ansiedade	
			Por medo	
<b>Memória</b>	Retenção (Memória a médio prazo)	Recorda-se de toda a sessão		
		Recorda-se da maioria da sessão		
		Não se recorda da sessão		
	Evocação (Memória a longo prazo)	Recorda-se da sessão anterior		

		Não se recorda da sessão anterior		
<b>Jogo Simbólico</b>	Procura o jogo "Faz de conta"			
	Transfere para as atividades da sessão acontecimentos do quotidiano			
<b>Respeito pelas regras</b>	Respeita todas as regras de sessão			
	Respeita algumas regras da sessão			
	Não respeita as regras de sessão			
<b>Interação com o Adulto</b>	Gestão da Distância	Reconhece	Aceita	
		Não reconhece	Não Aceita	
<b>Autoestima</b>	Necessidade de ajuda e motivação	Sim		
		Não		
<b>Noção do Tempo e Espaço</b>	Compreende a duração da Sessão			
	Tem conhecimento do espaço real e do imaginário			
<b>Tolerância à frustração</b>	Reage de forma adequada à frustração (tolera o insucesso)			
	Reage mal quando não tem sucesso			

### **Anexo 3 – Outros Instrumentos aplicados no decorrer do estágio**

- **Escala de Conners (Domínguez, Figares, Perales, Ciruela, Chanclón, Díaz & Roldán, 2008)**

A escala de Conners foi elaborada com a finalidade de avaliar o efeito farmacológico sobre o comportamento de crianças, entre os 3 e os 17 anos, com diagnóstico de Hiperatividade, sendo ainda possível de avaliar as questões da atenção e de problemas de comportamento (Domínguez et al., 2008).

Existem duas versões deste instrumento, a completa e a reduzida, que poderá ser respondida pelos pais e pelos professores, onde é avaliado o comportamento da criança em casa e noutros contextos do quotidiano, avaliando dimensões como, Oposição, Problemas Cognitivos/Desatenção, Hiperatividade, Ansiedade/Timidez, Perfeccionismo, Problemas Sociais, Problemas Psicossomáticos, Índice Global de Conners, Sub-escalas de sintomas do DSM-V e Índice Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), onde a escala para os pais é composta por 80 itens, e a dos professores por 59 itens, avaliando esta última as mesmas dimensões que a escala respondida pelos pais, com exceção dos Problemas Psicossomáticos (Domínguez et al., 2008). Relativamente à versão reduzida, versão utilizada durante as avaliações do estágio realizado, é composta por 27 itens para os pais e por 28 itens para os professores, e onde são avaliadas dimensões como Comportamentos de Oposição, Problemas Cognitivos/Desatenção, Excesso de Atividade Motora e Índice PHDA (Domínguez, et al., 2008). No que diz respeito à resposta para os itens do presente questionário, são numeradas de 0 a 3, onde 0 corresponde a “nada”, 1 corresponde a “um pouco”, 2 corresponde a “frequentemente” e 3 corresponde a “muito frequentemente”, e onde se deve ter em consideração a manifestação dos comportamentos descritos, apenas no último mês.

Este instrumento já foi revisto por várias vezes, sendo que em Portugal, Rodrigues (2003), desenvolver um estudo de standardização e propriedades psicométricas, relativamente à forma reduzida da escala de Conners revista para pais e professores, em crianças do primeiro ciclo.

- **Questionário de Rosemberg (Rosemberg 1965; Santos & Maia, 2003):**

A Escala de Rosemberg de Morris Rosemberg (1965) foi desenvolvida para avaliar a autoestima global, sendo adaptada para a população portuguesa por Santos e

Maia (2003). Esta escala é constituída por 10 itens, com questões relativas aos sentimentos de respeito e de aceitação sobre si mesmo. É composta por 5 itens formulados positivamente e 5 itens formulados negativamente, e onde, a cada item corresponde uma escala de *Likert* com as seguintes opções de resposta: (1) Discordo Totalmente, (2) Discordo, (3) Indiferente, (4) Concordo e (5) Concordo totalmente (Santos & Mais, 2003). No que diz respeito à cotação da presente escala, depois de realizadas as inversões e de se somarem todos os itens, obtém-se a pontuação total da escala, podendo esta variar de 10 a 40, onde quanto mais elevada a pontuação maior será a autoestima do sujeito, ou seja, o sujeito orgulha-se do que é, sem se sentir, necessariamente, superior aos outros. Em contrapartida, valores mais baixos, refletem-se numa baixa autoestima, onde as pessoas se sente desvalorizadas, insatisfeitas e sentem falta de respeito por parte dos outros.(Santos & Maia, 2003).

A escala de Rosemberg é a mais utilizada para avaliação da autoestima, visto ser composta por um reduzido número de itens, e por se caracterizar pela simplicidade na linguagem e facilidade de aplicação e respeita cotação. Têm sido realizados vários estudos que têm comprovado resultados muito satisfatórios em termos da sua consistência interna e uma boa estabilidade temporal, demonstrando-se ainda este instrumento de avaliação bastante adequado para a avaliação da autoestima global de adolescentes Portugueses (Santos & Maia, 2003).

#### **Anexo 4 – Progressão terapêutica dos grupos acompanhados no projeto Área de Dia**

O **grupo I** da Área de Dia teve início no ano letivo 2016/2017, e terminou a intervenção no ano leivo de 2017/2018. Com o decorrer da intervenção foram notórios os laços criados entre os participantes, no entanto houve sempre um atrito significativo entre o RA e DT, o que impedia o DT de se relacionar com os restantes colegas. Nos últimos meses de intervenção o RA foi menos assíduo, por motivos familiares, o que permitiu que o DT entrasse em relação com os restantes colegas mais facilmente, ainda assim, havia a questão relacionada com o seu discurso desorganizado e descontextualizado que acabava por fazer com que os colegas acabassem por não ter vontade de o integrar nas atividades. O DT foi revelando ao longo do programa um contacto cada vez mais desadequado, falando num tom estridente e com a necessidade de se fazer ouvir, sendo que repetia a mesma informação repetidamente até que alguém lhe respondesse. Revelou dificuldades em aceder ao simbólico e o seu pensamento parece desfragmentado. O MS apresentou ao longo do programa dificuldades em encontrar a sua identidade, quer ser grande e pequeno ao mesmo tempo, em casa assume o papel do pai, dormindo com a mãe, e tentou transmitir esse poder em sessão. O HS foi sempre colaborador durante o programa, nunca se opondo ao sugerido pelas terapeutas e apoiando sempre o colega que se encontrava em desvantagem, por motivos pessoais ou pelos acontecimentos em sessão, no entanto demonstrou sucessivamente uma baixa resiliência à frustração.

