



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**Intervenção psicomotora em saúde infanto-juvenil numa
Unidade de Pedopsiquiatria: dois estudos de caso**

Joana Abrantes Bartolomeu

Orientador(es) | Guida Veiga

Maria Rosa Torres Esquina

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**Intervenção psicomotora em saúde infanto-juvenil numa
Unidade de Pedopsiquiatria: dois estudos de caso**

Joana Abrantes Bartolomeu

Orientador(es) | Guida Veiga

Maria Rosa Torres Esquina

Évora 2021



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)
Guida Veiga (Universidade de Évora) (Orientador)

“Eu não procuro descobrir em ti o que há de anormal, neurótico ou de louco, mas o que pode haver de comum entre nós, como seres humanos.”

(Santos, s/d in Branco, 2010)

Agradecimentos

A concretização deste relatório define o final de uma etapa muito importante na minha vida, pessoal e profissional. Só foi possível chegar aqui graças às pessoas que me apoiaram e acompanharam nesta longa caminhada, e por isso quero deixar aqui os meus agradecimentos às mesmas.

Antes de mais, gostaria de agradecer à minha família, em especial aos meus pais, irmão e avó, por serem os meus pilares e pela força que me deram para enfrentar as dificuldades que foram surgindo ao longo deste percurso, e por terem estado presentes em todos os momentos.

À Andreia Fernandes e à Maria Queiroga, por todo o apoio e suporte que me deram e continuam a dar, e por acreditarem em mim, quando por vezes nem eu acreditava. Mas acima de tudo por estarem sempre ao meu lado, nos melhores e piores momentos, porque mesmo a quilómetros de distância estiveram sempre comigo. Também queria agradecer à Cláudia Almeida, minha colega de estágio.

À professora Guida Veiga pela ajuda e disponibilidade ao longo do estágio académico, assim como pela partilha de conhecimentos.

À minha colega de estágio, Cláudia Almeida, por ter sido a minha companheira ao longo desta etapa, com quem pude partilhar dúvidas e incertezas, ajudando-me a desenvolver capacidades pessoais e ainda profissionais, enquanto psicomotricista.

A todos os técnicos da Unidade de Pedopsiquiatria do hospital Garcia de Orta, pela amabilidade e disponibilidade com que nos receberam, pela possibilidade que nos deram de crescer ao partilharem connosco as suas vivências e experiências, mostrando-nos a importância do trabalho multidisciplinar. Com um especial agradecimento a Dra. Rosa Esquina, nossa orientadora, pela forma como nos acolheu e apoiou em todos os momentos.

A todas as crianças e adolescentes que tive a oportunidade de conhecer e acompanhar durante o estágio, porque só com eles seria possível crescer pessoal e profissionalmente, tentando sempre ser melhor por eles e para eles, ao superar inseguranças e dúvidas que me foram surgindo.

Por último, queria dedicar a conclusão desta etapa e deste relatório, ao meu Tio e ao meu Avô, que por circunstâncias da vida não puderam testemunhar este percurso, mas que onde quer que estejam sei que me acompanharam e me apoiaram sempre.

Muito Obrigada por Tudo!

Título: Intervenção psicomotora em saúde infanto-juvenil numa Unidade de Pedopsiquiatria: dois estudos de caso.

Resumo: O relatório de estágio compreende a descrição das atividades desenvolvidas no âmbito do Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade, que se realizou na Unidade de Pedopsiquiatria da Infância e da Adolescência do Hospital Garcia de Orta. Neste relatório será realizado um enquadramento teórico da prática psicomotora no geral e no contexto de estágio, assim como uma descrição dos casos acompanhados em grupo e individualmente. Serão ainda apresetandos, de forma mais detalhada, as intervenções psicomotoras desenvolvidas com dois estudos de caso encaminhados para a consulta de psicomotricidade devido a problemas na regulação emocional e de comportamento. Para cada estudo de caso, será apresentada uma análise da história pessoal e clínica, os resultados da avaliação inicial, as hipóteses explicativas, o projeto pedagógico-terapêutico e os resultados da intervenção. Com o trabalho desenvolvido durante o estágio, foi possível verificar algumas melhorias decorrentes dos programas de intervenção psicomotora desenvolvidos e refletir sobre a importância da Psicomotricidade na Saúde Mental Infanto-juvenil.

Palavras-Chave: Prática psicomotora; Saúde Mental; Perturbações do comportamento; Regulação emocional; Intervenção de grupo e individual.

Title: Psychomotor intervention in children and youth health in a Pediatricpsychiatry Unit: two case studies

Abstract: The internship report includes a description of the activities developed within the scope of the Curricular Internship of the Master in Psychomotricity, which took place at the Child and Adolescent Pedopsychiatry Unit of Hospital Garcia de Orta. This report will provide a theoretical framework for psychomotor practice in general and in the context of the internship, as well as a description of the cases followed up in groups and individually. The psychomotor interventions developed with two case studies referred to the psychomotricity consultation due to problems in emotional and behavioral regulation will also be presented in more detail. For each case study, an analysis of the personal and clinical history, the results of the initial assessment, the explanatory hypotheses, the pedagogical-therapeutic project and the results of the intervention will be presented. With the work developed during the internship, it was possible to verify some improvements resulting from the psychomotor intervention programs developed and reflect on the importance of Psychomotricity in Child and Youth Mental Health.

Keywords: Psychomotor practice; Mental health; Behavior disorders; Emotion regulation; Group and individual intervention.

Índice Geral

Agradecimentos	ii
Índice de Figuras	vii
Índice de Tabelas	vii
Lista de Abreviaturas	viii
1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico da Prática Profissional	3
2.1. Caracterização da instituição e da população.....	3
2.2. Psicomotricidade	4
2.2.1. A Psicomotricidade	4
2.2.2. Intervenção psicomotora em Saúde Mental Infanto-juvenil	4
2.2.3. Metodologia de intervenção psicomotora	6
3. Descrição das atividades de Estágio	9
3.1. Organização das atividades de estágio realizadas	9
3.1.1. Calendarização e horário das atividades de estágio	9
3.1.2. Experiências complementares de formação.....	10
3.1.3. Intervenção psicomotora no local de estágio	11
3.2. Etapas de intervenção	12
3.2.1. Entrevista.....	13
3.2.2. Observação informal.....	14
3.2.3. Observação formal.....	15
3.3. Descrição dos casos acompanhados.....	21
3.3.1. Grupos	21
3.3.2. Individualmente.....	24
4. Estudos de Caso	28
4.1. Revisão teórica de suporte aos estudos de caso	28
4.1.1. Vinculação	28
4.1.2. Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção	29
4.1.3. Perturbação Desafiante de Oposição.....	30
4.1.4. Perturbação de Aprendizagem Específica	32

4.2. Estudo de caso I	33
4.2.1. Motivo do encaminhamento para psicomotricidade.....	33
4.2.2. História pessoal e clínica	33
4.2.3. Avaliação inicial	36
4.2.4. Elementos critério	39
4.2.5. Hipóteses explicativas.....	39
4.2.6. Perfil	43
4.2.7. Projeto pedagógico-terapêutico	45
4.2.8. Progressão Terapêutica.....	49
4.3. Estudo de caso II	55
4.3.1. Motivo do encaminhamento para psicomotricidade.....	55
4.3.2. História pessoal e clínica	55
4.3.3. Avaliação inicial	58
4.3.4. Elementos critério	61
4.3.5. Hipóteses explicativas.....	62
4.3.6. Perfil	66
4.3.7. Projeto pedagógico-terapêutico	68
4.3.8. Progressão Terapêutica.....	72
5. Reflexão sobre a Prática Psicomotora à Distância	76
6. Conclusão	79
7. Referências Bibliográficas	81
8. Anexos	ix
Anexo A – Descrição dos casos acompanhados em grupo	x
Anexo A.1 Descrição dos casos acompanhados na Área de Dia.....	x
Anexo A.2 Descrição dos casos acompanhados no Hospital de Dia.....	xxiv
Anexo B – Grelha de Observação Psicomotora (Versão Adaptada)	xxvii
Anexo C – Acompanhamentos realizados aos Estudos de Caso.....	xxxi
Anexo C.1 Resultados da Avaliação Inicial – Ana.....	xxxi
Anexo C.2 Planeamento e Relatórios de Sessão – Ana	xxxiii

Anexo C.3 Resultados da Avaliação Inicial – Rafael.....	xlii
Anexo C.2 Planeamento e Relatórios de Sessão – Rafael	xliv

Índice de Figuras

Figura 1 – Horário semanal de estágio	10
--	-----------

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Calendarização das atividades realizadas	9
Tabela 2 – Descrição dos Grupos Acompanhados na Área de Dia	22
Tabela 3 - Objetivos Terapêuticos dos Grupos da Área de Dia	23
Tabela 4 - Descrição do Grupo Acompanhado no Hospital de Dia	24
Tabela 5 - Objetivos Terapêuticos do Grupo do Hospital de Dia	24
Tabela 6 - Perfil Intra-Individual da Ana.....	44
Tabela 7 - Objetivos Terapêuticos da Ana.....	44
Tabela 8 - Perfil Intra-Individual do Rafael.....	66
Tabela 9 - Objetivos Terapêuticos do Rafael.....	67

Lista de Abreviaturas

- APA – American Psychiatric Association
- APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade
- BOT – Teste de Proeficiência Motora de Bruininks-Oserestsky-2
- BPM – Bateria Psicomotora
- CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança
- D2 – Teste de Atenção D2
- DAP – Draw a Person
- DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5
- HGO – Hospital Garcia de Orta
- LOFOPT – Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy
- PAE – Perturbação de Aprendizagem Específica
- PDO – Perturbação Desafiante de Oposição
- PHDA – Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção
- PHSCS – Escala de Autoconceito de Piers-Harris
- ToL – Teste Torre de Londres
- SATIC – State-Trait Anxiety Inventory for Children
- SDQ – Questionário de Capacidade e Dificuldades

1. Introdução

A saúde mental infantil pode ser definida como a capacidade de a criança experimentar, regular e expressar emoções, de estabelecer relacionamentos íntimos e seguros, bem como explorar o meio envolvente e aprender (Zeanah & Zeanah, 2019). Neste sentido, tem havido uma preocupação crescente sobre a existência de terapias direcionadas para as perturbações mentais, ao nível da reabilitação psicossocial, com o objetivo de desenvolver competências sociais (Ministério da Saúde, 2007), sendo que estas são associadas a resultados comportamentais, emocionais e cognitivos adaptativos (Zeanah & Zeanah, 2019).

