

**Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora no Serviço de Pediatria e na  
Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do  
Hospital do Espírito Santo de Évora**

**Ana Catarina da Silva Lança**

Orientador(es) | Gabriela Almeida

Maria da Graça Macias Marques Mira

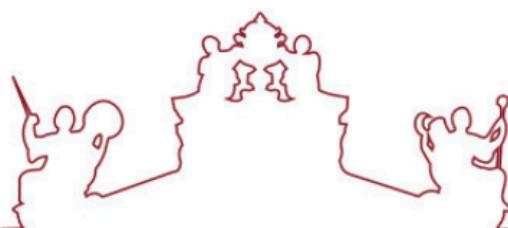
Évora 2020

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

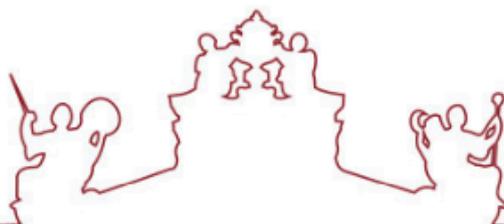
**Intervenção Psicomotora no Serviço de Pediatria e na  
Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do  
Hospital do Espírito Santo de Évora**

Ana Catarina da Silva Lança

Orientador(es) | Gabriela Almeida  
Maria da Graça Macias Marques Mira

Évora 2020





O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

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

## Agradecimentos

À minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Gabriela Almeida, quero agradecer toda a disponibilidade demonstrada durante o período de estágio e também durante a redação deste relatório. Obrigada por toda a motivação que me deu nos momentos em que mais precisei e também por todo o conhecimento que me transmitiu, que foi fundamental para ajudar na reflexão acerca da minha intervenção e posteriormente, acerca do meu relatório de estágio.

À minha orientadora local, Dr.<sup>a</sup> Graça Mira, quero agradecer por me ter recebido de braços abertos e por se ter mostrado sempre disponível para me ajudar, para esclarecer as minhas dúvidas e para me transmitir todo o conhecimento que possuí na área do Neurodesenvolvimento, o que possibilitou que o meu estágio curricular se tenha tornado numa experiência ainda mais enriquecedora.

Quero agradecer também a todas as pessoas com as quais tive o prazer de conviver durante o meu estágio curricular, tanto no Serviço de Pediatria como no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e que, de uma forma ou de outra, me ajudaram durante este período. Agradeço às educadoras da infância que me receberam de braços abertos nos grupos terapêuticos e que tanto conhecimento me transmitiram no âmbito da saúde mental infantojuvenil e também aos médicos, aos técnicos, ao pessoal administrativo e às minhas colegas de estágio, em especial à Patrícia. Um agradecimento especial aos meus meninos, que me permitiram crescer a nível pessoal e profissional, e também aos pais que se prontificaram a levar os filhos às sessões, garantindo a sua assiduidade.

À minha madrinha de curso e amiga, Inês Rosário, quero agradecer o apoio que me tem dado ao longo destes (quase) 6 anos. Obrigada por toda a ajuda e motivação que me dás, mesmo quando a tua agenda está mais que preenchida!

Quero agradecer à Daniela Guerreiro pela ajuda que me tem dado ao longo destes anos, por estar sempre disponível para me ouvir e para corrigir os meus “de” (sei que vais ter saudades).

Aos amigos que a Universidade de Évora me trouxe ao longo destes anos, Adriana Feijão, Ana Filipa Mamede, Ana Placas, Catarina Babau, Inês Pires, João Belona, Léa Greffoz, Rui Martins, Sara Venâncio, agradeço do fundo do coração o facto de terem tornado o meu percurso académico ainda mais feliz.

À Inês Gonçalves quero agradecer pela amizade, apoio e motivação constante que me tem dado ao longo dos últimos anos. Obrigada por estares sempre disponível para me ajudar em tudo o que preciso, até para melhorar os meus abstracts.

Aos meus amigos de sempre, Carmem Clara, Inês Tubal, José Piteira, Rita Pragana Clara, Simone Dias, Sofia Galveias e Sofia Torneiros que me aturaram, me apoiaram e me deram força ao longo deste período, MUITO obrigada. Sou grata por vos ter na minha vida.

Por fim, mas não menos importantes, quero agradecer aos meus pais, que sempre me apoiaram em tudo e facultaram todas as ferramentas necessárias para que pudesse chegar até aqui. Agradeço à minha família, que são o meu pilar, por estarem sempre presentes e me apoiarem.

## RESUMO

### **Intervenção Psicomotora no Serviço de Pediatria e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital do Espírito Santo de Évora**

No presente Relatório de Estágio irá ser realizada uma descrição de todas as experiências e atividades vivenciadas durante o estágio curricular, que teve lugar no Hospital do Espírito Santo de Évora, no Serviço de Pediatria (neurodesenvolvimento), onde foi essencial conhecer a criança e a patologia em questão para alterar o seu trajeto, estimular e/ou compensar faltas, e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (saúde mental infantojuvenil), onde foi essencial diminuir os sintomas de sofrimento associados às problemáticas observadas.

Serão apresentados de forma sucinta três casos acompanhados pela Psicomotricista estagiária e, de forma mais detalhada, dois estudos de caso: uma adolescente (estudo de caso I) do género feminino (12 anos), que apresentava crises de ansiedade com ataques de pânico e uma criança (estudo de caso II) do género masculino (8 anos), com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo que apresentava dificuldades de concentração/atenção, impulsividade e irritabilidade. Serão descritos todos os passos do projeto terapêutico, da avaliação à intervenção psicomotora, fazendo referência à progressão terapêutica de ambos os casos, sendo o estudo de caso II apresentado em formato artigo científico. Em ambos os estudos de caso, foi possível concluir através da avaliação psicomotora que a terapia psicomotora mostrou ser benéfica.

**Palavras-Chave:** Intervenção Psicomotora; Saúde Mental Infantojuvenil; Desenvolvimento Infantil; Ansiedade; Perturbação do Espectro do Autismo

## ABSTRACT

### **Psychomotor Intervention in the Pediatrics Service and in the Child and Adolescent Psychiatry Unit of the Espírito Santo Hospital of Évora**

In this Internship Report, a description will be made regarding all experiences and activities experienced during the curricular internship, which took place at Hospital do Espírito Santo de Évora, at the Pediatrics Service (neurodevelopment), where it was essential to know the child and the pathology in question in order to change their path, stimulate and / or compensate for absences, and at the Child and Adolescent Psychiatry Unit of the Department of Psychiatry and Mental Health (children's mental health), where it was essential to reduce the symptoms of suffering associated with the problems observed.

Three cases accompanied by the trainee psychomotricist will be presented briefly and, in more detail, two cases that were the case studies: a female adolescent (case study I) (12 years old), who presented anxiety attacks with panic attacks and a male child (case study II) (8 years old), diagnosed with Autism Spectrum Disorder who had difficulties in concentration/attention, impulsivity and irritability. All steps of the therapeutic project, from assessment to psychomotor intervention, will be described, making reference to the therapeutic progression of both cases, with case study II presented in scientific article format. In both case studies, it was possible to conclude through psychomotor assessment that psychomotor therapy proved to be beneficial.

**Key-Words:** Psychomotor Intervention; Child and Youth Mental Health; Child Development; Anxiety; Autism Spectrum Disorder

## **Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos**

**APP** – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

**BPM** – Bateria Psicomotora

**DAP** – *Draw a Person*

**DPSM** – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

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

**EAQ** – *Emotional Awereness Questionnaire*

**EPE** – Entidade Pública Empresarial

**HESE-EPE** – Hospital do Espírito Santo de Évora EPE

**ICCP** – Inventário de Comportamento da Criança para Pais

**MABC-2** – Movement Assessment Battery for Children - 2

**PEA** – Perturbação do Espectro do Autismo

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**UPIA** – Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

# ÍNDICE

<b><i>I. Introdução.....</i></b>	<b>1</b>
<b><i>II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional.....</i></b>	<b>3</b>
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA POPULAÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS .....</b>	<b>4</b>
1.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA.....	4
1.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA .....	4
<b>1.2. Organogramas do serviço de pediatria e do departamento de psiquiatria e saúde mental.....</b>	<b>4</b>
<b>2. PSICOMOTRICIDADE .....</b>	<b>6</b>
2.1. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA.....	7
2.2. A PSICOMOTRICIDADE E A SAÚDE MENTAL.....	8
2.3. A PSICOMOTRICIDADE E O NEURODESENVOLVIMENTO.....	9
<b>3. METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA .....</b>	<b>10</b>
<b><i>III. Organização das Atividades de Estágio.....</i></b>	<b>12</b>
<b>1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO REALIZADAS.....</b>	<b>12</b>
1.1. CALENDARIZAÇÃO E HORÁRIO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO.....	12
<b>2. EXPERIÊNCIAS COMPLEMENTARES E FORMAÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>3. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO LOCAL DE ESTÁGIO.....</b>	<b>14</b>
<b>4. ETAPAS DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>5. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....</b>	<b>16</b>
5.1. AVALIAÇÃO INFORMAL.....	16
5.2. AVALIAÇÃO FORMAL .....	17
<b>6. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM CONTEXTO INDIVIDUAL .....</b>	<b>23</b>
<b>7. OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS EM CONTEXTO DE SESSÃO.....</b>	<b>27</b>
<b><i>IV. Estudos de Caso.....</i></b>	<b>29</b>
<b>1. ESTUDO DE CASO I (SESSÃO INDIVIDUAL IV) .....</b>	<b>29</b>
1.1. BREVE IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO CASO .....	29
1.2. REVISÃO TEÓRICA DE APOIO AO ESTUDO DE CASO I (SESSÃO INDIVIDUAL IV) .....	29
1.2.1. ANSIEDADE .....	29
1.3. MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO PARA PSICOMOTRICIDADE.....	30
1.4. HISTÓRIA PESSOAL E CLÍNICA .....	30
1.5. AVALIAÇÃO INICIAL.....	32
1.5.1. AVALIAÇÃO INFORMAL.....	32
1.5.2. AVALIAÇÃO FORMAL .....	33

	VI
1.6. ELEMENTOS CRITÉRIO .....	38
1.7. HIPÓTESES EXPLICATIVAS .....	39
1.8. PERFIL INTRA-INDIVIDUAL.....	41
1.10. PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO .....	42
<b>2. ESTUDO DE CASO II (SESSÃO INDIVIDUAL II).....</b>	<b>52</b>
<b>1. Introdução .....</b>	<b>52</b>
<b>2. Metodologia .....</b>	<b>54</b>
<b>3. Resultados .....</b>	<b>62</b>
<b>4. Discussão dos resultados .....</b>	<b>64</b>
<b>5. Conclusões .....</b>	<b>65</b>
<b>6. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>66</b>
<b>V. Conclusão.....</b>	<b>67</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>68</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>VII</b>
Anexo A – Exemplo de relatório Psicomotor entregue no HESE (avaliação Inicial) .....	VIII
Anexo B – Estudo de Caso I (Carolina).....	XIII
Anexo C – Estudo de Caso II (Tomás).....	XV
Anexo D – Outros casos seguidos individualmente .....	XVII

## ÍNDICE DE TABELAS

<i>Tabela 1. Calendarização de estágio</i> .....	12
<i>Tabela 2. Horário de Estágio</i> .....	13
<i>Tabela 3. Descrição dos Grupos Terapêuticos (UPIA) observados</i> .....	27
<i>Tabela 4. Resultados da Avaliação Inicial do ICCP</i> .....	33
<i>Tabela 5. Resultados da Avaliação Inicial do EAQ</i> .....	34
<i>Tabela 6. Avaliação Inicial do DAP</i> .....	38
<i>Tabela 7. Perfil Intra-Individual</i> .....	41
<i>Tabela 8. Objetivos terapêuticos da Intervenção Psicomotora</i> .....	42
<i>Tabela 9. Resultados da Avaliação Inicial vs. Avaliação Final do ICCP</i> .....	46
<i>Tabela 10. Resultados da Avaliação Inicial vs. Avaliação Final do Questionário de Consciência Emocional</i> .....	46
<i>Tabela 11. Resultados da Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final do DAP</i> .....	49

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Organograma do Serviço de Pediatria</i> .....	4
<i>Figura 2. Organograma do Departamento de Saúde Mental</i> .....	4
<i>Figura 3. Avaliação Inicial do DAP (Homem, Mulher, o Próprio)</i> .....	26
<i>Figura 4. Avaliação Final do DAP (Homem, Mulher, o Próprio)</i> .....	26

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1. Resultados obtidos na Avaliação Inicial da BPM</i> .....	35
<i>Gráfico 2. Resultados da Avaliação Inicial e da Avaliação Final da BPM</i> .....	48

## I. INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi efetuado no âmbito da conclusão do Mestrado em Psicomotricidade, da Universidade de Évora. O Relatório de Estágio, intitulado Intervenção Psicomotora no Serviço de Pediatria e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital do Espírito Santo de Évora, resulta do estágio curricular realizado no Hospital do Espírito Santo de Évora, no Serviço de Pediatria e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade (2012), o Psicomotricista é considerado um perito no movimento, realizando intervenções psicomotoras focadas no corpo com o objetivo principal de potenciar o funcionamento psicossocial e a saúde mental em indivíduos de todas as faixas etárias. O Psicomotricista pode desenvolver a sua atividade profissional nos mais variados contextos, inclusive em contexto hospitalar, no âmbito do desenvolvimento (pediatria), da psiquiatria, da pedopsiquiatria, dos centros de desenvolvimento, entre outros (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

Em contexto hospitalar, o trabalho em equipa multidisciplinar é indispensável, assim como as reuniões existentes que permitem a discussão dos casos possibilitando que a intervenção seja mais ajustada às características de cada criança/adolescente (Costa, 2008). Geralmente, as equipas multidisciplinares são compostas por médicos, por enfermeiros especializados, por psicólogos, por terapeutas da fala, por terapeutas ocupacionais, por educadores, por assistentes sociais e por vezes, por psicomotricistas (Costa, 2008).

O estágio curricular realizado teve o objetivo de permitir que existisse um contacto direto com a intervenção psicomotora num contexto profissional, o que proporcionou um complemento da formação académica adquirida até aqui e também, um aprofundamento das competências do Psicomotricista, essenciais para a sua prática (Despacho nº 2418/2018: Regulamento do Estágio e Relatório Final do Mestrado em Psicomotricidade, 2018).

O Relatório de Estágio tem como objetivo geral, descrever toda a experiência vivenciada e adquirida durante o Estágio Curricular. Os objetivos específicos são os seguintes: contextualizar a prática psicomotora num serviço de pediatria e de saúde mental infantojuvenil, investigar e descrever os casos encaminhados para a Psicomotricidade, analisar e contextualizar a intervenção psicomotora dos casos individuais, investigar o resultado de uma intervenção psicomotora em dois estudos de casos com experimentação individual, que se enquadram nas perturbações mentais e do neurodesenvolvimento, refletir sobre a pertinência da Psicomotricidade no Serviço de Pediatria e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (UPIA), em contexto hospitalar e descrever as tarefas e atividades realizadas, enquanto Psicomotricista, no serviço de Pediatria e na UPIA durante o estágio.

O presente relatório de estágio encontra-se dividido em seis partes distintas. A primeira parte é a introdução, seguindo-se a parte II, intitulada Enquadramento Teórico da Prática

Profissional, onde será realizada uma caracterização da instituição, dos serviços onde o estágio curricular ocorreu, assim como uma contextualização teórica sobre a Psicomotricidade, sobre a Psicomotricidade e a Saúde Mental, sobre a Psicomotricidade e o Neurodesenvolvimento e, será também realizada, a descrição das metodologias de investigação utilizadas durante o estágio. Seguir-se-á a parte III, intitulada Organização das Atividades de Estágio, onde irá ser descrita de forma sistemática e pormenorizada as atividades que foram realizadas durante o período em que decorreu o estágio curricular e também de forma sucinta, três dos cinco casos acompanhados em Psicomotricidade. Posteriormente, será apresentada a parte IV, intitulada Estudos de Caso, onde será realizada uma descrição pormenorizada de todo o processo de avaliação e de intervenção psicomotora, assim como uma discussão final, dos dois Estudos de Caso, sendo que um dos estudos de caso será apresentado em formato de artigo científico. Por fim, concluir-se-á o relatório de estágio, fazendo uma reflexão profissional e pessoal e, será apresentada a lista de referências bibliográficas utilizadas para a realização do mesmo, seguindo-se os anexos.

## II. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

### 1. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA POPULAÇÃO

O Hospital do Espírito Santo de Évora EPE (HESE-EPE), presta cuidados de saúde à população do Alentejo há mais de 500 anos, sendo uma Entidade Pública Empresarial, desde 2007 (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.).

Atualmente, o HESE-EPE é uma pessoa coletiva de direito público e de natureza empresarial. Foi criada pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de Fevereiro e faz parte da rede de prestação de cuidados de saúde, referenciada no art.º 2 do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei Nº 27/2002, de 8 de Novembro (Regulamento Interno do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E., 2016).

É um hospital público geral que desempenha o papel de Hospital Central do Alentejo e está integrado no Serviço Nacional de Saúde. Tem a sua sede no Largo do Senhor da Pobreza, em Évora (Regulamento Interno do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E., 2016).

O principal objetivo do HESE-EPE é a prestação de cuidados de saúde a toda a população, tanto aos utentes do SNS como aos utentes de subsistemas de saúde ou a entidades externas. Também o desenvolvimento de atividades de investigação, de formação e de ensino é um dos objetivos, bem como a contribuição para a obtenção de ganhos de saúde em articulação com os cuidados de saúde primários e com o sector social e privado, o asseguramento da humanização dos cuidados e dos direitos dos utentes, a melhoria do acesso e a adequação da oferta de serviços, a melhoria da eficiência técnica e económica e da qualidade dos cuidados e da organização dos serviços (Regulamento Interno do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E., 2016).

No que diz respeito às suas valências básicas, o HESE-EPE tem como área de influência o distrito de Évora, que abrange os seus 14 concelhos. Já nas redes de referência hospitalar, a sua área de influência é a região do Alentejo (Regulamento Interno do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E., 2016).

O HESE-EPE rege-se por alguns valores, que passam pelo respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, a excelência técnica, a cultura da melhor gestão, o respeito pelas normas ambientais, a promoção da qualidade, a ética, integridade e transparência, a motivação e o trabalho em equipa (Regulamento Interno do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E., 2016).

Ao longo dos anos o HESE-EPE tem vindo a melhorar a sua prestação de cuidados aos utentes, através do aumento do quadro de profissionais de saúde e da melhoria da formação, assim como com a instalação de equipamento tecnológico avançado (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.).

## **1.1. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS**

### **1.1.1. CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PEDIATRIA**

O serviço de pediatria presta assistência a crianças e jovens até aos 17 anos e tem como principal compromisso o bem cuidar dos seus utentes e familiares, realizando um atendimento que contribua para a melhoria da condição de saúde das crianças atendidas (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.).

As consultas externas de Pediatria funcionam desde 1997, no edifício do Patrocínio, sendo que o serviço dispõe de sete gabinetes de consulta, uma sala de espera, uma sala de tratamentos, um gabinete de enfermagem, uma sala de atividades lúdicas e um balcão de atendimento (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.).

O serviço de pediatria oferece várias consultas, como por exemplo, Consulta de Pediatria geral, Consulta de Desenvolvimento, Consulta de Psicologia, Consulta de Hematologia Pediátrica, Consulta de Reabilitação Pediátrica, entre outras (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.).

O diretor de Serviço é o Dr. Hélder Ornelas e a Enfermeira Chefe de Pediatria, da Unidade de Neonatologia e da Urgência Pediátrica é a Enf.<sup>a</sup> Ana Dias (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.) (ver figura 1).

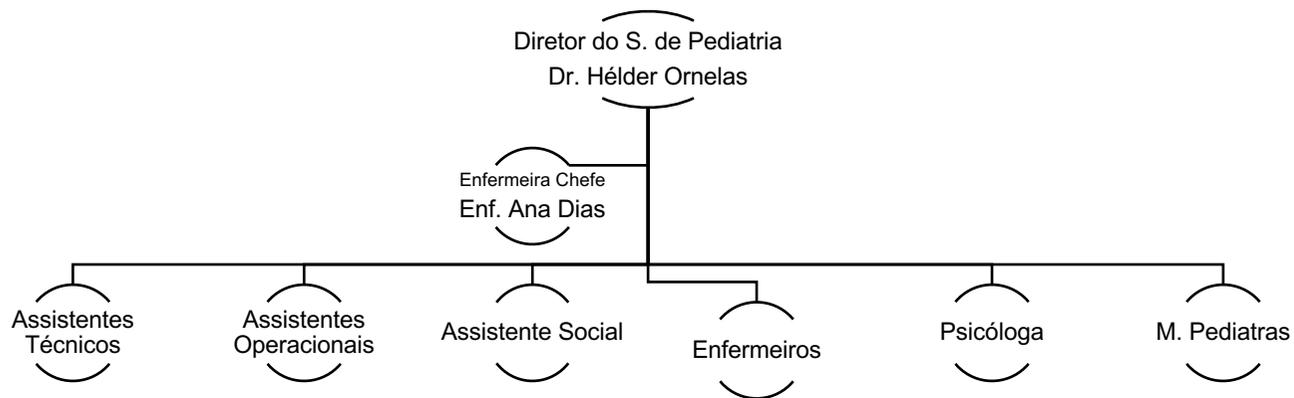
### **1.1.2. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA**

A Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UPIA) está englobada ao Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM). A equipa da unidade engloba áreas de intervenção como é o caso da Psicologia, da Terapia da Fala, da Terapia Ocupacional, do Serviço Social, da Enfermagem e dos Grupos Terapêuticos (Hospital do Espírito Santo de Évora, s.d.). As educadoras da infância são as principais responsáveis pelos grupos terapêuticos que decorrem todas as semanas, de terça a sexta-feira.

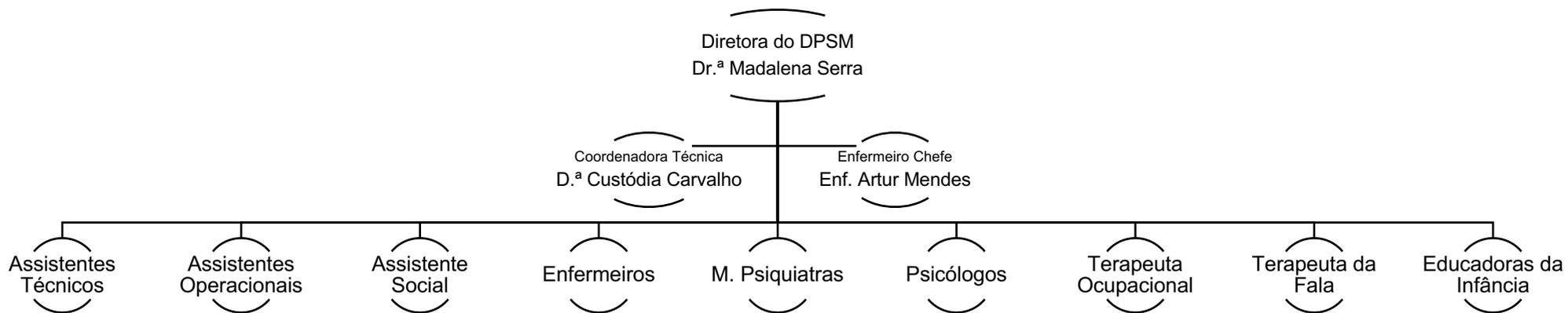
A principal função da UPIA é a triagem de casos, que é realizada semanalmente nas reuniões de equipa, onde estão presentes todos os técnicos. Na reunião é feita uma discussão dos casos e de seguida é realizado o encaminhamento para a respetiva valência (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.).

A diretora do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é a Dr.<sup>a</sup> Madalena Serra, a Coordenadora Técnica é a D. Custódia Carvalho e o Enfermeiro Chefe é o Enf.<sup>o</sup> Artur Mendes (Hospital do Espírito Santo de Évora EPE, s.d.) (ver figura 2).

## 1.2. ORGANOGRAMAS DO SERVIÇO DE PEDIATRIA E DO DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL



**Figura 1.** Organograma do Serviço de Pediatria



**Figura 2.** Organograma do Departamento de Saúde Mental

## 2. PSICOMOTRICIDADE

Foi no início do século XX que o conceito Psicomotricidade surgiu graças às importantes descobertas de neurofisiologistas (Calza, Contant & Moyano, 2007). Dupré, considerado o avô da Psicomotricidade, descreveu pela primeira vez, em 1915, o desequilíbrio motor referindo que este se poderia dever a uma anomalia congénita ou adquirida que ocorre de forma precoce, designando de “debilidade motora” (Ballouard, 2008). Ao longo deste período, a Psicomotricidade foi-se apoiando nas noções da neurobiologia e beneficiou dos conhecimentos transmitidos por Piaget e Gesell nas obras de psicologia genética (Calza, Contant & Moyano, 2007). No entanto, foi graças a Wallon, autor reconhecido na área da psicologia em França, que a Psicomotricidade conseguiu estender a sua investigação (Calza, Contant & Moyano, 2007). Para tal, contribuíram as pesquisas que o autor realizou na área da evolução psicológica em crianças, bem como à importância dada relativamente às emoções e ao acesso à comunicação no desenvolvimento infantil (Calza, Contant & Moyano, 2007). Ajuriaguerra, que também se inspirou no trabalho de Wallon, possibilitou a ampliação das bases em que a Psicomotricidade assenta, contribuindo tanto no campo da neurofisiologia como no campo da psicanálise (Calza, Contant & Moyano, 2007), dando também inúmeros contributos no campo da psiquiatria infantil, com os seus estudos sobre funcionamento e disfunção nervosa, assim como integração e desintegração funcional, auto-organização e experiência na reciprocidade de interações (Ballouard, 2008). Em 1959, isolou e definiu distúrbios psicomotores, incorporando as contribuições da área da neuropsiquiatria (Dupré), da área da psicologia Genética (Valônia), da área da fenomenologia (Merleau-Ponty) e da área da Psicanálise (Freud), tendo isso sido considerado como o ato fundador da Psicomotricidade (Ballouard, 2008).

Segundo Rigal (2009), a Psicomotricidade foi concebida tendo em conta a componente psicossomática do indivíduo, caracterizando-se por sendo não só uma área onde são estudadas as interações entre as funções psíquicas e motoras, englobando os comportamentos motores, mas também onde a intervenção psicomotora atua sobre o comportamento do indivíduo.

A Psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano e na relação que se estabelece entre o corpo e a mente, integrando assim as interações físicas, emocionais, simbólicas e cognitivas do indivíduo para este ser e atuar num contexto biopsicossocial (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012).

As nossas ações e atitudes são o resultado das interações realizadas entre as áreas sócio afetivas, cognitivas e motoras e vão refletir a complexidade da nossa personalidade (Rigal, 2009). A componente psíquica dos indivíduos transpõe-se para o corpo, através das manifestações motoras, por isso, através da observação dos comportamentos do indivíduo é possível perceber os efeitos das perturbações que este apresenta (Rigal, 2009). Portanto, não existe uma origem unidirecional entre a componente psíquica e a motora, mas sim uma correlação entre ambos, constituindo-se os fundamentos da Psicomotricidade através desta interligação (Rigal, 2009).

## 2.1. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

Segundo Martins (2001), a Psicomotricidade tem vindo ao longo dos anos a ser marcada pela pluralidade, com intervenções de carácter (re)educativo e terapêutico, que são fundamentadas tendo em conta o desenvolvimento infantil e os modelos teóricos existentes nas áreas da psicanálise, do cognitivismo, da fenomenologia, das abordagens sistémicas e da neurologia (Martins, 2001). Dependendo do contexto de intervenção, o Psicomotricista pode adotar uma intervenção de carácter educativo, em contextos onde o objetivo principal é a estimulação do desenvolvimento ou então, nos contextos onde existe um comprometimento do desenvolvimento, da aprendizagem e/ou da componente relacional o Psicomotricista vai adotar uma intervenção de carácter reeducativo ou terapêutico (Martins, 2001).

Segundo Rigal (2009), a intervenção em Psicomotricidade agrupa-se em três eixos diferentes. No primeiro eixo temos a reeducação psicomotora, que tem como objetivo estimular o desenvolvimento normal da criança, no segundo eixo temos a educação psicomotora, que tem como objetivo restabelecer as funções harmonizadas e, no terceiro e último eixo temos a terapia psicomotora, que tem como objetivo a intervenção a indivíduos com perturbações do comportamento (Rigal, 2009).

A Intervenção em Psicomotricidade tem um espectro bastante alargado, sendo que o Psicomotricista pode intervir com todas as faixas etárias (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011). Por exemplo, pode intervir em contexto de intervenção precoce com bebés e também com um variado leque de perturbações psicomotoras em crianças/adolescentes/adultos e, em casos de manutenção das capacidades psicomotoras com idosos, na área da GerontoPsicomotricidade (Ballouard, 2008).