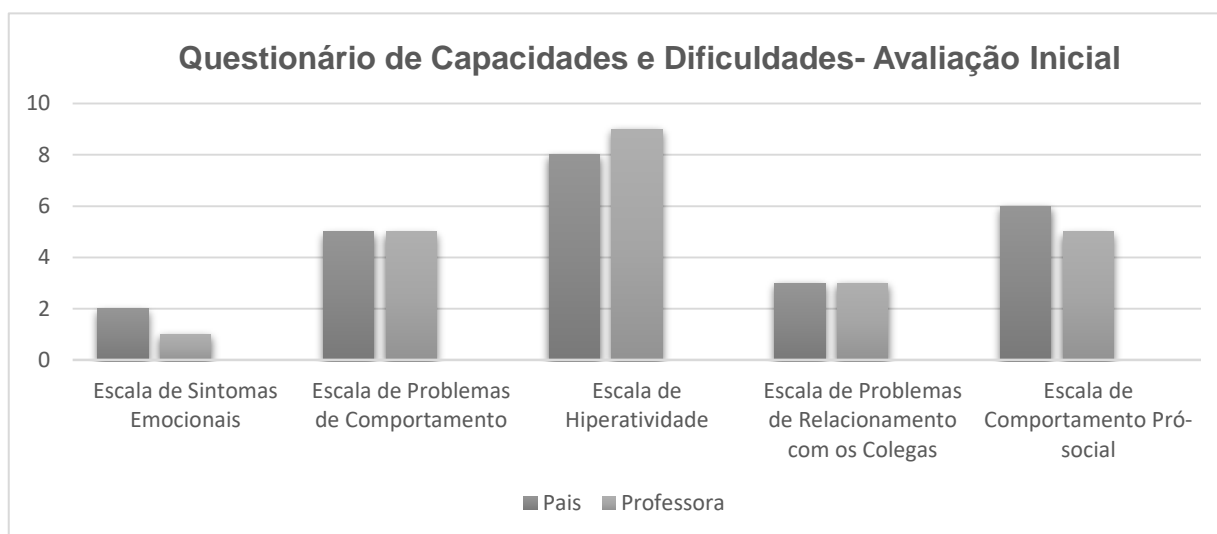
O **grupo II** teve início no ano letivo 2017/2018 pelo que dará continuação à intervenção no próximo ano letivo, com exceção do G.R. devido à sua idade. Inicialmente haviam cinco participantes, no entanto, após algum tempo, duas das crianças deixaram de comparecer às sessões, dando lugar ao M.N. que entrou mais tarde para o grupo. Com o decorrer da intervenção foram notórios os laços criados entre os participantes, mais especificamente entre o M.N. e o D.G., tornando-se o M.N. de certa forma intrusivo para com o D.G. que a certa altura começou a mostrar desconforto, e onde as terapeutas acabaram por ter de interferir. Já em relação ao A.R., o M.N. sempre procurou o seu afastamento, existindo sempre uma relação conflituosa, uma vez que o A.R. sempre de mostrou um menino que necessitava muito de ter a atenção dos restantes, acabando o M.N. por se sentir excluído devido à sua carência afetiva. Relativamente à assiduidade, o A.R. mostrou-se sempre pouco assíduo no decorrer da intervenção, o que poderá explicar as suas poucas evoluções, de resto, o restante grupo, regra geral, estava presente. O A.R., ao longo da intervenção foi piorando relativamente às suas atitudes de oposição e agressividade quando contrariado, o que

acabou de certa forma por destabilizar o restante grupo e tornar assim a intervenção posta em causa. Em relação ao G.L., foi um menino que inicialmente demorou a integrar-se no grupo, demorando a encontrar o seu lugar nas sessões, no entanto, com o decorrer das mesmas, foi-se mostrando um menino mais desinibido, muito cooperante com as terapeutas, ajudando os colegas, e em certos momentos, ainda que nada significativo, um pouco desafiador. O D.G. sempre se mostrou um suporte para o grupo, orientando os restantes em situações de maior descontrolo. Em conclusão, e tendo em conta que este foi o 1º ano de Área de Dia com o presente grupo, verificaram-se melhorias relativamente ao controlo dos impulsos, á capacidade de planeamento e ao cumprimento de regras.

O **grupo III** da teve inicio no ano letivo 2016/2017, com a RG, MS, LP e outras meninas que abandonaram a intervenção antes do inicio do segundo ano. No segundo ano do programa, 2017/2018, foram introduzidas mais meninas, BH, RC e uma terceira que abandonou a intervenção antes das férias de Natal. Uma vez que todas as meninas estão no segundo ano escolar e ainda precisam de acompanhamento, o grupo irá manter-se no ano letivo de 2018/2019. A RG é uma menina extremamente carente, procura agradar constantemente o adulto. O mesmo acontece com a MS, que procura agradar o adulto e ter a atenção toda para si, fazendo frequentemente afirmações menos felizes para que lhe seja dada atenção. No fim da intervenção a atenção tanto da MS como da RG, já não era tão dirigida para as terapeutas, mas sim para os pares, uma vez que haviam criado laços fortes entre si. A LP é uma menina que inicialmente incentivava discretamente as colegas para fugirem das atividades propostas durante as sessões, no entanto com o decorrer da intervenção deixou de o fazer. A BH entrou no grupo com grandes dificuldades de concentração, manifestava uma grande agitação psicomotora e não conseguia permanecer 5 minutos no tapete a partilhar o vivenciado com as colegas, levantava-se constantemente para cantar e dançar em frente ao espelho. Quando partilhava algo com as colegas por norma era inventado ou uma repetição do que as colegas haviam partilhado. No fim do programa, apesar do discurso desorganizado, já era capaz de partilhar o que havia sentido ao longo da sessão, conseguia contar o fim-de-semana e recontar o que as colegas tinham partilhado. A RC entrou no grupo um mês depois das colegas terem iniciado a intervenção, mas rapidamente integrou-se no grupo. Inicialmente tinha algumas dificuldades na relação com os pares pois queria ser sempre a primeira a falar, a primeira a jogar e quem mandava na sessão, no fim da intervenção a RC já era capaz de esperar pela sua vez, e já aceitava a opinião das colegas durante as atividade