A intervenção psicomotora tem sido utilizada como complemento e suporte ao tratamento psiquiátrico, por incluir conhecimentos médicos, psicológicos, cinesiológicos e de reabilitação, que lhe permitem ser integrada em diferentes abordagens psicoterapêuticas (Probst, 2010). Esta é uma terapia de mediação corporal, que atua ao nível dos acontecimentos que ocorrem no corpo humano, através da promoção de um conjunto de vivências corporais, que permitem ao indivíduo ajustar ou reajustar a sua personalidade às condições do envolvimento e, conseqüentemente, desenvolver uma maior capacidade adaptativa (Maximiano, 2004). Alguns dos mediadores que podem ser utilizados na prática psicomotora em contexto pedopsiquiátrico, com crianças e adolescentes, incluem atividades lúdicas, técnicas expressivas e de relaxação (APP, 2017).

O presente Relatório de Estágio pretende expor as experiências vivenciadas e adquiridas durante o Estágio Curricular, realizado no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, que decorreu na Unidade de Pedopsiquiatria do Hospital Garcia de Orta (HGO), com início em outubro de 2019 e término em março de 2020. A realização deste estágio teve como objetivos estimular o domínio de conhecimentos em Psicomotricidade, tanto a nível científico como metodológico, promovendo as capacidades reflexivas e de planeamento, gestão e coordenação de programas em diferentes contextos.

No que se refere à organização do relatório, este encontra-se dividido em quatro partes principais, de modo a facilitar a leitura e compreensão. Numa primeira parte, será realizado o enquadramento teórico da prática profissional, com caracterização da instituição, descrição da população atendida, contextualização e enquadramento da intervenção psicomotora no geral e em saúde mental, e descrição das metodologias de intervenção, nomeadamente, o jogo e a relaxação, por terem sido os métodos mais utilizados ao longo da intervenção.

De seguida, será realizada uma descrição das atividades de estágio, que incluiu a apresentação da organização das atividades realizadas (calendarização, experiências complementares e intervenção no local de estágio), descrição das etapas de intervenção e

dos instrumentos de avaliação, bem como dos casos acompanhados em grupo e individualmente.

Na terceira parte, constará uma revisão teórica de suporte aos estudos de caso e serão apresentados e discutidos dois estudos de caso. Para tal, será realizada a identificação dos casos, que inclui o motivo de encaminhamento para a consulta de Psicomotricidade, a história clínica e pessoal, bem como a apresentação dos resultados da avaliação inicial, que permitem definir os elementos critério e refletir sobre as hipóteses explicativas do caso. Com base nestas informações será delineado o projeto pedagógico-terapêutico, onde consta o perfil intra-individual, os objetivos terapêuticos, as diretrizes de intervenção e as estratégias a utilizar. No final, será descrita a progressão terapêutica, com apresentação dos resultados associados à intervenção psicomotora.

Por fim, apresentar-se-á uma reflexão acerca do processo de estágio, contemplando as aprendizagens pessoais e profissionais adquiridas ao longo do mesmo, bem como uma reflexão sobre a Prática Psicomotora à distância e a importância da Psicomotricidade em Saúde Mental.

2. Enquadramento Teórico da Prática Profissional

2.1. Caracterização da instituição e da população

O Hospital Garcia de Orta (HGO) é uma entidade pública empresarial (EPE), com quase 30 anos de existência, que serve cerca de 350 mil habitantes dos concelhos de Almada e Seixal. De entre os vários serviços de apoio ao utente, destacamos a Unidade de Pedopsiquiatria, que conta com uma equipa multidisciplinar que integra médicos pedopsiquiatras, psicólogos, assistente social e educadora de infância (HGO, 2020). A equipa conta ainda com a presença de uma professora de ensino especial, uma musicoterapeuta, internos de pedopsiquiatria e psiquiatria e com a presença de estagiários de psicologia e de psicomotricidade.

A Unidade de Pedopsiquiatria tem como objetivo o diagnóstico e tratamento de diversas problemáticas, nomeadamente, as perturbações emocionais e comportamentais da criança e do adolescente (dos 0 aos 18 anos, inclusive), que são as de maior prevalência, e ainda as diversas patologias do foro psiquiátrico (HGO, 2020).

Em 2009, surgiu o Projeto da Área de Dia que tem como principal objetivo dar resposta às dificuldades encontradas na intervenção individual com crianças em idade de latência, que apresentem alterações do comportamento, dificuldades ao nível da mentalização e da simbolização, com repercussões no contexto familiar e escolar. Esta intervenção tem uma periodicidade semanal e decorre em dois contextos de intervenção diferentes, nomeadamente, no ateliê de expressão plástica e no ateliê de psicomotricidade. Quinzenalmente, e em paralelo é desenvolvido um trabalho junto dos familiares das crianças, sendo também desenvolvidas reuniões periódicas com os professores das mesmas (Esquina et al., 2012).

Mais recentemente, surgiu o Projeto do Hospital de Dia, considerado como um tratamento psicoterapêutico de grupo, que tem como principais objetivos a melhorias das competências pessoais e sociais, a promoção da autonomia, gestão emocional, valorização e resolução de problemas, a diminuição de comportamentos desajustados, assim como a adequação das estratégias de comunicação. Esta intervenção destina-se a jovens dos 13 aos 18 anos de idade, que apresentem impulsividade, agitação psicomotora, relações interpessoais instáveis, isolamento social, recusa ou absentismo escolar e/ou comportamentos de risco. Este projeto de cuidados a tempo parcial, é composto por diversos tipos de grupos terapêuticos, nomeadamente: Atelier criativo, Atelier pedagógico, Psicomotricidade, Psicodrama, Jogos de Tabuleiro, Musicoterapia e Grupo de Pais, que se realizam com periodicidade semanal (Estrada, 2019).

2.2. Psicomotricidade

2.2.1. A Psicomotricidade

De acordo com o Fórum Europeu de Psicomotricidade, a psicomotricidade pode ser explicada pela interação entre os aspetos cognitivos, emocionais e físicos, assim como pela sua influência no desenvolvimento das competências individuais, ou seja, na capacidade de ser e agir num contexto psicossocial (EEP, 2020). Por ser uma prática que se centra no ser humano e na relação que este estabelece com o seu corpo (Raynaud et al., 2007), considera o indivíduo como um todo psicossomático e psicocorporal único, em que as funções corporais e motoras são indissociáveis das funções afetivas, relacionais, linguísticas e cognitivas (Fonseca, 2010b). Segundo Fernandes (2015), a psicomotricidade representa o conjunto de fenómenos que permitem inscrever no corpo os processos psíquicos, através do movimento, de atitudes, de posições e de mímicas. Para além disso, o movimento associado à expressão simbólica, em psicomotricidade, permite dar significado ao comportamento motor do indivíduo na sua relação com os objetos, com os outros e consigo mesmo (Fernandes, 2012).

A psicomotricidade, como prática de mediação corporal, permite que o indivíduo tenha a possibilidade de reencontrar o prazer sensoriomotor, através do movimento e da sua regulação tónico-emocional, promovendo assim o desenvolvimento dos processos simbólicos. Assim sendo, a prática psicomotora é unificadora, na medida em que veícula os laços entre o corpo e a atividade mental, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, de forma a melhorar o potencial adaptativo do sujeito (Martins, 2001b).

2.2.2. Intervenção psicomotora em Saúde Mental Infanto-juvenil

A intervenção psicomotora é usada como complemento e suporte ao tratamento psiquiátrico, pode ser integrada em diferentes abordagens psicoterapêuticas, na medida em que abrange conhecimentos médicos, psicológicos, cinesiológicos e de reabilitação (Probst, 2010).

A intervenção psicomotora contexto de saúde mental infantil e juvenil tem como objetivo modificar a organização psíquica da criança, com as mais diversas psicopatologias, através de modalidades terapêuticas, como o jogo psicomotor e a relação corporal, que permitem o reviver das etapas do processo maturativo, com base em experiências geradoras de prazer, e a entrada no mundo da criança (Almeida, 2005). A utilização de técnicas de mediação corporal possibilita a aquisição de comportamentos motores associados às capacidades relacionais, simbólicas e emocionais (Fernandes, 2015).

O corpo representa o conjunto de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica, como o impulso, as emoções, os sentimentos e os pensamentos (Carvalho, 2005), sendo por isso o meio privilegiado através do qual o indivíduo se expressa (Almeida, 2005).

Segundo Boscaini (2012) este mediador é considerado como um espaço psíquico, que encontra a sua expressão nas diversas funções psicomotoras e na ação sobre a realidade, as pessoas e as coisas. É ainda de salientar que, de acordo com Lima e colaboradores (2015), o movimento permite expressar o estado psíquico, por meio do jogo e da atividade lúdica.

A psicomotricidade, ao oferecer um espaço de liberdade propício ao brincar, onde o terapeuta observa, escuta, sente e procura entender a elaboração mental da criança, permite atuar sobre os núcleos psicoafectivos e emocionais da mesma (Almeida, 2005). Neste sentido, a intervenção psicomotora possibilita a expressão e a resolução de conflitos internos, bem como a resolução da dimensão afetiva, proporcionando assim uma maior autonomia e independência da criança (Boscaini, 2012), melhorando a consciencialização corporal, a expressão dos afetos e emoções, a autorregulação do comportamento, as competências sociais, o reforço da identidade, e a adaptação aos contextos relacionais de forma segura e confiante (APP, 2017).

A singularidade da intervenção psicomotora em saúde mental é definida pela abordagem corporal que a mesma utiliza, uma vez que esta permite estabelecer o contacto com os núcleos originais da personalidade, falando e compreendendo a linguagem tónico-emocional do corpo, de modo a assegurar a sua evolução (Almeida, 2005). Joly (2007) também refere que a mediação corporal é o elemento chave desta terapia, e que a mesma tem como base o convite, o compromisso e a interação corporal, na experiência de um “corpo em relação” e no acompanhamento lúdico. No entanto, quando se verificam dificuldades no acesso ao simbólico e à atividade espontânea, pode ser utilizada uma vertente mais instrumental que favorece a construção do planeamento e representação da ação (APP, 2017).

Assim sendo, o tipo de intervenção psicomotora é influenciado pelo grau de envolvimento do corpo, o uso de mediadores privilegiados ou o estado da atividade espontânea da criança (Rodriguez, 2007). Alguns dos mediadores utilizados em psicomotricidade são a expressão plástica, sonora, verbal e/ou escrita (Lapierre & Aucouturier, 2004), as técnicas de relaxação, exploração e expressão corporal (Probst, 2010), e ainda as atividades lúdicas, associando sempre a atividade representativa e simbólica (APP, 2017).