Após a realização de uma avaliação psicomotora aprofundada, a Prática Psicomotora vai recorrer a um vasto leque de técnicas, de forma a dinamizar atividades que podem recorrer ao movimento, ao jogo, à expressividade, à consciencialização corporal, à relaxação, à grafomotricidade, etc. (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012), ou seja, as técnicas de intervenção psicomotora são bastante abrangentes, mas têm algo em comum, o corpo em expressão e movimento (Ballouard, 2008).

A intervenção psicomotora promove a difusão das ligações entre o corpo e o psiquismo, o espaço e o tempo e o real e o imaginário, o que leva à promoção de uma melhor capacidade de adaptação do indivíduo nas trocas com o seu envolvimento (Martins, 2001), sendo que durante a intervenção psicomotora, o terapeuta deve procurar fomentar o diálogo, ser responsivo, dar sentido a ocorrências, transpondo as sensações, sentimentos e emoções por palavras, apelando ainda à criatividade e respeitando sempre o ritmo de desenvolvimento das crianças (Costa, 2008).

A intervenção psicomotora é realizada através da mediação corporal e expressiva, onde o psicomotricista vai equilibrar a expressão motora inadequada ou inadaptada, em casos de problemas de desenvolvimento, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo

(APP, 2011), que podem ocorrer durante o desenvolvimento das crianças tendo em conta os fatores biológicos, emocionais, traumáticos e/ou ambientais (Ballouard, 2008). A intervenção psicomotora vai possibilitar à criança uma redescoberta do prazer sensorio-motor e da regulação tónica, o que se vai traduzir posteriormente, numa adequação dos processos simbólicos (Martins, 2001) e de uma melhor adaptação aos contextos (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

## **2.2. A PSICOMOTRICIDADE E A SAÚDE MENTAL**

O bem-estar mental é indispensável para a saúde, uma vez que uma boa saúde mental vai possibilitar que o indivíduo tenha noção do seu potencial, consiga lidar com o stress causado pelas circunstâncias do quotidiano, consiga desempenhar o seu trabalho de forma eficiente e contribuir para a comunidade em que está inserido (WHO, 2013). Nas crianças, é dado um maior enfoque nos aspetos desenvolvimentais, nomeadamente, ter um sentido positivo de identidade, ser capaz de lidar com pensamentos e emoções, construir relações sociais, ter capacidade de aprender e ter uma educação, e participar ativamente na sociedade (WHO, 2013).

É bastante importante a promoção e prevenção da saúde mental numa fase da vida mais precoce, uma vez que 50% das perturbações mentais nos adultos manifestam-se antes dos 14 anos (WHO, 2013). Estima-se que 10 a 20% das crianças apresentem perturbações emocionais ou de comportamento, com um ou mais problemas a nível da saúde mental (DGS, 2013). As crianças e os adolescentes que possuem uma perturbação mental devem ter acesso a uma intervenção o mais antecipada possível, de forma a evitar a institucionalização e o uso de medicação (WHO, 2013).

Os serviços de saúde mental infantojuvenil são compostos por equipas multidisciplinares, que têm como principal objetivo a avaliação e observação das crianças/adolescentes tendo em conta o desenvolvimento, o contexto sociofamiliar e escolar onde estas crianças/adolescentes estão inseridas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

Num contexto de Saúde Mental Infantil e da Adolescência, a Intervenção Psicomotora vai adquirir um carácter preventivo e terapêutico, com o objetivo principal de equilibrar os sintomas que estão associados às problemáticas observadas, como é o caso, do desenvolvimento psicomotor, da regulação tónica, da autorregulação do comportamento, do esquema corporal, da imagem corporal, da gestão da atenção, da harmonia da autoimagem e autoestima, da gestão as emoções e, por fim, da comunicação verbal e não verbal (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

A Psicomotricidade tem-se vindo a desenvolver e, por conseguinte, começou a ser mais comum a integração de Psicomotricistas nas equipas multidisciplinares de saúde mental (Joly, 2007). Os Psicomotricistas podem intervir, por exemplo, com perturbações do comportamento, perturbações da personalidade, distúrbios da imagem corporal, perturbação da hiperatividade e

défice de atenção, instabilidade psicomotora (Joly, 2007), assim como, perturbações de ansiedade, perturbações alimentares e perturbações do desenvolvimento psicológico (Matias & Morais, 2011).

### **2.3. A PSICOMOTRICIDADE E O NEURODESENVOLVIMENTO**

Segundo Leitão (2019), o neurodesenvolvimento caracteriza-se pela evolução do cérebro e das capacidades do mesmo, sendo que essa evolução começa numa fase muito precoce do desenvolvimento e vai evoluindo em termos de complexidade e aperfeiçoamento. O cérebro é essencial para a motricidade global, para a motricidade fina, para a comunicação e linguagem e também para as competências sócio emocionais (Leitão, 2019).

O desenvolvimento das crianças é um processo dinâmico e constante, que ocorre por estádios e que está interrelacionado (por exemplo, as competências sociais são diretamente afetadas pelo desenvolvimento da linguagem e vice-versa), no entanto, a velocidade com que se desenvolvem varia entre crianças, uma vez que a idade com que cada criança passa pelos estádios de desenvolvimento pode variar e, por isso, a idade com que adquirem certo marco de desenvolvimento também varia (DGS, 2013; Leitão, 2019).

As crianças estão em constante processo de desenvolvimento, tanto a nível motor, como cognitivo, emocional e social (DGS, 2013). Por isso, só através de uma avaliação do desenvolvimento é que se torna possível fazer uma identificação precoce de perturbações que estão interligadas com o seu desenvolvimento global (DGS, 2013). A identificação precoce destas perturbações é bastante positiva para a criança a nível da qualidade de vida, do sucesso educacional, da integração social, entre outros, permitindo assim uma intervenção necessária para as dificuldades apresentadas (DGS, 2013). Segundo Ferreira (2004), é possível que devido a fatores referidos anteriormente, não exista um desenvolvimento típico. As perturbações do neurodesenvolvimento vão manifestar-se numa fase precoce do desenvolvimento das crianças e caracterizam-se por alterações no desenvolvimento, que vão influenciar a nível do funcionamento pessoal, social, académico e ocupacional (APA, 2014).

No âmbito do neurodesenvolvimento, a intervenção do psicomotricista é orientada por um conjunto de informações sobre a criança, do seu desenvolvimento e também dos processos que são implícitos no desenvolvimento e nas patologias que podem ser apresentadas pelas crianças (Miermon, Benois-Marouani & Jover, 2015). Para o Psicomotricista intervir com crianças no âmbito do neurodesenvolvimento é imperativo ter um conhecimento prévio sobre o desenvolvimento e sobre a patologia em questão, de forma a tentar alterar o seu trajeto, estimular a evolução da criança e/ou compensar as faltas (Miermon, Benois-Marouani & Jover, 2015).

A Psicomotricidade pode intervir em várias perturbações do neurodesenvolvimento, como é o caso da perturbação da coordenação motora ou outras limitações a nível do movimento, que podem ocorrer devido a doença ou traumatismos, assim como na Perturbação do Espetro do Autismo, nas Dificuldades Específicas da Aprendizagem, no Mutismo Seletivo, na

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, em Perturbações do Controlo Psicomotor (como por exemplo, gaguez e tiques), em Perturbações Sensoriais, entre outros (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

### 3. METODOLOGIAS DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

As técnicas utilizadas em Psicomotricidade apesar de serem bastante abrangentes, têm algo que as unifica, o corpo em expressão e em movimento (Ballouard, 2008). A Intervenção Psicomotora deve fundamentar-se em momentos que possibilitem a superação de bloqueios e também a libertação e adaptabilidade gestual do indivíduo, promovendo também uma atmosfera tolerante, securizante e lúdica durante as sessões terapêuticas (Martins, 2001).

Durante o estágio curricular a Psicomotricista acompanhou 5 casos individualmente, que exibiam diferentes características. Por isso, para trabalhar os objetivos definidos para cada caso, a Psicomotricista recorreu a várias técnicas que serão descritas seguidamente:

- **Técnicas gnoso-práticas:** As Técnicas Gnoso-Práticas têm como objetivo principal promover o desenvolvimento das aptidões psicomotoras, assim como potenciar a regulação do comportamento, recorrendo para isso à relação dialética entre a ação e a representação, a praxia e a gnose (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011), sendo que, Martins (2001), refere a importância da verbalização tanto no momento de planeamento da atividade, como após a realização da atividade, permitindo assim que a criança passe da experiência imediata à tomada de consciência. As áreas pré-motoras definem-se como a base da planificação e da organização das sequências motoras e são responsáveis por movimentos mais complexos e pelas praxias (Fonseca, 2010a). Ao receberem informações do córtex associativo parietal posterior e do córtex associativo pré-frontal, as áreas pré-motoras vão permitir que as informações sejam projetadas no córtex motor primário (responsável pela concretização motora) e também na medula, para assim o movimento ser finalmente executado (Fonseca, 2010a). Os padrões motores e os reflexos que têm origem na medula, no cerebelo e no tronco cerebral permitem ao córtex motor controlar as informações que são essenciais na planificação e na execução (Fonseca, 2010a). No que diz respeito à motricidade humana, o controlo motor retrata a sensibilidade, a cognição e a consciência (Fonseca, 2010a). O movimento abrange vários subprocessos cognitivos, nomeadamente, o reconhecimento da situação, a escolha da resposta motora, a intenção, a decisão, a programação da resposta, a concretização do movimento e a constatação e estimulação dos resultados (Fonseca, 2010a). O movimento humano relaciona-se diretamente com a planificação e a execução (Fonseca, 2010a).

- **Jogo Espontâneo:** O jogo espontâneo é de extrema importância para que a criança desenvolva o seu pensamento, possibilitando também que a criança desenvolva e idealize atividades que vão de encontro às necessidades psicoafectivas e emocionais que possui, como por exemplo, *“construir uma casa com os tecidos, colchões e blocos de espuma, em que se deita e se envolve com tecidos para experimentar uma sensação de tranquilidade, ou correr por toda a sala com um bastão na mão como se fosse um guerreiro para afirmar a sua identidade”*

(Fernandes, Gutierrez Filho & Gonçalves de Rezende, 2018). É importante que o terapeuta participe no jogo espontâneo da criança, aprenda a ouvir, utilize a criatividade para introduzir novos elementos lúdicos no jogo, esteja disponível para ser e estar (Fernandes, Gutierrez Filho & Gonçalves de Rezende, 2018). O terapeuta deve também fomentar o diálogo, ser responsivo, dar sentido a ocorrências, transpondo as sensações, sentimentos e emoções por palavras (Costa, 2008). Por fim, deve apelar à criatividade, respeitando sempre o ritmo de desenvolvimento das crianças (Costa, 2008). Esta atitude por parte do terapeuta, permite que a criança experiencie a capacidade de autonomia, de eficácia e de auto-confiança sentindo-se, por conseguinte, valorizada e competente durante o jogo espontâneo, uma vez que está a realizar aquilo que pretende (Fernandes, Gutierrez Filho & Gonçalves de Rezende, 2018).

- **Terapias Expressivas:** As terapias expressivas caracterizam-se por recorrerem à música, à arte, à dança e/ou movimento, ao drama, entre outros, enquadrando esses recursos no contexto da psicoterapia, dos cuidados de saúde e da reabilitação (Malchiodi, 2005). As Terapias Expressivas possibilitam que os indivíduos desenvolvam a capacidade de comunicar de forma célere assuntos/acontecimentos com os quais estão a lidar, o que se torna mais fácil do que noutro tipo de terapias que envolvam a comunicação verbal (Malchiodi, 2005).

- **Métodos de Relaxação:** Atualmente existem vários métodos de relaxação mas todos eles têm um objetivo em comum, a ação que é exercida sobre o corpo do indivíduo com o objetivo de aceder a um estado de relaxamento, sendo que de uma forma geral, a relaxação é uma técnica psicocorporal, que tem como objetivo harmonizar as funções fisiológicas e psicológicas e possibilitar a organização tónica dos indivíduos, proporcionando uma diminuição dos níveis de alerta e por conseguinte, um precipitar das alterações ao nível dos estados de consciência (André, Benavides & Giromini, 2004; Guiose, 2015). Os métodos de relaxação terapêutica baseiam-se em técnicas elaboradas e compiladas e trabalham o sector tensional e o tónus da personalidade do indivíduo (André, Benavides & Giromini, 2004). Na relaxação existem duas vertentes, a vertente reeducativa, quando o objetivo se prende com a obtenção de controlo do tónus e dos fenómenos tónico-emocionais, e a vertente terapêutica de mediação corporal, quando o objetivo se prende com o desenvolvimento das representações corporais do indivíduo, recorrendo para isso à relação terapêutica (André, Benavides & Giromini, 2004).

### III. ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

#### 1. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO REALIZADAS

##### 1.1. CALENDARIZAÇÃO E HORÁRIO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

O Estágio Curricular decorreu no Serviço de Pediatria e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital do Espírito Santo de Évora e teve uma duração de 9 meses, de Outubro de 2018 a Julho de 2019. Seguidamente, é apresentada a tabela 1 com a calendarização das atividades definidas para o Estágio.

**Tabela 1.** Calendarização de estágio

	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Estágio Curricular										
Integração na Equipa										
Observação das Consultas de A.D.										
Reuniões Clínicas										
Observação dos Grupos Terapêuticos										
Avaliações Iniciais										
Intervenção Psicomotora										
Avaliações Finais										

No que diz respeito ao horário do estágio (ver tabela 2), foi elaborado tendo como base, primeiramente, os horários de funcionamento dos grupos terapêuticos, das reuniões clínicas da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência e das Consultas de Apoio ao Desenvolvimento (A.D.). A disponibilidade de gabinetes para as sessões individuais de Psicomotricidade, tanto nas consultas externas do Serviço de Pediatria como no DPSM, também foi tida em conta na construção do horário de estágio. Por último, também a disponibilidade das crianças/pais foi um fator a ter em conta na elaboração do horário.

**Tabela 2. Horário de Estágio**

Dia Hora	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	
9:30h – 11:30h	Organização da Semana de Estágio	Grupos Terapêuticos (G.E.T.E <sup>1</sup> 1)	Reunião Semanal de Equipa (UPIA)	Observação das Consultas de Apoio ao Desenvolvimento (Dr. <sup>a</sup> Graça Mira)	
11:30h – 12:30h			Elaboração do Relatório de Estágio		
12:30h – 14:00h	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	
14:00h – 14:30h	Observação das Consultas de Apoio ao Desenvolvimento (Dr. <sup>a</sup> Graça Mira)	Grupos Terapêuticos (G.E.T.E <sup>1</sup> 1)	Grupos Terapêuticos (G.A.I.E.E <sup>2</sup> 1)* (G.A.I.E.E <sup>2</sup> 3)*	Entrevista Familiar (UPIA)	Observação das Consultas de Apoio ao Desenvolvimento (Dr. <sup>a</sup> Graça Mira)
14:30h - 15:00h					
15:00h – 15:30h					
15:30h: 16:00h		Sessão Individual Caso IV			
16:00h - 16:30h		Sessão Individual Caso IV*			
16:30h – 17:00h	Sessão Individual Caso I	Organização de assuntos relacionados com o estágio		Sessão Individual Caso V	
17:00h – 17:30h					
17:30h – 18:00h	Sessão Individual Caso II	Sessão Individual Caso III			
18:00h – 18:30h					

## 2. EXPERIÊNCIAS COMPLEMENTARES E FORMAÇÃO

Durante o Estágio Curricular foram desenvolvidas diversas atividades, estando a maioria das atividades representadas no horário (ver tabela 2). O trabalho desenvolvido passou pela:

- ⇒ Observação das **Consultas de Apoio ao Desenvolvimento**, com uma médica pediatra, onde são eram seguidas crianças, dos 0 aos 18 anos, com as mais variadas problemáticas no âmbito do neurodesenvolvimento (e.g.: Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação Específica da Aprendizagem, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Síndrome de Down, entre outras). Em algumas destas consultas, a médica recorreu ao instrumento de *screening* Schedule of Growing Skills para fazer uma avaliação do desenvolvimento das crianças.
- ⇒ Observação de três apresentações, realizadas no âmbito do Desenvolvimento pelos internos de Pediatria nas **Sessões Clínicas**, que tiveram como tema: (i) Os Sinais Precoces

\* Horário em vigor até dia 13 de Fevereiro de 2019

<sup>1</sup> G.E.T.E - Grupos de Educação Terapêutico – Educativos

<sup>2</sup> G.A.I.E.E - Grupos de Aptidão Interpessoal e Expressão Emocional

do Autismo, (ii) A PHDA e (iii) As birras. As sessões clínicas realizavam-se todas as quintas-feiras às 12:30h.

- ⇒ Observação dos **Grupos Terapêuticos** da UPIA, nomeadamente do G.E.T.E 1 (Grupos de Educação Terapêutico – Educativos) (crianças com idades compreendidas entre os 6 aos 9 anos) e do G.A.I.E.E 1 (Grupos de Aptidão Interpessoal e Expressão Emocional) e G.A.I.E.E 3 (adolescentes com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos). O G.E.T.E 1 (Grupos de Educação Terapêutico – Educativos) conta com a participação das Educadoras da Infância, da Terapeuta da Fala e da Terapeuta Ocupacional, enquanto que o G.A.I.E.E 1 e 3 conta com a participação das Educadoras da Infância, assim como do psicólogo. Cada grupo é formado tendo em conta a idade da criança/adolescente e a problemática que este apresenta.
- ⇒ Participação na **Reunião Semanal da UPIA**, que é composta por um Psicólogo, uma Psiquiatra, uma Terapeuta da Fala, uma Terapeuta Ocupacional, uma Enfermeira, duas Educadoras da Infância e as estagiárias de Psicomotricidade, de Psicologia e de Terapia Ocupacional. Nesta reunião semanal são apresentados e discutidos os casos que foram encaminhados para o DPSM e que já realizaram uma entrevista familiar. Depois dessa apresentação, é então feito o encaminhamento para o técnico que melhor se adequa às necessidades apresentadas por cada criança/adolescente.
- ⇒ Realização de 15 **Entrevistas Familiares**, todas as semanas a partir de Março de 2019, que foram apresentadas na reunião semanal da equipa. Estas entrevistas foram realizadas aos pais/cuidadores de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 15 anos.
- ⇒ Observação das **primeiras Consultas de Psicologia** de casos que também foram encaminhados para a Psicomotricidade.
- ⇒ **Intervenção Psicomotora em contexto individual** com três crianças do Serviço de Pediatria e duas crianças da Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

### 3. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO LOCAL DE ESTÁGIO

O estágio curricular decorreu no Serviço de Pediatria e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Departamento de Saúde Mental, sendo que o processo de encaminhamento das crianças/adolescentes para avaliação em Psicomotricidade e posterior seguimento foi feito de forma diferente nos dois sítios onde decorreu o estágio. No Serviço de Pediatria, a Psicomotricista estava inserida na Consulta de Apoio ao Desenvolvimento, por isso, no início do estágio curricular, a Médica Pediatra responsável pela Consulta de Apoio ao Desenvolvimento fez um levantamento de todos os casos que poderiam beneficiar de um seguimento em Psicomotricidade e, juntamente, com a psicomotricista, foi realizada uma seleção final tendo não só em conta as patologias apresentadas mas também o local de residência, uma vez que foi considerado um fator que poderia influenciar a assiduidade às sessões de Psicomotricidade. Após a seleção, foi feito um contacto telefónico aos pais com o intuito de explicar brevemente o que iria acontecer e de marcar uma reunião com a Psicomotricista para

que fossem explicados todos os passos da intervenção, sendo que após o consentimento dos pais começava-se o processo de avaliação. Na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, todos os casos tinham inicialmente uma entrevista familiar onde eram recolhidos todos os dados, sendo que os casos foram encaminhados para Psicomotricidade nas reuniões clínicas que aconteciam semanalmente, após a discussão do caso pela equipa da UPIA.

Após cada momento de avaliação, inicial e final, foi elaborado o Relatório de Avaliação Psicomotora (ver Anexo A) e o Relatório de Intervenção Psicomotora, respetivamente, com vista a incluí-los no processo clínico de cada criança para poderem ser consultados por futuros técnicos que venham a intervir com a criança. É importante referir que ao longo da intervenção foi existindo comunicação com o médico ou psicólogo que também seguia as crianças.

Relativamente ao espaço de intervenção, tanto no Serviço de Pediatria como no DPSM, não existia um gabinete destinado às sessões de Psicomotricidade, por isso, os gabinetes onde decorreram as sessões de Psicomotricidade iam variando conforme os dias/semanas, tendo em conta a disponibilidade de gabinetes, a agenda dos médicos/técnicos e também o horário das estagiárias de Psicologia, sendo que os administrativos acabaram por ajudar nesta gestão dos gabinetes.

As sessões tinham duração de 45 minutos e eram adaptadas a cada criança e às suas dificuldades. De uma forma geral, as sessões incluíam um momento de acolhimento e conversa inicial, posteriormente passava-se para parte fundamental da sessão, onde eram propostas atividades que estavam de acordo com o projeto terapêutico elaborado, permitindo também que as crianças participassem em algumas escolhas de atividades e, após este período a sessão terminava num momento de retorno à calma seguida de uma conversa final e reflexão. Todas as sessões tinham lugar mais ao fim do dia, após o período letivo das crianças acabar, tendo sido um dos pedidos dos pais.

Por fim, as sessões de Psicomotricidade foram apenas de carácter individual, não tendo sido possível formar um grupo para sessões de Psicomotricidade, pela não existência de disponibilidade de espaço para um grupo e também pela disponibilidade de horário por parte dos pais.

#### **4. ETAPAS DE INTERVENÇÃO**

Para que o projeto terapêutico possa ser bem elaborado é importante que antes de iniciar qualquer intervenção, seja realizada uma avaliação psicomotora, de forma a aferir quais são as dificuldades gerais do indivíduo (Ballouard, 2008). Assim, antes de se dar início à Intervenção Psicomotora, é importante que exista uma avaliação inicial. Na avaliação, que deve ser realizada num *setting* específico, o Psicomotricista vai recorrer a instrumentos quantitativos (e.g. testes e baterias) e a instrumentos qualitativos (e.g., grelhas de observação psicomotora) (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012). É importante não confundir as duas vertentes da avaliação, nem tentar separá-las (Ballouard, 2008). A aplicação destes instrumentos de avaliação permite

que o indivíduo exponha as suas dificuldades e competências ao terapeuta, possibilitando também o estabelecimento inicial da relação terapêutica (Ballouard, 2008).

O Psicomotricista é um especialista em várias áreas, como é o caso da percepção, das praxias, da coordenação, da lateralização, da estruturação espaço-temporal, do esquema e da imagem corporal, das emoções, da comunicação não-verbal, do movimento, da interação social, entre outros (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012). Por isso, para que possa realizar uma intervenção tendo em conta as problemáticas apresentadas pelas crianças, é necessário que o Psicomotricista aplique os testes adequados que permitam pôr em evidência as áreas de necessidade, onde tem de intervir, partindo das áreas de integridade da criança (Fonseca, 2010b).

Após a avaliação psicomotora, o Psicomotricista vai realizar um relatório de avaliação onde serão referidas as capacidades e as dificuldades psicomotoras do indivíduo. De seguida, será realizado o projeto terapêutico, onde serão definidos os objetivos terapêuticos da intervenção, assim como o *setting*, a metodologia da intervenção e a frequência e duração das sessões (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012), de acordo com o perfil intra-individual do indivíduo (Fonseca, 2010b).

## 5. DESCRIÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

### 5.1. AVALIAÇÃO INFORMAL

#### **Entrevista**

Durante a entrevista é feita uma recolha de dados anamnésicos que é imperativa para a construção do processo clínico (Costa, 2008). O processo clínico vai englobar todas as informações relativas aos elementos da história da criança que vão ser obtidas na entrevista, por isso é bastante importante que se organize de forma pormenorizada a história clínica, situando sintomas e queixas, para que seja mais fácil e fiável estabelecer uma apreciação diagnóstica (Costa, 2008). Durante a entrevista devem ser recolhidos dados sobre o desenvolvimento psicomotor, o desenvolvimento da linguagem e sobre o desenvolvimento emocional das crianças (Costa, 2008).

Segundo Bénony e Chahraoui (2002), a entrevista clínica pode ter diferentes objetivos: o objetivo diagnóstico, o objetivo de investigação e/ou o objetivo terapêutico. Vai permitir ao terapeuta obter informações acerca do indivíduo, das suas dificuldades, da sua história pessoal, entre outros tópicos, metendo assim em evidência o porquê dos sintomas/dificuldades que o indivíduo apresenta (Bénony & Chahraoui, 2002).

A entrevista clínica tem como principal objetivo recolher o máximo de informações sobre o indivíduo em questão, sendo imperativo analisar essas informações tendo em conta o indivíduo, ou seja, tendo em conta a sua história familiar e pessoal, as suas relações sociais, etc. (Bénony & Chahraoui, 2002). Durante a entrevista clínica é importante seguir algumas premissas

que são a não diretividade, o respeito, a neutralidade benevolente e a empatia (Bénony & Chahraoui, 2002).

Em contexto da Prática Psicomotora de Estágio as entrevistas foram realizadas aos pais e contaram com a presença das crianças.

### **Observação da atividade psicomotora espontânea**

Para a observação da atividade psicomotora espontânea, a Psicomotricista utilizou como base o Modelo de Observação Individual de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003). A observação psicomotora requer que o terapeuta possua uma série de competências, estratégias e ferramentas (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003). Sendo uma prática bastante complexa, deve ser, portanto, exercitada para potenciar as competências do terapeuta (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003).

Durante o decorrer da observação da atividade psicomotora espontânea, o Psicomotricista vai procurar observar a personalidade da criança, fazendo a ponte entre o ato motor e os aspetos objetivos e subjetivos que estão inerentes a esse ato motor (Costa, 2008). No entanto, é essencial que exista uma escuta e descentração por parte do psicomotricista, para que este consiga colocar-se no lugar da criança e dessa forma perceba como é que esta se está a sentir e qual é a significação da sua expressividade (Rodríguez & Llinares, 2008). O psicomotricista tem de observar a criança tendo em conta a sua dinâmica global de relacionamento, de investimento na atividade, nos materiais e nos indivíduos envolvidos (Rodríguez & Llinares, 2008).

O Modelo de Observação Individual de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003) encontra-se dividido em 9 áreas distintas, sendo elas: o movimento, a gestualidade, a postura, o tónus, o espaço, o tempo, os objetos, os outros e a representação.

## **5.2. AVALIAÇÃO FORMAL**

### **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP)**

O Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP), é um questionário preenchido pelos pais ou por adultos que desempenham a função de cuidadores da criança/adolescente e tem como principal objetivo a descrição e avaliação das competências sociais e dos problemas de comportamento de crianças e adolescentes, tais como são percebidos pelos seus pais/cuidadores (Albuquerque et. al, 1999). O ICCP pode ser utilizado em crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos de idade (Albuquerque et. al, 1999). É composto por duas partes distintas, sendo que foi apenas aplicada a segunda parte do ICCP, composta por 120 itens que dizem respeito a problemas de comportamento das crianças/adolescentes, sendo que desses 120 itens, 118 itens dizem respeito a perturbações específicas da saúde mental infantojuvenil (Albuquerque et. al, 1999).

Para responder aos itens apresentados, os pais/cuidadores têm três opções de resposta: “*não verdadeira*” que é cotada com zero pontos, “*às vezes verdadeira*” que é cotada com um ponto e “*muitas vezes verdadeira*” que é cotada com 2 pontos (Albuquerque et. al, 1999).

Após a cotação de todos os itens que englobam o ICCP, os resultados são apresentados por categorias, sendo que o ICCP está dividido em 9 categorias diferentes, que são as seguintes: Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperatividade/Problemas de Atenção, Depressão, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Isolamento, Ansiedade e Obsessivo-Esquizóide (Albuquerque et. al, 1999). Os resultados destas categorias podem traduzir-se num Percentil 85 (dentro da média), Percentil 95 (nível disfuncional) e Percentil 98 (nível patológico) (Albuquerque et. al, 1999).

### **Escala de Conners – Forma Reduzida para Pais e Professores**

A Escala de Conners pode ser utilizada em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 10 anos (Rodrigues, 2004). Tem como principal objetivo o despiste e avaliação de problemas de comportamento e existe uma versão para pais (comportamento que a criança apresenta em contexto familiar) e outra versão para professores (comportamento que a criança apresenta em contexto de sala de aula) (Rodrigues, 2004). Esta escala pode auxiliar médicos/técnicos durante o processo de avaliação de diagnóstico e de controlo do tratamento (Rodrigues, 2004).