## Anexo 5 – Resultados Iniciais da aplicação do Questionário QCD ao Pedro



## Anexo 6 – Calendarização da Intervenção com o Pedro

<b>Fase Inicial (6 de Dezembro a 9 de Janeiro)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Recolha de informações por meio de entrevista com os Pais</b></li> <li>▪ <b>Três primeiras sessões de primeiro contacto e conhecimento do Pedro</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Avaliação formal e informal</b></li> </ul> </li> </ul>
<b>Fase Principal (16 de Janeiro a 5 de Junho)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primeiras sessões focadas no estabelecimento de uma boa relação terapêutica e na criação de um ambiente seguro e securizante.</li> <li>▪ Desenvolvimento da intervenção com base nos objetivos terapêuticos procurando primeiro trabalhar as áreas fortes e passar progressivamente para as áreas fracas</li> </ul>
<b>Fase Final (12 e 19 de Junho)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação Final Formal e Informal</li> </ul>

**Anexo 7 – Comparação entre os resultados iniciais e finais da aplicação do DAP ao Pedro, e respetivos desenhos**

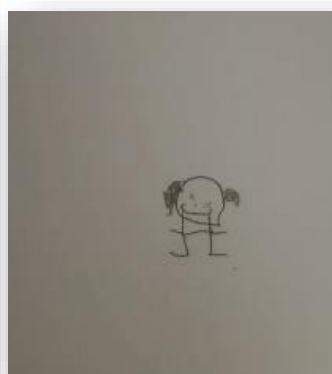
Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Percentil	Classificação
<b>Homem</b>	Av. Inicial:12	Av. Inicial:78	Av. Inicial: 7	Av. Inicial: Borderline  Av. Final: Acima da Média
	Av. Final: 38	Av. Final: 114	Av. Final: 82	
<b>Mulher</b>	Av. Inicial: 12	Av. Inicial: 78	Av. Inicial: 7	
	Av. Final: 40	Av. Final: 117	Av. Final: 87	
<b>Próprio</b>	Av. Inicial:12	Av. Inicial:78	Av. Inicial: 7	
	Av. Final: 40	Av. Final: 117	Av. Final: 87	
<b>Total</b>	Av. Inicial: 36	Av. Inicial: 74	Av. Inicial: 4	
	Av. Final: 118	Av. Final: 119	Av. Final: 90	

**Avaliação Inicial DAP**

Homem



Mulher



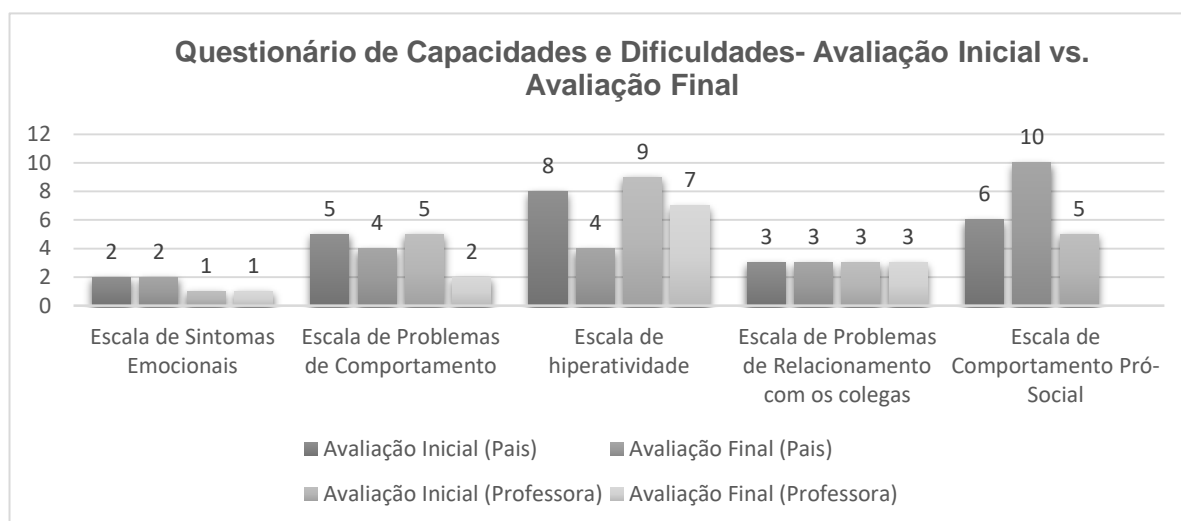
O Próprio



**Avaliação Final DAP**



### Anexo 8 – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do QCD ao Pedro



### Anexo 9 – Resultados Iniciais da aplicação do Teste de Atenção d2 à Maria, assim como a comparação com as médias e desvio-padrão apresentadas nas tabelas normativas segundo Dias e colaboradores (2017)

Variáveis Avaliadas	Média ± Desvio Padrão	Resultados da Maria (Pontuação Direta)	Percentil
<b>Total de Caracteres Processados</b>	271,14±45,40	216	10
<b>Total de Acertos</b>	109,98±19,92	47	1
<b>Total de Eficácia</b>	261,69±50,24	170	2
<b>Índice de Concentração</b>	101,12±23,29	47	2
<b>Índice de Variabilidade</b>	13,89±6,16	16	25
<b>Porcentagem de Erros</b>	4,66±3,53	21,29 %	1

### Anexo 10 – Resultados Iniciais da aplicação do Questionário Scared-R à Maria

Fator	Resultados Brutos (Mãe)	Resultados Brutos (Maria)	Média ± Desvio Padrão
Perturbação do Pânico	32	16	5.04±3.89
Perturbação da Ansiedade de Separação	28	21	4,11±2,20
Perturbação da Ansiedade Generalizada	25	17	5,85±2,76
Fobia Social	10	10	4,39±2.10
Fobia Animal	4	7	1.57±1.73
Fobia de Situações relativas ao Meio Ambiente	10	8	3.10±2.06
Fobia de Sangue/Injeções/Ferimentos	19	16	4.79±2.84
Perturbação Obsessivo-compulsiva	20	17	3.66±2.00
Perturbação de Stress Pós-Traumático	8	5	3.10±2.06
Scared-R (Total Score)	156	117	36.59±15.63

### Anexo 11 – Calendarização da Intervenção com a Maria

<b>Fase Inicial</b> (6 de dezembro a 30 de janeiro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recolha de informações por meio de entrevista com os Pais</li> <li>▪ Três primeiras sessões de primeiro contacto e conhecimento da Maria               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação formal e informal</li> </ul> </li> </ul>
<b>Fase Principal</b> (6 de fevereiro a 5 de junho)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Primeiras sessões focadas no estabelecimento de uma boa relação terapêutica e na criação de um ambiente seguro e securizante.</li> <li>▪ Desenvolvimento da intervenção com base nos objetivos terapêuticos procurando primeiro trabalhar as áreas fortes e passar progressivamente para as áreas a desenvolver</li> </ul>
<b>Fase Final</b> (12 e 26 de junho)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliação Final Formal e Informal</li> <li>▪ Reunião com os pais sobre o trabalho desenvolvido e resultados da intervenção realizada</li> </ul>