No que se refere às sessões, estas podem ocorrer numa dinâmica individual ou grupal (APP, 2017), dependendo das características individuais da criança ou jovem (Fernandes, 2012). No entanto, destacamos aqui a intervenção em grupo, por ser a mais utilizada em contexto de estágio. De acordo com Mishna e colaboradores (1994), o trabalho em grupo tem como principal objetivo melhorar o funcionamento social e emocional dos indivíduos, uma vez que as relações e interações estabelecidas dentro do grupo estimulam a expressão e

verbalização de sentimentos, promovem a autoestima, estimulam o desenvolvimento de competências sociais, como a capacidade de compreender e se relacionar com os outros e perceber pistas verbais e não-verbais, estimula a capacidade de iniciativa, de assumir responsabilidades e de lidar com questões de independência. Segundo o mesmo autor, o grupo é uma ferramenta importante e poderosa na intervenção com crianças e jovem, ao facilitar a identificação e auxiliar na tarefa de diferenciação/separação. Farah (2009) refere que no grupo terapêutico, o indivíduo tem a possibilidade de conhecer as suas características pessoais e de que modo se relaciona e interage com os outros e com o meio, podendo experimentar novas formas de contacto e interação num ambiente seguro.

As indicações terapêuticas mais frequentes da intervenção psicomotora, no contexto de saúde mental infantil e juvenil podem incluir problemas ao nível do desenvolvimento psicomotor, da regulação tónica (hipotonicidade, hipertonicidade, gaguez, tiques), do esquema e imagem corporal, da autorregulação comportamental (inibição, desinibição ou instabilidade) e emocional, dos défices de atenção, do equilíbrio, da autoimagem e da autoestima, e ainda da comunicação verbal e não verbal (APP, 2017). Raynaud e colaboradores (2007) referem ainda dificuldades ao nível das representações mentais e do desenvolvimento dos processos de simbolização. No que diz respeito às perturbações psicopatológicas a que se dirigem, salientam-se perturbações graves da personalidade, desarmonias evolutivas, perturbações do espectro do autismo (Joly, 2007), perturbações da vinculação, dificuldades de aprendizagem (Almeida, 2005; Carvalho, 2005), perturbações disruptivas do comportamento, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, psicose infantil, perturbações do comportamento alimentar, perturbações psicossomáticas e outras perturbações do âmbito psicoafetivo (APP, 2017).

2.2.3. Metodologia de intervenção psicomotora

2.2.3.1. O Jogo

Para Françoise Désobeau (1970 citado por Vachez-Gatecel, 2016), o jogo desempenha um papel importante no desenvolvimento da criança, por permitir expressar, desenvolver, promover e adquirir o domínio do corpo e do espaço, através do exercício da motricidade, do desenvolvimento de estratégias cognitivas, da resolução de conflitos emocionais e do desenvolvimento da socialização com outras crianças. Este é a linguagem simbólica de autoexpressão da criança, pois permite a expressão de reações e emoções, a libertação de desejos, quereres e necessidades, a libertação de tendências reprimidas e a perceção que a criança tem de si própria (Landreth, 2012), e possibilita a resolução dos seus conflitos internos (APP, 2017).

De acordo com Chateau (1987), o jogo é uma ação livre, fictícia, desprovida de interesse e utilidade material, delimitada no espaço e no tempo. Devido ao seu carácter espontâneo e criativo, conferem à criança a possibilidade de transformar o mundo de acordo com os seus desejos e criar o que ela pretende (McMahon, 2005), possibilitando a rutura com o real, com as restrições e com o envolvimento da mesma ou com as suas ansiedades, o que pressupõe um poder de liberdade criativa, em que a criança pode experienciar e interpretar qualquer papel ou personagem (Chateau, 1987). Segundo o mesmo autor, através dos diferentes tipos de jogos que executa, a criança constrói progressivamente a sua personalidade, havendo uma afirmação do Eu e a construção da sua identidade.

Assim, na intervenção psicomotora, o jogo é utilizado como forma de integrar impulsos, afetos e como um meio de expressão (Canchy-Giromini, 1995), ao representar a forma como a criança lida com o seu mundo (Landreth, 2012), como assimila aquilo que a rodeia e como dá sentido às suas experiências (McMahon, 2005). Esta modalidade permite à criança encontrar formas mais saudáveis de comunicar, de desenvolver relacionamentos satisfatórios, de aumentar a sua capacidade de resiliência e facilita a alfabetização emocional (British Association of Play Therapists, 2013). Contudo e segundo alguns autores, facilita o estabelecimento da relação terapêutica APP (2017) e oferece aos terapeutas o acesso ao mundo da criança (VanFleet et al., 2010).

Neste sentido, o jogo é um elemento fundamental de compreensão e significação do mundo da criança (Sarmiento, 2003) e permite ainda que a realidade externa atue como mediadora da organização psíquica, ao possibilitar ajustes e adaptações e ter em conta as competências e saberes da criança (Carvalho, 2005).

2.3.2. A Relaxação

A relaxação é uma prática de mediação corporal com intencionalidade psicoterapêutica, que atua como um mecanismo regulador das emoções, permitindo gerir a intensidade e a manifestação dessas expressões. Em psicomotricidade, a relaxação permite a associação entre o que é sentido e vivido na experiência corporal e a interiorização e reintegração no plano psíquico dessa experiência pela atribuição de um significado, uma vez que atua no plano não-verbal e numa base tónico-emocional (Martins, 2001a). O diálogo tónico-emocional estabelece-se pela presença ou ausência, pela proximidade ou afastamento, e pelo tipo de mobilização ou palpação, do terapeuta em relação ao indivíduo (Díaz, 1981; Martins, 2001a).

As técnicas de relaxação têm como objetivo a descontração neuromuscular e psíquica, através da utilização de técnicas específicas que provoquem a diminuição acentuada do tónus e promovam uma maior consciencialização dos segmentos corporais (Aguiar, 2003), num jogo de alternância entre passividade e atividade. A descoberta e

referenciação esquemática, cognitiva e espacial do corpo e da imagem, e a representação subjetiva do próprio corpo (Martins, 2001a), permitem à criança compreender os limites corporais e aumentar a sua consciencialização sobre o mesmo (Díaz, 1981), tendo como base as mobilizações e nomeações do terapeuta (Bergès-Bounes, 2011).

Por outro lado, relaxação psicoterapêutica, funciona como promotora de uma “viagem” pelo mundo tónico, quinestésico e emocional, que favorece a expressão dos afetos e das representações, possibilitando a sua reintegração no plano psíquico (Martins, 2001a). É através desta experiência de relaxação, que o indivíduo tem a possibilidade de restaurar o seu funcionamento psíquico, diminuir as suas defesas, libertar sentimentos bloqueados e representações negadas (Díaz, 1981). Neste sentido, as técnicas utilizadas devem promover a perceção de sensações e emoções experimentadas pelo corpo, sendo que a essa vivência deve ser atribuído um valor e uma significação pela palavra, através da nomeação ou descrição do que foi sentido e percebido (Martins, 2001a).

Importa salientar que a seleção das técnicas de relaxação deve ter em consideração as capacidades do sujeito, a que se dirige, pois todos somos diferentes, logo a capacidade de representação, de regulação tónica e o potencial, irão solicitar um trabalho direcionado para o corpo, mas também um trabalho individualizado, no sentido em que se terá que adequar ao sujeito (Ballouard, 2008). Díaz (1981) refere que é necessário selecionar e utilizar uma técnica adaptada às possibilidades evolutivas da criança, devido ao facto do seu desenvolvimento físico, mental e emocional ainda não se encontrar completo.

Para Guiose (2007), os métodos de relaxação podem ser categorizados em métodos focados na descontração muscular, como a Relaxação Progressiva de Jacobson (1938), a Relaxação Ativo-Passiva de Henry Wintrebert (1986), a Relaxação Psicomotora Dinâmica de Dupont (1998) e a Eutonia de Gerda Alexander (1983), e em métodos centrados na sugestão, como o Treino Autógeno de Schultz (1958), a Relaxação Terapêutica de Jean Bergès (1985) e a Reeducação Psicotónica de Ajuriaguerra (Lemaire, 1964). Sendo que a Relaxação Terapêutica de Jean Bergès (1985) e a Relaxação Ativo-Passiva de Henry Wintrebert (1986) foram métodos adaptados especificamente para crianças, e que de acordo com Díaz (1981) é o tipo de relaxação indicado para esta população, uma vez que a sua forma de interação e relação com o mundo se realiza através do diálogo tónico-emocional.

Em suma, a relaxação é conceptualizada por Martins (2001a) como uma prática de mediação corporal com intencionalidade psicoterapêutica, uma vez que envolve um conjunto de processos dirigidos à pessoa, no âmbito da sua dupla realidade interna e externa. A relaxação psicoterapêutica ao favorecer um espaço para o próprio corpo, facilita o movimento e a exploração do mundo interno, através de induções verbais e táteis (Potel, 2000), e estimula a capacidade de pensar (Bergès-Bounes et al., 2008), através da passividade e imobilidade.

3. Descrição das atividades de Estágio

3.1. Organização das atividades de estágio realizadas

No decorrer do estágio realizaram-se atividades ao nível da avaliação psicomotora e elaboração do plano terapêutico de todos os casos. Também foi possível realizar algumas atividades complementares, nomeadamente, participação em reuniões semanais da área de dia e do hospital de dia, no programa da área de dia, reuniões clínicas, reuniões mensais de supervisão, reuniões com o orientador académico de estágio, bem como elaboração dos planeamentos de sessão e redação das reflexões sobre as sessões, pesquisa e revisão de literatura, entre outros.

3.1.1. Calendarização e horário das atividades de estágio

O estágio curricular iniciou-se a 7 de outubro de 2019 e terminou a 10 de março de 2020, devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19). De seguida, será apresentado um cronograma (ver Tabela 1) onde se encontra expressa a calendarização das atividades realizadas ao longo do estágio.

Tabela 1 – Calendarização das atividades realizadas

Atividades realizadas	2019			2020										
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.
Integração na equipa														
Avaliações iniciais														
Intervenção psicomotora														
Avaliações finais														
Reuniões Clínicas														
R.E.	Redação													
	Entrega													

No que se refere ao horário semanal das atividades de estágio (ver Tabela 2), este foi organizado com base no horário disponível para a sala e de forma a que as duas estagiárias pudessem intervir no mesmo espaço, sem que houvesse sobreposição de casos acompanhados individualmente.