A Escala de Conners para Pais – Versão Revista (Forma Reduzida) tem 27 itens, sendo que esses 27 itens estão agregados em 4 sub-escalas (A. Escala de Comportamentos de Oposição; B. Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção; C. Escala de Excesso de Atividade Motora; D. Índice de défice de Atenção e Hiperactividade) (Rodrigues, 2004). Para o preenchimento da escala, pede-se que os pais pensem nos comportamentos dos filhos no último mês, podendo escolher um número de 0-3 para classificar os comportamentos referidos nos itens (0- nunca; 1- um pouco; 2- frequentemente; 3- muito frequentemente) (Rodrigues, 2004). A Escala de Conners para Professores – Versão Revista (Forma Reduzida) tem 28 itens, sendo que esses 28 itens estão agregados em 4 sub-escalas (A. Escala de Comportamentos de Oposição; B. Escala de Problemas Cognitivos/Desatenção; C. Escala de Excesso de Atividade Motora; D. Índice de défice de Atenção e Hiperactividade) (Rodrigues, 2004). Para o preenchimento da escala, pede-se que os professores pensem na frequência dos comportamentos no último mês, podendo escolher um número de 0-3 para classificar os comportamentos referidos nos itens (0- nunca; 1- um pouco; 2- frequentemente; 3- muito frequentemente) (Rodrigues, 2004).

Após o preenchimento dos questionários por parte dos pais e dos professores, os dados são passados para a folha de cotação, sendo que cada item (pontuação de 0-3) pode corresponder a uma ou duas das escalas referidas anteriormente (Rodrigues, 2004).

## **Questionário de Consciência Emocional**

O Questionário de Consciência Emocional é um questionário de autopreenchimento para crianças e adolescentes dos 10 aos 18 anos, desenvolvido com o objetivo de identificar a forma como as crianças sentem e refletem sobre as suas próprias emoções e as emoções dos outros (Veiga, Oosterveld, Fernandes & Rieffe, 2017). É composto por 30 questões, sendo que essas 30 questões estão inseridas em seis escalas: Diferenciar Emoções (habilidade das crianças/adolescentes diferenciarem emoções e identificarem as suas causas), Partilhar Verbalmente Emoções (habilidade das crianças/adolescentes falarem sobre emoções), Não Esconder Emoções (habilidade das crianças/adolescentes para não inibir a expressão de emoções), Consciência Corporal (habilidade das crianças/adolescentes de terem atenção às sensações físicas provocadas pelas emoções), Atender às Emoções do Outro e Analisar Emoções (interesse das crianças/adolescentes nas emoções dos outros e nas suas próprias emoções) (Veiga, Oosterveld, Fernandes & Rieffe, 2017).

É então pedido que as crianças/adolescentes respondam às 30 questões, tendo três opções de resposta: *não verdadeira* (1 ponto), *por vezes verdadeira* (2 pontos) e *verdadeira* (3 pontos) (Veiga, Oosterveld, Fernandes & Rieffe, 2017). No entanto, estas pontuações são invertidas em 20 dos itens, e ao obterem resultados maiores quer dizer que têm melhor consciência emocional (Veiga, Oosterveld, Fernandes & Rieffe, 2017).

## **Movement Assessment Battery for Children – Second Edition**

A Movement Assessment Battery For Children – Second Edition (MABC-2) tem como principal objetivo identificar e descrever as dificuldades no funcionamento motor de crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 3 aos 16 anos (Henderson, Sugden & Barnett, 2007). Para além de providenciar uma avaliação quantitativa, o MABC-2 também providencia uma avaliação qualitativa acerca da performance da criança e da forma como a criança realiza as atividades propostas (Henderson, Sugden & Barnett, 2007). Esta bateria está dividida em três bandas, sendo que a banda 1 é aplicada a crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, a banda 2 é aplicada a crianças entre os 7 e os 10 anos de idade e a banda 3 é aplicada a crianças entre os 11 e os 16 anos de idade (Henderson, Sugden & Barnett, 2007). Dentro de cada uma destas 3 bandas, existem oito tarefas diferentes que são agrupadas dentro dos três componentes principais da prova: Destreza Manual, Atirar e Agarrar e Equilíbrio (Henderson, Sugden & Barnett, 2007). Geralmente, a aplicação do MABC-2 demora entre 20 a 40 minutos, dependendo de vários fatores, como é o caso da idade da criança, do nível de dificuldade apresentado e da experiência do avaliador (Henderson, Sugden & Barnett, 2007).

Relativamente à cotação, existem scores standard e percentis ajustados à idade da criança que está a ser avaliada para as três componentes da bateria (destreza manual, atirar e agarrar e equilíbrio) e também para o resultado total (Henderson, Sugden & Barnett, 2007). No fim, os resultados obtidos podem ser interpretados recorrendo para isso ao sistema de

“semáforo”, ou seja, tendo em conta o standard score e o percentil podemos perceber que a criança se encontra na **zona verde** – acima do percentil 15 – (*sem dificuldades a nível do movimento*), na **zona amarela** – entre o percentil 15 e o percentil 5 – (*em risco de ter dificuldades a nível do movimento*) ou na **zona vermelha** – no percentil 5 ou abaixo – (*dificuldades significativas a nível do movimento*) (Henderson, Sugden & Barnett, 2007).

### **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca**

A Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM) tem como objetivo traçar o perfil psicomotor da criança. É considerada uma bateria de observação, baseada num conjunto de tarefas, que permite a análise estruturada de elementos que estão associados ao comportamento psicomotor das crianças (Fonseca, 2010b). Ou seja, a BPM vai analisar de forma qualitativa os sinais psicomotores (disfunção ou integridade psicomotora) das crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos (Fonseca, 2010b).

A BPM avalia os sete fatores psicomotores que são, a Tonicidade, a Equilibração, a Lateralização, a Noção do Corpo, a Estruturação Espaciotemporal, a Praxia Global e a Praxia Fina (Fonseca, 2010b). Os sete fatores psicomotores estão então divididos em 26 subfactores (Fonseca, 2010b). Nos fatores psicomotores, uma pontuação de 1 indica uma *realização imperfeita, incompleta e descoordenada – fraco - perfil apráxico*, uma pontuação de 2 indica uma *realização com dificuldades de controlo – satisfatório - perfil dispráxico*, uma pontuação de 3 indica uma *realização controlada e adequada – bom - perfil eupráxico* e uma pontuação de 4 indica uma *realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada -excelente- perfil hiperpráxico* (Fonseca, 2010b). Através da pontuação obtida em cada fator psicomotor é então possível traçar um Perfil Psicomotor, sendo que a cotação máxima da BPM é 28 pontos, a mínima é 7 pontos e a média é 14 pontos (Fonseca, 2010b). Uma pontuação entre 27 e 28 indica um perfil psicomotor superior, uma pontuação entre 22 e 26 indica um perfil psicomotor bom, uma pontuação entre 14 e 21 indica um perfil psicomotor normal, uma pontuação entre 9 e 13 indica um perfil psicomotor dispráxico e uma pontuação entre 7 e 8 indica um perfil psicomotor deficitário (Fonseca, 2010b).

### **Torre de Londres**

A Torre de Londres é geralmente utilizada como uma ferramenta na área da neuropsicologia para identificar dificuldades ao nível do planeamento e das funções executivas (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996). Apesar da Torre de Londres ter sido inicialmente pensada para ser exclusivamente aplicada a adultos, possui também características que a tornam aplicável também a crianças, entre os 7 e os 13 anos, uma vez que a sua aplicação é relativamente rápida, atrativa e desperta curiosidade nas crianças (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996). O examinador pode também avaliar as competências executivas de uma forma minuciosa a nível da velocidade de planeamento, da impulsividade e da flexibilidade (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996).

A aplicação da Torre de Londres consiste no deslocamento de 3 esferas (1 vermelha, 1 Azul e 1 Verde) por 3 postes de madeira de diferentes tamanhos (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996). O examinador começa por mostrar um exemplo de problema e pedir que a criança o resolva, explicando então as regras do teste, que são as seguintes: a criança só pode movimentar uma bola de cada vez, não pode ter mais que uma bola na mão, não pode pousar a bola na mesa (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996). Seguidamente, são então mostrados nos cartões mais 12 problemas distintos, sendo que a dificuldade dos mesmos vai aumentando assim como o número de movimentos (2, 3, 4 e 5 movimentos) que a criança pode realizar em cada problema (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996). É também importante referir que entre cada problema as três esferas têm de ser colocadas de acordo com a “posição inicial” mostrada no primeiro cartão (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996). Para cada cartão mostrado a criança tem 3 tentativas, sendo que o score (que pode ser 3, 2 ou 1) depende do número de tentativas que a criança precisou para acertar (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996).

### **Prova da Estátua da Bateria NEPSY-II**

A Bateria Nepsy-II, engloba uma série de provas que podem ser aplicadas de forma individual (Davis & Matthews, 2010). Tem como principal objetivo, a avaliação do nível de desenvolvimento neuropsicológico de crianças e adolescentes (Davis & Matthews, 2010). Esta bateria é composta por 32 subtestes, sendo que estes subtestes estão divididos por seis áreas distintas, que são as seguintes: Atenção e Funções Executivas, Linguagem, Memória e Aprendizagem, Sensoriomotor, Percepção Social e Processamento Visuoespacial (Davis & Matthews, 2010).

A prova da Bateria Nepsy-II utilizada para a avaliação formal, foi a Prova da Estátua, que pertence à área da atenção e das funções executivas e tem como principal objetivo avaliar a capacidade inibitória e a persistência motora das crianças (Brooks, Sherman & Strauss, 2009). Esta prova é geralmente aplicada a crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos (Brooks, Sherman & Strauss, 2009). É pedido à criança que mantenha uma posição corporal estática e os olhos fechados, durante 75 segundos, até o examinador dizer “*podes abrir os olhos*”, sendo que durante esse período o examinador irá provocar sons distratores. Uma baixa pontuação nesta prova, indica que a criança tem dificuldades a nível do controlo inibitório (Brooks, Sherman & Strauss, 2009).

### **Estruturas Rítmicas de Stambak**

A prova Estruturas Rítmicas de Stambak pode ser aplicada a crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. Esta prova está dividida em duas séries, dividindo as crianças por dois patamares de idade (Pireyre, 2000). A primeira série engloba crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos e a segunda série engloba crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 12 anos de idade (Pireyre, 2000).

A prova Estruturas Rítmicas de Stambak é composta por 4 tarefas: o tempo espontâneo 1, a reprodução de estruturas rítmicas, a compreensão de estruturas rítmicas e por fim, o tempo espontâneo 2 (Pireyre, 2000). No tempo espontâneo é pedido às crianças que batam com um lápis sobre a mesa como quiserem, até que lhe peçam para parar, sendo contabilizado o tempo em 21 batimentos consecutivos. Na reprodução de estruturas rítmicas é pedido que a criança ouça bem a estrutura que o examinador vai reproduzir para depois ela mesma reproduzir a estrutura. Por fim, na reprodução de estruturas é dada uma folha à criança com as estruturas rítmicas e pede-se que ela reproduza a estrutura que está a ver no papel (Pireyre, 2000). Contabilizam-se o número de estruturas reproduzidas corretamente.

Esta prova é utilizada por alguns profissionais como um meio de despiste para a dislexia, no entanto, os Psicomotricistas utilizam para avaliar a estruturação temporal das crianças (Pireyre, 2000).

### **Frostig Developmental Test of Visual Perception**

O *Frostig Developmental Test of Visual Perception* tem como principal objetivo avaliar vários aspetos da perceção visual, uma vez que a perceção visual pode ter influência no processo de aprendizagem das crianças (Frostig, 2003). É aplicado a crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 7 anos (Frostig, 2003).

Este teste está dividido em 5 subtestes, que avaliam (Frostig, 2003): **Subteste I** - Coordenação Visuo-motora (nestas provas é pedido à criança que desenhe linhas contínuas entre duas linhas impressas, sendo que existem várias separações e formas); **Subteste II** - Discriminação Figura-Fundo (nestas provas é pedido à criança que distinga uma série de figuras geométricas, sendo que os fundos vão aumentando de complexidade); **Subteste III** - Constância de forma (nestas provas é pedido à criança que distinga uma série de figuras geométricas simples com tamanho, formas e posições variáveis); **Subteste IV** - Posição no Espaço (nestas provas é pedido à criança que distinga entre várias imagens qual é a imagem que está ao contrário); **Subteste V** - Relações Espaciais (nestas provas é pedido à criança que copie algumas linhas, sendo que a dificuldade vai aumentando à medida que vai avançando) (Frostig, 2003).

De uma forma geral, a pontuação atribuída a cada prova que compõe os subtestes varia entre 0 e 2 pontos, sendo que as regras para a atribuição das pontuações estão descritas de forma detalhada no manual da prova (Frostig, 2003). Após se atribuir a pontuação a cada prova é possível calcular a pontuação direta de cada subteste, e então chegar à idade percetiva e à pontuação típica e no final, é possível calcular o quociente percetivo (Frostig, 2003).

### **Draw a Person**

O Draw a Person (DAP) permite avaliar a noção do esquema corporal da criança assim como avaliar a capacidade cognitiva através do desenho da figura humana (homem, mulher e o

próprio) em crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos (Naglieri, 1988). Como o DAP é um teste não verbal, a influência que a linguagem, a coordenação e a pressão podem ter na execução do teste é reduzida. É pedido que as crianças realizem três desenhos: do Homem, da Mulher, e do Próprio. Têm 5 minutos para realizar cada um dos desenhos, com o maior número de pormenores possível (Naglieri, 1988). No fim, o examinador, vai fazer a cotação tendo em conta todas as partes do corpo (braços, ligações, vestuário, ouvidos, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz e tronco) (Naglieri, 1988). Dentro de cada parte do corpo, existem itens de cotação (que podem ir de 3 a 7, cada um valendo um ponto), e estão inseridos dentro de 4 categorias: presença da parte do corpo, detalhe da parte do corpo, proporção da parte do corpo e pontuação bônus (Naglieri, 1988).

Se as crianças se encontrarem acima do percentil 98 estão no nível *Very Superior*, se estiverem entre o percentil 91 e o percentil 97 estão no nível *Superior*, se estiverem entre o percentil 75 e o percentil 90 estão no nível *High Average*, se estiverem entre o percentil 25 e o percentil 74 estão no nível *Average*, se estiverem entre o percentil 9 e o percentil 24 estão no nível *Low Average*, se estiverem entre o percentil 8 e o percentil 8 estão no nível *Borderline* e se estiverem abaixo do percentil 2 estão no nível *Deficient* (Naglieri, 1988).

## 6. INTERVENÇÃO PSICOMOTORA EM CONTEXTO INDIVIDUAL

Relativamente aos casos acompanhados individualmente, estes foram encaminhados através da Consulta de Apoio ao Desenvolvimento do Serviço de Pediatria e através da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, onde ficou decidido em reunião de equipa o seguimento dos casos em Psicomotricidade. São então apresentados, de forma sucinta, 3 dos 5 casos (Casos I, III e V) acompanhados individualmente. Os outros dois casos (casos II e IV) foram os estudos de caso e serão apresentados mais à frente de forma mais detalhada.

### **Gonçalo (Nome Fictício) (Caso da Sessão Individual I)**

O Gonçalo, com 7 anos, é seguido na consulta de Apoio ao Desenvolvimento desde os 20 meses. Em Outubro de 2018 foi encaminhado para avaliação em Psicomotricidade (6A4M).

**Dados Anamnésicos:** o Gonçalo nasceu às 36 semanas com fenda palatina, que levou a dificuldades na amamentação e na linguagem (foi operado depois de completar 12 meses). Começou a andar por volta dos 16 meses e demorou, segundo a mãe, algum tempo a conseguir segurar a cabeça. O Gonçalo foi descrito pelo pai como sendo distraído, desinteressado e impulsivo, não sabendo lidar com a frustração. Foi seguido pela Intervenção Precoce até entrar no 1.º ano por atraso global do desenvolvimento e, atualmente, tem apoio da Terapia Ocupacional e da Terapia da Fala na escola.

**Avaliação Inicial:** para a avaliação do Gonçalo, utilizaram-se os seguintes instrumentos de avaliação formal: Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP), Movement

Assessment Battery for Children (MABC-2), Torre de Londres, Estátua da Bateria Nepsy-II, Estruturas Rítmicas de Stambak, Frostig Developmental Test of Visual Perception e Draw a Person (DAP). No **ICCP**, as categorias Isolamento e Obsessivo-Esquizóide apresentaram um P95 (nível disfuncional). Já na **MABC-2**, obteve uma pontuação total de 38 pontos (P1) que o coloca na zona vermelha (dificuldades significativas ao nível do movimento). Na **Torre de Londres**, obteve uma pontuação total de 7, o que indica que possui dificuldades na resolução de problemas. Na **Estátua de Nepsy-II**, obteve uma pontuação de 14, que corresponde ao valor esperado para crianças com idades compreendidas entre os 3A6M e os 3A11M. Nas **Estruturas Rítmicas de Stambak**, apresentou dificuldades na prova 3 (leitura das estruturas rítmicas). No **Frostig Developmental Test of Visual Perception**, apresentou maiores dificuldades no subteste II (Discriminação Figura-Fundo), III (Constância de Forma) e IV (Posição no Espaço). Por fim, no **DAP**, obteve uma pontuação total de 32 (P1) que corresponde ao nível *Deficient*.

**Intervenção Psicomotora:** os objetivos principais passaram por melhorar o equilíbrio, a coordenação, a atenção/concentração, a motricidade fina e o esquema corporal, através de atividades mais estruturadas recorrendo a técnicas gnósico-práticas e também através do jogo espontâneo. A Intervenção Psicomotora com o Gonçalo teve uma periodicidade semanal, de Novembro de 2018 a Junho de 2019.

**Progressão Terapêutica:** podemos referir que numa fase inicial, o Gonçalo demonstrou alguma desconfiança em relação à psicomotricista, mas, com o passar das sessões terapêuticas, a relação que foi estabelecida revelou-se bastante positiva. O Gonçalo também foi conseguindo passar mais tempo numa mesma atividade e levar as atividades propostas até ao fim. Nas atividades que tinham como objetivo trabalhar o equilíbrio e a coordenação foi possível observar que o Gonçalo foi conseguindo realizar essas atividades com uma maior segurança gravitacional e agilidade, assim como nas atividades de motricidade fina, onde foi possível observar uma maior facilidade na realização das atividades propostas. Também passou a esboçar o desenho da figura humana de uma forma muito mais pormenorizada. No entanto, só beneficiou de 16 das 30 sessões de intervenção previstas, não tendo mantido a assiduidade às sessões a partir de março de 2019. Por esta razão, não voltaram a ser aplicados os instrumentos de avaliação que foram aplicados na avaliação inicial.

### **Mateus (Nome Fictício) (Caso da sessão individual III)**

O Mateus, com 7 anos, é seguido na consulta de Apoio ao Desenvolvimento desde os 6 anos por atraso de linguagem e dificuldades de socialização. Em Outubro de 2018 foi encaminhado para avaliação em Psicomotricidade (6A8M).

**Dados Anamnésicos:** o Mateus nasceu de parto natural às 39 semanas. Em termos de desenvolvimento psicomotor, começou a gatinhar aos 6 meses, a manter-se em pé com apoio aos 10 meses e a andar aos 12 meses. A nível da linguagem, segundo a mãe, começou a falar tarde. Ficou em casa com a mãe até completar dois anos e meio. O Mateus foi descrito pela mãe como distraído, irrequieto, impulsivo e birrento. Em termos de interação social, só interage com

crianças com as quais se identifica e mostra preferência por crianças mais calmas, no entanto, pode estar a brincar junto de um grupo de meninos e não interagir, metendo-se na “sua bolha”, segundo a mãe.

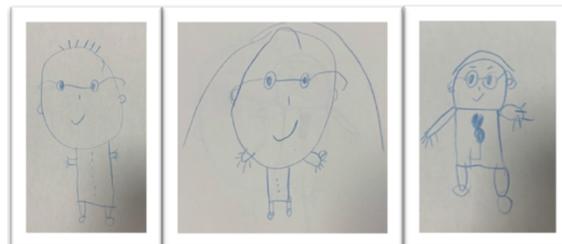
**Avaliação Inicial:** Para a avaliação do Mateus, utilizaram-se os seguintes instrumentos de avaliação formal: Movement Assessment Battery for Children (MABC-2), Torre de Londres, Estátua da Bateria Nepsy-II, Estruturas Rítmicas de Stambak, Frostig Developmental Test of Visual Perception e Draw a Person (DAP). Na **MABC-2**, obteve uma pontuação total de 51 pontos (P5) que o coloca na zona vermelha (dificuldades significativas ao nível do movimento). Na **Torre de Londres**, obteve uma pontuação total de 30, o que indica que não possui dificuldades na resolução de problemas. Na **Estátua de Nepsy-II**, obteve uma pontuação de 15, que corresponde ao valor esperado para crianças com idades compreendidas entre os 3A 6M e os 3A 11M. Nas **Estruturas Rítmicas de Stambak**, apresentou dificuldades na prova 2 e na prova 3 (compreensão do simbolismo e leitura das estruturas rítmicas). No **Frostig Developmental Test of Visual Perception**, apresentou maiores dificuldades no subteste II (Discriminação Figura-Fundo), III (Constância de Forma) e IV (Posição no Espaço). Por fim, no **DAP**, apresentou uma pontuação total de 41 (P1) que corresponde ao nível *Deficient*.

**Intervenção Psicomotora:** os objetivos principais passaram por melhorar o equilíbrio, a coordenação, a atenção/concentração, através de atividades gnóstico-práticas que potenciaram o planeamento motor, assim como a verbalização e a simbolização. Outros objetivos principais, passaram por promover a motricidade fina e o esquema corporal, através de atividades lúdicas estruturadas. A Intervenção Psicomotora com o Mateus teve uma periodicidade semanal, de Novembro de 2018 a Junho de 2019.

**Progressão Terapêutica:** podemos referir que numa fase inicial demonstrou desconfiança e timidez em relação à psicomotricista, no entanto, com o decorrer da intervenção psicomotora começou aos poucos a expor-se, a interagir mais e a ter mais disponibilidade para as atividades propostas. Foi possível observar evoluções a nível do controlo da impulsividade e menor agitação motora, começando a fazer um planeamento prévio da ação e respeitando as regras das atividades propostas. Também a nível psicomotor, foi possível observar evoluções: o Mateus foi conseguindo realizar as atividades com maior agilidade e controlo, ganhando maior confiança nas suas capacidades. Por fim, a nível do desenho da figura humana e do esquema corporal, o Mateus passou a esboçar a figura humana de uma forma muito mais pormenorizada. Todas estas evoluções também puderam ser observadas nos resultados das avaliações finais, tendo o Mateus obtido resultados mais elevados na MABC-2 (passou de uma pontuação total de 51 (P5-zona vermelha) para uma pontuação total de 82 (P63 – zona verde)), na estátua de NEPSY-II e no DAP (passou de uma pontuação total de 41 pontos (Nível *Deficient*) para uma pontuação total de 78 pontos (nível *Low Average*)).



**Figura 3.** Avaliação Inicial do DAP (Homem, Mulher, o Próprio)



**Figura 4.** Avaliação Final do DAP (Homem, Mulher, o Próprio)

### **Henrique (Nome Fictício) (Caso da sessão individual V)**

O Henrique, com 6 anos, foi encaminhado para o DPSM em Fevereiro de 2019, através da consulta de Apoio ao Desenvolvimento, por dificuldades no relacionamento com adultos. Foi então encaminhado para uma avaliação em Psicomotricidade na reunião de equipa da UPIA.

**Dados Anamnésicos:** Em termos de desenvolvimento psicomotor, o Henrique começou a andar sem apoio aos 9 meses. A nível da linguagem, começou a dizer as primeiras palavras por volta dos 2 anos, sendo que este atraso na linguagem é atribuído ao facto do Henrique ter passado muito tempo com o pai nesta altura, existindo pouca estimulação. É importante referir que o Henrique foi vítima de violência doméstica por parte do pai até aos três anos de idade, assim como o resto da sua família (mãe e 4 irmãos). Atualmente, o Henrique relaciona-se bem com outras crianças, mas exibe dificuldades no relacionamento com o adulto, bloqueando em alturas que as atenções recaem sobre si ou em que está a ser avaliado. Foi referenciado à Intervenção Precoce em 2016, sendo que através da avaliação psicológica realizada surgiu um diagnóstico de possível mutismo seletivo.

**Avaliação Inicial:** para a avaliação do Henrique, utilizaram-se os seguintes instrumentos de avaliação formal: Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP), Movement Assessment Battery for Children (MABC-2), Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM), Estátua da Bateria Nepsy-II, Estruturas Rítmicas de Stambak, Frostig Developmental Test of Visual Perception e Draw a Person (DAP). No **ICCP**, obteve resultados acima do P98 (nível patológico) nas categorias Isolamento, Ansiedade e Obsessivo-Esquizóide. No **MABC-2**, obteve uma pontuação total de 75 pontos (P37) que o coloca na zona verde (sem dificuldades ao nível do movimento). Na **BPM**, no fator psicomotor Tonicidade, apresentou um resultado de 2 na extensibilidade dos membros inferiores, na passividade e na paratonia. Na **Estátua do Nepsy-II**, apresentou uma pontuação de 25, que corresponde ao valor expectável para crianças com idades compreendidas entre os 5A e os 5A 5M. Nas **Estruturas Rítmicas de Stambak**, apresentou dificuldades na prova 3 (leitura das estruturas rítmicas). No **Frostig Developmental Test of Visual Perception**, apresentou maiores dificuldades no subtteste III (Constância de Forma) e V (Relações Espaciais). Por fim, no **DAP**, apresentou uma pontuação total de 52 (P4) que corresponde ao nível *Borderline*.

**Intervenção Psicomotora:** os objetivos principais da Intervenção Psicomotora passaram por melhorar a motricidade fina, a atenção/concentração, o esquema corporal e regular a tonicidade. Para trabalhar os objetivos definidos, a psicomotricista recorreu a atividades

lúdicas estruturadas e também às técnicas de relaxação. A Intervenção Psicomotora com o Henrique teve uma periodicidade semanal, de Março a Junho de 2019.

**Progressão Terapêutica:** À medida que as sessões foram passando, o Henrique foi ficando visivelmente mais à vontade com a psicomotricista, sendo ele mesmo a iniciar a conversa no início de cada sessão e também passou a não estar inibido de responder ao que lhe era perguntado. A adesão às atividades propostas também melhorou. No entanto, é importante referir que a falta de assiduidade do Henrique às sessões acabou por dificultar a execução do projeto terapêutico delineado, tendo sido realizadas apenas 2 sessões de intervenção psicomotora. Na segunda e última sessão foi necessário reforçar a relação terapêutica. Por esta razão, não voltaram a ser aplicados os instrumentos de avaliação que foram aplicados na avaliação inicial.

**Encaminhamentos:** No fim do estágio curricular, o Henrique foi encaminhado pela Psicomotricista para realizar uma avaliação em Terapia da Fala, visto que ia ingressar no 1.º ano de escolaridade e foram observadas algumas dificuldades a nível da articulação e troca de algumas letras. Em conjunto com o Psicólogo que seguia o Henrique na UPIA, foi também tomada a decisão de o encaminhar para a Consulta de Pedopsiquiatria.

## 7. OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS TERAPÊUTICOS EM CONTEXTO DE SESSÃO

Durante o estágio curricular, a Psicomotricista participou em três grupos terapêuticos da UPIA em contexto de observação, sendo que seguidamente será apresentada a caracterização dos três grupos terapêuticos (ver tabela 3).