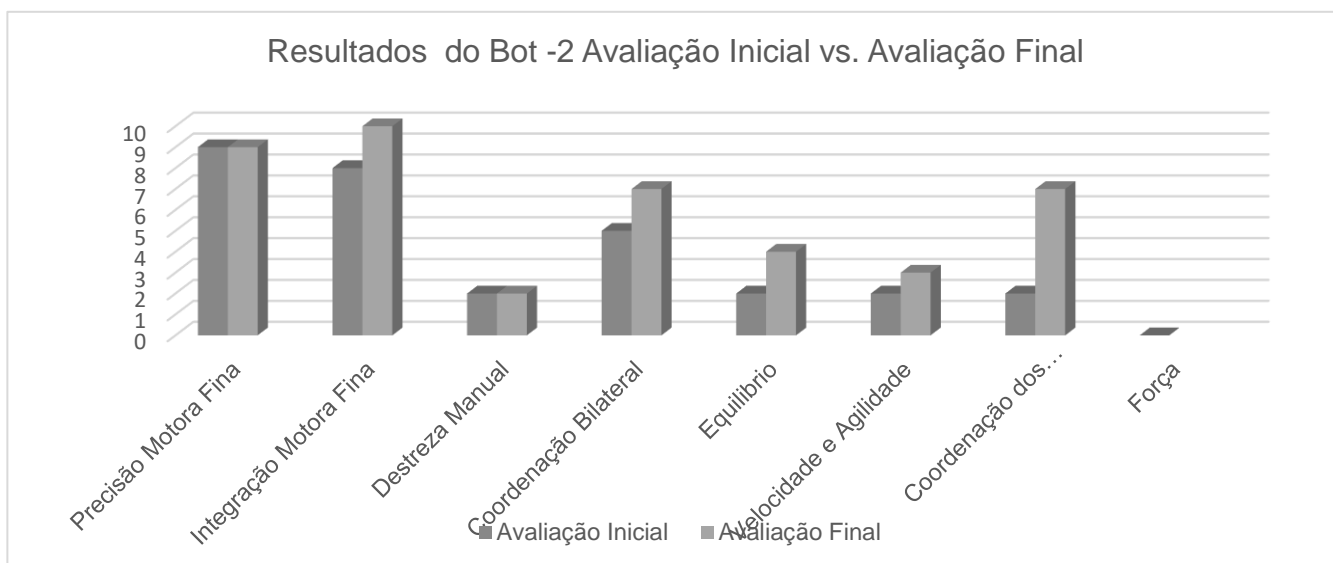
**Anexo 12** – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do Teste de Atenção d2 à Maria

Variáveis Avaliadas	Média ± Desvio Padrão	Resultados da Maria Iniciais (Pontuação Direta / Percentil)	Resultados da Maria Finais (Pontuação Direta / Percentil)
<b>Total de Caracteres Processados</b>	271,14 ± 45,40	216 / 10	193 / 3
<b>Total de Acertos</b>	109,98 ± 19,92	47 / 1	54 / 1
<b>Total de Eficácia</b>	261,69 ± 50,24	170 / 2	159 / 1
<b>Índice de Concentração</b>	101,12 ± 23,29	47 / 2	50 / 2
<b>Índice de Variabilidade</b>	13,89 ± 6,16	16 / 25	17 / 25
<b>Percentagem de Erros</b>	4,66 ± 3,53	21,29 % / 1	17,6 % / 1

**Anexo 13** – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do Questionário Scared-R à Maria, assim como a comparação com as médias e desvio-padrão apresentadas nas tabelas normativas segundo Dias e colaboradores (2017)

Fator	Resultados Iniciais (Maria / Mãe)	Resultados Finais (Maria / Mãe)	Média ± Desvio Padrão
<b>Perturbação do Pânico</b>	(16 / 32)	(12 / 22)	5.04 ± 3.89
<b>Perturbação da Ansiedade de Separação</b>	(21 / 28)	(19 / 26)	4,11 ± 2,20
<b>Perturbação da Ansiedade Generalizada</b>	(17 / 25)	(12 / 22)	5.85 ± 2.76
<b>Fobia Social</b>	(10 / 10)	(7 / 10)	4.39 ± 2.10
<b>Fobia Animal</b>	(7 / 4)	(3 / 4)	1.57 ± 1.73
<b>Fobia de Situações relativas ao Meio Ambiente</b>	(8 / 10)	(8 / 7)	3.10 ± 2.06
<b>Fobia de Sangue/Injeções/Ferimentos</b>	(16 / 19)	(13 / 15)	4.79 ± 2.84
<b>Perturbação Obsessivo-compulsiva</b>	(17 / 20)	(11 / 13)	3.66 ± 2.00
<b>Perturbação de Stress Pós-Traumático</b>	(5 / 8)	(4 / 7)	3.10 ± 2.06
<b>Scared-R (Total Score)</b>	(117 / 156)	(89 / 116)	36,59 ± 15,63

## Anexo 14 – Comparação dos resultados iniciais e finais da aplicação do teste BOT-2 à Maria



## Anexo 15 – Exemplo de um Planeamento e Relatório do Estudo de Caso I – Pedro

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Desenvolver as competências sociais	Estimular a relação Terapêutica
	Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites
Promover a regulação emocional	Promover a compreensão das suas próprias emoções
	Estimular a exposição de angústias internas
	Promover a regulação dos comportamentos de agressividade e frustração
Promover a capacidade criativa e de expressão corporal	Expressar-se livre e espontaneamente
	Promover o acesso e utilização do simbólico
Promover o esquema corporal	Melhorar a consciencialização corporal
Desenvolver a comunicação	Melhorar a organização da comunicação verbal

	Estimular a capacidade de argumentação
Promover a atenção/concentração	Aumentar o tempo de concentração na tarefa
	Melhorar a capacidade de manutenção da atenção
Potencializar a organização do planejamento motor	Promover o planejamento da ação a curto e longo prazo
Promover e organização do pensamento	Aumentar a consciencialização da ação
Reforçar a autoestima e autoconfiança	Estimular a consciência das suas capacidades