Figura 1 – Horário semanal de estágio

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
8:00 – 9:00					
9:00 – 10:00					
10:00 – 11:00	Área de Dia – Grupo 1		Reunião Clínica		Reunião de Supervisão
11:00 – 12:00	Área de Dia – Grupo 2		Reunião Hospital de Dia		
12:00 – 13:00	Reunião Área de Dia				
13:00 – 14:00	Hora de Almoço	Hora de Almoço	Hora de Almoço		Hora de Almoço
14:00 – 15:00	Área de Dia – Grupo 3	Hospital de Dia – Grupo 1	Atividades complementares de estágio		Sessão individual 3
15:00 – 16:00	Área de Dia – Grupo 4	Atividades complementares de estágio			
16:00 – 17:00		Sessão individual 1	Sessão individual 2		

3.1.2. Experiências complementares de formação

Para além das atividades de estágio, realizaram-se ainda atividades complementares que contribuiriam para a formação profissional.

- **Reunião de supervisão na unidade de pediatria** – estas decorreram todas as primeiras sextas-feiras do mês, com a Dra. Maria José Vidigal, ao longo do ano letivo 2019/2020. No total realizaram-se três reuniões de supervisão, onde foram discutidos temas previamente escolhidos, relativamente à Área de Dia, ou sobre alguns dos casos acompanhados nas sessões de grupo;
- **Reuniões Clínicas na Unidade de Pedopsiquiatria** – as reuniões clínicas decorreram todas as quartas-feiras no horário definido, com toda a equipa da unidade. No total realizaram-se 17 reuniões, onde foram discutidos assuntos internos da unidade e exposição, seguida de discussão, de casos apresentados por cada um dos elementos equipa;
- **Reuniões de equipa** – as reuniões de equipa da Área de Dia e do Hospital de Dia, apresentaram uma estrutura bastante semelhante. No primeiro momento, eram discutidos os acontecimentos das sessões previamente realizadas e de seguida eram realizadas reflexões conjuntas sobre os comportamentos e informações importantes trazidas pelas crianças e pelos adolescentes, em cada um dos ateliês;
- **Apresentação das Atividade do Hospital de Dia** – esta teve como objetivo a apresentação dos diversos ateliês do Hospital de Dia, aos pais e aos adolescentes, sendo que nos foi dada a possibilidade de apresentar o ateliê de psicomotricidade e em que consiste esta intervenção psicomotora;

- **Acompanhamento em psicomotricidade** – os acompanhamentos individuais iniciaram-se em janeiro de 2020 com realização de entrevistas com os pais e as crianças, sessões de observação e avaliações iniciais. De seguida, foi proposto acompanhamento em psicomotricidade, sendo que de quatro casos iniciais apenas três receberam acompanhamento, devido a indisponibilidade por parte dos pais;
- **1ª consulta de Pedopsiquiatria** – surgiu a oportunidade de assistir a uma primeira consulta de pedopsiquiatria, no dia 4 de dezembro, com o objetivo observar como é realizada a recolha de anamnese e a admissão dos casos;
- **Formações adicionais** – ao longo do período de estágio, a estagiária participou em cinco formações. De 8 a 10 de novembro de 2019 participou no Congresso Internacional de Atividades Aquáticas, realizado na Universidade de Évora; dia 21 de dezembro de 2019, participou na aula aberta sobre “Corpo e Expressão Psicomotora na Psicopatologia: Encontro com duas psicomotricistas”, realizada na Universidade de Évora; de 18 de abril a 18 de maio participou no Curso Intensivo “Promoção da Inteligência Emocional nas Crianças”; no dia 8 de maio participou, numa aula aberta sobre “As tecnologias da comunicação na Práxis Psicomotora: uma reflexão face à contemporaneidade”; dia 23 de maio participou no Workshop Online “Birras – Como lidar?”; dia 28 de maio participou no Workshop Online “Primeiros socorros psicológicos na infância”.

3.1.3. Intervenção psicomotora no local de estágio

Na unidade de pedopsiquiatria do HGO, a psicomotricidade é uma das respostas terapêuticas disponibilizadas. O processo de encaminhamento para a psicomotricidade inicia-se quando o pedopsiquiatra ou psicólogo responsável por um caso, considera que a criança ou jovem tem indicações terapêuticas para esta terapia.

No primeiro momento, é agendada uma entrevista semiestruturada com os pais e com a criança, de modo a perceber o motivo que os levou à consulta, as suas preocupações, as suas expectativas para com a terapia e também para recolher informações sobre o desenvolvimento e os interesses da criança/jovem e sobre a dinâmica familiar da mesma. De seguida, realizam-se algumas sessões de observação, com o objetivo de analisar os comportamentos e atitudes manifestadas pela criança, os seus gostos e interesses. Após este momento, são agendadas uma ou duas sessões de avaliação, onde são aplicados os instrumentos de avaliação selecionados de acordo com as necessidades da criança. Com base na recolha e análise de todas as informações recolhidas, podemos confirmar a pertinência do acompanhamento em psicomotricidade e elaborar o projeto de intervenção, ajustado às necessidades da criança.

A intervenção psicomotora decorre na sala designada para o efeito, no segundo piso da unidade, sendo que as sessões de grupo têm a duração de uma hora e as sessões individuais a duração de 50 minutos.

Sobre o espaço da sessão, este é um espaço relativamente amplo, onde se encontram alguns objetos, como uma mesa, um quadro branco, um espelho e um armário com alguns dos materiais (ex: almofadas, folhas brancas, lápis, canetas, plasticina). Numa sala à parte desta, encontram-se guardados os materiais de maior dimensão, como arcos, bastões, colchões, plataformas de equilíbrio, módulos de esponjas, paraquedas, instrumentos musicais, entre outros.

No que se refere à estrutura de sessão, esta é planeada de acordo com as características e necessidades da criança/jovem, no entanto em todas existe uma conversa inicial, o desenvolvimento de atividades psicomotoras e uma conversa final. Na conversa inicial, é solicitado à criança que fale um pouco sobre o seu fim-de-semana ou sobre algo que a mesma queira partilhar com a terapeuta e é definida a estrutura das atividades a realizar. No segundo momento, são realizadas as atividades propostas no início da sessão ou alguma atividade que possa ocorrer de forma espontânea e que vá ao encontro dos objetivos terapêuticos delineados. Na conversa final, é realizada uma reflexão sobre a sessão, referindo as atividades que mais gostaram ou que menos gostaram e o que sentiram durante as mesmas.

É de salientar, que ao longo da intervenção são realizadas avaliações informais ao programa de intervenção, de modo a perceber se é necessário realizar alguma alteração, e no final são novamente aplicados instrumentos de avaliação formal, com o objetivo de verificar os resultados da intervenção e refletir sobre a continuidade da intervenção, o encaminhamento para outro tipo de acompanhamento ou uma possível alta.

3.2. Etapas de intervenção

Numa intervenção psicomotora, é necessário primeiro observar para depois se poder intervir, pois a intervenção tem como objetivo a promoção e melhoria da organização neuropsicomotora do indivíduo, no maior número de situações e contextos possíveis (Fonseca, 2001b). Neste sentido, a intervenção deve seguir um conjunto de passos, que permitam orientar e direcionar a intervenção psicomotora para as características, dificuldades e competências de um indivíduo, sendo elas, anamnese, observação psicomotora, avaliação inicial, projeto terapêutico e intervenção.

Inicialmente deve ser realizado o contacto inicial com o indivíduo, com os familiares e com os agentes educativos, se possível, de modo a recolher o máximo de informação possível sobre a história familiar, clínica e do desenvolvimento do indivíduo. De seguida e para que haja uma adequada intervenção, é necessário realizar uma avaliação psicomotora,

informal e formal, sendo que esta última deve ser realizada com recurso a testes específicos da área, validados e estandardizados para a população portuguesa (Leitão et al., n.d.). De acordo com alguns autores, uma intervenção realizada sem avaliação, corre o risco de não responder de forma adequada às necessidades do sujeito e colocar a sua integridade em causa (Pitteri, 2004). A avaliação é, assim, um passo preliminar essencial ao desenvolvimento do projeto terapêutico e para a criação das sessões (Saint-Cast, 2010), ao avaliar as competências psicomotoras e as características psicoafectivas do sujeito (Pitteri, 2004). Após a recolha de todas estas informações, deverá ser elaborado o projeto terapêutico, onde se deve perceber, numa fase inicial, as razões explicativas e os fundamentos teóricos que nos permitem compreender porque é que o indivíduo apresenta determinadas dificuldades, problemas ou perturbações psicomotoras (Fonseca, 2001b), elaborar os objetivos terapêuticos, definir a tipologia de intervenção, as estratégias a utilizar e a calendarização da intervenção terapêutica.

3.2.1. Entrevista

A entrevista é um dos primeiros contactos do terapeuta com a criança e a sua família (Almeida, 2008; Ballouard, 2008; Costa, 2008), constituindo o primeiro momento de observação do posicionamento relacional da família face ao psicomotricista e entre os diferentes membros da mesma (Pitteri, 2004). A qualidade deste primeiro contacto com a família desempenha um papel fundamental na criação da relação terapêutica, pois determina o nível de investimento por parte da família e a intensidade de interação (Ballouard, 2008).

Através da entrevista é possível construir uma anamnese do sujeito em causa, reconstituindo a história do seu desenvolvimento, sendo que para tal é importante que o psicomotricista consiga criar um espaço empático e contendor de escuta do sofrimento e das angústias dos pais (Almeida, 2008). Alguns dos dados que são importantes recolher prendem-se com as condições de vida, os acontecimentos de vida marcantes e importantes, a dinâmica familiar e relacional, o desenvolvimento psicomotor, afetivo-relacional, linguístico (Almeida, 2008; Costa, 2017), somático e cognitivo na primeira infância, o desenvolvimento das grandes funções (sono, alimentação, autonomia) e das relações com o meio (Almeida, 2008). Este momento representa ainda o espaço para a expressão da queixa, formulação do pedido de ajuda e de expectativa de mudança, por parte da família (Pitteri, 2004). A recolha destas informações, permite ao psicomotricista “ordenar” e “classificar” as mesmas para obter uma melhor compreensão clínica do caso, de forma a perceber a situação atual do sujeito e tentar relacioná-la com todo o percurso de desenvolvimento (Almeida, 2008).

O modo como se conduz uma entrevista depende de diversos fatores, uma vez que cada família é única (Almeida, 2008). Contudo podem ser adotados três modalidades de entrevista, nomeadamente, forma não-diretiva, semidiretiva e diretiva (Almeida, 2008;

Ballouard, 2008), sendo que o facto de se ter um guião ou uma estrutura é uma garantia de confiabilidade (Ballouard, 2008).