**Tabela 3.** Descrição dos Grupos Terapêuticos (UPIA) observados

Nome do Grupo	Elementos	Caracterização e Estrutura das Sessões
G.E.T.E. 1	<p><b>O Grupo de Educação Terapêutico-Educativo 1</b> era constituído por 8 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos. As crianças eram divididas pelas duas salas (4+4).</p> <p><b>Horário:</b> Terças-Feiras das 9:30h – 16:30h</p>	<p>Através da observação e da informação que foi sendo passada pelas educadoras ao longo do período de participação nos grupos, concluiu-se que algumas das crianças que integravam o G.E.T.E. 1 apresentavam baixa tolerância à frustração, comportamentos de oposição, dificuldades na manutenção da atenção e concentração, agitação psicomotora e dificuldades na fala.</p> <p>As atividades do G.E.T.E. 1 decorriam durante todo o dia e a estrutura das “sessões” passava por um momento inicial de jogo livre, enquanto todas as crianças iam chegando. Posteriormente, era proposta uma atividade estruturada de expressão motora, onde existia também um momento em que cada criança dava a sua ideia dentro da atividade proposta, de forma a estimular a imaginação e iniciativa. Durante o resto do dia, eram realizadas atividades/jogos que trabalhassem a memória, a concentração, a atenção, a resolução de problemas do dia a dia (através de histórias, por exemplo), e a motricidade fina.</p>

<p>G.A.I.E.E 1</p>	<p><b>O Grupo de Aptidão Interpessoal e Expressão Emocional 1</b> era constituído por 15 adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos.</p> <p><b>Horário:</b> Quartas-Feiras das 14:00h – 16:00h</p>	<p>Através da observação e da informação que foi sendo passada pelas educadoras e pelo psicólogo ao longo do período de participação no grupo, concluiu-se que os adolescentes que integravam o G.A.I.E.E 1 tinham famílias destruídas, apresentavam problemas de comportamento, comportamentos de automutilação, baixa autoestima e ansiedade.</p> <p>O G.A.I.E.E 1 decorria de duas em duas semanas, intercalado com o G.A.I.E.E 3, e contava com a presença do Psicólogo uma vez por mês. As sessões onde o psicólogo estava presente pautavam-se mais pela conversa, onde cada adolescente partilhava o que quisesse sobre a sua vida, como estava a correr a escola e sobre problemas que os preocupavam na altura. Nas sessões em que o psicólogo não estava presente eram as educadoras que dinamizavam as atividades e as sessões iniciavam-se com um momento de conversa inicial e após esse período era proposta uma atividade mais lúdica.</p>
<p>G.A.I.E.E 3</p>	<p><b>O Grupo de Aptidão Interpessoal e Expressão Emocional 3</b> era constituído por 15 adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos.</p> <p><b>Horário:</b> Quartas-Feiras das 14:00h – 16:00h</p>	<p>Através da observação e da informação que foi sendo passada pelas educadoras e pelo psicólogo ao longo do período de participação no grupo, concluiu-se que os adolescentes que integravam o G.A.I.E.E 3 apresentavam baixa autoestima, problemas de comportamento, isolamento, depressão e síndrome de asperger.</p> <p>O G.A.I.E.E 3 decorria durante o período da tarde, de duas em duas semanas, intercalado com o G.A.I.E.E 1, sendo que este grupo era totalmente dirigido pelo psicólogo, com a participação das Educadoras de Infância.</p> <p>Este grupo sempre foi bastante complicado uma vez que nunca houve um momento de estabilização, devido às saídas constantes do grupo e, por consequência, da entrada de novos adolescentes para o grupo. Durante o período de participação neste grupo, a estagiária de Psicomotricidade e a estagiária de Psicologia dinamizaram uma atividade, mas os adolescentes mostraram-se muito reticentes em participar, uma vez que estavam habituados a que a estrutura da sessão se pautasse por momentos de conversa com o psicólogo.</p>

## IV. ESTUDOS DE CASO

### 1. ESTUDO DE CASO I (SESSÃO INDIVIDUAL IV)

#### 1.1. BREVE IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO CASO

A Carolina (nome fictício), foi encaminhada para Psicomotricidade no fim de Dezembro de 2018 e a avaliação psicomotora começou em Janeiro de 2019. Na altura, a Carolina tinha 12 anos e frequentava o 6.º ano de escolaridade. Foi encaminhada para o DPSM pela sua médica de família, após várias idas à urgência do hospital, por apresentar sintomas de ansiedade e crises de pânico com somatização gastrointestinal. De um modo geral, a Carolina está inserida numa família monoparental, os pais separaram-se quando era muito nova e o seu crescimento foi marcado pelas constantes intermitências ausência-presença do pai. Os sintomas que apresentava no momento do encaminhamento surgiram após a mudança de residência do pai.

#### 1.2. REVISÃO TEÓRICA DE APOIO AO ESTUDO DE CASO I (SESSÃO INDIVIDUAL IV)

##### 1.2.1. ANSIEDADE

É bastante comum que as crianças/adolescentes experienciem sentimentos de angústia ao longo do seu desenvolvimento, que aparecem de forma inesperada e podem caracterizar-se ou por sintomas intensos ou por sintomas bastante ligeiros onde o indivíduo apenas apresenta um sentimento de mau estar disperso, com duração variável (Marceli & Braconnier, 2005). Apesar de na maioria das situações as crises de angústia serem restritas, existem também situações em que estas crises podem levar a que exista a presença de sintomas persistentes (Marceli & Braconnier, 2005).

Quando se chega ao período da adolescência, a angústia pode seguir dois rumos, sendo que o primeiro engloba os diversos tipos de ansiedade que podem ocorrer ao nível psicopatológico (e.g., Perturbação da Ansiedade Generalizada, Crises de Angústia) e o segundo engloba as transformações da angústia que tem origem na infância e está a ser exibida na altura da adolescência do indivíduo, que apresenta agora manifestações clínicas de um ou múltiplos estados ansiosos (Marceli & Braconnier, 2005).

Ajuriaguerra (1977, *cit in* Étienne, Jacquet & Scialom, 2015, p. 170) referiu que a Ansiedade “*faz parte da existência humana e é caracterizada por um sentimento de perigo iminente com uma atitude de expectativa que leva a uma desordem mais profunda (...) é difícil de partilhar com os outros e damos-lhe um carácter de generalidade, a fim de camuflá-la melhor*”. Ou seja, em casos de ansiedade o indivíduo não se confronta com um perigo real, mas sim com uma previsão da possibilidade de acontecer alguma coisa (Silva, 2019).

Segundo Étienne, Jacquet e Scialom (2015), a ansiedade pode ter origem reativa a acontecimentos, ao meio em que o indivíduo está inserido e até mesmo à herança genética que

lhe é passada pelos pais. A ansiedade vai provocar sofrimento e conseqüentemente interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo e relacional das crianças/adolescentes.

Sabe-se que as Perturbações da Ansiedade têm bastante prevalência nos períodos da infância e adolescência, com cerca de 20% das crianças a apresentarem esta patologia (Silva, 2019). Sabe-se também que essas crianças apresentam uma maior probabilidade de vir a desenvolver outras perturbações mentais ao longo da vida (Silva, 2019).

As crianças com perturbações de ansiedade manifestam vários sintomas, alguns deles fisiológicos como é o caso de: palpitações, tremores, tonturas, vômitos, dificuldades respiratórias e batimentos cardíacos acelerados (Silva, 2019). Também os sintomas de inquietação, fadiga, dificuldades de concentração, irritabilidade e problemas de sono estão presentes nas perturbações de ansiedade (Étienne, Jacquet & Scialom, 2015). Segundo Étienne, Jacquet e Scialom (2015) são geralmente descobertos sintomas de ansiedade em crianças inibidas que se podem traduzir em medos, dificuldades em dormir, timidez em contexto social, preocupação em estar sozinho e também em sentimentos de desvalorização.

É bastante importante identificar crianças/adolescentes que tenham um quadro de Perturbação de Ansiedade para que possam ter o seguimento adequado, uma vez que a ansiedade vai interferir com o contexto social, familiar e escolar das crianças/adolescentes (Étienne, Jacquet & Scialom, 2015).

### **1.3. MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO PARA PSICOMOTRICIDADE**

A Carolina foi encaminhada para o DPSM pela sua médica de família por apresentar sintomas de ansiedade e crises de pânico com somatização gastrointestinal. Na reunião de equipa da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência foi determinado o seguimento da Carolina em Psicomotricidade e em Psicologia.

### **1.4. HISTÓRIA PESSOAL E CLÍNICA**

Os dados aqui apresentados foram recolhidos através da entrevista familiar, realizada pela enfermeira da UPIA após a Carolina ter sido encaminhada para o DPSM e também através de uma entrevista realizada posteriormente à mãe pela Psicomotricista estagiária.

A Carolina, atualmente com 12 anos e a frequentar o 6º ano de escolaridade, nasceu de parto eutócico às 40 semanas de gestação, com 2.600 kg. Foi fruto de uma gravidez não planeada e não desejada, sendo que os pais nessa altura estavam separados. Só posteriormente, quando o pai da Carolina teve conhecimento da gravidez é que insistiu para que voltassem a estar juntos. A mãe refere que, apesar de tudo, foi uma gravidez tranquila e que não existiram quaisquer complicações durante o decorrer da mesma.

Numa fase inicial, a Carolina chorava muito e não dormia bem, no entanto, com o passar do tempo passou a ser uma bebé mais calma e também começou a dormir melhor. Foi

amamentada apenas durante 15 dias, tendo depois passado a ser alimentada por biberon. Relativamente aos alimentos sólidos, fez uma boa adaptação e sempre comeu de tudo, sem apresentar qualquer tipo de alergias.

Em termos de desenvolvimento psicomotor, conseguiu sentar-se sem apoios por volta dos 9 meses, começou a gatinhar aos 12 meses e a andar sem apoios por volta dos 18 meses. Relativamente à fala, segundo a mãe, a Carolina começou a falar relativamente cedo, começando a dizer as suas primeiras palavras antes de completar 12 meses.

No que diz respeito à relação do pai com a Carolina, ele foi muito protetor e presente até a Carolina completar 6 meses, não deixando que quase ninguém pegasse na filha. No entanto, após esse período começou a distanciar-se e quando esta tinha 11 meses, a relação entre ele e a mãe da Carolina terminou e, nessa altura saiu de casa e arranjou uma nova companheira.

Após sair de casa, pouco foi o contacto que o pai teve com a Carolina até esta completar 8 anos, sendo que muitas vezes combinava que ia visitar a filha e depois não chegava a aparecer, chegando inclusive a estar mais de 5 meses seguidos sem ver a Carolina. A mãe refere que durante este período não notou qualquer alteração na filha, justificando que tendo em conta que a Carolina cresceu sem a presença do pai, acabava por achar que a situação era normal.

A situação mudou ligeiramente quando há 4 anos, em 2014, o pai se juntou com outra companheira e começou a telefonar-lhe e a estar mais vezes com a Carolina. Nessa altura, a Carolina começou a frequentar a casa que o pai partilhava com a companheira e as filhas da mesma sendo que, inicialmente não dormia lá, apenas passava algumas horas por dia. No entanto, começou progressivamente a passar mais tempo lá, chegando, inclusive, a dormir lá, uma vez que este período também coincidiu com uma mudança de horários no trabalho da mãe, que passou a trabalhar em turnos maiores e acabava por não conseguir estar tanto tempo com a Carolina. É importante referir que a Carolina sempre se deu muito bem com a atual companheira do pai.

A mãe refere que tudo estava a correr bem, mas em 2017 a Carolina começou a dizer-lhe que não queria ir para casa do pai, por causa da filha mais velha da companheira do pai, uma vez que esta fazia comentários em relação ao pai da Carolina que a faziam ficar desconfortável.

Em 2018, o pai mudou de localidade com a sua companheira, e a Carolina não aceitou muito bem esta mudança. A mãe refere que a forma como o pai comunicou à Carolina esta decisão não foi a mais correta para uma criança de 11 anos, uma vez que este justificou a sua mudança de localidade com a falta de interesse da Carolina em relação ao pai, não havendo assim motivo que para ele justificasse a permanência junto dela. A Carolina não contou esta informação à mãe, foi a avó materna da Carolina que ouviu a conversa (de acordo com a informação transmitida pela mãe da Carolina na entrevista familiar).

Segundo a mãe, os ataques de pânico começaram em Junho de 2018, depois do pai mudar de residência. Relativamente à ansiedade e aos ataques de pânico, a Carolina refere que não sabe porque é que fica ansiosa e tem ataques de pânico, descrevendo o seu último ataque

de pânico assim: “*estava no sofá a ver vídeos no Youtube e comecei a ficar com o coração a bater muito rapidamente, mãos transpiradas e dores no estômago*”. Em relação à sintomatologia é referido que engloba sudação exuberante das mãos e pés e dores abdominais intensas.

No ano passado, a Carolina chegou a ir visitar o pai ao seu local de residência, mas acabou por ficar apenas durante 4 dias, uma vez que o pai estava sempre a trabalhar e ela chegou a andar sozinha na rua durante a noite.

A mãe refere que a filha tem ansiedade de separação dela, estando sempre agarrada a si e tendo dormido na mesma cama que a mãe durante muito tempo. De acordo com a mãe, a Carolina sempre foi uma menina muito alegre, mas transformou-se numa menina triste e fechada, sendo que a mãe compara a situação quase como se a Carolina estivesse fechada “num buraco”, isolando-se. Nunca quer sair de casa, mesmo durante os fins de semana ou em alturas em que não tem atividades letivas.

No que diz respeito ao seu percurso escolar, entrou para o Jardim de Infância e no 1.º ano nas idades expectáveis, manifestando sempre uma boa adaptação. Nunca teve dificuldades de aprendizagem e estabeleceu uma boa relação com a professora, que a acompanhou até ao final do 4.º ano. No que diz respeito ao 2.º ciclo, podemos referir que o 5.º ano correu também dentro da normalidade, tendo sido uma aluna mediana. No 6.º ano, a situação começou a piorar, o que pode estar relacionado com o facto do pai ter mudado de residência. Nessa altura, quando a Carolina começava a sentir sintomas de ansiedade durante o período escolar, ligava quase sempre à mãe (ou à avó, quando a mãe não atendia) para a ir buscar à escola.

Concluindo, importa ainda mencionar que de acordo com as informações passadas pelo DPSM, tanto a mãe como a avó materna da Carolina já beneficiaram de apoio psicológico, não se tendo conseguido averiguar o motivo/altura do encaminhamento para a consulta, apenas foi relatado o facto de serem pessoas ansiosas.

## **1.5. AVALIAÇÃO INICIAL**

### **1.5.1. AVALIAÇÃO INFORMAL**

O primeiro contacto que a Psicomotricista teve com a Carolina foi na Consulta de Psicologia. Tanto durante este primeiro contacto como na primeira sessão de Psicomotricidade, a Carolina apresentou uma postura retraída, mostrando ser uma menina bastante inibida que recorria frequentemente ao riso como forma de resposta às perguntas que lhe eram dirigidas. Na segunda sessão de Psicomotricidade, onde se deu início à avaliação formal, a Carolina já mostrou estar um pouco mais faladora, partilhando com a Psicomotricista que estava um pouco ansiosa na primeira sessão porque não sabia bem o que iria ser feito durante as sessões. Após uma explicação mais detalhada sobre o propósito das sessões e o que iria ser feito dali em diante, a Carolina começou a estar progressivamente mais à vontade durante as sessões. Foi possível observar um decréscimo da utilização do riso como forma de resposta/mecanismo de

defesa, não se escondia e também a sua postura corporal sofreu alterações, deixando de estar tão fechada sobre si mesma.

Durante as primeiras sessões, onde foi realizada a avaliação psicomotora, foi ainda possível observar que a Carolina de uma forma geral demonstrou estar um pouco insegura, mostrando algum receio de não ter uma boa performance na prova e medo de ser julgada. No entanto, foi mostrando sempre uma grande vontade de dar o seu melhor. Foi ainda possível evidenciar que a Carolina possuía dificuldades ao nível da expressividade corporal, reveladoras de uma ansiedade corporal, e também em expressar aquilo que estava a sentir ou as sensações sentidas durante as atividades.

A relação terapêutica que a Carolina foi estabelecendo com a psicomotricista foi bastante positiva, mostrando ser uma menina simpática e sempre disponível para fazer aquilo que lhe era requisitado, demonstrando uma grande atenção às instruções que lhe eram dadas. Em todas as atividades propostas mostrou ser uma menina curiosa, gostando de saber qual era o propósito determinada tarefa.

### 1.5.2. AVALIAÇÃO FORMAL

A Avaliação Formal foi realizada durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2019 (16/1, 31/1, 6/2 e 13/2) e englobou os seguintes instrumentos de avaliação: Inventário de Comportamentos da Criança para Pais (preenchido pela mãe), Questionário de Consciência Emocional (EAQ), Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM) e Draw a Person (DAP). Os resultados da avaliação formal serão apresentados de seguida.

#### **Inventário de Comportamento da Criança para Pais**

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos através do preenchimento do Inventário de Comportamentos da Criança para Pais, preenchido pela mãe da Carolina (ver tabela 4).

*Tabela 4. Resultados da Avaliação Inicial do ICCP*

	<b>Resultado</b>	<b>Percentil</b>	<b>Nível</b>
<b>Oposição/ Imaturidade</b>	21	P > 98	<b>Patológico</b>
<b>Agressividade</b>	5	P85	Normal
<b>Hiperatividade/Atenção</b>	17	P > 98	<b>Patológico</b>
<b>Depressão</b>	15	P > 98	<b>Patológico</b>
<b>Problemas Sociais</b>	0	P < 85	Abaixo da Média
<b>Queixas Somáticas</b>	4	P85 / P95	Normal
<b>Isolamento</b>	10	P > 98	<b>Patológico</b>
<b>Ansiedade</b>	7	P > 98	<b>Patológico</b>
<b>Obsessivo/Esquizóide</b>	10	P > 98	<b>Patológico</b>
<b>Total</b>	93	P > 98	<b>Patológico</b>

No que diz respeito ao **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP)**, podemos concluir que a Carolina apresentou resultados acima do Percentil 98 em quase todas as categorias do Inventário. As categorias onde obteve um  $P > 98$  foram: **Oposição/Imaturidade**, onde a mãe selecionou a opção “Muitas Vezes Verdadeira” para afirmações como “*Discute por tudo e por nada*”, “*Chora muito*”, “*Está sempre a exigir atenção*”, “*É desobediente em casa*”, “*Grita muito*”, “*O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente*” e “*Exalta-se facilmente*”; **Hiperatividade/Problemas de Atenção**, onde a mãe selecionou a opção “Muitas Vezes Verdadeira” para afirmações como “*Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade*”, “*Não consegue concentrar-se*”, “*É incapaz de estar atenta muito tempo*”, “*É irrequieta e impulsiva*” e “*Apresenta trabalho escolar fraco*”; **Depressão**, onde a mãe selecionou a opção “Muitas Vezes Verdadeira” para afirmações como “*Solidão*”, “*Sente que ninguém gosta dela*”, “*Acha-se sem valor e inferior aos outros*” e “*Anda sempre preocupada*”; **Isolamento**, onde a mãe selecionou a opção “Muitas Vezes Verdadeira” para afirmações como “*É reservada, guarda as coisas só para si*”, “*Mostra-se embaraçada ou pouco à vontade*” e “*É envergonhada ou tímida*”; **Ansiedade**, onde a mãe selecionou a opção “Muitas Vezes Verdadeira” para afirmações como “*É nervosa ou tensa*”, “*É demasiado medrosa ou ansiosa*” e “*Fala ou anda durante o sono*”; **Obsessivo-Esquizóide**, onde a mãe selecionou a opção “Muitas Vezes Verdadeira” para afirmações como “*Provoca ruídos com gases intestinais fora da casa de banho*”, “*Sofre de prisão de ventre*” e “*É demasiado medrosa ou ansiosa*”.

O Percentil 98 é o percentil máximo que pode ser obtido no ICCP, e indica que estas categorias referidas anteriormente se encontram num nível patológico. A Carolina obteve ainda como pontuação total deste inventário 93 pontos, que também se encontra acima do P98.

### Questionário de Consciência Emocional

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos através do preenchimento do Questionário de Consciência Emocional, realizado pela Carolina (ver tabela 3). No **Questionário de Consciência Emocional**, a Carolina obteve uma pontuação de 57 pontos num máximo total de 90 pontos.

**Tabela 5.** Resultados da Avaliação Inicial do EAQ

Parâmetros	Pontuação
Diferenciar Emoções	15 pontos (máximo de 21 pontos)
Partilhar Verbalmente Emoções	3 pontos (máximo de 9 pontos)
Não Esconder Emoções	7 pontos (máximo de 15 pontos)
Consciência Corporal	10 pontos (máximo de 15 pontos)
Atender às Emoções do Outro	13 pontos (máximo de 15 pontos)
Analisar Emoções	9 pontos (máximo de 15 pontos)

Podemos então observar que os parâmetros onde a Carolina obteve uma menor pontuação foi no Partilhar Verbalmente Emoções, no Não Esconder Emoções e no Analisar Emoções. No que diz respeito ao Partilhar Verbalmente Emoções, a Carolina respondeu Verdadeiro nas seguintes afirmações: “Tenho dificuldade em explicar como me sinto a um amigo”, “Tenho dificuldade em dizer o que sinto a qualquer pessoa” e Não Verdadeiro à seguinte afirmação: “Eu consigo explicar facilmente a um amigo como me sinto por dentro”. Relativamente ao parâmetro Não Esconder Emoções, a Carolina respondeu Verdadeiro nas seguintes afirmações: “Quando estou chateado(a) com alguma coisa, a maior parte das vezes guardo isso para mim”, “Quando estou zangado(a) ou chateado(a), tento esconder”, “Quando estou chateado(a), tento não demonstrar” e “Quando me sinto mal, é um assunto meu e de mais ninguém”. Por fim, no parâmetro Analisar Emoções, a Carolina respondeu Não Verdadeiro às seguintes afirmações: “Quando estou zangado(a) ou chateado(a) tento compreender o porquê”, “Os meus sentimentos ajudam-me a compreender o que aconteceu” e “Eu quero sempre saber porque me sinto mal em relação a alguma coisa”.

### Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos através da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (ver gráfico 1). Relativamente à **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca**, a Carolina obteve um Perfil Psicomotor quantitativo de 21 (normal).



**Gráfico 1.** Resultados obtidos na Avaliação Inicial da BPM

Na **Tonicidade**, a Carolina obteve uma pontuação de 3 (*realização controlada e adequada (bom) perfil euprático*), no entanto, é importante referir que no subfactor **extensibilidade dos membros superiores** obteve uma pontuação de 2 (*não toca com os cotovelos nem com o polegar nas respetivas explorações; sinais frequentes de esforço; sinais de hipoextensibilidade*), assim como na **passividade**<sup>3</sup> (*insensibilidade ao peso dos membros, não os descontraindo nem realizando movimentos passivos e pendulares; movimentos abruptos; movimentos coreiformes - contrações de pequena amplitude, e movimentos atetotiformes – lentas torções nas extremidades; frequentes manifestações emocionais*) e na **paratonia**<sup>4</sup> (*revela tensões, bloqueios, resistências moderadas e frequentes em qualquer das manipulações; identificação de paratonias e contrações proximais e distais; frequentes manifestações emocionais*).

Tendo em conta as provas da Passividade e da Paratonia, que avaliam o tónus de fundo, a Carolina possui um perfil hipertónico, uma vez que existe um aumento da resistência à manipulação passiva (Fonseca, 2010b). A tonicidade vai refletir o primeiro grau de maturidade, as respostas exageradas (no caso da Carolina a hipoextensibilidade), podem então ser um sinal de imaturidade por parte da criança (Fonseca, 2010b). A hipoatividade está também associada a um tipo de personalidade, que está associada neste caso, a estilos cognitivos inibidos (Fonseca, 2010b). A presença de hipoextensibilidade nos membros superiores com presença de sinais tónicos atípicos, paratonias, disdiadococinésias e sincinésias podem revelar alterações maturacionais, que podem levar a problemas na preensão e que se vão refletir também na praxia fina (Fonseca, 2010b). Por fim, a Tonicidade é responsável pelas funções de atenção, de alerta e de ativação dos estados mentais globais (Fonseca, 2010b).

Já na **Equilibração** obteve uma pontuação de 3 (*realização controlada e adequada – bom - perfil euprático*), sendo que o subfactor onde apresentou maior dificuldade foi o do Equilíbrio Estático.

Na **Lateralização** obteve uma pontuação de 4 (*realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada – excelente - perfil hiperprático direita homogénea*).

Na **Noção do Corpo** obteve uma pontuação de 3 (*realização controlada e adequada - bom - perfil euprático*), sendo que o subfactor onde apresentou maior dificuldade foi o da Imitação de Gestos, tendo existido dificuldades na forma das representações.

Relativamente à significação psiconeurológica deste fator psicomotor, podemos concluir que nós usamos o nosso corpo como um ponto de referência, sendo que a noção do corpo se vai tornar como um ponto de origem relativamente a todas as relações espaciais que vamos estabelecer com o exterior (Fonseca, 2010b). No caso da ansiedade excessiva, esta é compreensível à luz da impercepção básica do corpo (Fonseca, 2010b). Se a criança não estiver

---

<sup>3</sup> A passividade é a capacidade de relaxação passiva dos membros e das suas extremidades distais

<sup>4</sup> A paratonia é incapacidade ou impossibilidade de descontração voluntária

suficientemente consciencializada acerca das partes do corpo, não vai saber como as mover e o que é que estas podem realizar (Fonseca, 2010b).

Na **Estruturação Espaço-Temporal** obteve uma pontuação de 3 (*realização controlada e adequada – bom - perfil euprático*), sendo que o subfactor onde apresentou maior dificuldade foi o da Estruturação Rítmica, não conseguindo por vezes evocar a estrutura rítmica apresentada pela terapeuta.

Relativamente à significação psiconeurológica deste fator psicomotor, podemos concluir que pode colocar em evidência problemas de percepção visual e/ou auditiva (Fonseca, 2010b). Relativamente à auditiva, falamos da dimensão corporal, que envolve a compreensão da ordem, da duração, da sequencialização e das relações de ordem (Fonseca, 2010b). Algumas funções que vão afetar a informação sequencializada estão contidas na estruturação rítmica, onde se agrupam capacidades de análise e de integração auditiva (Fonseca, 2010b). Pode dever-se a problemas de memorização da informação, de investimento motivacional e de flutuações da ansiedade, que se vão refletir na atenção (Fonseca, 2010b).

Relativamente à **Praxia Global**, obteve uma pontuação de 2 (*realização com dificuldades de controlo – satisfatório - perfil disprático*), sendo que os subfactores onde apresentou maiores dificuldades foi na Coordenação Óculo-Manual, na Coordenação Óculo-Pedal (obteve pontuação de 1 nestes 2 subfactores). Também apresentou dificuldades na Dismetria, apresentando uma pontuação de 1, uma vez que, realizou as tarefas com dismetrias, movimentos exagerados e insuficientemente inibidos.

Relativamente à significação psiconeurológica deste fator psicomotor, podemos concluir que na praxia global, a disfunção da integração sensorial implica uma descoordenação de vários centros que participam na planificação motora (Fonseca, 2010b). Os movimentos irregulares, imprecisos, exagerados e dismétricos surgem de uma regulação pouco minuciosa dos vários centros que interferem com os movimentos complexos e resultam de problemas de ajustamento social, de autoestima ou de aprendizagem (Fonseca, 2010b). Podemos concluir que nas provas da Tonicidade, a Carolina apresentou dificuldades nos dois subfactores que avaliam o tónus de fundo (passividade e paratonia), sendo que tais dificuldades a nível do tónus de fundo podem também traduzir-se em dificuldades nas provas da Praxia Global (Fonseca, 2010b).

Na **Praxia Fina** obteve uma pontuação de 3 (*realização controlada e adequada- bom - perfil euprático*), sendo que o subfactor onde apresentou maior dificuldade foi o da Coordenação Dinâmica Manual.

Por fim, outro nível também avaliado pela bateria (que não pertence aos fatores psicomotores) foi a **Respiração**, sendo que, na subprova apneia, a Carolina teve uma pontuação de 2 (*10 a 20 segundos com sinais evidentes de fadiga e descontrolo*), tendo sido observado alguns sinais de fadiga durante a realização desta prova.

## Draw a Person (DAP)

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos através da aplicação do Draw a Person (ver tabela 6).

**Tabela 6.** Avaliação Inicial do DAP

Desenhos	Valores Brutos	Percentil
Homem	44	45
Mulher	46	55
O Próprio	41	32
Total	131	42

Relativamente ao teste **Draw a Person (DAP)**, A Carolina obteve no desenho do Homem um resultado bruto de 44, o que corresponde ao percentil 45, no desenho da Mulher obteve um resultado bruto de 46, o que corresponde ao percentil 55 e, no desenho do Próprio, obteve um resultado bruto de 41 o que corresponde ao percentil 32. Sendo assim, a Carolina obteve uma pontuação total de 131 pontos, o que corresponde ao percentil 42 e a coloca no nível de *Average* (Média).

É ainda importante referir que durante a realização das três provas que englobam o DAP, a Carolina demonstrou uma grande vontade em dar o seu melhor nos desenhos pedidos, referindo muitas vezes que não tinha muito jeito para desenhar.

### 1.6. ELEMENTOS CRITÉRIO

Tendo em conta as informações recolhidas sobre a Carolina durante a avaliação inicial, que compreendeu a entrevista familiar, a avaliação informal e a avaliação formal, foi então possível chegar aos elementos critério, que são apresentados seguidamente.

- Crises de Ansiedade com ataques de pânico;
- Somatização gastrointestinal;
- Fruto de uma gravidez não desejada nem planeada;
- Ausência da figura paterna;
- Dependência da figura materna;
- Mau rendimento escolar;
- Baixa autoestima;
- Disponibilidade para as sessões de Psicomotricidade;
- Boa relação terapêutica.
- Dificuldade de adaptação aos contextos;

## 1.7. HIPÓTESES EXPLICATIVAS

Após ser feito o levantamento de todos os dados pertinentes para o caso da Carolina é importante que sejam estabelecidas as hipóteses explicativas para melhor entender o caso clínico e planejar a Intervenção Psicomotora, tendo sempre como referência a bibliografia existente.