	<b>Atividades</b>	<b>Objetivos Operacionais</b>	<b>Tempo</b>	<b>Materiais</b>
<b>Ritual de entrada</b>	A criança e a terapeuta entram na sessão e descalçam-se. De seguida sentam-se e a criança deverá falar um pouco sobre a sua semana, acontecimentos que tenha gostado mais ou gostado menos, assim como será pedido que relembre o que foi feito na sessão anterior. De seguida, em conjunto, com a terapeuta, a criança deverá identificar as partes que constituem a sessão com recurso ao "relógio da sessão". Por fim, a terapeuta explicará à criança quais as atividades que irão ser realizadas durante a sessão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compreender e integrar o que será feito na sessão</li> <li>-Respeitar o ritual de entrada na sessão</li> <li>-Respeitar as decisões tomadas na sessão</li> <li>-Relembra as atividades realizadas na sessão anterior;</li> </ul>	7 min	Tapetes  Relógio da Sessão

<p><b>Fase Principal</b></p>	<p><b>“Os ritmos musicais”-</b> A terapeuta, com recurso a diversos instrumentos musicais, como sininhos, tubos de diferentes dimensões, entre outros, irá realizar um ritmo e posteriormente a criança terá de reproduzir esse ritmo com um outro instrumento. De seguida, será realizada a mesma atividade, no entanto com recurso ao corpo e onde a criança terá de voltar a reproduzir a sequência e ritmo observados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a capacidade de manter a atenção nos estímulos relevantes e inibir os estímulos irrelevantes;</li> <li>-Promover a capacidade de concentração na tarefa;</li> <li>-Promover a capacidade criativa da criança;</li> <li>- Promover a capacidade de planejar uma ação a curto prazo;</li> <li>-Promover a organização do pensamento e raciocínio;</li> <li>-Promover a consciência corporal e os limites do seu corpo;</li> </ul>	<p>10 min</p>	<p>Instrumentos Musicais;</p>
	<p><b>“Construir com os materiais”-</b> A terapeuta irá mostrar à criança vários cartões com várias imagens (casa, árvore, carro e pizza), e de seguida, pedirá à criança que com os materiais à sua disposição, recrie essas mesmas imagens no chão da sala de psicomotricidade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a capacidade de manter a atenção nos estímulos relevantes e inibir os estímulos irrelevantes;</li> <li>-Promover a organização do pensamento e raciocínio;</li> <li>-Promover a capacidade criativa da criança através dos cartões apresentados;</li> <li>-Promover a capacidade de resolução de problemas;</li> </ul>	<p>10 min</p>	<p>Diversos cartões com imagens ilustrativas;</p> <p>Diversos materiais tais como colchões, bolas de diferentes tamanhos, martelos, lápis, folhas, plasticina, mantas, tecidos, arcos, martelos, discos sensoriais, cordas, entre outros.</p>
	<p><b>“Atividade escolhida pela criança”-</b> A criança poderá escolher uma atividade à sua escolha tendo em conta os</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover uma relação terapêutica de confiança, segurança e empatia;</li> </ul>	<p>10 min</p>	<p>Diversos materiais tais como colchões, bolas de diferentes tamanhos, martelos, lápis, folhas,</p>



	<p>materiais que tem à sua disposição. Será pedido à criança que pense primeiro na atividade e que a explique antes de a realizar.</p>	<p>-Promover a capacidade criativa da criança através dos vários materiais dispostos na sala de Psicomotricidade;</p> <p>-Promover a exposição de angústias internas através de atividades com recurso ao simbólico;</p> <p>- Promover a capacidade de planear uma ação a curto e longo prazo;</p> <p>-Promover a organização do pensamento e raciocínio;</p>		<p>tintas, plasticina, mantas, tecidos, arcos, quadro branco, entre outros.</p>
<b>Ritual de Saída</b>	<p>A criança e a terapeuta voltam a sentar-se sobre os tapetes e falam sobre a sessão, nomeadamente o que mais gostaram e menos gostam de fazer, quais as maiores dificuldades sentidas no decorrer da mesma, assim como sugestões para uma próxima sessão. No fim calçam os sapatos e a sessão dá-se por terminada.</p>	<p>- Identificar e verbalizar as emoções sentidas ao longo da sessão e partilhar com o outro;</p> <p>-Interiorizar e expressar a opinião própria</p> <p>-Promover a consciencialização das suas capacidades e dificuldades;</p>	8 min	Tapete

Na 8ª sessão, a terapeuta desceu as escadas para ir buscar o Pedro para a sessão como habitual. O Pedro encontrava-se sentado na cadeira da sala de espera a conversar com a sua mãe, o que não era habitual, pois normalmente o Pedro encontrava-se a correr pelos corredores da unidade, o que de certa forma perturbava o funcionamento das restantes consultas a decorrer naquele momento. O Pedro subiu até à sala de psicomotricidade, de forma calma, sem grandes barulhos ou brincadeiras pelo meio, parecendo começar a respeitar as indicações da terapeuta de que não poderia brincar ou fazer barulho nos corredores. Após descalçar os sapatos, o Pedro pegou no relógio da sessão e nomeou as quatro partes da nossa sessão e identificando a parte

em que nos encontrávamos. Sem que a terapeuta o questionasse, o Pedro começou a contar que fez anos e que recebeu muitas prendas, inclusive uma porca da Índia. Contou ainda que foi o seu batizado e que se portou muito bem tanto na igreja como no restaurante, o que ia de encontro à conversa que a mãe teve com a terapeuta depois da sessão. A mãe mostrou-se muito contente pois começava a notar grandes diferenças nos comportamentos do Pedro, assim como os convidados do seu batizado, mostrando-se muito satisfeitos com o comportamento do Pedro.

Iniciando-se o segundo momento da sessão, nomeadamente a atividade escolhida pela terapeuta, realizou-se o jogo “Os ritmos musicais”. No presente jogo, com recurso a vários instrumentos musicais, como pandeiretas, sininhos, tubos de diferentes tamanhos e espessuras, entre outros, a terapeuta fazia uma sequência e ritmicidade, que o Pedro teria de posteriormente repetir. De início o Pedro demonstrou alguma dificuldade em conseguir acompanhar o ritmo emitido pela terapeuta, no entanto após uma segunda tentativa, o Pedro conseguiu reproduzir o que ouvira. Quando foi a vez do Pedro em criar o seu próprio ritmo com os materiais, demonstrou facilidade em perceber a atividade, pensando previamente no que queria reproduzir, e não agindo de forma espontânea, como seria habitual. Por fim, realizámos a mesma atividade mas tocando no nosso corpo, ou batendo palmas, onde o Pedro mais uma vez conseguiu compreender e realizar a tarefa, demonstrando uma grande atenção e concentração na tarefa de forma a conseguir acompanhar toda a sequência e assim conseguir reproduzi-la. Também a sua capacidade de planejar a ação antes de a realizar foi evidente.