3.2.2. Observação informal

A psicomotricidade, como uma terapia que sugere diferentes mediações corporais permite observar os comportamentos motores associados a capacidades relacionais, simbólicas e emocionais. O psicomotricista deve, por isso, ter um olhar clínico no que toca à leitura corporal da expressividade através das relações não-verbais que o indivíduo estabelece com o “eu”, com o outro e com os objetos (Mira & Fernandes, 2015). A avaliação psicomotora adquire a sua especificidade pelo olhar, o que permite estabelecer uma ligação corporal entre o psicomotricista e o paciente, de modo a entrar na sua realidade interna e estabelecer um contacto psíquico com o mesmo (Boscaini, 2012).

A observação psicomotora procura captar a personalidade psicomotora da criança, relacionando a expressão motora da criança com os aspetos objetivos e subjetivos inerentes (Costa, 2008). Esta permite o registo de comportamentos e gestos espontâneos realizados (Mira & Fernandes, 2015), de forma a conhecer o funcionamento e a organização individual e sistémica, do sujeito e do seu envolvimento (Pitteri, 2004). Neste contexto, é importante que o psicomotricista adote uma atitude empática e compreensiva, pois permite-lhe conhecer melhor a criança na sua espontaneidade, conhecer os seus interesses, gostos e competências. Contudo, é importante referir que a criança só irá expressar as suas dificuldades e conflitos internos, quando sentir segurança e confiança suficiente na relação o terapeuta. Assim sendo, o psicomotricista deve procurar criar um ambiente lúdico e afetivo (Costa, 2008), para que a criança se possa expressar espontaneamente e revelar a sua história corporal, bem como a sua personalidade (Raynaud et al., 2007).

De forma a direcionar e apoiar a observação psicomotora em sessão, foi utilizada a Grelha de Observação (versão adaptada) de João Costa (2008) e a Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (Van Coppenolle et al., 1989), traduzida exclusivamente para fins académicos por Bruna Isabelinha e Gabriela Almeida.

3.2.2.1. Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora

A Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (*Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*; LOFOPT), esta foi desenvolvida por Van Coppenolle e colaboradores (1989), com o objetivo de fornecer informações sobre as características disruptivas da personalidade evidenciadas em atividades que serão trabalhadas em terapia (Van Coppenolle et al., 1989).

Esta é composta por nove itens de observação, nomeadamente, relações emocionais, autoconfiança, tipo de atividade, relaxação, controlo do movimento, atenção focalizada,

expressividade do movimento, comunicação verbal e regulação social. Para cada um destes itens foi estabelecida uma pontuação que varia de -3 a +3, indicando numa extremidade um comportamento excessivamente perturbado (+3) e na outra o comportamento oposto e igualmente perturbado (-3). A pontuação zero corresponde ao comportamento não perturbado. Para uma maior operacionalização, foram ainda desenvolvidas descrições gerais e variantes específicas para as pontuações -2 e +2 de cada subescala, sendo que a variante específica inclui a utilização de três exemplos específicos do comportamento, de modo a clarificar o item (Van Coppenolle et al., 1989). No presente relatório, como referido anteriormente, foi utilizada a tradução interna do original Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst & Knape (1989), realizada pela Bruna Isabelinha e Gabriela Almeida.

3.2.3. Observação formal

A avaliação psicomotora consiste numa avaliação das competências psicomotoras a nível funcional, em particular das competências neuromotoras, sensoriomotoras, de representação do corpo e da organização espaço-temporal, e numa avaliação das características psicoafectivas do sujeito através da atitude na relação, o compromisso na ação, na autoestima e na expressão do vivenciado no plano corporal, emocional e relacional. Esta pretende salientar as competências psicomotoras do sujeito, utilizando, sempre que possível, situações validadas e padronizadas (Pitteri, 2004).

Seguidamente serão apresentados os instrumentos de avaliação utilizados na avaliação das crianças.

3.2.3.1. Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora (BPM) foi desenvolvida por Vitor Fonseca (1995) e é considerada um instrumento de observação do perfil psicomotor, tendo como principal objetivo localizar e identificar qualitativamente crianças com dificuldades de aprendizagem e disfunções motoras. Esta pode ser aplicada a crianças e jovens, dos 4 aos 12 anos de idade, e encontra-se organizada em sete fatores psicomotores, nomeadamente, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, sendo que estes se encontram divididos em subfactores (Fonseca, 2010a). O fator tonicidade é composto pelos subfactores extensibilidade, passividade, paratonias, diadococinésias e sincinésias. O equilíbrio compreende o estudo dos subfactores imobilidade, equilíbrio estático e dinâmico. A lateralidade integra diversas componentes, contudo na BPM só são avaliadas as dimensões motora e sensorial. Do fator noção do corpo consta o sentido cinestésico, o reconhecimento direita-esquerda, a autoimagem, a imitação de gestos e o desenho do corpo. A estruturação espaço-temporal divide-se em quatro subfactores: a organização espacial, a estruturação dinâmica, a representação topográfica e a estruturação

rítmica. O fator praxia global é constituído pelos subfactores coordenação óculo-pedal e óculo-manual, dismetria e dissociação. Por último, a praxia fina é obtida através das informações dos subfactores coordenação dinâmica manual, da capacidade para tamborilar e de duas tarefas de velocidade-precisão. É de salientar, que alguns dos itens de observação diferem de acordo com a idade da criança (Fonseca, 2010a).

Cada fator e subfactor psicomotor é cotado de um a quatro, sendo que um corresponde a uma realização imperfeita, incompleta e descoordenada da atividade (fraco); dois a uma realização com dificuldade de controlo (satisfatório); três a uma realização controlada e adequada (bom) e quatro a uma realização perfeita da atividade (excelente). Todos os subfactores devem ser cotados de forma rigorosa pelos critérios mencionados, uma vez que a cotação total de cada fator depende da média aritmética arredondada dos seus subfactores (Fonseca, 2010a). Assim, o resultado total da BPM é obtido pelas médias calculadas em cada um dos sete fatores psicomotores, sendo que a cotação máxima é de 28 pontos e a mínima de 7 pontos (Fonseca, 2010a).

É importante salientar que este instrumento não se encontra validado para a população portuguesa (Fonseca, 2010a), contudo representa um papel importante no processo de intervenção psicomotora pela informação psicomotora e psiconeurológica que se obtém através da realização de todas as tarefas que o compõem.

3.2.3.2. Prova da Estátua de Nepsy

A NEPSY-II (Korkman, Kirk & Kemp, 2007) é a segunda edição da NEPSY: Uma Avaliação Neuropsicológica do Desenvolvimento, desenvolvido por Korkman, Kirk e Kemp (1998), que, tal como o nome indica, tem como objetivo avaliar o desenvolvimento neuropsicológico de crianças e jovens entre os 3 e os 16 anos de idade. Os resultados obtidos através da aplicação da NEPSY fornecem informações úteis para o diagnóstico, planeamento e monitoramento dos resultados da intervenção em reabilitação, ao nível das perturbações neuropsicológicas em idade de desenvolvimento, e permitem destacar dificuldades escolares, sociais e comportamentais (Korkman et al., 2011).

A presente bateria é composta por um conjunto de testes desenvolvidos especificamente para avaliar os aspetos básicos e complexos das habilidades cognitivas. Os subtestes que compõem a bateria encontram-se divididos por domínios, nomeadamente, atenção/função executiva, linguagem, processamento viso-espacial, função sensoriomotora, aprendizagem e memória, e perceção social (Kemp & Korkman, 2010). Este instrumento, ao fornecer pontuações quantitativas e observações qualitativas, permite a compreensão dos pontos fortes e fracos cognitivos da criança e, conseqüentemente, a deteção de défices cognitivos que podem condicionar a aprendizagem (Korkman et al., 2011).

Salienta-se ainda que, o único subteste aplicado aos casos acompanhados foi a Prova da Estátua, por existir a necessidade de compreender melhor a capacidade de inibição, autorregulação, monitorização e vigilância de algumas crianças. Nesta prova, é solicitado à criança que mantenha a sua posição (e.g. pés ligeiramente afastados, braço esquerdo ao lado do corpo e braço direito dobrado ao nível do cotovelo, ficando o antebraço perpendicular ao corpo e com a mão fechada), de olhos fechados, durante 75 segundos, e que tentar inibir os seus impulsos perante os possíveis sons ou barulhos que possam existir. Durante a realização da prova o observador deverá registar de cinco em cinco segundos as ações da criança (e.g. nenhuma, movimento corporal, abrir olhos e/ou vocalizações), sendo que sempre que a criança manifestar qualquer tipo de ação, o observador deverá lembrá-la das regras (e.g. “fecha os olhos” ou “fica parado”). Relativamente à cotação, são atribuídos dois pontos ao intervalo de tempo sem qualquer erro, um ponto ao intervalo de tempo com apenas um erro e zero pontos quando no intervalo de tempo se verificaram dois ou três erros. É considerado como erro sempre que a criança se mexe, abre os olhos ou realiza vocalizações. Importa referir ainda que esta bateria não se encontra validada para a população portuguesa.

3.2.3.3. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky-2

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oserestky 2ª edição (BOT-2) foi desenvolvido por Bruininks (1978) e avalia a proficiência motora, através de um conjunto de provas motoras, em indivíduos entre os 4 anos e os 21 anos e 11 meses com ou sem desenvolvimento motor típico (Bruininks & Bruininks, 2010). Este permite avaliações diferenciadas das habilidades motoras globais e finas, e desempenha um papel importante na avaliação das capacidades motoras, uma vez que estas refletem o desenvolvimento motor, as condições afetivo-emocionais e o nível educativo do indivíduo (Leitão et al., 2012).

O BOT apresenta duas versões: a completa e a reduzida, ambas compostas por oito dimensões, nomeadamente, precisão motora fina, integração motora fina, destreza manual, coordenação bilateral, equilíbrio, força e agilidade, coordenação dos membros superiores e força. Estes subtestes encontram-se agrupados em quatro áreas de funcionamento psicomotor: Controlo Manual, Coordenação Manual, Controlo do Corpo, e ainda Força e Agilidade. A aplicação da forma completa demora cerca de 40 a 60 minutos e a forma reduzida aplica-se entre 15 e 20 minutos (Bruininks & Bruininks, 2010). Como material necessário para a avaliação temos: a mala do BOT, folhas de registo, fita colorida de marcação, cronómetro, cadeiras e mesa.