Como já foi referido na história clínica e pessoal, a Carolina foi encaminhada para a Consulta de Psicologia e posteriormente para as sessões de Psicomotricidade, por apresentar um quadro de ansiedade, com alguns episódios de ataques de pânico e somatização gastro intestinal. No pedido de encaminhamento para o DPSM a médica de família da Carolina referiu que esta estava inserida numa família destruída com pais separados e pai ausente.

Através de todas as interações e dos dados que foram sendo recolhidos pela Psicomotricista, foi possível entender que tanto a mãe como a avó materna da Carolina são pessoas ansiosas, tendo já ambas beneficiado de apoio de Psicologia, não existindo informação completa do motivo do acompanhamento na consulta. Por isso, é possível supor que estes sintomas ansiosos por parte da mãe e da avó podem potenciar um ambiente ansioso e por seu turno, os sintomas da Carolina. Tal vai de encontro à bibliografia existente que refere que na ansiedade, que tem origem multifatorial, vai existir uma complexa interação entre os fatores biológicos e os fatores ambientais (Silva, 2019). A ansiedade pode ter uma origem reativa a acontecimentos, ao meio em que o indivíduo está inserido e até mesmo à herança genética que lhe é passada pelos pais (Étienne, Jacquet & Scialom, 2015). Silva (2019) refere que nas perturbações da Ansiedade, os traços que estão geralmente associados ao perfil de um indivíduo com ansiedade (e.g.: ser-se fechado ou ter uma forma pessimista de olhar a vida) estão fortemente ligados à componente hereditária (Silva, 2019). A ansiedade vai provocar sofrimento e consequentemente interferir no desenvolvimento psicomotor, cognitivo e relacional das crianças/adolescentes (Étienne, Jacquet & Scialom, 2015).

Durante a entrevista familiar a mãe mencionou que nos primeiros meses de vida a Carolina chorava muito e não dormia muito bem. Segundo Marcell (2005), quando o bebé não dorme bem e tem insónias, tal pode dever-se à existência de uma inquietude relacional entre o bebé e o ambiente que o rodeia, podendo também comprovar dificuldades precoces de adaptação mãe-bebé. Por outro lado, quando o bebé é muito agitado e não para de chorar e de se lamentar, tal pode ser influenciado pela angústia profunda da mãe (Marcell, 2005).

De todos os elementos recolhidos sobre a história pessoal da Carolina, aquele que mostrou ser dos mais relevantes foi a relação que a Carolina tem com o pai. Como já foi referido anteriormente, os pais separaram-se quando era muito nova e o progenitor da Carolina sempre esteve bastante ausente da sua vida, sendo que pouco foi o contacto que teve com a Carolina até completar 8 anos. Muitas vezes combinava que ia visitar a filha, mas acabava por não aparecer, o que revela ambivalência e descontinuidade nos contactos que tinha com a filha, o que pode levar a que a Carolina sinta um perigo iminente de ser abandonada outra vez, uma vez

que é uma incerteza se o pai vem ou não. A separação dos progenitores traduz-se em consequências para a criança, que dependem de variados fatores, como é caso da idade que a criança tinha quando a separação aconteceu e também do nível de irregularidade das visitas/contactos com o pai, chegando a ser mesmo mais benéfico em alguns casos a ausência total do progenitor (Marceli & Braconnier, 2005). Ruter, Graham, Chadwick e Yule (1961 *cit in* Marceli & Braconnier, 2005) evidenciam que uma das causas prováveis associadas ao aparecimento de perturbações mentais durante o período da adolescência é o divórcio, o mau entendimento e a instabilidade dos pais (Marceli & Braconnier, 2005), o que vai de encontro às informações recolhidas sobre a Carolina que tem como causa apontada para o começo das suas crises a mudança do pai para outra localidade e falta de contacto com o mesmo.

Mas é também bastante importante referir que durante a entrevista com a mãe da Carolina, esta referiu que não notou qualquer alteração, ou seja, sintomas na filha ao longo dos anos, em relação à ausência prolongada do pai e à falta de contacto, o que pode querer dizer que a mãe tem pouca capacidade empática, pouca sensibilidade, grande tolerância ou negação dos sintomas da Carolina.

Os pais de crianças/adolescentes que sejam super protetores em relação aos filhos podem estar a defendê-los de acontecimentos/situações que poderiam ser benéficos porque iriam fazê-los aprender e resolver esses problemas (Silva, 2019). Assim, as crianças/adolescentes com pais super protetores vão ter uma menor autonomia e também vão ser emocionalmente menos competentes (Silva, 2019). Se o(s) progenitor(es) imediatamente tentarem proteger a criança/adolescente assim que demonstra algum tipo de medo a determinada situação, podem estar a potenciar esse mesmo medo (Silva, 2019). Referimo-nos neste caso a irem buscar os filhos à escola durante o período de aulas, deixar que os filhos fiquem em casa quando não se sentem bem, sendo que assim as crianças/adolescentes vão aprender a evitar situações que lhes causam desconforto e isso tranquiliza-os e leva a que não estejam a adquirir estratégias/competências para gerir os sintomas de ansiedade que apresentam (Silva, 2019). Tal comportamento que foi descrito pela autora, pode ser observado tanto na mãe como na avó materna da Carolina, que iam buscar a Carolina à escola assim que ela ligava a dizer que não se estava a sentir bem e que precisava de ir para casa e que também a deixavam ficar em casa. E como o evitamento é considerado a principal estratégia que as crianças/adolescentes utilizam, facilmente se pode criar uma espiral que vai agravar o quadro clínico e levar a criança/adolescente a sentir-se incapaz (Silva, 2019).

Segundo Quiles e Espada (2014, p.3), a autoestima "*é a forma como nos vemos e valorizamos, baseada em todos os pensamentos, sentimentos, sensações e experiências que recolhemos ao longo da vida*". Por isso, se o indivíduo apresentar uma baixa autoestima pode levar a que apresente sentimentos de insegurança e de insatisfação consigo mesmo, podendo levar ao aparecimento de perturbações mentais, como por exemplo depressão e ansiedade (Quiles & Espada, 2014). Segundo Bermúdez (1997 *cit in* Quiles & Espada, 2014), a baixa autoestima está diretamente relacionada com ansiedade, insegurança, baixa estabilidade

emocional, pouco apetite, solidão e baixo rendimento escolar, o que vai de encontro às informações recolhidas sobre a Carolina. Segundo Rapee (2012), existem um conjunto de comportamentos que podem estar associados à ansiedade em crianças/adolescentes, como é o caso da inibição, da timidez, do medo, sendo que crianças que apresentem inibição possuem maior probabilidade de vir a desenvolver perturbações da Ansiedade.

### 1.8. PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

Seguidamente, é apresentado o perfil intra-individual (ver tabela 7) que foi elaborado tendo em conta as informações recolhidas durante a avaliação psicomotora.

*Tabela 7. Perfil Intra-Individual*

<b>Comportamentos/ Áreas Fortes ou de Integridade</b>	<b>Comportamentos/Áreas Intermédias</b>	<b>Comportamentos/Áreas Fracas ou a Desenvolver</b>
Motivação para as sessões	Equilibração	Tonicidade
Esquema Corporal	Praxia Fina	Praxia Global
Lateralização	Estruturação Espaço-Temporal	Regulação Emocional
Cooperação		Ritmo
Cumprimento de Regras		Controlo Respiratório

### 1.9. OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

Seguidamente, são apresentados os objetivos terapêuticos (ver tabela 8) que foram estabelecidos para a Intervenção Psicomotora com a Carolina, tendo em conta as dificuldades apresentadas.

**Tabela 8.** *Objetivos terapêuticos da Intervenção Psicomotora*

<b>Domínio</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<u>Psicomotor</u>	Adequar a Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a regulação tónica;</li> <li>- Aceder a um estado de passividade muscular;</li> <li>- Promover um estado de relaxação muscular.</li> </ul>
	Promover a Consciencialização Corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomar consciência do ritmo respiratório;</li> <li>- Estimular a capacidade de controlo respiratório;</li> <li>- Tomar consciência da tensão nos diferentes segmentos corporais;</li> <li>- Estimular a capacidade de identificar tensões.</li> </ul>
	Promover a Criatividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a capacidade de se expressar livre e espontaneamente;</li> <li>- Promover a expressão corporal através da música;</li> <li>- Desenvolver recursos expressivos como meios facilitadores da comunicação.</li> </ul>
	Promover a Regulação Emocional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a perceção das suas emoções em si próprio;</li> <li>- Identificar as emoções e associá-las a causas.</li> </ul>
<u>Sócio Emocional</u>	Aumentar a Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a sua valorização pessoal;</li> <li>- Tomar consciência das suas capacidades;</li> <li>- Estimular a confiança em si própria.</li> </ul>

## **1.10. PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO**

### **1.10.1. DIRETRIZES E FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Tendo em conta todos os dados recolhidos sobre a Carolina, iremos de seguida apresentar a fundamentação da intervenção, que foi realizada em contexto individual.

Para que a intervenção psicomotora possa ter resultados positivos é de extrema importância que seja estabelecida uma boa relação terapêutica. A aliança terapêutica é um entendimento mútuo de confiança entre o terapeuta e o indivíduo, sendo que a existência de uma boa relação terapêutica pode levar a um prognóstico mais favorável relativamente aos sintomas apresentados pela adolescente (Perono & Gabrot, 2006). No entanto, para que exista

uma boa relação terapêutica esta tem de ser trabalhada, conquistada e fomentada através da empatia, dos afetos, da sintonia e da responsividade (Costa, 2008).

Tendo em conta todas as particularidades da Carolina e todos os sintomas que apresentava, a Psicomotricista durante a intervenção psicomotora propôs atividades com recurso às Terapias Expressivas e às Técnicas de Relaxação.

No caso das Terapias Expressivas, que eram utilizadas durante a parte fundamental da sessão, estas caracterizam-se pelo recurso à arte, à música, ao drama, à dança e ao movimento, entre outros, sempre num contexto de psicoterapia, de reabilitação e de cuidados de saúde, promovendo o aperfeiçoamento da capacidade comunicativa de questões/acontecimentos pelos quais o indivíduo está a passar no momento, sendo mais fácil para os indivíduos expressarem-se, em comparação com outras técnicas que envolvam maioritariamente a comunicação verbal (Malchiodi, 2005). A Psicomotricista recorreu maioritariamente a recursos mediadores como atividades com recurso à arte e expressão plástica e à música/sons. Na arteterapia, que é também uma forma de terapia não verbal, o processo criativo, que é inerente a esta forma de terapia vai possibilitar que o indivíduo possa transmitir os seus sentimentos e pensamentos, potenciando a rápida melhora dos sintomas, sendo que a qualidade do produto final é menos importante que o processo terapêutico que está inerente a esse produto final (Malchiodi, 2012). É importante que o terapeuta ajude o indivíduo a estabelecer um significado para o processo criativo, para o indivíduo partilhar (Malchiodi, 2012). A musicoterapia recorre à música como forma de provocar mudanças a nível psicológico, físico, cognitivo e social em indivíduos que possuem dificuldades a nível de saúde ou de comportamento (American Music Therapy Association, 2004 *cit. in* Malchiodi, 2005).

No caso das Técnicas de Relaxação, que eram utilizadas no fim das sessões, como parte do retorno à calma, podemos referir que a relaxação pode ser utilizada como uma metodologia de intervenção psicomotora e caracteriza-se por ser uma técnica psicocorporal, que recorre a técnicas elaboradas e cujo o seu principal objetivo é harmonizar as funções fisiológicas e psicológicas, possibilitando que os indivíduos se organizem a nível tónico, que exista uma diminuição dos níveis de alerta e que, por conseguinte ocorram transformações ao nível dos estados de consciência, apaziguando as tensões e conflitos que existem no indivíduo (André, Benavides & Giromini, 2004; Costa, 2008; Guiose, 2015). Atualmente já existem inúmeros métodos de relaxação, no entanto, todos esses métodos partilham um objetivo, que se prende com a ação que é exercida sobre o corpo dos indivíduos com o intuito de atingir um estado de relaxamento (André, Benavides & Giromini, 2004). Segundo Guiose (2015) o Mindfulness tem como principal objetivo potenciar a capacidade de relaxamento dos indivíduos, sendo que o terapeuta pode recorrer a esta técnica de relaxação como forma de trabalhar os sintomas de ansiedade apresentados pelas crianças/adolescentes. Já o Treino Autogéneo de Schultz tem como objetivo principal a indução dos sentimentos de descanso, peso, calor e calma, potenciando o relaxamento psíquico do indivíduo (Guose, 2007).

### **1.10.2. ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS**

Durante a Intervenção Psicomotora com a Carolina foram adotadas diversas estratégias que passaram por: promover o estabelecimento da relação terapêutica; manter a rotina das sessões, estruturando as atividades; proporcionar um ambiente securizante e contentor; utilizar reforços positivos durante a realização das atividades de forma a promover um aumento da autoestima e da valorização pessoal; valorizar a criatividade e a espontaneidade, possibilitando diferentes formas de expressão; ter em atenção as atividades que ela gosta mais e recorrer a objetos mediadores em certos momentos de relaxação.

### **1.10.3. EXEMPLOS DE ATIVIDADES**

Durante as sessões de Psicomotricidade com a Carolina as atividades que recorriam à arte e à expressividade artística, assim como à música, eram propostas durante a fase fundamental da sessão. Começamos então por dar um exemplo de uma atividade desse tipo. Foi proposto à Carolina que construísse a sua própria mandala com recurso a aquarelas, com total liberdade de decidir como iria ficar, com o objetivo de incentivar a capacidade da Carolina se expressar livre e espontaneamente.

No que diz respeito às atividades com relaxação, estas eram propostas na parte de retorno à calma da sessão. Foi então pedido à Carolina que se deitasse no colchão em decúbito dorsal e seguidamente foi proposto um momento de relaxação de *mindfulness* que incluía a parte da respiração. Após o momento de relaxação, depois da Carolina se voltar a sentar no colchão, foi pedido que representasse no papel o que tinha sentido, para depois explicar à Psicomotricista. Esta atividade teve como objetivo promover a regulação tónica, tomar consciência do ritmo respiratório e estimular a sua capacidade de controlo do ritmo respiratório.

### **1.11. PROGRESSÃO TERAPÊUTICA**

A intervenção da Carolina teve uma frequência semanal, entre Janeiro e Julho de 2019, num total de 24 sessões.

Relativamente à progressão terapêutica da Carolina, numa fase inicial a Carolina era uma menina bastante inibida que recorria frequentemente ao riso como forma de resposta às perguntas que lhe eram dirigidas, demonstrando grande ansiedade em relação ao que iria ser feito nas sessões, referindo que tinha medo do desconhecido que seriam as sessões de Psicomotricidade. Após os dois momentos de avaliação, formal e informal, a Psicomotricista dispunha de todos os dados essenciais sobre a Carolina, que lhe possibilitaram delinear as estratégias iniciais para as sessões de Psicomotricidade.

No entanto, ao longo das sessões, as estratégias foram aumentando à medida que a Psicomotricista ia conhecendo melhor a Carolina e que a relação terapêutica se ia desenvolvendo. As estratégias que foram delineadas em primeiro lugar foram manter a rotina das sessões, estruturando as atividades e explicar de forma detalhada tudo o que iria ser feito,

deixando a Carolina à vontade para esclarecer qualquer dúvida. À medida que as sessões foram passando, a Carolina começou a estar mais à vontade nas sessões, mostrando ser uma menina simpática e sempre disponível para fazer aquilo que lhe era requisitado, dando também mais feedback das atividades realizadas. Passou também a demonstrar mais à vontade para falar sobre ansiedade e como é que os sintomas a faziam sentir. De uma forma geral, à medida que as sessões foram progredindo foi evidenciado que a Carolina reagia melhor a uma estrutura de sessão que fosse dirigida e estruturada, o que ajudava bastante com os seus sintomas de ansiedade segundo a própria. No entanto, apesar de estruturadas todas as sessões dependiam sempre da disponibilidade que tinha para a sessão e de como tinha passado a semana, tendo sido feitas alterações de acordo com a Carolina que fossem de encontro às suas necessidades, chegando uma das sessões a ter apenas conversa inicial e o momento de retorno à calma com relaxação.

A relação terapêutica que a Carolina estabeleceu com a Psicomotricista foi bastante positiva, o que possibilitou uma maior eficácia do projeto de intervenção. Relativamente às técnicas de relaxação, numa fase inicial, para que a Carolina se fosse ambientando privilegiaram-se momentos de relaxação em pé passando progressivamente para momentos de relaxação sentada e, posteriormente deitada. Os momentos em relaxação no início da intervenção psicomotora eram mais curtos, uma vez que era difícil para a Carolina estar muito tempo a tentar relaxar, no entanto, com o avançar das sessões o tempo que conseguia passar em relaxação foi aumentando. Também foi possível observar uma evolução na capacidade da Carolina descrever as sensações provocadas pela relaxação a nível corporal e psíquico, assim como na sua respiração que foi conseguindo controlar melhor. A Carolina também aderiu muito bem às atividades que recorriam a mediadores expressivos, mostrando sempre muita curiosidade sobre o que iria ser proposto nas sessões. Nas atividades que requeriam alguma introspeção e pensamento sobre sensações provocadas pelas sessões, foi possível observar que com o decorrer da intervenção psicomotora foi sendo cada vez mais fácil para a Carolina.

## **1.12. AVALIAÇÃO INICIAL VS. AVALIAÇÃO FINAL**

### **Inventário de Comportamento da Crianças para Pais**

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final da aplicação do Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ver tabela 9).

**Tabela 9.** Resultados da Avaliação Inicial vs. Avaliação Final do ICCP

	Resultado		Percentil		Nível	
	A. Inicial	A. Final	A. Inicial	A. Final	A. Inicial	A. Final
<b>Oposição/ Imaturidade</b>	21	21	P > 98	P > 98	<b>Patológico</b>	<b>Patológico</b>
<b>Agressividade</b>	5	3	P85	P85	Normal	Normal
<b>Hiperatividade/Atenção</b>	17	13	P > 98	P > 98	<b>Patológico</b>	<b>Patológico</b>
<b>Depressão</b>	15	10	P > 98	P > 98	<b>Patológico</b>	<b>Patológico</b>
<b>Problemas Sociais</b>	0	2	P < 85	P < 85	Abaixo da Média	Abaixo da Média
<b>Queixas Somáticas</b>	4	6	P85 / P95	P > 98	Normal	<b>Patológico</b>
<b>Isolamento</b>	10	8	P > 98	P > 98	<b>Patológico</b>	<b>Patológico</b>
<b>Ansiedade</b>	7	4	P > 98	P95	<b>Patológico</b>	<b>Disfuncional</b>
<b>Obsessivo/Esquizóide</b>	10	11	P > 98	P > 98	<b>Patológico</b>	<b>Patológico</b>
<b>Total</b>	93	78	P > 98	P > 98	<b>Patológico</b>	<b>Patológico</b>

Relativamente ao **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P)**, podemos concluir que em comparação com a avaliação inicial, a Carolina manteve-se acima do P98 (nível patológico) nas categorias Oposição/Imaturidade, Hiperatividade/Problemas de Atenção, Depressão, Isolamento e Obsessivo-Esquizóide. Na categoria Ansiedade, a Carolina passou do **P98** (nível patológico) para o **P95** (nível disfuncional), e na categoria Queixas Somáticas passou de um **P85/95** (próximo do nível disfuncional) para o **P98** (nível patológico).

Mas, de uma forma geral, as pontuações obtidas em cada categoria do inventário baixaram em comparação com as da avaliação inicial. Também a pontuação total deste inventário diminuiu em relação à avaliação inicial, passando de 93 pontos para 78 pontos (P98).

### Questionário de Consciência Emocional

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final da aplicação do Questionário de Consciência Emocional (ver tabela 10).

**Tabela 10.** Resultados da Avaliação Inicial vs. Avaliação Final do Questionário de Consciência Emocional

Parâmetros	Pontuação A. Inicial	Pontuação A. Final
<b>Diferenciar Emoções</b>	15 pontos	12 pontos
<b>Partilhar Verbalmente Emoções</b>	3 pontos	3 pontos
<b>Não Esconder Emoções</b>	7 pontos	12 pontos
<b>Consciência Corporal</b>	10 pontos	13 pontos
<b>Atender às Emoções do Outro</b>	13 pontos	13 pontos
<b>Analisar Emoções</b>	9 pontos	7 pontos

No **Questionário de Consciência Emocional**, passou de um total de 57 pontos para um total de 60 pontos, num máximo de 90 pontos. Nos parâmetros *Diferenciar Emoções* (15 pontos para 12 pontos) e *Analisar Emoções* (9 pontos para 7 pontos) a Carolina obteve pontuações mais baixas que na avaliação inicial. Já no que diz respeito aos parâmetros *Não esconder Emoções* (7 pontos para 12 pontos) e *Consciência Corporal* (10 pontos para 13 pontos), apresentou melhorias visto que obteve maiores pontuações em relação à avaliação inicial. Por fim, nos parâmetros *Partilhar Verbalmente Emoções* (3 pontos) e no *Atender às emoções do Outro* (13 pontos), manteve a sua pontuação em relação à avaliação inicial. Podemos então observar que os parâmetros onde a Carolina obteve melhorias foi no *Não Esconder Emoções* e na *Consciência Corporal*. Podemos observar que nas afirmações “Quando estou assustado(a) ou nervoso(a), sinto algo na minha barriga”, “É difícil saber se estou a sentir-me triste ou zangado(a) ou outra coisa qualquer” e “Quando me sinto mal, é um assunto meu e de mais ninguém” a resposta da Carolina passou de verdadeira (A.I.) para não verdadeira (A.F). Nas afirmações “Quando estou chateado(a) com alguma coisa, a maior parte das vezes guardo isso para mim”, “Quando estou zangado(a) ou chateado(a), tento esconder” e “Quando estou chateado(a), tento não demonstrar” a resposta da Carolina passou de verdadeira (A.I.) para por vezes verdadeira (A.F). Na afirmação “Quando me sinto chateado(a), não sei se estou triste, assustado(a) ou zangado(a)”, a resposta da Carolina passou de não verdadeira (A.I.) para por vezes verdadeira (A.F). Por fim, na afirmação “Muitas vezes, eu não sei porque estou zangado(a)” resposta da Carolina passou de não verdadeira (A.I.) para verdadeira (A.F).

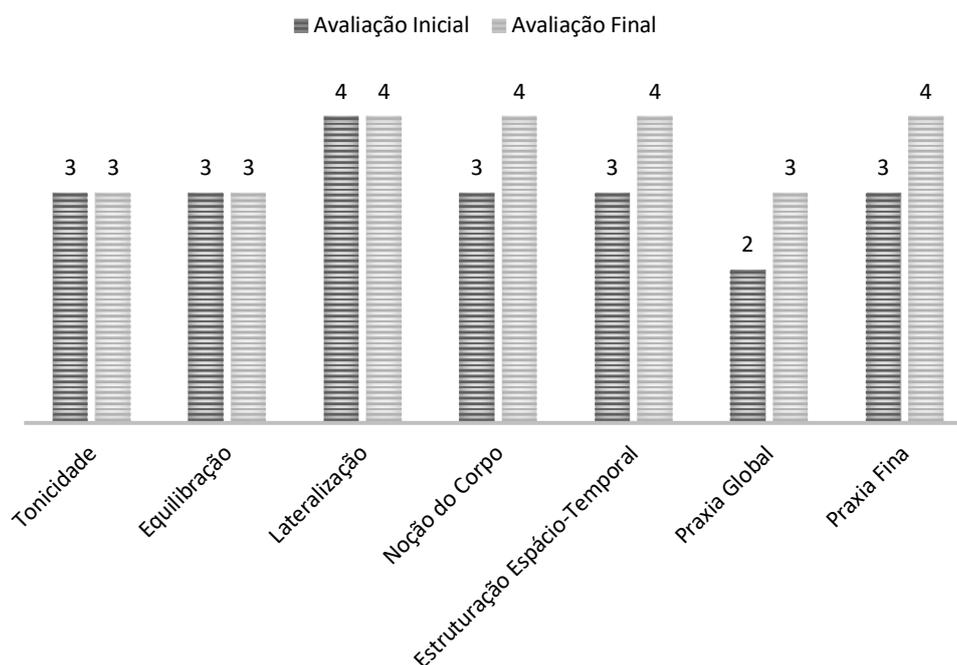
### **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca**

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (ver gráfico 2).

Relativamente à **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca** (BPM), a Carolina passou de um Perfil Psicomotor quantitativo de 21 (normal) para um Perfil Psicomotor quantitativo de 26 (normal) na avaliação final.

No que diz respeito aos fatores psicomotores, podemos concluir que manteve a pontuação de 4 (realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada – excelente - perfil hiperpráxico) no fator Lateralização e a pontuação de 3 (realização controlada e adequada – bom - perfil eupráxico) nos fatores Tonicidade e Equilibração. Já nos fatores Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal e Praxia Fina, a Carolina passou de uma pontuação de 3 para uma pontuação de 4. Por fim, no fator Praxia Global, a Carolina passou de uma pontuação de 2 (realização com dificuldades de controlo – satisfatório - perfil dispráxico) para uma pontuação de 3.

## BATERIA PSICOMOTORA DE VÍTOR DA FONSECA



**GRÁFICO 2.** Resultados da Avaliação Inicial e da Avaliação Final da BPM

Relativamente à respiração, que também é avaliada na BPM, apesar de não englobar os fatores psicomotores, a Carolina na subprova de apneia passou de uma pontuação de 2 (10 a 20 segundos com sinais evidentes de fadiga e descontrolo), para uma pontuação de 3 (20 a 30 segundos sem sinais de fadiga ou de desconforto).

Relativamente ao fator psicomotor Tonicidade, a Carolina voltou a obter no subfactor extensibilidade dos membros superiores uma pontuação de 2 (não toca com os cotovelos nem com o polegar nas respetivas explorações; sinais frequentes de esforço; sinais de hipoe extensibilidade), assim como na passividade (insensibilidade ao peso dos membros, não os descontraindo nem realizando movimentos passivos e pendulares; movimentos abruptos; movimentos coreiformes - contrações de pequena amplitude -, e movimentos atetotiformes - lentas torções nas extremidades; frequentes manifestações emocionais) e na paratonia dos membros superiores (revela tensões, bloqueios, resistências moderadas e frequentes em qualquer das manipulações; identificação de paratonias e contrações proximais e distais; frequentes manifestações emocionais). Sendo assim, tendo em conta as provas da Passividade e da Paratonia, podemos concluir que a Carolina possui um perfil hipertónico, uma vez que existe um aumento da resistência à manipulação passiva.

O fator psicomotor Praxia Global, foi aquele em que foi possível observar maiores evoluções na Carolina uma vez que esta passou de uma pontuação de 2 para uma pontuação de 4, sendo que os subfactores onde apresentou maiores dificuldades voltaram a ser a Coordenação Óculo-Manual, a Coordenação Óculo-Pedal e a Dismetria, no entanto passou de uma pontuação de 1 nesses subfactores para uma pontuação de 3.

## Draw a Person (DAP)

Seguidamente, são apresentados os resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final da aplicação do DAP (ver tabela 11).

**Tabela 11.** Resultados da Avaliação Inicial Vs. Avaliação Final do DAP

Desenhos	Valores Brutos (A.I)	Valores Brutos (A.F)	Percentil (A.I)	Percentil (A.F)
Homem	44	45	45	50
Mulher	46	45	55	50
O Próprio	41	49	32	68
Total	131	139	42	55

Por fim, relativamente ao teste Draw a Person (DAP), podemos observar que a Carolina obteve melhorias no desenho do Homem, passando de um resultado bruto de 44 para um valor bruto de 45 e também no desenho do Próprio, passando de um resultado bruto de 41 para um valor bruto de 49. Relativamente à pontuação total, passou de um total de 131 pontos para um total de 139 pontos, continuando no nível *Average* (Média). Durante a realização deste teste, a Carolina voltou a demonstrar vontade de dar o seu melhor em cada desenho que era requisitado.

### 1.13. DISCUSSÃO

É relevante afirmar que durante o período de Intervenção Psicomotora a Carolina apenas beneficiou de sessões de Psicomotricidade e de algumas Consultas de Psicologia. Comparando os resultados da avaliação inicial e da avaliação final podemos observar que existiram ligeiras melhorias em alguns dos testes aplicados, sendo mais evidentes na BPM. Podemos também referir que no ICCP, na categoria Ansiedade, a Carolina passou do **P98** (nível patológico) para o **P95** (nível disfuncional).