De seguida, e como segunda atividade proposta pela terapeuta, a terapeuta apresentou quatro cartões ao Pedro com imagens (casa, árvores, carro e pizza) pedido ao Pedro que com os materiais à sua disposição recriasse aquelas imagens. O Pedro entendeu de imediato à atividade e escolheu cuidadosamente os materiais a utilizar, mostrando grande criatividade, utilizando desde bolas, cordas, sacos de areias, cones, testemunhos, canetas, entre outros para recriar as imagens pedidas. O Pedro demonstrou uma grande cooperação e empenho durante as atividades propostas pela terapeuta, evidenciando uma maior capacidade de planeamento e uma menor impulsividade na escolha dos materiais.

Na atividade escolha por si o Pedro optou com os materiais na sala construir uma cidade, utilizando diversos materiais para realização da atividade, e demonstrando uma grande criatividade. Utilizou pinos, cones como forma de delimitar as estradas da cidade, cordas como representando obstáculos, o túnel como sendo uma ponte na cidade, canetas representando os semáforos, sacos de areia como sendo as casas, ou

lojas, ou o parque infantil, instrumentos musicais, entre muitos outros objetos. O Pedro demonstrou com esta atividade uma capacidade de planejamento que inicialmente não existia, assim como uma intencionalidade e organização das ideias bem estruturada que inicialmente se encontrava comprometida.

Na conversa final o Pedro disse ter gostado de toda a sessão, mas em especial de construir a cidade com os materiais. A terapeuta questionou ainda o Pedro como se sentiu durante a sessão, respondendo apenas o Pedro “bem”. Sem que a terapeuta pedisse, o Pedro começou a arrumar todos os materiais de forma cuidada e calma num canto da sala, e de seguida calçou os sapatos e terminou assim a sessão de forma calma e organizada.

### **Anexo 16 – Exemplo de um Planejamento e Relatório do Estudo de Caso II-Maria**

Objetivo Geral	Objetivo Específico
Desenvolver as competências sociais	Estimular a relação terapêutica
	Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites
	Aumentar a capacidade de aceitar a opinião dos outros
	Aumentar a autonomia na realização das tarefas
Promover a regulação emocional	Promover a compreensão das suas próprias emoções
	Estimular a exposição de angústias internas
	Promover a compreensão das suas próprias emoções no seu corpo
Promover a capacidade criativa e de expressão corporal	Expressar-se livre e espontaneamente
Promover a identidade e autoestima	Estimular a consciência das suas capacidades
	Promover a persistência e motivação nas atividades
	Aumentar a autoestima e autoconfiança
Melhorar a noção corporal	Potencializar a consciencialização corporal
	Estabelecer uma maior noção dos seus limites corporais
Promover a atenção/concentração	Aumentar o tempo de concentração na tarefa

	Discriminar e selecionar estímulos relevantes e não relevantes
Melhorar a Tonicidade	Estimular a capacidade de passividade muscular
	Aumentar a consciência dos estados tónicos
	Promover a regulação tónica

	Atividades	Objetivos Operacionais	Tempo	Materiais
<b>Ritual de entrada</b>	A criança e a terapeuta entram na sessão e descalçam-se. De seguida sentam-se e a criança deverá falar um pouco sobre a sua semana, acontecimentos que tenha gostado mais ou gostado menos. A terapeuta irá perguntar ainda à criança se se recorda da sessão anterior. Por fim, a terapeuta explicará à criança quais as atividades que irão ser realizadas durante a sessão	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compreender e integrar o que será feito na sessão</li> <li>-Respeitar o ritual de entrada na sessão</li> <li>-Respeitar as decisões tomadas na sessão</li> <li>-Relembrar as atividades realizadas na sessão anterior;</li> </ul>	5 min	Tapetes
<b>Fase Principal</b>	<b>“ Dançar ao som da música”</b> – A terapeuta irá colocar uma música a tocar, pelo que irá trocando de músicas com ritmos diferentes, e o que será pedido à criança é que se movimento ao som da música ao mesmo tempo que tem consigo uma manta que tem de fazer passar por todo o seu corpo calmamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover uma relação terapêutica de confiança, segurança e empatia;</li> <li>- Promover uma maior consciência corporal;</li> <li>- Promover uma maior capacidade de envolver o corpo na relação com o outro;</li> </ul>	10 min	Música Manta
	<b>“A rainha manda”</b> – A terapeuta fará em primeiro lugar o papel de “rainha” e terá de dar várias ordens à	-Promover a capacidade de manter a atenção nos estímulos relevantes e inibir os estímulos irrelevantes;	8 min	Tapete

<p>criança, como por exemplo, saltar ao pé-coxinho, saltar a pés juntos, andar como uma cobra, andar como um sapo, colocar o pé direito na cor azul do tapete, colocar a mão direita na cor amarela do tapete, ficar imóvel em apoio unipedal, entre outros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a capacidade de concentração na tarefa;</li> <li>-Promover uma relação terapêutica de confiança, segurança e empatia;</li> <li>- Promover uma maior consciência corporal;</li> </ul>		
<p><b>“O Jogo dos obstáculos”</b> – A terapeuta irá distribuir pela sala diversos materiais que terão o papel de obstáculos. De seguida, a criança terá de vendar os olhos e consoante as indicações do toque que a terapeuta irá dar no seu corpo, a criança terá de se orientar no sentido de encontrar o objeto que a terapeuta escondeu previamente. As indicações de toque serão: toque no braço direito, deslocar-se para o lado direito, toque no braço esquerdo, deslocar-se para o lado esquerdo, toque nas costas, deslocar-se para a frente, e toque nos seus ombros, deslocar-se para trás.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a capacidade de manter a atenção nos estímulos relevantes e inibir os estímulos irrelevantes;</li> <li>-Promover a capacidade de concentração na tarefa;</li> <li>-Promover uma relação terapêutica de confiança, segurança e empatia;</li> <li>- Promover uma maior consciência corporal;</li> <li>- Promover uma maior capacidade de envolver o corpo na relação com o outro;</li> </ul>	12 min	Diversos materiais como mantas, martelos, arcos, bolas, túnel, sacos de areia, dados de algodão, discos sensoriais, entre outros.
<p><b>“Relaxação Ativa-Passiva”</b> – A terapeuta irá pedir à criança que se deite sobre o colchão, em decúbito ventral e que feche os olhos, tentando descontraír o máximo que consiga. Posto isto, a terapeuta irá realizar as mobilizações e palpações</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a facilidade em descontraír voluntariamente o corpo;</li> <li>- Melhorar a consciência dos estados de tensão corporal;</li> <li>- Promover uma eficácia ao nível da regulação dos seus estados tónicos perante situações de maior <i>stress</i>;</li> </ul>	10 min	Colchão  Manta