Relativamente à cotação, esta é realizada primeiramente para cada subteste, depois por domínios e, no fim, por áreas. Os valores obtidos em cada item devem ser convertidos em pontos através de regras de cotação, uma vez que cada item tem tempos ou realizações específicas. Após a recolha dos valores brutos, estes devem ser transformados noutros

valores (valores standard e percentis), tendo em conta a idade e género do indivíduo, de forma a criar o perfil do mesmo e a compará-lo com os resultados com a média (Bruininks & Bruininks, 2010).

3.2.3.4. Draw a Person

O instrumento de avaliação *Draw a Person* (DAP) foi criado por Naglieri (1988) e avalia o nível de integração do esquema corporal, através da análise do desenho de três figuras (Homem, Mulher e o Próprio).

O DAP pode ser aplicado a crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, podendo ser administrado em grupo ou individualmente, sendo que o material necessário à sua realização compreende um lápis, uma borracha e a folha de resposta. Este instrumento é composto por uma avaliação qualitativa, com 14 elementos critério referentes às várias componentes dos desenhos, como a presença, proporção e detalhes de 12 partes do corpo, ligações de diferentes partes do corpo e vestuário, e uma avaliação quantitativa, referente à observação da criança durante a realização dos desenhos, como a prensão do lápis, a lateralidade, a noção espacial, o tónus, a expressão corporal, a coordenação da criança e o tempo que a mesma demora a realizar cada desenho (Naglieri, 1988).

Importa referir que, como o DAP não se encontra validado para a população portuguesa, foram utilizados, neste relatório, os valores normativos referentes à população Norte Americana.

3.2.3.5. Teste de Atenção D2

O teste de Atenção D2 foi concebido por Rolf Brickenkamp (1962) e tem como principal objetivo avaliar a atenção seletiva e a capacidade de concentração de um indivíduo. Este mede, igualmente, a velocidade de processamento da informação, a precisão desse processamento e os aspetos qualitativos relacionados com o desempenho. O facto de solicitar ao indivíduo que selecione um estímulo específico, faz com que seja considerado um teste de cancelamento ou barragem (Brickenkamp, 2007).

O D2 pode ser administrado individualmente ou coletivamente a crianças, a partir dos oito anos de idade, a adolescentes e a adultos. O tempo de aplicação do teste varia de 8 a 10 minutos, uma vez que é necessário ler as instruções da prova e realizar o exemplo. A realização da prova, implica que o sujeito procure em cada linha, da esquerda para a direita, as letras “d” com dois traços (em cima, em baixo ou um traço em cima e outro em baixo) e assinalá-las com um traço (/). É de referir que o sujeito dispõe de 20 segundos por linha, cada uma com 47 caracteres (cada caracter corresponde a uma letra “d” ou “p”), num total 14 linhas (Brickenkamp, 2007).

Através da cotação do D2 é possível obter os seguintes resultados, total de caracteres, total de acertos, total de eficácia, índice de concentração, índice de variabilidade e percentagem de erros (Brickenkamp, 2007).

3.2.3.6. Torre de Londres

O teste Torre de Londres (ToL) foi desenvolvido por Shallice e McCarthy, com o objetivo de identificar problemas nos processos específicos de planeamento provenientes da disfunção do lobo frontal (Shallice, 1982). A realização deste teste, requer que o indivíduo seja capaz de planear, em termos de análise, de modo a resolver um conjunto de problemas que vão sendo sucessivamente mais difíceis (Krikorian et al., 1994).

Em cada uma das situações-problema, o sujeito deve executar uma série de movimentos de forma a alcançar o resultado esperado, ou seja, o sujeito terá que antecipar e planear a sequência correta de movimentos e executar, tendo em conta o número mínimo de movimentos indicados pelo observador. No decorrer do teste, como já foi referido anteriormente, o grau de dificuldade das situações-problemas vai aumentando, o que implica que o nível de antecipação do indivíduo também terá que aumentar, assim como o tempo de atenção e a sequenciação da tarefa (Krikorian et al., 1994).

Salienta-se ainda, que o ToL não se encontra validado para a população portuguesa e não apresenta tabelas com valores normativos, deste modo a interpretação dos resultados é realizada, essencialmente, com base na observação do comportamento das crianças e jovens durante a prova.

3.2.3.7. Escala de Autoconceito

A Escala de Autoconceito de Piers-Harris (PHSCS; Piers, 1984), traduzida e adaptada a população portuguesa por Veiga (1989), permite avaliar a perceção que o indivíduo tem dele mesmo, os seus atributos e comportamentos. Esta é um questionário de autorrelato, aplicado a crianças e jovens dos 7 aos 18 anos de idade (Veiga, 2006).

A PHSCS apresenta duas versões, a versão original constituída por 80 itens e a versão reduzida constituída por 60 itens, no entanto a versão utilizada no presente relatório, foi a versão reduzida. Em ambas as versões desta escala, os itens encontram-se distribuídos em seis domínios: aspeto comportamental (AC), estatuto intelectual e escolar (EI), aparência e atributos físicos (AF), ansiedade (AN), popularidade (PO), satisfação e felicidade (SF). Para cada item existem duas hipóteses de resposta (“sim” ou “não”), sendo de salientar que os itens podem estar expressos no sentido positivo ou negativo. Relativamente à pontuação de cada resposta, é atribuído zero ou um ponto, conforme a resposta seja reveladora de uma atitude negativa ou positiva, respetivamente, face a si mesmo. A pontuação total da escala é

obtida através do somatório da pontuação de cada um dos itens e não pelo somatório das pontuações dos fatores (Veiga, 2006).

3.2.3.8. State-Trait Anxiety Inventory for Children

O *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC) foi desenvolvido por Spielberger e colaboradores (1973), para medir a ansiedade em crianças dos 9 aos 12 anos de idade (Dorr, 1981; Matias, 2004), pode ser utilizado em crianças mais novas com boa capacidade de leitura e compreensão ou mais velhas no caso de dificuldades de aprendizagem. Em Portugal, este instrumento só se encontra aferido para a faixa etária dos 9 aos 15 anos (Matias, 2004).

O STAIC é composto por duas escalas independentes, a de ansiedade traço (A-Traço) e a de ansiedade estado (A-Estado), ambas com 20 itens. Em qualquer uma das escalas existem três hipóteses de resposta, que são cotadas de 1 a 3, contudo a cotação difere entre as escalas. Na escala A-Traço, a resposta com a palavra “muito” representa a presença de ansiedade em 10 itens (cada item é cotado com 3 pontos) e sua ausência nos restantes 10 itens (cotados com 1 ponto). Na segunda escala, a resposta “quase sempre” representa o nível mais elevado de ansiedade em todos os 20 itens e é cotada com 3 pontos (Matias, 2004).

3.2.3.9. Questionário de Capacidades e Dificuldades

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) foi desenvolvido por Goodman (1997), tendo sido traduzido e adaptado à população portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005). Este permite-nos avaliar comportamentos sociais desadequados em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os três e os 16 anos de idade (Goodman, 1997).

O SDQ pode ser administrado aos pais, professores e às próprias crianças e jovens, podendo ser utilizado como parte de uma avaliação clínica, uma medida de resultado do tratamento ou como ferramenta de pesquisa (Goodman et al., 2000). O questionário é composto por 25 itens que descrevem atributos positivos e negativos de crianças e adolescentes, organizados em cinco subescalas: Hiperatividade, Problemas de Comportamento, Problemas de Relacionamento com os Colegas, Sintomas Emocionais e Comportamento Pró-Sociais (Goodman, 1997). Cada item tem três hipóteses de resposta, “não é verdade”, “é um pouco verdade” ou “é muito verdade”, para indicar até que ponto cada atributo se aplica ao filho-alvo (Goodman, 2001). Após o preenchimento do questionário, a cada resposta é atribuída uma pontuação, que varia de 0 a 2 pontos, sendo que a pontuação para cada uma das escalas se obtém através de soma das pontuações dos cinco itens que compõem essa escala, gerando uma pontuação na escala de 0 a 10. É de salientar que

pontuações mais altas na subescala de comportamento pró-social refletem pontos fortes, enquanto as pontuações mais altas nas outras quatro subescalas refletem dificuldades. Assim sendo, a pontuação total pode ser calculada através da soma das pontuações das subescalas de sintomas emocionais, hiperatividade, problemas de conduta e problemas de pares, podendo variar de 0 a 40 pontos (Goodman, 1997).

Este instrumento apresenta ainda um suplemento de impacto, onde é questionado ao entrevistado se considera que a criança ou o jovem tem dificuldades nas áreas apresentadas (emoções, concentração, comportamento ou relacionamento com outros) e, em caso afirmativo, solicita-se mais informações sobre o sofrimento geral, o prejuízo social, a sobrecarga e a cronicidade (Goodman, 2001).

3.3. Descrição dos casos acompanhados

Ao longo do período de estágio, foram acompanhadas 33 crianças, com idades compreendidas entre os 6 e os 17 anos, as quais apresentam diversas problemáticas. As intervenções realizaram-se em dinâmicas de grupo e individuais, sendo na sua maioria intervenções de grupo. De seguida, serão apresentados os acompanhamentos realizados e mais à frente serão apresentados com maior detalhe dois estudos de caso.

3.3.1. Grupos

No âmbito dos projetos da Área de Dia e do Hospital de Dia, realizaram-se intervenções em grupo, em co-terapia com a colega de estágio do Mestrado em Psicomotricidade.

3.3.1.1. Grupos Área de Dia

No projeto da Área de Dia, foram acompanhados quatro grupos, sendo dois deles compostos por crianças do sexo masculino, outro por crianças do sexo feminino, e ainda um misto. A intervenção com os grupos teve início em outubro 2019 e terminaram em março de 2020, devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19), tendo sido realizadas até esse momento 18 sessões. De seguida será apresentada a descrição dos grupos (ver Tabela 3), com identificação de cada grupo e uma síntese da informação recolhida sobre os mesmos. Em anexo (Anexo A.1) encontra-se uma descrição mais detalhada dos casos de cada grupo, mencionando-se as problemáticas, os resultados das avaliações iniciais, das progressões e dos comportamentos observados no decorrer da intervenção com os diferentes grupos.