De uma forma geral, foi possível observar que com o passar das sessões foi conseguindo passar mais tempo em relaxação, aumentando também a sua capacidade de relatar as sensações provocadas pela relaxação a nível corporal e psíquico. No que diz respeito às atividades que recorriam a mediadores expressivos, a Carolina demonstrou também evoluções, tanto na sua confiança para realizar as atividades como na introspeção e pensamento sobre sensações provocadas pelas sessões, onde foi possível observar que com o decorrer da intervenção psicomotora foi sendo cada vez mais fácil.

As técnicas de relaxação promovem sentimentos de contenção e tranquilização, ajudam a criança/adolescente a fortalecer o seu mundo interno e a possuírem uma consciencialização do seu eu, possibilitando assim que, através do envelope corporal, adquira as ferramentas necessárias para lidar com conflitos, com o mundo externo (Thoret, Carrié, Pradère, Serre &

Moro, 2006). Costa (2019), refere que as técnicas de relaxação, como é o caso do *mindfulness*, podem ser bastante úteis em crianças/adolescentes com um quadro de ansiedade, uma vez que o *mindfulness* potencia a descentralização de sentimentos negativos e a competência para apreciar a informação e arranjar novas soluções, ou seja, devido ao *mindfulness* vai ocorrer um aumento da capacidade da criança/adolescente se regular emocionalmente.

As atividades que recorram à expressividade (e.g.: recurso à arte e à expressão plástica) e à criatividade promovem, nas crianças/adolescentes que apresentam um quadro de ansiedade, o aumento da sua autoconfiança que é essencial para a sua vida (Costa, 2008).

No entanto, apesar da Carolina ter adquirido ganhos com a intervenção, o período de intervenção psicomotora foi marcado por algumas oscilações, observadas também em contexto de sessão, que se deveram à escola, à relação com o pai e à ansiedade e levaram por vezes a algumas estagnações.

Antes da Carolina iniciar as sessões de Psicomotricidade (Dezembro), o psicólogo que a seguia recomendou que tomasse uns comprimidos naturais que a poderiam ajudar em momentos de maior ansiedade, sendo que a Carolina chegou a referir que durante um período de tempo deixou de sentir necessidade de tomar os comprimidos, porque segundo ela, as sessões de Psicomotricidade ajudavam-na. Dois meses e meio (Março) após a Carolina começar a ser seguida em Psicomotricidade, a mãe pediu para reunir com a Psicomotricista porque estava preocupada com a Carolina, uma vez que estava “respondona” em casa e o seu rendimento escolar estava a baixar. Referiu também que a Carolina continuava a ligar-lhe frequentemente para a ir buscar a meio do período de aulas. Após esta reunião foi discutido com o psicólogo as preocupações da mãe e foi marcada nova Consulta de Psicologia. Os sintomas da Carolina começaram a piorar em Abril, após as férias da páscoa. Durante essa altura a mãe levou-a às urgências porque os sintomas não aliviavam e foi-lhe receitado Atarax® a pedido da mãe porque, segundo ela, acalmava bastante a Carolina. No entanto, as crises de ansiedade continuaram de forma quase diária e, segundo a Carolina, o único dia da semana em que geralmente não tinha crises de ansiedade era à quarta feira (dia da sessão de Psicomotricidade). As chamadas para a mãe a ir buscar à escola tornaram-se ainda mais frequentes, chegando por vezes a ligar à avó quando a mãe não atendia o telemóvel.

Também durante este período o pai começou a ligar de forma mais frequente à Carolina, chegando a deslocar-se por duas vezes ao local de residência da filha, mas esteve pouco tempo com ela. Em Junho a Psicomotricista teve uma reunião por via telefónica com a diretora de turma da Carolina, sendo que o feedback passado pela diretora de turma era que os professores já não acreditavam nos sintomas da Carolina, e que na opinião dela a Carolina era uma menina muito inteligente que não indicava ter dificuldades de aprendizagem, mas que o número de faltas a prejudicavam imensamente. A estratégia adotada pela diretora de turma, foi não deixar a Carolina ir a casa de banho sozinha, para tentar evitar que ligasse à mãe ou à avó para a irem buscar à escola. Pediu um relatório do psicólogo que seguia a Carolina a descrever a sua evolução. Na última conversa com a mãe, onde a psicomotricista falou sobre a intervenção, as

principais preocupações da mãe eram que a Carolina estava cada vez mais fechada, recusava-se a sair de casa na maior parte das vezes, a menos que a mãe fosse com ela. No que diz respeito à escola no 2.º período teve 5 negativas e esteve em risco de reprovar o ano, no entanto, acabou por passar para o 7.º ano com 2 negativas.

Podemos considerar que o elemento fundamental para o sucesso da intervenção psicomotora, foi a relação terapêutica estabelecida com a Carolina e alargada à família nuclear, que compreendeu a importância da intervenção e se sintonizou com as dificuldades da Carolina. Assim, em momentos de maior sofrimento por parte da Carolina, a pontualidade, o empenho, o investimento e a disponibilidade tanto da mãe como da avó em trazer a Carolina às sessões de Psicomotricidade permaneceu, assim como a vontade que a própria Carolina demonstrava em comparecer, tendo chegado a ir à sessão quando estava um pouco doente.

A aliança terapêutica é bastante importante para a intervenção psicomotora, uma vez que é considerada como um dos fatores essenciais para que exista adesão à terapia, o que por conseguinte influencia também os resultados que advêm da terapia (Perono & Gabrot, 2006). No fundo, a aliança terapêutica é um entendimento mútuo de confiança entre o terapeuta e o indivíduo (Perono & Gabrot, 2006). Uma relação terapêutica fortalecida pode levar a que exista um melhor prognóstico em relação aos sintomas apresentados pelo indivíduo (Perono & Gabrot, 2006). A aliança terapêutica começa a formar-se logo com o primeiro contacto e baseia-se na primeira impressão e na comunicação não-verbal por parte de ambos, sendo que se a aliança terapêutica se estabelecer vai ser fortalecida à medida que a terapia vai decorrendo (Perono & Gabrot, 2006). No que diz respeito à intervenção com crianças/adolescentes, existe outro fator essencial para a aliança terapêutica e para a aderência à terapia, os pais das crianças/adolescentes (McLeod, 2011). Segundo Shirk e Russell (1998 *cit in* McLeod, 2011) a percepção dos pais em relação à aliança terapêutica estabelecida é bastante importante para o prognóstico dos seus filhos, uma vez, que são os pais que procuram a ajuda necessária para os seus filhos, que concordam com as terapias propostas e que na maior parte das vezes transportam os filhos até à terapia.

Tendo em conta tudo o que foi referido anteriormente, era de extrema importância que a Carolina, após o término das sessões de Psicomotricidade e também com a iminência da reforma do único psicólogo que dava consultas às crianças/adolescentes da UPIA, continuasse a beneficiar de uma rede de apoio no DPSM. Essa rede de apoio era indispensável para que a Carolina conseguisse, aos poucos, ter uma evolução positiva dos seus sintomas e não se sentir desamparada. Por isso, a Psicomotricista após ter terminado o período de avaliação final e consequentemente a intervenção psicomotora à Carolina, dinamizou ainda mais 2 sessões com a Carolina, para evitar que ficasse durante um período significativo sem nenhum tipo de apoio. A Carolina foi então encaminhada, em conjunto com o psicólogo do serviço, para a Consulta de Pedopsiquiatria que iria ser iniciada por uma nova médica em Setembro. Passou também a ser seguida pela Enfermeira do DPSM que dava apoio à UPIA, de duas em duas semanas, para realizar algumas atividades relacionadas com relaxamento.

## 2. ESTUDO DE CASO II (SESSÃO INDIVIDUAL II)

### **Intervenção Psicomotora com uma criança de 8 anos com Perturbação do Espectro do Autismo: um estudo de caso.**

**Resumo:** O presente artigo tem como principal objetivo descrever a intervenção psicomotora realizada com um dos estudos de caso seguidos durante o estágio curricular do Mestrado em Psicomotricidade, no Serviço de Pediatria. A criança do género masculino (8 anos) apresentava, além do diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, dificuldades de concentração/atenção, impulsividade e irritabilidade, tendo sido essas dificuldades o foco da intervenção, que decorreu semanalmente em 27 sessões. O presente artigo apresenta os passos do projeto terapêutico, desde a avaliação à intervenção psicomotora, fazendo ainda referência à progressão terapêutica. A intervenção foi individual e a Psicomotricista recorreu a técnicas gnoso-práticas e de relaxação, resultando melhorias ao nível do controlo da impulsividade, da atenção/concentração, do equilíbrio e da coordenação.

**Abstract:** The main objective of this article is to describe the psychomotor intervention carried out with one of the case studies followed during the curricular internship of the Master in Psychomotricity, at the Pediatric Service. The male child (8 years old), in addition to the diagnosis of Autism Spectrum Disorder, presented difficulties in concentration/attention, impulsivity and irritability/regulation, these difficulties being the focus of the intervention that occurred weekly in 27 sessions. This article presents the steps of the therapeutic project, from assessment to psychomotor intervention, referring also the therapeutic progression. The intervention was individual and the Psychomotricist used gnoso-praxic and relaxation techniques, resulting in improvements in the control of impulsivity, attention/concentration, balance and coordination.

**Palavras-Chave:** Prática psicomotora; Psicomotricidade; Perturbação do Neurodesenvolvimento.

**Key-Words:** Psychomotor practice; Psychomotricity; Neurodevelopmental Disorder.

## 1. INTRODUÇÃO

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por défices persistentes ao nível da comunicação e da interação social, em diversos contextos (APA, 2014). Crianças com PEA possuem défices na reciprocidade social, na comunicação não-verbal (essencial na interação social) e na capacidade de desenvolver, manter e compreender relacionamentos sociais com os pares (APA, 2014). Para ser efetuado um diagnóstico de PEA é necessário a presença de comportamentos, interesses e atividades restritos ou repetitivos, sendo que, geralmente, o diagnóstico é feito a partir dos 3 anos de idade (APA, 2014; Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). Na PEA é comum a presença de sintomas relacionados com as alterações da atenção (crianças excessivamente focadas ou excessivamente distraídas/desatentas), assim como sintomas que remetem para a presença de hiperatividade, sendo que o diagnóstico de Hiperatividade e Défice de Atenção

(PHDA) deve ser considerado quando os sintomas anteriormente descritos se revelam exacerbados comparativamente ao desenvolvimento típico considerado (APA, 2014).

O estudo do desenvolvimento da criança, bem como do diagnóstico, revela-se fundamental para a compreensão dos sintomas apresentados pela criança ao longo do tempo. Isto porque, no âmbito do neurodesenvolvimento, a intervenção do psicomotricista é orientada por um conjunto de conhecimentos obtidos acerca da criança, nomeadamente dos seus contextos de vida, do seu desenvolvimento, dos processos que lhe são implícitos e das patologias que podem ser apresentadas pela criança (Miermon, Benois-Marouani & Jover, 2015).

A Psicomotricidade baseia-se numa visão holística do ser humano e na relação que se estabelece entre o corpo e a mente, integrando as interações físicas, emocionais, simbólicas e cognitivas do indivíduo para este ser e atuar num contexto biopsicossocial (Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012). Na Intervenção Psicomotora, o Psicomotricista tem ao seu alcance várias metodologias tendo como base a mediação corporal e expressiva, nomeadamente técnicas gnóstico-práticas, com vista à estimulação das competências psicomotoras e regulação do comportamento, técnicas expressivas e lúdico-terapêuticas, através do jogo e das terapias expressivas, de maneira a privilegiar a comunicação não-verbal e a expressão emocional através do corpo e do movimento, e técnicas de relaxação terapêutica com objetivos terapêuticos essencialmente dirigidos à regulação tónico-emocional, à consciencialização corporal e elaboração do esquema e imagem corporal (APP, 2011; Fórum Europeu de Psicomotricidade, 2012). O Psicomotricista harmoniza a expressão motora inadequada ou inadaptada em crianças com problemas de desenvolvimento, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo (APP, 2011).

Neste artigo pretende-se descrever a Intervenção Psicomotora com o Tomás, estudo de caso descrito no presente artigo, que decorreu no âmbito do estágio curricular realizado em contexto hospitalar no Serviço de Pediatria e na Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, com vista à conclusão do Mestrado em Psicomotricidade. O Tomás foi encaminhado para avaliação em Psicomotricidade pela Consulta de Apoio ao Desenvolvimento do Serviço de Pediatria, onde é seguido desde os 24 meses, por apresentar dificuldades de concentração/atenção, impulsividade e irritabilidade proveniente da relação com os pares.

O presente artigo encontra-se dividido em seis pontos que compreendem a introdução, a metodologia (que engloba a caracterização do participante), os instrumentos de avaliação e os procedimentos (onde é descrito o plano de intervenção: elementos critério, hipóteses explicativas, perfil intra-individual, objetivos terapêuticos e projeto pedagógico-terapêutico), os resultados, que englobam a progressão terapêutica e a avaliação inicial vs. avaliação final, a discussão dos resultados, as conclusões e, por fim, as referências bibliográficas.

## 2. METODOLOGIA

### i. Caracterização do Tomás e história do desenvolvimento

O Tomás (nome fictício) tinha 8 anos no início da intervenção e frequentava o 3.º ano de escolaridade. Não tinha irmãos e vivia com ambos os pais. Foi fruto de uma gravidez planeada e desejada pelos pais. Não existe registo de complicações nos períodos pré e perinatal do Tomás, tendo nascido de cesariana às 39 semanas de gestação com 3,750 Kg. Relativamente ao seu desenvolvimento, no domínio psicomotor, a mãe referiu que o Tomás demorou algum tempo até começar a andar autonomamente não sabendo especificar exatamente a idade que tinha. No que diz respeito à fala e à interação, a mãe referiu que o Tomás quando era bebé “parecia não ouvir” quando chamavam por ele, e só por volta dos 18 meses é que começou a dizer algumas sílabas. É ainda importante referir que era muito fixado em movimentos rotativos.

Iniciou a creche aos 18 meses, tendo sido por volta dessa altura que começaram a existir maiores preocupações com o seu neurodesenvolvimento, nomeadamente, na linguagem e na interação. Foi referenciado à Intervenção Precoce aos 20 meses, sendo que através da avaliação realizada aos 23 meses, foi evidenciado um atraso severo da linguagem e cognição verbal, dificuldades na interação social e autonomia e pouca intenção comunicativa. Beneficiou de sessões de Terapia da Fala e de Apoio Educativo até aos 6 anos, altura em que entrou para o 1.º ciclo e deixou de estar abrangido pela Intervenção Precoce. Começou a ser seguido aos 24 meses na Consulta de Apoio ao Desenvolvimento no Hospital do Espírito Santo de Évora, onde continua a ser seguido atualmente, semestralmente. É importante referir que os pais do Tomás aceitaram desde muito cedo as dificuldades que o filho tinha e o seu diagnóstico, mostrando-se sempre empenhados em proporcionar as melhores experiências ao Tomás, de forma a que este alcançasse um melhor prognóstico. Sempre se mostraram bastante participativos tanto no desenvolvimento do Tomás, indo ambos às consultas de Apoio ao Desenvolvimento, como na educação do Tomás.

Aos **2 anos**, a principal preocupação dos pais prendia-se com a linguagem e a comunicação do Tomás. Não apontava, não apresentava intenção comunicativa e não interagia com os pais nem com outras crianças. Quando precisava de alguma coisa, ia até junto de um dos pais e puxava-os pela mão. Foi uma altura também muito marcada pelas birras (e.g., batia com a cabeça no chão e em casa quando se chateava rebolava-se no chão). Não dava sinal quando tinha a fralda suja. O Tomás fixava-se muito nos seus brinquedos, mas não fazia jogo simbólico. A sua brincadeira preferida passava por colocar um carrinho na ponta da mesa para conseguir observar o movimento realizado pelas rodas. O Tomás continuou a não prestar atenção quando era chamado pelo nome e a ter uma aproximação desadequada a outras pessoas. A frequência no Jardim de Infância, a intervenção especializada da equipa de Intervenção Precoce bem como toda a estimulação proporcionada pelos pais, permitiram observar aos **3 anos** progressos muito significativos em todas as áreas do neurodesenvolvimento. O Tomás deixou de usar fralda durante este período, comia sozinho e começou a ter mais facilidade no cumprimento de regras, na interação com os pares e no

contacto ocular (embora ainda um pouco fugaz). Começou também a dirigir-se aos pais para pedir ajuda. No entanto, ainda reagia mal em ambientes confusos e com muitas pessoas e tinha momentos em que se fixava numa atividade (e.g., repetir a contagem, folhear as páginas do livro e ficar a ver as folhas a passar). Aos **4 anos**, os progressos mantiveram-se, no entanto, ainda tinha alguma tendência para ter comportamentos repetitivos. Aos **5 anos**, o Tomás apresentou uma boa evolução da linguagem, com discurso inteligível. Tinha uma linguagem elaborada com algumas expressões particulares e uma prosódia peculiar, mas com dificuldades em iniciar uma conversa. No entanto, não deixava ninguém brincar com os brinquedos que eram dele e passou a ter rituais (e.g., tinha de ser ele a abrir o portão para saírem de casa) e alguma rigidez de pensamento/obsessões. Aos **6 anos** entrou para o 1.º ciclo, deixou de ter o apoio da intervenção precoce e o seu comportamento em casa continuava difícil de gerir, apresentava muitas dificuldades a nível da autonomia e também em seguir instruções. Nesta altura, os pais do Tomás optaram por levá-lo a Consultas de Psicologia no privado, que ocorriam esporadicamente.

O seu percurso escolar tem sido marcado por constantes faltas de atenção, distração, comportamento impulsivo e excessiva lentidão na realização das tarefas, o que mete em causa o seu ritmo de trabalho apesar de demonstrar interesse em aprender. O seu aproveitamento escolar oscilou entre o Suficiente e o Bom, nunca tendo reprovado. Após ter iniciado o primeiro período do 3.º ano de escolaridade, com 8 anos, foi medicado com Metilfenidato e beneficiou de apoio educativo 4 horas por semana em contexto grupal. Relativamente ao relacionamento com os pares, existiram muitos conflitos com os colegas durante os últimos 3 anos de escolaridade, uma vez que alguns colegas “gozam” com o Tomás e este não consegue gerir esses momentos levando, por vezes, a confrontos físicos resultantes de dificuldades em compreender a interação social.

De um modo geral, atualmente o Tomás está mais comunicativo, já conta de uma forma espontânea atividades que fez ou acontecimentos recentes. Mostra interesse e responde a qualquer som, no entanto, com sons mais intensos e de volume mais elevado mostra alguma agitação. Prefere brincar com crianças mais novas e já não demonstra desconforto em conhecer pessoas novas, procurando interagir com o outro e que se adapta muito mais facilmente a situações novas que possam surgir. A mãe caracteriza o Tomás como sendo irrequieto, muito impulsivo, distraído e perfeccionista.

É importante referir, que apesar do Tomás apresentar um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, o facto de ter beneficiado de uma intervenção precoce proporcionou um pilar para que este conseguisse ultrapassar grande parte dos sintomas característicos da PEA. Por isso, como foi referido anteriormente, o motivo do encaminhamento para a Psicomotricidade prendeu-se pelo conjunto de dificuldades psicomotoras, como é o caso das dificuldades de concentração/atenção, de impulsividade e da irritabilidade proveniente da relação com os pares e não pelo diagnóstico de PEA que o Tomás apresentava na altura do encaminhamento.

## ii. Instrumentos de avaliação

Durante a avaliação psicomotora foi realizada uma avaliação informal que compreendeu uma entrevista à mãe, para recolha dos dados anamnésicos que foram descritos anteriormente, e uma observação psicomotora, utilizando como base a grelha de Martinez, Peñalver e Sanchez (2003). Posteriormente, foi realizada uma avaliação formal em que foram aplicados vários instrumentos de avaliação que permitiram aferir quais eram as principais dificuldades do Tomás. Os instrumentos de avaliação utilizados foram os seguintes: O **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP)** (Albuquerque et. al, 1999), que tem como principal objetivo a descrição e avaliação das competências sociais e dos problemas de comportamento de crianças e adolescentes, tais como são percebidos pelos seus pais/cuidadores (Albuquerque et. al, 1999); A **Escala de Conners** (Rodrigues, 2004), que tem como objetivo avaliar os problemas de comportamento através da obtenção de respostas de professores e pais (Rodrigues, 2004); A **Movement Assessment Battery For Children – Second Edition (MABC-2)**, que tem como principal objetivo identificar e descrever as dificuldades no funcionamento motor de crianças e adolescentes (Henderson, Sugden & Barnett, 2007); A **Torre de Londres**, que tem como objetivo principal identificar dificuldades a nível do planeamento e das funções executivas (velocidade de planeamento, impulsividade e flexibilidade) (Anderson, Anderson & Lajoie, 1996); A **Prova da Estátua da Bateria Nepsy-II**, que pertence à área da atenção e das funções executivas e tem como principal objetivo avaliar o controlo inibitório e a persistência motora em crianças (Brooks, Sherman & Strauss, 2009); As **Estruturas Rítmicas de Stambak**, que permitem avaliar a estruturação temporal da criança e percepção do ritmo (Pireyre, 2000); O **Draw a Person**, que permite avaliar a noção do esquema corporal da criança assim como avaliar a capacidade cognitiva através do desenho da figura humana (homem, mulher e o próprio) (Naglieri, 1988).

## iii. Procedimentos e resultados de avaliação inicial

### Avaliação Informal

É importante referir que existiu um contacto inicial com a Psicomotricista durante a Consulta de Apoio ao Desenvolvimento, por isso o Tomás já tinha interagido com a Psicomotricista antes da primeira sessão de Psicomotricidade, o que pode ter ajudado no desenrolar da primeira sessão/primeiro contacto. Antes desta primeira sessão individual, a Psicomotricista realizou a entrevista para recolha dos dados anamnésicos com a mãe do Tomás. O Tomás demonstrou uma grande disponibilidade para as sessões de Psicomotricidade, mostrando uma certa curiosidade em relação à Psicomotricista e em relação ao que iria ser proposto durante as sessões.

A primeira sessão individual de Psicomotricidade, sem a presença dos pais, decorreu num dos gabinetes do Serviço de Pediatria e nesse gabinete estava uma caixa com várias peças de lego que foi utilizada durante esta primeira sessão. O Tomás começou logo a brincar com os legos, incluindo a psicomotricista no seu jogo e construindo um castelo com os legos disponíveis. O Tomás conseguiu realizar uma brincadeira com estrutura, respeitando a funcionalidade dos

materiais/brinquedos, utilizando por vezes o jogo simbólico quando queria dar outra função a um objeto que não tinha disponível. A relação terapêutica que o Tomás estabeleceu com a psicomotricista foi bastante positiva, mostrando ser um menino bastante simpático, com um discurso adequado e prosódia peculiar, que se mostrou sempre disponível para fazer aquilo que lhe era proposto. Demonstrou também um bom contacto e não mostrou um olhar desviante. Notou-se também alguma impulsividade na realização das tarefas e, por vezes, alguma agitação motora.

#### Avaliação Formal

Abordaremos de forma breve os resultados obtidos na avaliação inicial realizada. No que diz respeito ao **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP)**, podemos referir que o Tomás apresentou resultados abaixo do P85 (nível normal) em quase todas as categorias do inventário, no entanto, na categoria Depressão, apresentou uma pontuação acima do P98 (nível patológico). Na **Escala de Conners**, os resultados decorrentes do preenchimento das duas escalas (pais e professores), traduziram-se em percentis que estão dentro daquilo que é esperado para a faixa etária do Tomás, o que pode dever-se ao facto de estar medicado com Metilfenidato. Na **Bateria MABC-2** (versão original inglesa), o Tomás obteve no subteste da Destreza Manual um resultado padrão de 11 (P63), no subteste Atirar e Agarrar um resultado padrão de 7 (P16) e, no subteste Equilíbrio um resultado padrão de 10 (P50), com uma pontuação total de 76, colocando-o na zona verde (sem dificuldades ao nível do movimento). Através da análise dos valores obtidos, podemos observar que o Tomás demonstra ter mais dificuldades no Atirar e Agarrar e no Equilíbrio. Na **Torre de Londres**, o Tomás obteve uma pontuação de 31 (máximo 36 pontos). Os scores mais baixos em alguns problemas, foram resultado de alguns momentos de desatenção e impulsividade aquando da visualização do cartão. Na **Prova da Estátua da Bateria do Nepsy-II** o Tomás obteve uma pontuação de 21 (máximo 30 pontos). Podemos observar que o valor obtido (versão original americana) pelo Tomás corresponde ao que seria esperado numa criança com idade compreendida entre os 4 anos e 6 meses e os 4 anos e 11 meses, o que indica que este possui dificuldades a nível do controlo motor (agitação motora), da atenção e do controlo inibitório. Esta prova foi realizada após o período de ação da medicação ter passado. Nas **Estruturas Rítmicas de Stambak**, o Tomás apresentou valores dentro da média, conseguindo realizar as tarefas propostas sem grandes dificuldades. Por fim, no **Draw a Person (DAP)** (versão original inglesa), o Tomás obteve uma pontuação total de 115 pontos (P50) - Nível *Average* (Média). A partir dos dados recolhidos na avaliação foi possível elaborar o plano de intervenção do Tomás com o objetivo de melhorar as seguintes áreas: equilíbrio, coordenação, comportamento, atenção/concentração e irritabilidade.

#### **iv. Elementos Critério**

Tendo em conta as informações recolhidas sobre Tomás durante a avaliação inicial, que compreendeu a entrevista familiar, a avaliação informal e a avaliação formal, foi então possível

chegar aos elementos critério. Os elementos critério definidos para o caso do Tomás foram os seguintes: diagnóstico e intervenção precoces, empenho e estimulação por parte dos pais, dificuldades de atenção/concentração, vítima de “bullying” na escola por parte dos pares, baixa autoestima, irritabilidade, disponibilidade para as sessões de Psicomotricidade e relação terapêutica estabelecida.

#### **v. Hipóteses Explicativas**

Após ser concluído o levantamento de todos os dados pertinentes sobre o caso do Tomás é importante que sejam estabelecidas as hipóteses explicativas para melhor compreender o caso clínico e planejar a intervenção psicomotora, tendo sempre como referência a bibliografia existente.

Como foi referido anteriormente, o Tomás começou a ser seguido desde muito cedo na Consulta de Apoio ao Desenvolvimento, o que possibilitou que fosse feito um levantamento pormenorizado e precoce de todos os dados relativos ao seu desenvolvimento, o que se traduziu, após uma avaliação e observação aprofundadas, num diagnóstico de PEA. Ao consultar os critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014), podemos comprovar que os sintomas apresentados pelo Tomás se inserem nos critérios definidos para um diagnóstico de PEA, como por exemplo: não apresentava intenção comunicativa, não interagia, apresentava muitas fixações, possuía um contacto ocular maioritariamente fugaz. Segundo o DSM-5 (APA, 2014), crianças com PEA possuem défices persistentes ao nível da comunicação e da interação social, que se podem traduzir em défices na reciprocidade social e emocional, na comunicação não verbal e em desenvolver, manter e compreender relações, apresentando também padrões de comportamento, interesses e/ou atividades restritos e repetitivos (APA, 2014).

No entanto, o nível de comprometimento nas crianças com PEA pode variar muito, uma vez que dentro da perturbação existe um amplo espetro e todas as crianças são diferentes (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). Vai então depender da intensidade dos sintomas apresentados e da existência ou inexistência de comorbilidades associadas (incapacidade intelectual, perturbações mentais, entre outros) (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015).

Existem alguns fatores que são considerados determinantes para a evolução das crianças que receberam um diagnóstico de PEA. Vidigal e Guapo (2003), referem que é extremamente importante que exista um suporte e colaboração por parte dos pais para que seja possível existirem evoluções durante a intervenção e para que esta seja eficaz. Por isso, é bastante importante que exista uma aceitação por parte dos pais das dificuldades e diagnóstico dado aos filhos (Vidigal & Guapo, 2003). Podemos concluir através da caracterização do paciente que tal aconteceu com os pais do Tomás, que se mostraram sempre empenhados em proporcionar as melhores experiências ao Tomás, de forma a que este tivesse uma boa evolução.

Consideramos então que outro fator que foi bastante importante para a evolução positiva do Tomás foi o facto de este ter sido referenciado à Intervenção Precoce quando tinha 20 meses.

E por isso, aos 3 anos, foi possível observar progressos muito significativos em todas as áreas do desenvolvimento devido à frequência no Jardim de Infância, à intervenção educativa especializada da equipa de Intervenção Precoce bem como toda a estimulação proporcionada pelos pais e também o seu empenho. Segundo Jacquet, Jutard, Menn-Tripi e Perrin (2015), existem alguns fatores externos que podem ser decisivos para uma evolução positiva de crianças com PEA, como é o caso da existência de um diagnóstico precoce e também de uma intervenção o mais precoce possível adaptada às necessidades das crianças. O diagnóstico precoce vai permitir que os pais estejam mais informados sobre o que é a PEA e recebam conselhos como melhor estimular os seus filhos, evitando assim *stress* no meio familiar (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). Também é bastante importante que os pais e a criança beneficiem de apoio terapêutico a partir do momento em que é realizado um diagnóstico, uma vez que esse apoio é de extrema importância para que exista tranquilidade no seio familiar e para que seja evitado um agravamento dos sintomas apresentados (Vidigal & Guapo, 2003).