	realizadas no presente método de relaxação.			
<b>Ritual de Saída</b>	A criança e a terapeuta voltam a sentar-se sobre os tapetes e falam sobre a sessão, nomeadamente o que mais gostaram e menos gostam de fazer, quais as maiores dificuldades sentidas no decorrer da mesma, assim como sugestões para uma próxima sessão. No fim calçam os sapatos e a sessão dá-se por terminada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar e verbalizar as emoções sentidas ao longo da sessão e partilhar com o outro;</li> <li>-Interiorizar e expressar a opinião própria</li> <li>-Promover a consciencialização das suas capacidades e dificuldades;</li> </ul>	5 min	Tapete

A terapeuta começou por descer as escadas e ir ter com a Maria até à sala de espera, e ao contrário dos restantes dias onde a Maria estava sentada à espera da terapeuta, no dia de hoje, já se encontrava de pé e mal viu a terapeuta começou a subir as escadas apressadamente. A Maria entrou assim na sessão mais agitada que o habitual e mostrando-se menos disponível, pois segundo ela tinha coisas para fazer em casa e estaria a perder tempo na sessão. A Maria parece assim estar a regredir relativamente à sua disponibilidade para com a terapeuta. Na conversa inicial, a Maria contou que esteve o fim-de-semana com os avós e que foi uma seca, pois não tinha internet e a mãe tinha estado a trabalhar. A Maria começa assim a evidenciar alguma onipotência em relação à terapeuta, o que se foi verificando ao longo da sessão pois não estava tão recetiva como habitual. Por fim, ainda na conversa inicial a terapeuta pediu que a Maria recordasse a sessão anterior, ao que a Maria conseguiu responder, mas de uma forma apressada, evidenciando a sua vontade em a sessão terminar. Durante toda a conversa inicial a Maria esteve sempre a movimentar-se e a rir de forma descontextualizada.

Como primeira atividade da sessão, a Maria teria de andar ao som da música, tendo uma manta consigo que teria de passar calmamente por todo o seu corpo. Apesar de a música ser uma das coisas que a Maria mais gosta, a sua recetividade à atividade não foi muita, pelo que a Maria não dançava ao ritmo da música e parecia estar ausente da sessão, não mostrando o entusiasmo de todas as outras sessões. A terapeuta decidiu então ser a própria a pegar na manta e começar a percorrer tanto pelo seu corpo

como pelo da Maria, acompanhando-a nos seus movimentos de forma a tentar torna-la mais presente na sessão. Como a terapeuta verificou a falta de entusiasmo e pouca cooperação por parte da Maria sugeriu jogarem ao jogo da Rainha manda, uma atividade que a Maria já tinha pedido à terapeuta noutra sessão. De imediato a terapeuta conseguiu ter a atenção da Maria de volta à sessão, e a atividade correu muito bem, mostrando-se a Maria muito atenta a todos os pedidos da terapeuta, e mesmo quando foi a sua vez de ser a rainha, foram várias as ideias criativas vindas da sua parte. Foi ainda notório que apesar das suas dificuldades em manter o equilíbrio, saltar a pés juntos, ou em realizar de forma coordenada o movimento de tesoura, no decorrer da atividade, e sendo em contexto de jogo, motivou a Maria a tentar realizar o que a terapeuta ia sugerindo, e mesmo com dificuldades não demonstrou o habitual receio em falhar ou em se magoar como é característico seu. A Maria assim, ainda que de forma inconsciente, trabalhou as suas dificuldades, de forma divertida e motivada.

Para terminar, iniciou-se o momento de relaxação da sessão, através do método ativa-passiva. Foram dadas as indicações à Maria para que se deitasse de forma confortável, e também algumas indicações para que relaxasse e libertasse todas as tensões presentes no corpo. No início da relaxação a Maria estava tranquila, sem demonstrar sinais de desconforto, no entanto, continuou a tentar controlar os movimentos enquanto a terapeuta realizava as mobilizações. A terapeuta começou pelo braço esquerdo, como habitual, e a Maria não mexeu o braço oposto nem os pés como é costume. No balanceamento do braço a Maria começou relaxada mas com o decorrer do tempo começou a ficar mais rígida e a tentar controlar os movimentos, o que originou um choque entre os movimentos da terapeuta e os seus. Quando a terapeuta se afasta da Maria para trocar de membro e para que haja a consciencialização corporal, a Maria geralmente coça uma zona da cara e abre ligeiramente os olhos para ver onde é que a terapeuta está. Após a terapeuta passar para o membro superior direito a Maria começou a mexer mais o braço oposto, levando-o a coçar a cara, ajeitar o cabelo, mexer na roupa, entre outros. O seu braço direito estava mais rígido que o esquerdo e foi mais difícil conseguir fazer as mobilizações pois a Maria queria acompanhar os movimentos em vez de relaxar e quando a terapeuta alterava o ritmo havia novamente o choque entre movimentos.

Em relação às mobilizações nos membros inferiores, a Maria esteve mais rígida que na sessão anterior nas primeiras mobilizações, sendo que tentou controlar mais os movimentos nesta sessão. A Maria tentava seguir os movimentos que a terapeuta estava a realizar, mas se fosse alterado o ritmo notava-se que a Maria fazia força para dar continuidade ao movimento. Quando estava a ser feita a flexão/extensão do pé

esquerdo a Maria cruzou os braços, realizando alguma força, e permaneceu nesta posição até ao final da rotação interna e externa da perna. No entanto, no balanceamento da perna está menos rígida que na semana anterior, em ambas as pernas, talvez por não conseguir controlar os movimentos feitos pela terapeuta e por não suportar ficar tanto tempo com a perna suspensa.

Enquanto a terapeuta fazia a massagem na testa e até à massagem no queixo, a Maria mexeu constantemente os pés, em simultâneo, mas sem que se tocassem, mas não demonstrou reações faciais.

Na conversa final, a terapeuta perguntou como a Maria se teria sentido durante a relaxação, pelo que a Maria não se encontrava muito recetiva, como ao longo de praticamente toda a sessão, dizendo apenas ter-se sentido bem e calma. Ambas calçaram os sapatos e a sessão terminou.