Tabela 2 – Descrição dos Grupos Acompanhados na Área de Dia

Identificação do Grupo	Caraterísticas
Grupo I O grupo I era constituído por seis elementos do sexo masculino, com idades compreendidas entres os oito e os nove anos.	Com base na avaliação inicial e nas informações recolhidas destaca-se a predominância de dificuldades de interação e relacionamento, incumprimento de regras, dificuldades ao nível da regulação tónica, intolerância à frustração e alterações de comportamento (impulsividade, agitação psicomotora, irritabilidade, agressividade, desinibição, comportamentos onnipotentes, de desafio e de oposição). Foram ainda observadas, em algumas crianças, dificuldades ao nível da comunicação verbal, da noção do corpo, da capacidade de planeamento, de atenção e concentração e comportamentos de desprezo e crítica das performances dos outros.
Grupo II O grupo II era composto por seis elementos, duas raparigas e quatro rapazes, com idades compreendidas entres os sete e os nove anos.	Através da avaliação observou-se uma heterogeneidade ao nível das dificuldades e caraterísticas deste grupo, contudo existe uma prevalência de alterações do comportamento (impulsividade, agitação psicomotora, irritabilidade, agressividade, intolerância à frustração, controlo inibitório, comportamentos onnipotentes, de desafio e de oposição), problemas de relacionamento e dificuldades ao nível da regulação tónica e da noção do corpo e do cumprimento de regras. Contudo, destaca-se, em alguns elementos, a presença de estados ansiosos, falta de iniciativa e mutismo seletivo, em especial face aos comportamentos extorlizantes dos outros elementos.
Grupo III O grupo III era constituído por sete elementos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os seis e os oito anos. Contudo, após quatro meses de intervenção uma das crianças acabou por abandonar o grupo.	As informações recolhidas permitiram identificar problemas de relacionamento e interação com os pares e terapeuta, alterações do comportamento (impulsividade, agitação psicomotora, agressividade, dificuldades no controlo inibitório, comportamentos onnipotentes, de desafio e de oposição), dificuldades no cumprir de regras e indicações, nível da regulação tónica, da noção do corpo e da atenção. Algumas crianças manifestaram também dificuldades de mentalização e de aprendizagem, labilidade emocional, comportamentos regredidos, baixa autoestima e estados ansiosos.
Grupo VI O grupo IV era composto por cinco elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os oito e os nove anos. É de salientar que uma das crianças só integrou o grupo duas semanas após o início da intervenção e que, em janeiro de 2020, uma outra criança deixou de comparecer às sessões.	Neste grupo destacam-se os problemas de relacionamento e interação, dificuldades no cumprir de regras e indicações, dificuldades ao nível da regulação tónica, alterações de comportamento (impulsividade, agitação psicomotora, irritabilidade, agressividade, controlo inibitório, comportamentos de desafio e de oposição), intolerância à frustração, dificuldades no controlo das emoções e dificuldades de atenção. No entanto, alguns elementos revelam ainda dificuldades de aprendizagem, recusa alimentar, utilização de linguagem profana ou rude, falta de iniciativa e contacto inibido.

De acordo com as avaliações realizadas e com base nos dados recolhidos, foram delineados os objetivos terapêuticos (ver Tabela 4), para cada grupo. Estes foram desenvolvidos semanalmente, em contexto de sessão semiestruturada e em co-terapia.

Tabela 3 - Objetivos Terapêuticos dos Grupos da Área de Dia

Identificação dos Grupos	Objetivos Terapêuticos
Grupo I	Adequar a tonicidade
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
	Promover a capacidade de planejamento
	Promover a capacidade de atenção
	Promover a consciencialização e regulação emocional
	Promover o autorregulação comportamental
	Promover autoestima
	Promover autoconceito
	Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro)
	Estimular o cumprimento de regras
Grupo II	Adequar a tonicidade
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
	Promover a capacidade de planejamento
	Promover a capacidade de atenção
	Promover a consciencialização dos estados emocionais e das alterações fisiológicas
	Promover a regulação emocional
	Promover o autorregulação comportamental
	Estimular a expressividade
	Adequar autoestima
	Adequar autoconceito
Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro)	
Estimular o cumprimento de regras	
Grupo III	Adequar a tonicidade
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
	Promover a estruturação temporal (noções rítmicas e temporais)
	Promover a coordenação motora em diferentes situações
	Promover a capacidade de planejamento
	Promover a capacidade de atenção
	Promover a consciencialização e regulação emocional
	Promover a autorregulação comportamental
	Promover a autoestima (valorização pessoal)
	Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro)
Estimular o cumprimento de regras	
Grupo IV	Adequar a tonicidade (estado tónico, relaxação muscular)
	Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
	Promover a estruturação temporal (noções rítmicas e temporais)
	Promover a coordenação motora em diferentes situações
	Promover a capacidade de planejamento
	Promover a capacidade de atenção
	Promover a consciencialização e regulação emocional
	Promover a autorregulação comportamental
	Promover a autoestima (valorização pessoal)
	Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro)
Estimular o cumprimento de regras	

3.3.1.2. Grupo Hospital de Dia

No projeto do Hospital de Dia, foi acompanhado um grupo misto, entre novembro de 2019 e março de 2020. Devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19), foram

realizadas 16 sessões. De seguida será apresentada a descrição do grupo de adolescentes (ver Tabela 5), através da identificação de cada elemento e uma síntese da informação recolhida sobre os mesmos. Em anexo (Anexo A.2) encontra-se uma descrição mais detalhada dos casos, mencionando-se as problemáticas, os resultados das avaliações iniciais, das progressões e dos comportamentos observados no decorrer da intervenção. Importa salientar que um dos elementos deste grupo será apresentado mais à frente como Estudo de Caso.

Tabela 4 - Descrição do Grupo Acompanhado no Hospital de Dia

Identificação do Grupo	Caraterísticas
O grupo de adolescentes era composto por cinco elementos, três do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos.	Através da avaliação inicial e das informações recolhidas foi possível constatar uma heterogeneidade ao nível das dificuldades e caraterísticas deste grupo. Contudo, existe uma prevalência de problemas de relacionamento e interação, dificuldades ao nível da regulação tónica, da noção do corpo e dificuldades na regulação e expressão emocional. Para além destes, alguns jovens revelaram alterações do comportamento (impulsividade, agitação psicomotora, irritabilidade, comportamentos de desafio, agressividade), intolerância à frustração, incumprimento de regras e dificuldades de aprendizagem. Em contrapartida, outros elementos apresentavam quadros de ansiedade, falta de iniciativa, expressão motora lentificada e baixa autoestima.

De acordo com as avaliações realizadas e com base nos dados recolhidos, foram delineados os objetivos terapêuticos (ver Tabela 6), tendo em conta as necessidades e especificidades de cada um. Estes foram desenvolvidos semanalmente, em contexto de sessão semiestruturada e em co-terapia.

Tabela 5 - Objetivos Terapêuticos do Grupo do Hospital de Dia

Objetivos Terapêuticos
Adequar a tonicidade
Promover a noção do corpo (esquema e imagem corporal)
Promover a motricidade global
Promover a capacidade de planeamento
Promover a capacidade de atenção
Promover consciencialização dos estados emocionais
Estimular a expressão de sentimentos e emoções
Promover a regulação emocional
Promover a autorregulação comportamental
Reforçar a autoestima (valorização pessoal)
Reforçar o autoconceito
Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro)
Estimular o cumprimento de regras

3.3.2. Individualmente

Relativamente à intervenção individual, foram acompanhadas três crianças de idades e problemáticas diferentes, com frequência semanal e com uma duração de 50 minutos cada sessão. De seguida serão apresentados de forma sucinta apenas dois dos três casos

acompanhados, uma vez que o terceiro será apresentado de forma mais detalhada, como Estudo de Caso.

➤ **MA**

A MA (nome fictício) é uma rapariga de 12 anos de idade, que se encontra a frequentar o sétimo ano de escolaridade e foi encaminhada para a consulta de psicomotricidade pela psicóloga responsável pelo caso, devido a dificuldades ao nível da regulação emocional e da interação social, mutismo seletivo e sinais de ansiedade e grande tensão. Para compreender melhor as necessidades específicas da jovem a nível psicomotor, emocional e relacional, foram aplicados cinco instrumentos de avaliação: os subfactores tonicidade, noção do corpo e estruturação espaço-temporal da Bateria Psicomotora (Fonseca, 1995); o teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oserestky 2ª edição (Bruininks, 1978), para compreender melhor quais as competências motoras da MA; o teste de Atenção D2 (Brickenkamp, 1962) com o objetivo de avaliar as dificuldades ao nível da atenção e concentração, referidas pela mãe e pela psicóloga; a Escala de Autoconceito de Piers-Harris (Piers, 1984) para perceber como é que a jovem se sente em relação a si mesma; e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997) para avaliar os sintomas internalizados, os sintomas externalizados e as competências sociais.

A MA apresentou um perfil hipotónico, apresentando descontração muscular e capacidade de abandono, ligeiras manifestações emocionais, ligeiras resistências e bloqueios nos movimentos induzidos, movimentos de pronação e supinação descoordenados, arrítmicos e com pouca amplitude, bem como sincinésias bucais. Ao nível da noção do corpo, apesar de a MA ter conseguido sentir que foi tocada, manifestou dificuldades no reconhecimento de direita-esquerda, revelando uma confusão cinestéica geral. Nas restantes provas, verificaram-se dificuldades significativas ao nível do reconhecimento direita-esquerda, ligeiras distorções de proporção na imitação de gestos e um desenho do próprio corpo incompleto. Ao nível da estruturação espaço-temporal apresentou adequada planificação e verbalização no cálculo visuoespacial, memorização e sequencialização visuoespacial, dificuldades ao nível da interiorização direcional e espacial, com algumas hesitações e interrupções, e marcadas dificuldades de integração auditivo-motora, revelando irregularidades, alterações de ordem e inversões, que por sua vez resultam numa integração rítmica desajustada. No Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oserestky 2ª edição (Bruininks, 1978) obteve uma classificação bastante abaixo da média para a sua idade (obteve um total de 33 pontos em 72), revelando um certo comprometimento ao nível do controlo visuomotor, dificuldades em permanecer de olhos fechados e realizar movimentos dismétricos, descontrolo corporal, oscilações frequentes e insegurança gravitacional, baixa capacidade de persistência na tarefa, e ainda dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual e regulação do esforço. No teste de Atenção D2

(Brickenkamp, 1962) obtiveram-se resultados bastante abaixo do que seria de esperar para a sua idade em quase todas as variáveis avaliadas, demonstrando dificuldades em controlar a atenção e inibição em relação aos estímulos irrelevantes, sendo ainda observadas algumas dificuldades ao nível da compreensão das instruções dadas. As respostas da MA à Escala de Autoconceito de Piers-Harris (Piers, 1984) revelam uma baixa autoestima com baixo sentimento de pertença e conhecimento das suas capacidades, distanciamento entre si e os outros, comprometendo as suas capacidades de iniciativa e de interação social, e verificaram-se ainda alguns sinais de ansiedade (por exemplo, “estou triste muitas vezes”, “fico nervosa quando o professor me faz perguntas”, “sou nervosa” e “preocupo-me muito”). Ao nível do Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997) destacam-se as respostas ao nível da subescala sintomas emocionais, com manifestação de muitas preocupações, semblante apreensivo, triste ou desanimado, comportamentos receosos perante situações novas e alguns medos.