No entanto, apesar das evoluções favoráveis que podem ocorrer, sabe-se que na PEA é comum a presença de sintomas relacionados com as alterações da atenção (crianças excessivamente focadas ou excessivamente distraídas/desatentas), assim como sintomas que remetem para a presença de hiperatividade (APA, 2014), sendo que o Tomás foi encaminhado para a Psicomotricidade pelo conjunto de dificuldades psicomotoras que apresentava, como é o caso das dificuldades de concentração/atenção, de impulsividade e da irritabilidade proveniente da relação com os pares, que foram possíveis comprovar com a realização da avaliação psicomotora.

## vi. Perfil Intra-Individual

De seguida, apresenta-se o perfil intra-individual do estudo de caso (ver tabela 1).

**Tabela 1.** Perfil Intra-Individual do Tomás

ÁREAS/COMPORTAMENTOS FORTES	ÁREAS/COMPORTAMENTOS FRACAS
Motivação para a sessão	Equilíbrio
Esquema Corporal	Coordenação
Ritmo	Tonicidade
Lateralidade	Regulação Tónico-Emocional
Cooperação	Capacidades Atencionais
	Concentração
	Planeamento motor

## vii. Objetivos Terapêuticos

Após refletir sobre os dados da avaliação e sobre o perfil intra-individual, estabeleceram-se os objetivos de intervenção, apresentados na Tabela 2.

**Tabela 2. Objetivos Terapêuticos da Intervenção Psicomotora**

<b>DOMÍNIO</b>	<b>OBJETIVOS GERAIS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>
<b><u>Psicomotor</u></b>	Promover o Equilíbrio	- Promover o equilíbrio dinâmico; - Diminuir a instabilidade gravitacional.
	Desenvolver a Praxia Global	- Promover a coordenação motora; - Estimular a precisão dos movimentos; - Potenciar o planeamento da ação.
	Adequar a Tonicidade	- Promover a regulação tónica; - Aceder a um estado de passividade muscular; - Promover um estado de relaxação muscular.
<b><u>Cognitivo</u></b>	Promover as Competências Cognitivas	- Aumentar o tempo de concentração e atenção nas tarefas; - Promover a focalização em estímulos relevantes; - Potenciar a simbolização e verbalização das tarefas.
<b><u>Sócio-Emocional</u></b>	Promover as Capacidades Interpessoais	- Promover a valorização pessoal; - Tomar consciência das suas capacidades; - Estimular a confiança em si próprio.

### **viii. Projeto Pedagógico-Terapêutico**

#### Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

Tendo em conta todos os dados recolhidos sobre o Tomás, iremos de seguida apresentar a fundamentação da intervenção, que foi realizada em contexto individual e decorreu semanalmente entre Outubro de 2018 e Julho de 2019, num total de 27 sessões.

Uma das bases fundamentais da intervenção deve ser a relação terapêutica, uma vez que o seu estabelecimento é fundamental, sendo que segundo Costa (2008), é essencial que exista empatia, simpatia, sintonia afetiva e responsividade, para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. As relações que temos com os outros são estabelecidas através dos afetos e das emoções e essas relações têm de ser trabalhadas, fomentadas e conquistadas (Costa, 2008).

Tendo em conta as dificuldades do Tomás e os objetivos terapêuticos definidos, a Psicomotricista recorreu a técnicas gnósico-práticas, inseridas na fase fundamental da sessão, que visam à estimulação das capacidades psicomotoras e da regulação do comportamento,

através da relação entre a ação e representação, a praxia e gnosis (APP, 2011). O movimento engloba vários subprocessos cognitivos, como é o caso da identificação da situação, da seleção da resposta motora, da intenção, da decisão, da programação da resposta, da execução do movimento e da verificação e estimulação dos resultados (Fonseca, 2010). O movimento humano está diretamente relacionado com a planificação e a execução (Fonseca, 2010). Na motricidade humana, o controlo motor vai ser reflexivo, antecipatório, pensado, pré-motor, psicomotor e não impulsivo, instintivo, irrefletido nem imediato, ou seja, o controlo motor reflete a cognição, a sensibilidade e a consciência (Fonseca, 2010). As áreas pré-motoras são consideradas a base da planificação e da organização das sequências motoras responsáveis pelos movimentos mais complexos e pelas praxias, por isso, as áreas pré-motoras vão receber informações do córtex associativo parietal posterior que é responsável pela ecognosia e pela somatognosia (Fonseca). Recebem ainda informações do córtex associativo pré-frontal que é responsável pela planificação e antevisão motora, de forma a que essas informações sejam projetadas no córtex motor primário, que é responsável pela concretização motora, e também na medula, para assim o movimento ser finalmente executado (Fonseca, 2010). Os padrões motores e os reflexos que se originam na medula, no cerebelo e no tronco cerebral vão auxiliar e inibir a incorporação das instruções e por isso possibilitam que o córtex motor consiga controlar as informações que são essenciais na planificação e execução (Fonseca, 2010).

De forma a trabalhar a questão da irritabilidade, a Psicomotricista recorreu também às Técnicas de Relaxação, na parte do retorno à calma da sessão. A relaxação é uma técnica psicocorporal, que tem como objetivo harmonizar tanto as funções psicológicas como as funções fisiológicas e, que possibilita tocar na organização tónica dos indivíduos, o que vai proporcionar uma baixa nos níveis de alerta e por conseguinte, precipitar alterações a nível dos estados de consciência (Guiose, 2015). Os métodos de relaxação são procedimentos terapêuticos, que se baseiam em técnicas elaboradas e compiladas e que trabalham o sector tensional e tónico da personalidade do indivíduo (André, Benavides & Giromini, 2004). Apesar de existirem vários métodos de relaxação, todos eles têm um ponto em comum, a ação que exercem sobre o corpo do indivíduo com o objetivo de aceder a um estado de relaxamento (André, Benavides & Giromini, 2004). No caso do Tomás, a técnica utilizada foi o Mindfulness, que promove a tomada de atenção por parte da criança em todos os momentos, relativamente à sua experiência interna e externa, com o objetivo de tentar fomentar alterações na forma como a criança lida com situações e emoções negativas (Costa, 2019).

### Estratégias Específicas

Durante a Intervenção Psicomotora com o Tomás foram adotadas diversas estratégias que passaram por: promover o estabelecimento e manutenção da relação terapêutica e aliança terapêutica com os pais; manter a rotina das sessões, estruturando as atividades; proporcionar um ambiente lúdico, securizante e contentor; utilizar reforços positivos durante a realização das atividades de forma a promover um aumento da autoestima e da valorização pessoal; fazer

demonstração de atividades que sejam diferentes; dar a oportunidade ao Tomás de escolher algumas das atividades feitas durante a sessão.

### **3. RESULTADOS**

#### **i. Progressão terapêutica**

Relativamente à progressão terapêutica do Tomás, podemos referir que evidenciou estar bastante disponível para as sessões desde cedo, demonstrando curiosidade em relação ao que iria ser feito durante as sessões de Psicomotricidade. Após a avaliação formal e informal, a Psicomotricista dispunha de vários dados sobre o Tomás e por isso, quando a intervenção psicomotora começou, já tinha delineado algumas das estratégias específicas para que as sessões fossem proveitosas. No entanto, ao longo das sessões, as estratégias foram aumentando com a adição de novas estratégias, à medida que a Psicomotricista ia conhecendo melhor o Tomás e que a relação terapêutica se ia desenvolvendo. Desde a primeira sessão que a prioridade era manter a rotina das sessões, estruturando as atividades, mas à medida que as sessões foram passando, a Psicomotricista percebeu que o Tomás reagia muito bem quando era o próprio a sugerir ideias para variações das atividades propostas, fazendo com que estivesse mais motivado para a sessão e que conseguisse manter uma concentração adequada de forma a dar o seu melhor na atividade que propôs. De uma forma geral, à medida que as sessões foram progredindo foi evidenciado que o Tomás reagia bastante bem a uma estrutura de sessão que fosse dirigida e estruturada, mas que tivesse um momento mais livre para que este pudesse propor a sua ideia. No entanto, as sessões dependiam sempre da disponibilidade que tinha para a sessão e de como tinha corrido a escola naquele dia, tendo sido feitas alterações de acordo com o Tomás e que fossem de encontro às suas necessidades, nomeadamente, quando no dia da sessão era alvo de críticas negativas por parte dos colegas, ele gostava de falar mais na conversa inicial. A relação terapêutica que o Tomás estabeleceu com a Psicomotricista foi bastante positiva, o que possibilitou uma maior eficácia do projeto de intervenção.

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

Seguidamente serão apresentados os resultados da avaliação inicial vs. avaliação final dos instrumentos de avaliação formal utilizados.

No **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P)**, podemos concluir que em comparação com a avaliação inicial, o Tomás manteve-se abaixo do P85 (abaixo da média) nas categorias Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperatividade/Problemas de Atenção, Queixas Somáticas e Isolamento. Na categoria Depressão, manteve-se ligeiramente acima do P98 (nível patológico), e na categoria Obsessivo-Esquizóide encontra-se no P85, no entanto está próximo de um nível disfuncional (ver tabela 3). Na avaliação inicial o Tomás encontrava-se na faixa etária de menos 9 anos, mas na avaliação final já se encontrava na faixa etária 9-10 anos para classificação das respostas dadas no inventário.

**Tabela 3.** Resultados do Inventário de Comportamento da Criança para Pais na Avaliação Inicial vs. Avaliação Final

	RESULTADO		PERCENTIL		NÍVEL	
	A. Inicial	A. Final	A. Inicial	A. Final	A. Inicial	A. Final
<b>Oposição/ Imaturidade</b>	6	0	P < 85	P < 85	Abaixo da Média	Abaixo da Média
<b>Agressividade</b>	6	0	P < 85	P < 85	Abaixo da Média	Abaixo da Média
<b>Hiperatividade/Atenção</b>	9	5	P85	P < 85	Normal	Abaixo da Média
<b>Depressão</b>	7	7	P > 98	P>98	<b>Patológico</b>	<b>Patológico</b>
<b>Problemas Sociais</b>	5	5	P < 85	P85	Abaixo da Média	Normal
<b>Queixas Somáticas</b>	0	0	P < 85	P < 85	Abaixo da Média	Abaixo da Média
<b>Isolamento</b>	1	0	P < 85	P < 85	Abaixo da Média	Abaixo da Média
<b>Ansiedade</b>	2	2	P < 85	P85	Abaixo da Média	Normal
<b>Obsessivo/Esquizóide</b>	3	5	P < 85	P>85	Abaixo da Média	<b>Próximo de Disfuncional</b>
<b>Total</b>	39	25	P < 85	P < 85	Abaixo da Média	Abaixo da Média

Na **Escala de Conners para Pais e Professores**, comparando os resultados decorrentes do preenchimento das duas escalas (avaliação inicial e avaliação final), podemos concluir que os valores continuam dentro do que é esperado para a faixa etária em que o Tomás está inserido. Observou-se que ocorreu uma diminuição das pontuações na **Escala B** (Problemas Cognitivos/Desatenção) e na **Escala C** (Escala de Excesso de Atividade Motora) no questionário para pais. Já no questionário para professores, existiu uma diminuição acentuada na pontuação da **Escala D** (Índice de Défice de Atenção e Hiperatividade). No entanto, estes valores podem ser influenciados pelo facto do Tomás estar medicado com Metilfenidato.

Relativamente à **Movement Assessment Battery for Children – 2**, o Tomás obteve melhorias em todos os subtestes da bateria. No subteste da Destreza Manual passou de um resultado padrão de 11 (P63), para um resultado padrão de 12 (P75). No subteste do Atirar e Agarrar passou de um resultado padrão de 7 (P16) para um resultado padrão de 11 (P63). No subteste do Equilíbrio passou de um resultado padrão de 10 (P50) para um resultado padrão de 14 (P91). Concluindo, a pontuação total obtida pelo Tomás passou de 76 para 91 pontos (total máximo de 108 pontos), o que o levou a passar do percentil 37 para o 84. Podemos então concluir que o Tomás continua na zona verde (sem dificuldades a nível do movimento).

Na **Prova da Estátua da Bateria do Nepsy-II**, o Tomás passou de uma pontuação de 21 (avaliação inicial) para uma pontuação de 23, num máximo de 30 pontos. Ao observarmos os valores, podemos comprovar que o valor obtido pelo Tomás corresponde ao valor que seria esperado para uma criança com idade compreendida entre os 5 anos e os 5 anos e 5 meses, o que indica que este continua a possuir algumas dificuldades a nível do controlo motor (agitação motora), da atenção e do controlo inibitório. É importante referir que esta prova foi realizada depois do período de ação da medicação ter passado.

No que diz respeito à **Torre de Londres**, podemos concluir que o Tomás obteve na avaliação final um valor de 30 (valor da avaliação inicial – 31), num máximo de 36 pontos. Os scores mais baixos em alguns problemas, foram resultado de alguns momentos de desatenção. De uma maneira geral, tendo em conta a sua pontuação, podemos observar que o Tomás não apresenta problemas na resolução de problemas.

No que diz respeito às **Estruturas Rítmicas de Stambak**, podemos verificar que os resultados obtidos pelo Tomás na avaliação final continuam na média. Na avaliação final, o Tomás teve maior facilidade em compreender o simbolismo ao realizar a leitura das estruturas rítmicas, uma vez que obteve uma pontuação de 17 na prova 3 em comparação com a pontuação de 13 na prova 2.

Por fim, relativamente ao teste **Draw a Person (DAP)** (ver tabela 4), podemos observar que o Tomás obteve melhorias no desenho do Homem, passando de um resultado bruto de 39 para um valor bruto de 41 e também no desenho do Próprio, passando de um resultado bruto de 38 para um valor bruto de 47. Relativamente à pontuação total, passou de um total de 115 pontos para um total de 126 pontos, continuando no nível **Average** (Média). Durante a realização deste teste, o Tomás voltou a demonstrar vontade de dar o seu melhor em cada desenho que era requisitado.

**Tabela 4.** Resultados do Draw a Person (DAP) na Avaliação Inicial vs. Avaliação Final

Desenhos	Valores Brutos (A.I)	Valores Brutos (A.F)	Percentil (A.I)	Percentil (A.F)
Homem	39	41	55	50
Mulher	38	38	50	37
O Próprio	38	47	50	75
Total	115	126	50	58

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

É relevante afirmar que durante o período de Intervenção Psicomotora o Tomás apenas beneficiou de sessões de Psicomotricidade e de mais nenhum tipo de terapia, mantendo o seu seguimento na Consulta de Apoio ao Desenvolvimento.

Relativamente aos resultados obtidos na avaliação inicial, foi possível evidenciar que de uma forma geral o Tomás obteve pontuações que se encontravam na média, no entanto, apresentou maiores dificuldades nas questões do equilíbrio, da coordenação, da impulsividade, da atenção/concentração e da irritabilidade/regulação. Tanto o ICCP (categoria Hiperatividade/Problemas de Atenção) como a Escala de Conners, que foram preenchidos pelos progenitores e pela professora, deram valores na média, no entanto, a Prova da Estátua da Bateria de Nepsy II que também avalia as questões da atenção/controlo motor apresentou valores abaixo do que era expectável para a sua idade, revelando que possuía dificuldades nessas áreas. Tanto o ICCP como a Escala de Conners dependem da perceção dos

pais/professora, enquanto que a Prova da Estátua foi realizada em contexto de sessão pela Psicomotricista (perceção pais/professora vs. prova real). Outra questão que pode influenciar estes valores, prende-se com o facto que o Tomás estava medicado com Metilfenidato, mas quando realizou a Prova da Estátua já tinha passado o período em que beneficia do efeito da medicação.

Tendo em conta as características do Tomás e os resultados evidenciados com a avaliação psicomotora, foram então definidos como objetivos gerais: promover o equilíbrio, desenvolver a praxia global, adequar a tonicidade, promover as competências cognitivas e as capacidades interpessoais.

A avaliação final foi realizada após 7 meses e permitiu concluir que o Tomás teve melhorias a nível da impulsividade, da atenção/concentração, do equilíbrio e da coordenação. No que diz respeito à impulsividade e agitação motora, o Tomás com o decorrer das sessões, foi conseguindo regular-se melhor. Também a sua atenção/concentração durante a realização das atividades pedidas melhorou com o decorrer da intervenção. Quando ocorriam períodos de maior impulsividade e falta de atenção, o Tomás conseguia regular-se e voltar à tarefa que lhe era proposta, quando chamado à atenção. Também a nível do equilíbrio e da coordenação, foi possível observar evoluções com o decorrer das sessões. Nas atividades que tinham como objetivo trabalhar o equilíbrio e a coordenação, foi possível observar que o Tomás foi conseguindo realizar essas atividades com uma maior agilidade e controlo. Por fim, no que diz respeito à relaxação, o Tomás começou logo deitado e foi aos poucos conseguindo relaxar mais e também passar mais tempo em relaxação. No que diz respeito à avaliação formal, na Prova da Estátua, apesar de ter revelado melhorias, os resultados indicam que continua a possuir algumas dificuldades a nível do controlo motor (agitação motora), da atenção e do controlo inibitório.

É importante voltar a referir que a intervenção psicomotora com o Tomás não atendeu ao diagnóstico de PEA, mas sim às dificuldades que o mesmo apresentava e que foram evidenciadas com a avaliação psicomotora, tendo o diagnóstico de PEA ajudado na composição de algumas das estratégias definidas.

## **5. CONCLUSÕES**

Podemos concluir que a intervenção psicomotora com o Tomás foi bastante positiva mostrando que a Psicomotricidade foi uma mais valia para o caso. No entanto, com a continuidade da intervenção o Tomás poderia ter beneficiado de mais evoluções. A assiduidade do Tomás às sessões foi uma mais valia na execução do projeto terapêutico delineado. Os pais sempre se mostraram bastante interessados relativamente às sessões e aos progressos que o Tomás ia fazendo, sendo que no fim da intervenção psicomotora e da avaliação final foi marcada uma reunião para que fosse realizado um *briefing* pela Psicomotricista.

Uma vez que o Tomás já não beneficiava de Consultas de Psicologia no privado, foi proposto seguimento na Consulta de Psicologia com o objetivo de trabalhar as competências sociais.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. P. *et al.* (1999). O Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I. C. C. P.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 21-36). Braga: APPORT/ SHO.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5ªed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, P., Anderson, V., & Lajoie, G. (1996). The tower of London test: Validation and standardization for pediatric populatons. *The Clinical Neuropsychologist*, 10(1), 54-65. DOI: <https://doi.org/10.1080/13854049608406663>
- André, P., Benavidès, T., Giromini, F. (2004). *Corps et Psychiatrie*. 2ª ed. Paris: Heures de France. ISBN: 2-85385-256-3
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*
- Brooks, B. L., Sherman, E. M., & Strauss, E. (2009). NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment. *Child Neuropsychology*, 16(1), 80-101
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, T. (2019). 10. *Perturbações de Ansiedade*. In Antunes, N.L. (ed.) *Sentidos*. 2ª ed (pp. 347-360). Alfragide: Lua de Papel. ISBN: 979-989-23-43740-7
- Fonseca, V. (2010). *Psicomotricidade e neuropsicologia: uma abordagem evolucionista*. Ed. Rio de Janeiro:Wak. ISBN 978-85-7854-091-3
- Fórum Europeu de Psicomotricidade (2012). *Psychomotrician Professional Competences in Europe*. Retirado de [https://psychomot.org/documents-inventory/professional\\_competences\\_2012.pdf](https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf)
- Guiose, M. (2015). *Partié 2. Chapitre 1. Méthodes de Relaxation et de Gestion du Stress*. In Giromini, F., Albaret, J.M., Scialom, P.(ed.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 2. Méthodes et Techniques* (pp 239- 288). 1a ed. Paris: De Boeck-Solal. ISBN: 978-2-35327-304-1
- Henderson, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement assessment battery for children-2 second edition* [Movement ABC-2]. Londres: The Psychological Corporation.
- Jacquet, S., Jutard, C., Menn-Tripi, C.L., Perrin, J. (2015). *Chapitre 2: Thérapies psychomotrices et troubles du spectre autistique*. In Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.M. (ed.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 3. Clinique et thérapeutiques* (pp 19- 40). 1a ed. Paris: De Boeck-Solal. ISBN 978-2-35327-309-6
- Martinez, M.; Peñalver, I.; Sanchez, P. (2003). *A Psicomotricidade na educação infantil uma prática preventiva e educativa*. Ed. Artes Médicas - Porto Alegre.
- Miermon, A., Benois-Marouani, C., Jover, M. (2015). *Chapitre 2: Le développement psychomoteur*. In Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.M. (ed.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux* (pp 17- 37). 1a ed. Paris: De Boeck-Solal. ISBN 978-2-35327-129-0
- Naglieri, J. A (1988) *Draw a person: A quantitative scoring system*.
- Pireyre, E. (2000). *Epreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak: nouvel étalonnage. Évaluations Psychomotrices*.
- Rodrigues, A. (2004). *Contributos para a avaliação da criança com PHDA. Estudo de standardização e propriedades psicométricas das forças reduzidas das escalas de Conners revistas para professores e pais em crianças do primeiro ciclo. Tese com vista à obtenção do grau de doutor, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa. Trabalho não publicado*.
- Vidigal, M. J., Guapo, M. T. (2003). *Capítulo 6: A intervenção com os pais: Aliança e cooperação*. In Vidigal, M. J., Guapo, M. T. (ed.) *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo: Uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces* (pp 171-182). 1ª ed. Lisboa: Trilhos Editora. ISBN 972-8152-70-1

## V. CONCLUSÃO

A realização do Estágio Curricular foi a concretização da ambição, que tinha aquando da entrada no Mestrado em Psicomotricidade, de ter a oportunidade de intervir num contexto diferente, neste caso o hospitalar, com uma faixa etária com a qual ainda não tinha tido a oportunidade de intervir e também do desejo de continuar a crescer a nível profissional.

Todo o trabalho necessário para conseguir alcançar este objetivo compensou imensamente, uma vez que o estágio curricular me deu a possibilidade de complementar a minha formação prática e teórica e de me tornar uma profissional mais capaz, atenta e disponível, sendo que esta experiência mostrou ser bastante gratificante e enriquecedora.

O Estágio Curricular teve uma duração de 9 meses com uma carga horária de sensivelmente 22 horas semanais, distribuídas entre o Serviço de Pediatria e a UPIA, com cinco casos seguidos individualmente durante esse período de tempo. O facto de as horas de estágio terem sido divididas entre os dois sítios foi desafiante, mas foi também ao mesmo tempo bastante vantajoso, porque me deu a oportunidade de ter contacto com duas vertentes de intervenção psicomotora com crianças/adolescentes, o neurodesenvolvimento e a saúde mental infantojuvenil. Também me deu a oportunidade de contactar com equipas e serviços diferentes. Durante o estágio tive também a oportunidade de observar e interagir com crianças e adolescentes que apresentavam diversas patologias desde a PEA, à Síndrome de Down, à PHDA, à Perturbação do Comportamento, à Depressão, e até algumas síndromes que até à realização do estágio não tinha conhecimento, como a Síndrome Docrichat e a Wiedemann Steiner. Tal possibilitou que existisse uma consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a Licenciatura e Mestrado.

Os objetivos definidos e descritos na Introdução do presente relatório de estágio foram alcançados. Durante os 9 meses de estágio, foi possível atestar que a Psicomotricidade mostrou ser bastante pertinente tanto no Serviço de Pediatria, na área do neurodesenvolvimento, como na UPIA, na área da saúde mental infantojuvenil. No entanto, teria sido interessante ter oportunidade de fazer uma intervenção mais extensa, com a oportunidade de formar grupos de intervenção, o que se tornou impossível por questões de horário e indisponibilidade de um espaço adequado. No caso da UPIA, já tinham sido realizados alguns estágios (curriculares e profissionais) no âmbito da Psicomotricidade, por isso, os elementos que constituíam a UPIA já tinham algum conhecimento sobre a Psicomotricidade. Por outro lado, no Serviço de Pediatria, este foi o primeiro estágio no âmbito da Psicomotricidade do qual tenho conhecimento, mas todos os profissionais com os quais me cruzei mostraram sempre grande curiosidade e gosto em perceber melhor o que é a Psicomotricidade.

Concluindo, o estágio curricular foi, como já referi, uma experiência extremamente gratificante, em que adorei todos os momentos e me encheu de orgulho pelo meu crescimento profissional e pessoal, por isso, o meu maior desejo quando iniciei a redação deste relatório foi conseguir transmitir em palavras tudo aquilo que foi experienciado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, C. P. et al. (1999). O Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I. C. C. P.). In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Ed.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 21-36). Braga: APPORT/ SHO.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 5a ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, P., Anderson, V., & Lajoie, G. (1996). The tower of London test: Validation and standardization for pediatric populations. *The Clinical Neuropsychologist*, 10(1), 54-65. DOI: <https://doi.org/10.1080/13854049608406663>
- André, P., Benavidès, T., Giromini, F. (2004). *Corps et Psychiatrie*. 2ª ed. Paris: Heures de France. ISBN: 2-85385-256-3
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.). A Prática da Psicomotricidade com Crianças e Adolescentes com Perturbações do Desenvolvimento e Aprendizagem.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.). A Prática da Psicomotricidade com Crianças e Adolescentes em Contexto Pedopsiquiátrico.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.). Psicomotricidade: Práticas Profissionais
- Ballouard, C. (2008). *L'Aide-mémoire de psychomotricité*. Paris: Dunod. ISBN 978-2-10-053525-5
- Bénony, H., Chahraoui, K. (2002). *A entrevista clínica*. Climepsi Editores. ISBN: 9789727960156
- Braconnier, A., & Marcelli, D. (2005). *Adolescência e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-8449-86-0
- Brooks, B. L., Sherman, E. M., & Strauss, E. (2009). NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment. *Child Neuropsychology*, 16(1), 80-101
- Brown, T., & Lalor, A. (2009). The movement assessment battery for children—second edition (MABC-2): a review and critique. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 29(1), 86-103. DOI: 10.1080/01942630802574908
- Calza, A., Contant, M., Moyano, O. (2007). 1. Eléments d'histoire et d'épistémologie Généralités sur l'investigation et la thérapie psychomotrice. In Calza, A., Contant, M. (ed.). *Psychomotricité*. 3ª ed. Paris: Elsevier Masson SAS. ISBN 978-2-294-70135-1
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, T. (2019). 10. Perturbações de Ansiedade. In Antunes, N.L. (ed.) *Sentidos*. 2ª ed (pp. 347-360). Alfragide: Lua de Papel. ISBN: 979-989-23-43740-7
- Davis, J. L., & Matthews, R. N. (2010). NEPSY-II Review. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(2), 175-182. DOI: 10.1177/0734282909346716
- Despacho nº 2418/2018 do Ministério da Educação e da Ciência (2018). Diário da República: II série, n.º 48. Retirado de <https://www.uevora.pt/estudar/cursos/mestrados?curso=2489#documentos>

- Direção-Geral Saúde, (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Ministério da Saúde. Retirado de <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjL8JrFrczeAhXILcAKHbV7BNAQFjACegQIBRAC&url=https%3A%2F%2Fwww.dgs.pt%2Fdirectrizes-da-dgs%2Fnormas-e-circulares-normativas%2Fnorma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx&usq=AOvVaw1-PJxITTNwRhSRkQI2FbS>
- Étienne, M., Jacquet, S. & Scialom, P. (2015). Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'enfant. In Albaret, J. M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 3- Clinique et Thérapeutiques*. Paris: De Boeck Supérieur. ISBN: 978-2- 35327-309-6
- European Forum of Psychomotricity (2012). Psychomotrician Professional Competences in Europe. Retirado de [https://psychomot.org/documents-inventory/professional\\_competences\\_2012.pdf](https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf)
- Fernandes, J., Gutierrez Filho, P., & Gonçalves de Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 26(3), 702-709. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1232>
- Fonseca, V. (2010a). *Psicomotricidade e neuropsicologia: uma abordagem evolucionista*. Ed. Rio de Janeiro: Wak. ISBN 978-85-7854-091-3
- Fonseca, V. (2010b). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores (3ª ed.)*. Lisboa: Âncora editora. ISBN: 978 972 780 289 0
- Frostig, M. (2003). *Frostig – Test de Desarrollo de la Percepción Visual*. 2ª ed. Madrid: TEA Ediciones. ISBN: 84-7174-743-X
- Guiose, M. (2007). *Relaxations Thérapeutiques*. 2ª ed. Paris: Heures de France. ISBN: 9782863852968
- Guiose, M. (2015). Partié 2. Chapitre 1. Méthodes de Relaxation et de Gestion du Stress. In In Giromini, F., Albaret, J.M., Scialom, P.(ed.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 2. Méthodes et Techniques* (pp 239- 288). 1a ed. Paris: De Boeck-Solal. ISBN: 978-2-35327-304-1
- Henderson, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement assessment battery for children-2 second edition* [Movement ABC-2]. London, UK: The Psychological Corporation.
- Hospital do Espírito Santo de Évora EPE. (2016). Regulamento Interno do Hospital do Espírito Santo de Évora EPE. Évora
- Hospital do Espírito Santo de Évora. (s.d.). História. in <http://www.hevora.min-saude.pt/o-hospital/historia/> consultado a 10 de Outubro.
- Hospital do Espírito Santo de Évora. (s.d.). Pediatria. In <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/pediatria/consultas/> consultado a 10 de Outubro.