## Anexo 17 – Consentimentos Informados dos Casos Acompanhados



### Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, Alice Filipa Pedreira Rocha  
 responsável por \_\_\_\_\_  
 compreendi a explicação que me foi fornecida e autorizo a realização da avaliação e  
 intervenção psicomotora cuja finalidade, natureza e benefícios me foram explicados, por  
 uma aluna em formação, licenciada em Reabilitação Psicomotora e mestranda em  
 Psicomotricidade, orientada e supervisionada por uma orientadora local, e por uma  
 docente orientadora responsável da Universidade de Évora. Tomei igualmente  
 conhecimento do estudo em que o meu caso possa ser incluído, com recolha de  
 fotografias ou vídeos, que poderão ser apresentados unicamente com fins científicos,  
 desde que seja preservada a identificação e confidencialidade dos dados. Foi-me dada  
 oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta  
 satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer  
 momento a participação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.  
 Por isso, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto que seja  
 aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, que me forem propostos.

Almada, 19 de Março de 2018

Aluna

Tatiana Tsidero

Orientadora Local

[Assinatura]  
 Docente orientadora responsável da UÉ

Guida Paço

Assinatura do responsável pelo participante

Alice Filipa Pedreira Rocha



## Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, Paulo do Amor Brás C. Dias responsável por eu compreendi a explicação que me foi fornecida e autorizo a realização da avaliação e intervenção psicomotora cuja finalidade, natureza e benefícios me foram explicados, por uma aluna em formação, licenciada em Reabilitação Psicomotora e mestranda em Psicomotricidade, orientada e supervisionada por uma orientadora local, e por uma docente orientadora responsável da Universidade de Évora. Tomei igualmente conhecimento do estudo em que o meu caso possa ser incluído, com recolha de fotografias ou vídeos, que poderão ser apresentados unicamente com fins científicos, desde que seja preservada a identificação e confidencialidade dos dados. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer momento a participação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto que seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, que me forem propostos.

Almada, 16 de Janeiro de 2018

Aluna

Tatiana Isidro

Orientadora Local

[Signature]  
Docente orientadora responsável da UE

Guida Peçanha

Assinatura do responsável pelo participante

Paulo Dias

## Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, Rui Filipe Ribeiro Parra,  
responsável por \_\_\_\_\_,  
compreendi a explicação que me foi fornecida e autorizo a realização da avaliação e  
intervenção psicomotora cuja finalidade, natureza e benefícios me foram explicados, por  
uma aluna em formação, licenciada em Reabilitação Psicomotora e mestranda em  
Psicomotricidade, orientada e supervisionada por uma orientadora local, e por uma  
docente orientadora responsável da Universidade de Évora. Tomei igualmente  
conhecimento do estudo em que o meu caso possa ser incluído, com recolha de  
fotografias ou vídeos, que poderão ser apresentados unicamente com fins científicos,  
desde que seja preservada a identificação e confidencialidade dos dados. Foi-me dada  
oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta  
satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer  
momento a participação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.  
Por isso, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto que seja  
aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, que me forem propostos.

Almada, 12 de Dezembro de 2017

Aluna

Tatiana Tsideo

Orientadora Local

[Assinatura]  
Docente orientadora responsável da UÉ

Guida Paço

Assinatura do responsável pelo participante

Rui Filipe Parra



## Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, Maria Alexandra T.O. Marques \_\_\_\_\_  
 responsável por \_\_\_\_\_  
 compreendi a explicação que me foi fornecida e autorizo a realização da avaliação e intervenção psicomotora cuja finalidade, natureza e benefícios me foram explicados, por uma aluna em formação, licenciada em Reabilitação Psicomotora e mestranda em Psicomotricidade, orientada e supervisionada por uma orientadora local, e por uma docente orientadora responsável da Universidade de Évora. Tomei igualmente conhecimento do estudo em que o meu caso possa ser incluído, com recolha de fotografias ou vídeos, que poderão ser apresentados unicamente com fins científicos, desde que seja preservada a identificação e confidencialidade dos dados. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer momento a participação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto que seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, que me forem propostos.

Almada, 27 de Novembro de 2017

Aluna

Tatiana Tsideo \_\_\_\_\_

Orientadora Local

[Assinatura] \_\_\_\_\_

Docente orientadora responsável da UÉ

Guida Paço \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pelo participante

Luís Marques \_\_\_\_\_



## Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, Maria João Pereira,  
 responsável por \_\_\_\_\_,  
 compreendi a explicação que me foi fornecida e autorizo a realização da avaliação e  
 intervenção psicomotora cuja finalidade, natureza e benefícios me foram explicados, por  
 uma aluna em formação, licenciada em Reabilitação Psicomotora e mestranda em  
 Psicomotricidade, orientada e supervisionada por uma orientadora local, e por uma  
 docente orientadora responsável da Universidade de Évora. Tomei igualmente  
 conhecimento do estudo em que o meu caso possa ser incluído, com recolha de  
 fotografias ou vídeos, que poderão ser apresentados unicamente com fins científicos,  
 desde que seja preservada a identificação e confidencialidade dos dados. Foi-me dada  
 oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta  
 satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer  
 momento a participação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.  
 Por isso, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto que seja  
 aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, que me forem propostos.

Almada, 28 de Novembro de 2019

Aluna

Tatiana Tsideo

Orientadora Local

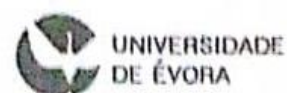
[Assinatura]

Docente orientadora responsável da UÉ

Guida Paço

Assinatura do responsável pelo participante

[Assinatura]



## Declaração de Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, Silvius Belchior  
responsável por \_\_\_\_\_

compreendi a explicação que me foi fornecida e autorizo a realização da avaliação e intervenção psicomotora cuja finalidade, natureza e benefícios me foram explicados, por uma aluna em formação, licenciada em Reabilitação Psicomotora e mestranda em Psicomotricidade, orientada e supervisionada por uma orientadora local, e por uma docente orientadora responsável da Universidade de Évora. Tomei igualmente conhecimento do estudo em que o meu caso possa ser incluído, com recolha de fotografias ou vídeos, que poderão ser apresentados unicamente com fins científicos, desde que seja preservada a identificação e confidencialidade dos dados. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar, em qualquer momento a participação, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, respeitando as recomendações da Declaração de Helsínquia, consinto que seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, que me forem propostos.

Almada, 16 de Janeiro de 18

Aluna

Tatiana Tsideo

Orientadora Local

[Signature]

Docente orientadora responsável da UÉ

Guida Paço

Assinatura do responsável pelo participante

Silvius Belchior