- Hospital do Espírito Santo de Évora. (s.d.). Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência. in <http://www.hevora.min-saude.pt/servicos-clinicos/especialidades/psiquiatria-e-saude-mental/unidade-de-psiquiatria-da-infancia-e-adolescencia/> consultado a 10 de Outubro.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73-86. DOI: 10.1016/j.neurenf.2007.03.005
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (1998). *NESPY: A developmental neuropsychological assessment*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Leitão, A. (2019). 2. Desenvolvimento Normal. In Antunes, N.L. (ed.). *Sentidos*. 2ª ed (pp. 33-70). Alfragide: Lua de Papel. ISBN: 979-989-23-43740-7
- Malchiodi, C. A. (2005). *Expressive Therapies*. New York: The Guilford Press. ISBN: 1-59385-087-5
- Malchiodi, C. A. (2012). *The Handbook of Art Therapy*. 2ª ed. New York: The Guilford Press. ISBN:978-1-60918-4
- Marceli, D. (2005). *Infância e psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-174-6
- Martinez, M., Peñalver, I., Sanchez, P. (2003). A Psicomotricidade na educação infantil uma prática preventiva e educativa. Ed. Artes Médicas - Porto Alegre.
- Martins, R. (2001). 2. Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, V., Martins, R. (eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH
- Maslow, P., Frostig, M., Lefever, D. W., & Whittlesey, J. R. (1964). The Marianne Frostig developmental test of visual perception, 1963 standardization. *Perceptual and Motor Skills*, 19(2), 463-499. DOI: <https://doi.org/10.2466%2Fpms.1964.19.2.463>
- Matias, A. R., & Morais, A. (2011). La Psychomotricité au Portugal. *Entretiens de Bichat*.
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(4), 603-616. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.02.001
- Miermon, A., Benois-Marouani, C., Jover, M. (2015). Chapitre 2: Le développement psychomoteur. In Scialom, P., Giromini, F., Albaret, J.M. (ed.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: 1. Concepts fondamentaux* (pp 17- 37). 1ª ed. Paris: De Boeck-Solal. ISBN 978-2-35327-129-0
- Naglieri, J. A (1988) Draw a person: A quantitative scoring system.
- Perono, M., Grabot, D. (2006). La fragile naissance de l'alliance thérapeutique (AT): Psychomotricité, psychothérapie?. *Évolutions psychomotrices (Paris)*, (72), 61-68.
- Pireyre, E. (2000). Epreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak: nouvel étalonnage. *Évaluations Psychomotrices*.
- Quiles, M. J., Espada, J. P. (2014). *A Autoestima na infância e na adolescência*. 1ª ed. Lisboa: Bookout. ISBN: 978-989-8694-32-4
- Rapee, R. M. (2012). Anxiety disorders in Children and Adolescents: nature, development, treatment and prevention. In Rey, J.M. (ed). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent*

*Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

- Rigal, R. (2009). Chapitre 1: La psychomotricité. In Rigal, R. (2009) (ed.), *Éducation motrice et l'éducation psychomotrice au préscolaire et au primaire* (pp 1-23).
- Rodrigues, A. (2004). Contributos para a avaliação da criança com PHDA. Estudo de estandardização e propriedades psicométricas das forças reduzidas das escalas de Conners revistas para professores e pais em crianças do primeiro ciclo. Tese com vista à obtenção do grau de doutor, Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa. Trabalho não publicado.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 35-60. ISSN 0213-8646
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 2Y8, 199-209.
- Silva, M. J. (2019). 10. Perturbações de Ansiedade. In Antunes, N.L. (ed.) *Sentidos*. 2ª ed (pp. 327-346). Alfragide: Lua de Papel. ISBN: 979-989-23-43740-7
- Thoret, N., Carrié, S., Pradère, J., Serre, G., Moro, M. R. (2006). Penser et panser le corps: à propos d'un groupe de relaxation thérapeutique pour enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 54(5), 284-288. DOI: 10.1016/j.neurenf.2006.09.006
- Veiga, G., Oosterveld, P., Fernandes, J., & Rieffe, C. (2017). Validation of the Portuguese emotion awareness questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 16(2), 215-224. DOI: 10.1080/17405629.2017.1344124
- World Health Organization. (2013). *Mental Health: Action Plan 2013 – 2020*. Switzerland: WHO Press. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/index.html)

# ANEXOS

## Relatório de Avaliação Psicomotora

---

Nome:

Processo N°:

Data de Nascimento:

Idade:

Data da Avaliação:

O \_\_\_\_\_, de 8 anos e 6 meses, é seguido na consulta de Apoio ao Desenvolvimento desde os 24 meses por apresentar Perturbação do Espectro do Autismo. Em Outubro de 2018 foi encaminhado para uma avaliação em Psicomotricidade pela Dra. Graça Mira.

A avaliação do \_\_\_\_\_ foi efetuada durante os meses de Novembro e Dezembro de 2018. Primeiramente, foi realizada uma Avaliação Informal que compreendeu uma entrevista aos pais e uma observação psicomotora baseada no jogo psicomotor. Posteriormente, foi realizada uma avaliação formal, de que fizeram parte os seguintes instrumentos:

- O **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (ICCP)**: pretende descrever e avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento de crianças e adolescentes tal como são percebidos pelos seus progenitores.
- A **Escala de Conners**: tem como objetivo avaliar os problemas de comportamento através da obtenção de respostas de professores e pais.
- O **Movement Assessment Battery for Children—Second Edition (MABC- 2)**: tem como principal objetivo a identificação e descrição das dificuldades na competência motora nas crianças. Esta bateria está dividida em 3 áreas distintas, sendo elas a destreza manual, o atirar e agarrar e o equilíbrio.
- A **Torre de Londres**: tem como principal objetivo a avaliação das funções executivas, nomeadamente a nível do planeamento da atividade. Esta prova engloba a realização de 12 problemas diferentes, com recurso ao deslocamento de 3 esferas pelos 3 paus de madeira.
- A **Prova da Estátua da Bateria Nepsy-I**: tem como principal objetivo a avaliação das Funções Executivas/Atenção. É pedido que a criança fique de pé, com os olhos fechados durante 75 segundos, sendo que ao longo deste tempo vão existindo alguns estímulos sonoros.
- As **Estruturas Rítmicas de Stambak**: permitem avaliar a estruturação temporal, memória auditiva sequencial e a perceção do ritmo das crianças. É composta por 4 provas, uma primeira de tempo espontâneo, outra de interpretação, outra de compreensão e por fim, outra de tempo espontâneo.

- O **Draw a Person (DAP)**: permite avaliar a noção do esquema corporal da criança assim como avaliar a capacidade cognitiva através do desenho da figura humana (homem, mulher e o próprio).

## Avaliação Informal

### Anamnese

A gravidez do \_\_\_\_\_ teve uma duração de 39 semanas, tendo o mesmo nascido de cesariana devido ao aumento do líquido amniótico. Relativamente ao seu desenvolvimento, no domínio psicomotor a mãe referiu que o \_\_\_\_\_ demorou algum tempo até começar a andar e, no que diz respeito à fala e à interação, quando era bebé, “parecia não ouvir” quando chamavam por ele, tendo a linguagem começado a aparecer quando ele tinha mais ou menos um ano e meio. É ainda importante referir que o \_\_\_\_\_ era muito fixado no movimento, passando segundo a mãe, grandes períodos de tempo concentrado no movimento que as rodas do comboio faziam quando este o deslocava. Atualmente, mostra interesse e responde a qualquer som, no entanto, com sons mais intensos e de volume mais elevado mostra alguma agitação. A mãe refere que é irrequieto, muito impulsivo, distraído e perfeccionista e que perde o autocontrole quando os meninos da escola se metem muito com ele, existindo então períodos de irritabilidade. O \_\_\_\_\_ prefere brincar com crianças mais novas e já não demonstra desconforto em conhecer pessoas novas, procurando interagir com o outro.

Em termos de apoios, o \_\_\_\_\_ teve desde uma idade precoce um seguimento da Intervenção Precoce e, atualmente, tem consultas de Psicologia de dois em dois meses. Está medicado com Rubifen® (10 mg + 10 mg).

### Observação Informal

Num primeiro contacto, o \_\_\_\_\_ mostrou-se logo bastante disponível para estar na sessão, demonstrando alguma curiosidade para com a terapeuta e também no que iria ser feito durante as sessões. O gabinete onde decorreu esta primeira sessão tinha uma caixa cheia de legos (que o \_\_\_\_\_ adora), tendo começado a brincar com os mesmos assim que entrou no gabinete, incluindo também a terapeuta na brincadeira, construindo um castelo com os legos disponíveis.

Durante o jogo espontâneo, conseguiu realizar uma brincadeira com estrutura, respeitando a funcionalidade dos materiais/brinquedos, utilizando por vezes o simbólico quando queria dar outra funcionalidade a um objeto.

A relação terapêutica que o \_\_\_\_\_ estabeleceu com a terapeuta foi bastante positiva, mostrando ser um menino bastante simpático e disponível para fazer aquilo que lhe era requisitado. Notou-se também impulsividade na realização de algumas tarefas e, por vezes

também alguma agitação motora em alguns momentos. No entanto, quando era chamado à atenção, conseguia controlar-se e voltar à tarefa que lhe estava a ser proposta.

### Avaliação Formal

No que diz respeito ao **Inventário de Comportamento da Criança para Pais (I.C.C.P)**, podemos concluir que o \_\_\_\_\_ apresentou resultados abaixo do P85 em quase todas as categorias do Inventário (Oposição/Imaturidade, Agressividade, Hiperactividade/Problemas de Atenção, Problemas Sociais, Queixas Somáticas, Isolamento, Ansiedade e Obsessivo-Esquizóide), no entanto, na categoria Depressão, apresentou um valor de 7 o que o coloca ligeiramente acima do P98, que indica um nível patológico. Relativamente à categoria Hiperactividade/Problemas de Atenção, a razão pela qual o valor foi inferior ao P85 pode dever-se ao facto de o \_\_\_\_\_ estar atualmente medicado com Rubifen®.

Na **Escala de Conners**, os resultados decorrentes do preenchimento das duas escalas (Pais e Professores), traduziram-se em percentis que estão dentro daquilo que é esperado para a faixa etária em que o \_\_\_\_\_ está inserido. Também estes valores podem dever-se ao facto de o \_\_\_\_\_ estar medicado com Rubifen®.

Relativamente à **Bateria MABC-2** (versão original inglesa), o \_\_\_\_\_ obteve no subteste da Destreza Manual um resultado padrão de 11, o que o coloca no percentil 63; no subteste do Atirar e Agarrar um resultado padrão de 7, o que o coloca no percentil 16 e, no subteste do Equilíbrio um resultado padrão de 10, o que o coloca no percentil 50. Concluindo, o \_\_\_\_\_ obteve uma pontuação total de 76 de um total máximo de 108 pontos, o que o coloca no percentil 37 e, conseqüentemente na zona verde, o que revela que o \_\_\_\_\_ não possui dificuldades ao nível do movimento. No entanto, através da análise dos valores obtidos nos subtestes, podemos observar que é no Atirar e Agarrar e no Equilíbrio que o \_\_\_\_\_ demonstra ter mais dificuldades.

No que diz respeito à **Torre de Londres**, podemos concluir que o \_\_\_\_\_ apresentou um valor de 31, num máximo de 36 pontos. Os scores mais baixos em alguns problemas, foram resultado de alguns momentos de desatenção e impulsividade aquando da visualização do cartão. De uma maneira geral, tendo em conta a sua pontuação, podemos observar que o \_\_\_\_\_ não apresenta problemas na resolução de problemas.

Tendo em conta que a **Prova da Estátua da Bateria do Nepsy-II** só fornece resultados padrões para meninos até aos 6 anos de idade, os valores atingidos pelo \_\_\_\_\_ irão ser comparados com os resultados que seriam esperáveis para meninos dentro dessa faixa etária. Sendo assim, o \_\_\_\_\_ obteve uma pontuação de 21, num máximo de 30 pontos. Ao observarmos os valores (versão original Americana), podemos comprovar que o valor obtido pelo \_\_\_\_\_ corresponde ao valor que seria espectável para uma criança com idade

compreendida entre os 4 anos e 6 meses e os 4 anos e 11 meses, o que indica que este possui dificuldades a nível do controlo motor (agitação motora), da atenção e no controlo inibitório. É importante referir que esta prova foi realizada depois do período de ação da medicação ter passado.

No que diz respeito às **Estruturas Rítmicas de Stambak**, são então apresentados os valores em forma de tabela, que será apresentada seguidamente.

Tempo Espontâneo 1	Prova 2	Prova 3	Tempo Espontâneo 2
10 Segundos	17 pontos	17 pontos	8 Segundos
Média	Média	Média	Média

Podemos então concluir que no Tempo Espontâneo 1, o \_\_\_\_\_ demorou 10 segundos a realizar os 21 batimentos com o lápis. Visto que a média para crianças (versão original francesa) com oito anos é 10.03 segundos e o desvio-padrão é 4.62, o \_\_\_\_\_ encontra-se na média. Já na prova 2, este obteve uma cotação de 17 pontos, sendo a média de cotação para esta prova de 15.83 e o desvio-padrão de 3.13, podemos também considerar que o \_\_\_\_\_ se encontra na média. Também na prova 3, o \_\_\_\_\_ obteve uma cotação de 17 pontos, o que o coloca na média para a idade. Por fim, no Tempo Espontâneo 2, o \_\_\_\_\_ demorou 8 segundos a realizar os 21 movimentos. Visto que a média para crianças com 8 anos é 11.53 segundos e o desvio-padrão 5.73, o \_\_\_\_\_ encontra-se na média.

Por fim, relativamente ao teste **Draw a Person (DAP)** (versão original inglesa), o \_\_\_\_\_ obteve no desenho do Homem um resultado bruto de 39, o que corresponde ao percentil 55, no desenho da Mulher obteve um resultado bruto de 38, o que corresponde ao percentil 50 e, no desenho do Próprio, obteve um resultado bruto de 38 o que corresponde ao percentil 50. Sendo assim, o \_\_\_\_\_ obteve uma pontuação total de 115 pontos, o que corresponde ao percentil 50 e o coloca no nível de *Average (Média)*. É ainda importante referir que durante a realização das três provas que englobam o DAP, o \_\_\_\_\_ demonstrou uma grande calma e vontade de dar o seu melhor em cada desenho que era requisitado, tendo utilizado para todos os desenhos os 5 minutos dados para a realização de cada um deles.

### Indicações e conclusões

Observando os resultados obtidos, podemos evidenciar que o \_\_\_\_\_ em termos gerais obteve pontuações na média, no entanto, é nas questões do equilíbrio, da coordenação, da impulsividade, da atenção e da irritabilidade que este apresenta maiores dificuldades. Tanto o I.C.C.P (categoria Hiperactividade/Problemas de Atenção) como a Escala de Connors, que foram preenchidos pelos progenitores e pela professora, deram valores na média, no entanto, a prova da estátua da Bateria de Nepsy II que também avalia as questões da atenção/controlo

motor deu valores abaixo do que era expectável para a sua idade, revelando dificuldades nessas áreas.

Por isso, para trabalhar estas dificuldades referidas anteriormente, é proposto que o \_\_\_\_\_ inicie sessões individuais de Psicomotricidade, com frequência semanal e duração de 45 min cada até Junho de 2019.

A Intervenção Psicomotora com o \_\_\_\_\_ terá como objetivos principais potenciar o equilíbrio, a coordenação e a atenção/concentração, através de atividades gnósico-práticas que permitam o planeamento motor, assim como a verbalização e a simbolização. Outro objetivo principal será a adequação da tonicidade, sendo que a terapeuta irá para isso recorrer às técnicas de relaxação.

---

Ana Lança  
(Psicomotricista)

---

Gabriela Almeida  
(Orientadora da Universidade)

ANEXO B – ESTUDO DE CASO I (CAROLINA)

⇒ **Avaliação Inicial do Draw a Person (DAP)**



⇒ **Avaliação Final do Draw a Person (DAP)**



⇒ **Exemplo de Relatório de Sessão (Nº14)**

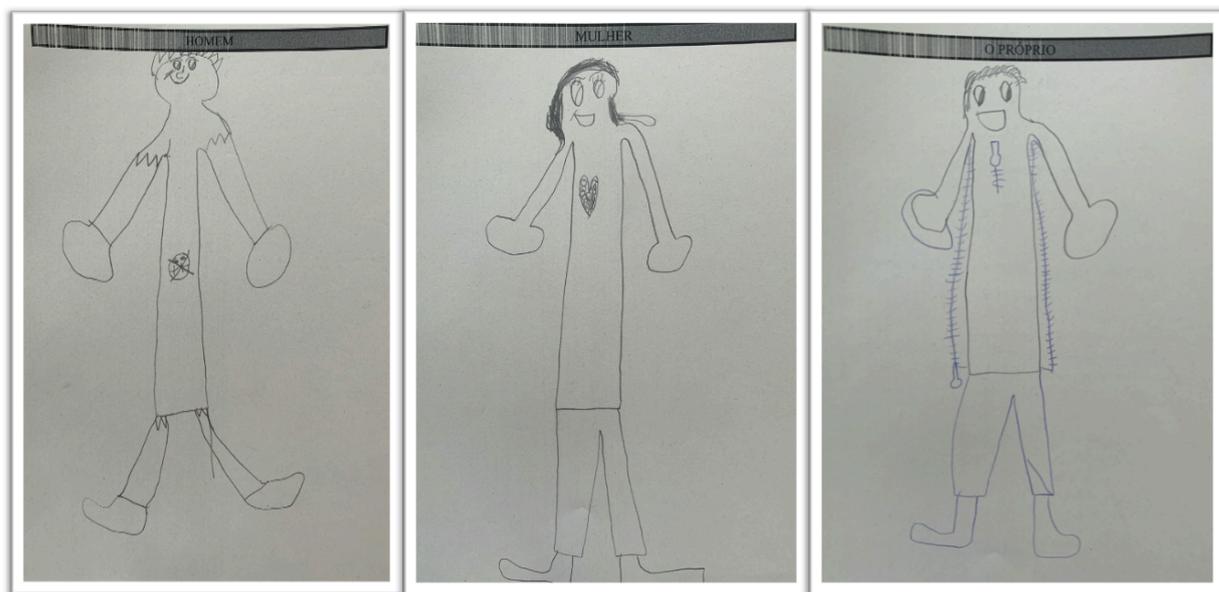
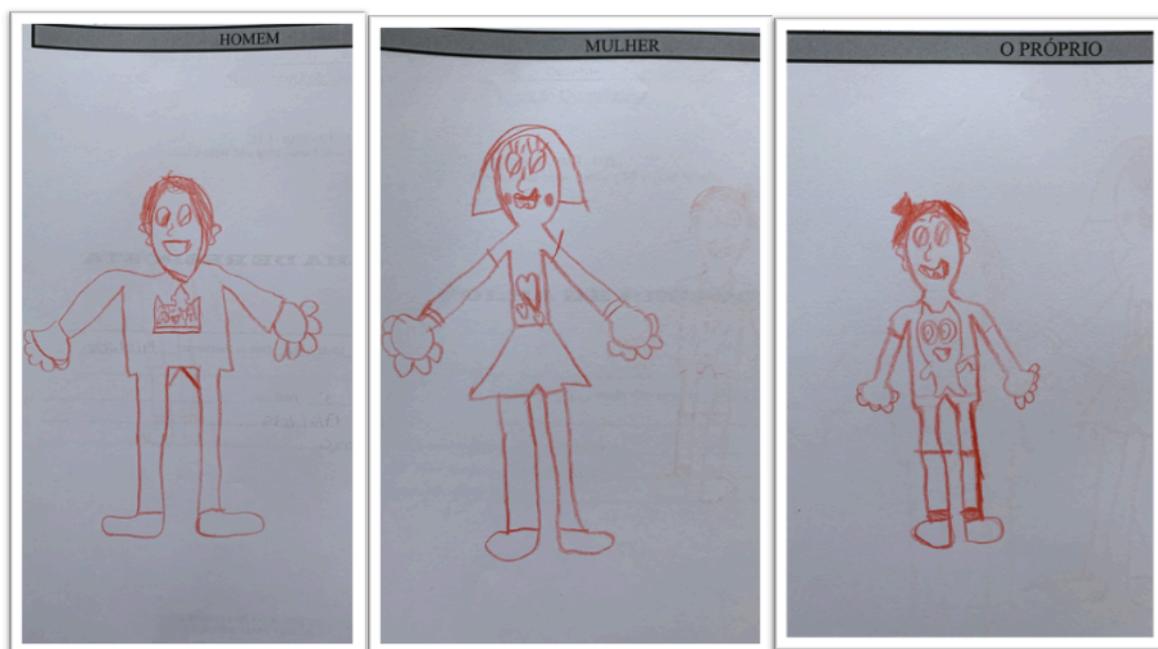
A sessão Nº14 começou pontualmente às 15:30h. Logo na sala de espera foi possível perceber que algo não tinha corrido bem durante o período de férias da Páscoa e retorno às aulas, uma vez que mãe da Carolina apresentava um ar bastante preocupado.

Também foi possível notar alterações na postura da Carolina, que se mostrava um pouco mais retraída. Após entrar no gabinete, a Carolina refere que tinha muito para me contar. Durante o período das férias da Páscoa os sintomas de ansiedade pioraram e começou a ter ataques de ansiedade praticamente todos os dias e não conseguia arranjar estratégias para tentar minimizar esses sintomas. Como os seus sintomas de ansiedade não estavam a melhorar, há 2 dias a mãe decidiu ir com a Carolina às urgências, onde a médica a observou e a pedido da mãe receitou Atarax. Diz que desde a ida às urgências tem tomado sempre Atarax, no entanto, diz que a ansiedade não passou. Quando questionada sobre se encontra alguma causa para o agravamento dos sintomas durante o período das férias, diz que não consegue ligar o agravamento dos sintomas a nada, mas refere que teve muitas negativas no fim do 2º período e que existe a possibilidade de reprovar, mostrando-se preocupada. Durante as férias ficou maioritariamente em casa porque disse que não lhe apetecia sair, com medo dos sintomas começarem outra vez.

Como percebi imediatamente que a Carolina precisava que aquela sessão se tornasse num momento em que ela tinha a possibilidade de contar tudo o que tinha acontecido durante as duas semanas em que não veio à sessão, e de certa forma, “processar” o que aconteceu, a conversa inicial acabou por se estender durante sensivelmente 27 minutos, o que deixou pouco tempo para o resto das atividades programadas. Por esse motivo, a Psicomotricista expôs a situação à Carolina, contando aquilo que tinha planeado e deu-lhe a oportunidade de escolher a atividade que queria fazer naquela sessão. A Carolina escolheu imediatamente a relaxação, dizendo que sentia falta disso e que precisava de relaxar. Após o término da atividade, no momento de conversa final, a Carolina mostrou-se contente por ter vindo à sessão apesar de tudo e disse que se sentia um pouco melhor no fim da conversa e do momento de relaxação.

Concluindo, apesar da estrutura da sessão se ter moldado às dificuldades que a Carolina apresentava neste dia, a sessão mostrou ser proveitosa.

## ANEXO C – ESTUDO DE CASO II (TOMÁS)

⇒ **Avaliação Inicial do Draw a Person (DAP)**⇒ **Avaliação Final do Draw a Person (DAP)**

### ⇒ Exemplo de Relatório de Sessão Nº16

A sessão Nº16 do Tomás começou com um ligeiro atraso, por causa da escola. O Tomás vinha bastante contente, tendo entrado na sala de espera muito sorridente a dizer que tinha muitas coisas para me contar.

Foi possível ver que estava muito falador e quis contar tudo o que aconteceu durante a sua semana e o que tinha feito na escola e no fim de semana. Trouxe também umas figuras em lego para me explicar o que é que faziam e quais eram os seus nomes.

Como atividade da parte fundamental da sessão, foi proposto uma atividade que envolvia desenhos de pés que eram colocados no chão de forma a criar um percurso que ia até aos arcos. O objetivo era o Tomás planear a sua ação antes de a realizar, de forma a ter um maior sucesso, sendo que no fim teve de verbalizar aquilo que fez e simbolizar também.

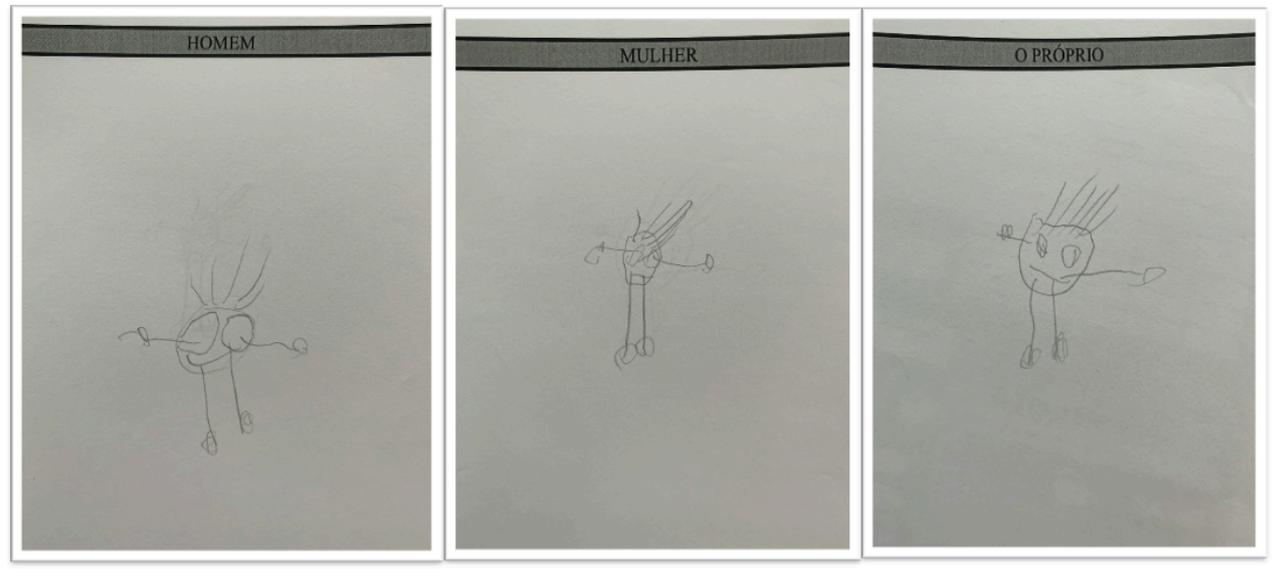
Posteriormente, foi dado ao Tomás a oportunidade de criar diferentes alternativas à atividade proposta por mim. Ele escolheu adicionar um cesto no fim do percurso, para tentar acertar com um balão dentro do cesto. Foram logo definidas as regras da atividade em conjunto com o Tomás, ficando decidido que o Tomás tinha 3 tentativas para acertar com o balão dentro do cesto. Mas, na primeira vez que realizou a atividade, não conseguiu acertar no cesto e quis tentar outra vez, mas lembrei-lhe quais tinham sido as regras que definimos para a atividade. Nesse momento, o Tomás começou a ficar mais agitado porque não tinha conseguido e tinha de tentar outra vez, então pedi para que ele se sentasse na cadeira para refletirmos sobre o que se tinha passado e ressalvei que iria ter mais oportunidades para tentar acertar e que por vezes temos de praticar para então conseguirmos ter sucesso. O resto da atividade correu dentro da normalidade.

Após o fim dessa atividade, entramos no retorno à calma com um momento de relaxação. O Tomás referiu que se sentia muito relaxado e que estava quase a dormir. Após esse momento, o Tomás pediu-me se nos minutos que faltavam para o fim da sessão podia utilizar as aguarelas para desenhar um arco-íris que tinha visto e que era muito bonito.



## ANEXO D – OUTROS CASOS SEGUIDOS INDIVIDUALMENTE

⇒ **Avaliação Inicial do Draw a Person (DAP) do Gonçalo**



⇒ **Desenho realizado pelo Henrique na 1ª Sessão**