Face ao exposto anteriormente, propôs-se trabalhar com a MA a regulação tónica e emocional, o equilíbrio, a estruturação espaço-temporal e a capacidade de atenção/concentração.

➤ **DA**

O DA (nome fictício) é um rapaz de 11 anos de idade, que se encontra a frequentar o sexto ano de escolaridade e foi encaminhado para a consulta de psicomotricidade pelo pedopsiquiatra, dada a sua agitação motora, alterações do comportamento, dificuldades de mentalização, avidez relacional, recurso a defesas maníacas face a angústias depressivas e imaturidade psicoafectiva. Para avaliar as dificuldades e competências do DA, foram aplicados quatro instrumentos de avaliação: os subfactores tonicidade e estruturação espaço-temporal da Bateria Psicomotora (Fonseca, 1995); o *Draw a Person* (Naglieri, 1988) para avaliar o nível do desenvolvimento intelectual do jovem e a imagem do corpo; o teste de Atenção D2 (Brickenkamp, 1962) com o objetivo de avaliar as dificuldades ao nível da atenção e concentração, referidas pela mãe; e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997) para avaliar os sintomas internalizados, os sintomas externalizados e as competências sociais.

O DA apresentou um perfil hipertónico, verificaram-se sinais de resistência e esforço nas mobilizações sugeridas, ligeiras manifestações emocionais, contrações musculares e bloqueios nos movimentos induzidos, dificuldades em aceder à descontração voluntária dos membros, movimentos de pronação e supinação descoordenados e arrítmicos, bem como sincinésias contralaterais pouco óbvias. Ao nível da estruturação espaço-temporal, revelou algumas dificuldades ao nível da planificação do cálculo visuoespacial, com encurtamento e alargamento das passadas e sinais de desorientação espacial e dismetria, dificuldades de

memorização e sequencialização visuoespacial, bem como na interiorização direcional e espacial, com hesitações frequentes. No teste *Draw a Person* (Naglieri, 1988), o DA obteve uma classificação final abaixo da média, apresentando uma noção do corpo desadequada para a sua faixa etária. No teste de Atenção D2 (Brickenkamp, 1962), a nível qualitativo, verificaram-se algumas dificuldades na linguagem compreensiva e alguma impulsividade, tendo obtido resultados abaixo do que seria de esperar para a sua idade na maioria das variáveis avaliadas, revelando dificuldades em controlar a sua atenção e inibição em relação aos estímulos irrelevantes. No Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997) destacam-se os problemas ao nível do comportamento, da hiperatividade e dos comportamentos pró-sociais, com dificuldades na regulação do comportamento, em obedecer às indicações do adulto, comportamentos desadequados, agitação motora, impulsividade, dificuldades em focar a sua atenção por longos períodos de tempo, alguma insensibilidade aos sentimentos dos outros e pouca disponibilidade para ajudar o outro.

Após as avaliações iniciais realizadas, propôs-se trabalhar com o DA, a regulação tónica e emocional perante diferentes situações, a noção do corpo e o esquema corporal, a estruturação espacial e a capacidade de atenção/concentração.

4. Estudos de Caso

4.1. Revisão teórica de suporte aos estudos de caso

4.1.1. Vinculação

John Bowlby formulou a teoria da vinculação, em meados do século XX, como uma teoria explicativa que permite compreender melhor a ligação do bebê aos seus cuidadores primários (Ainsworth et al., 2015). Nesta, a vinculação foi definida como um laço afetivo e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço, sendo caracterizada pela tendência em procurar e manter a proximidade física e emocional com a pessoa vinculada, em especial durante situações de stress (Moura & Matos, 2008). Ainsworth definiu também a vinculação como um laço emocional experienciado com outrem, acrescentando que este é percebido como uma fonte de segurança e que providencia uma base segura a partir da qual o indivíduo pode explorar o mundo (Ainsworth et al., 2015).

Ainsworth (1989) definiu quatro características que distinguem as relações de vinculação de todas as outras, nomeadamente, a procura de proximidade, a noção base segura (e.g. exploração livre na presença da figura de vinculação), noção de comportamento de refúgio (e.g. retorno quando a criança se sente ameaçada) e reações marcadas perante a separação (involuntária).

Segunda a teoria da vinculação, a proximidade referida anteriormente, pode ser conceptualizada como a distância modulável entre o bebê e a figura parental, sendo que os comportamentos de vinculação permitem modular e adaptar esta distância às necessidades da criança e conferir uma sensação de segurança à criança (Guedeney, 2004). De modo a atingir a proximidade desejada, a criança utiliza comportamentos de vinculação, como comportamento de sinalização (e.g. sorriso, vocalizações), comportamentos de natureza aversiva (e.g. choro) e comportamentos ativos (e.g. agarrar, gatinhar), que informam a figura de vinculação do desejo de interação da criança, que indicam as necessidades da mesma e que permitem à criança aproximar-se ou seguir a figura de vinculação, respetivamente (Cassidy, 2016; Guedeney, 2004). Porém, qualquer comportamento que permita ficar perto ou manter a proximidade com as figuras preferenciais e privilegiadas pode ser considerado como um comportamento de vinculação, uma vez que a criança escolhe os que lhe parecem mais úteis num contexto específico (Guedeney, 2004). Solomon e Georges (1999) resume o comportamento de vinculação como um “sistema corrigido por um objetivo interno”, que permite que os comportamentos de vinculação sejam organizados de forma flexível em torno de uma figura particular e sob certas condições.

Por outro lado, a figura de vinculação é a figura à qual a criança dirige o seu comportamento de vinculação, sendo que qualquer pessoa é suscetível de se tornar essa

figura, desde que se envolva numa interação social viva e durável com o bebé e que responda facilmente aos seus sinais e às suas aproximações. Existem, portanto, múltiplas figuras de vinculação, que são hierarquizadas em função dos cuidados prestados ao bebé e da qualidade das características precedentes (Guedeney, 2004).

Uma das maiores contribuições para a teoria da vinculação, foi a de Mary Ainsworth, ao contribuir com o conceito-chave de “base segura”, que define o modo como a criança utiliza a figura de vinculação como uma base de segurança a partir da qual explora o meio. Este permitiu colocar em evidência a relação dinâmica entre o sistema de vinculação e o sistema de exploração (Moura & Matos, 2008). Através dos trabalhos realizados por Ainsworth e colaboradores, nas décadas de 60 e 70, com base no procedimento experimental da *Situação Estranha*, foi possível perceber as diferenças individuais na qualidade da vinculação e definir três padrões de vinculação da criança relativamente à figura de vinculação, nomeadamente, segura, insegura-evitante e insegura-ambivalente (Rabouam, 2004). Na primeira a criança manifesta confiança e segurança na figura de vinculação para regular as suas emoções, na segunda a criança minimiza a expressão das suas emoções evitando a proximidade e o contacto com a figura de vinculação, na terceira a criança oscila entre movimentos de aproximação e rejeição da figura de vinculação (Rabouam, 2004). Pouco tempo depois, Main (1985 citado por Rabouam, 2004), introduziu a categoria de vinculação insegura desorganizada-desorientada, onde a criança revela comportamentos contraditórios, estereotípias, expressões de confusão, desorganização e desorientação, traduzindo apreensão face à figura de vinculação.

Neste sentido, Schore (2016) refere a experiência precoce com um cuidador primário regulador é essencial para o desenvolvimento da capacidade de autorregulação nas crianças, pois esta depende em absoluto da capacidade de resposta emocional do cuidador, sendo que também a qualidade da vinculação e, conseqüentemente, a capacidade de resposta materna sensível são fatores importantes nesse desenvolvimento (Stayton, Hogan & Ainsworth, 1971).

4.1.2. Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition* (DSM-5; APA, 2014), a Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (PHDA) é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por níveis incapacitantes de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade. A desatenção e a desorganização manifestam-se através de uma incapacidade de permanecer em tarefas, dificuldade em manter a concentração e sendo desorganizado, chegando a perder materiais. A hiperatividade refere-se à atividade motora excessiva, quando não é apropriada, ou inquietação, agitação ou loquacidade excessivos, enquanto que a impulsividade se refere a

ações precipitadas que ocorrem no momento, sem premeditação, e pode manifestar-se como intrusividade social e incapacidade de esperar (APA, 2014).

O diagnóstico de PHDA requer a presença de, pelo menos, seis sintomas de inatenção, seis ou mais de hiperatividade ou impulsividade, durante pelo menos seis meses, num grau que seja inconsistente com o nível de desenvolvimento e que tenha impacto negativo nas atividades sociais e académicas. Devido ao facto de ser uma perturbação com início na infância, exige-se também que os sintomas estejam presentes antes dos 12 anos, em mais do que um contexto (e.g. casa e escola) (APA, 2014).

As dificuldades que estão na origem dos sintomas da PHDA resultam de um funcionamento atípico no que respeita à regulação da atenção e do comportamento. Ao nível da regulação da atenção, destacam-se as dificuldades em se concentrar, em selecionar os estímulos relevantes (atenção seletiva), ou inibir estímulos externos (distratibilidade). Para além destas dificuldades, a PHDA manifesta uma debilidade no funcionamento executivo, verificando-se dificuldades ao nível da inibição de uma resposta impulsiva, interrupção de uma ação para a modificar e do controlo da interferência (Antunes, 2019), levando a manifestação de um comportamento impulsivo. A esta perturbação são também associados atrasos ligeiros no desenvolvimento da linguagem, motor ou social, baixa tolerância à frustração, irritabilidade, labilidade do humor (APA, 2014), alterações dos padrões de sono, dificuldades ao nível da organização temporal, estados de ansiedade, depressão, baixa autoestima e comportamentos desagradáveis, como mentir, dizer palavrões, culpar os outros pelos seus próprios erros, discutir frequentemente com os adultos ou realizar pequenos furtos (Antunes, 2019).

A prevalência da PHDA ocorre na grande maioria das culturas em cerca de 5% das crianças e 2,5% dos adultos, segundo pesquisas populacionais realizadas (APA, 2014). No que concerne à etiologia, a PHDA não possui nenhum marcador biológico, um parâmetro facilmente mensurável, que nos permite afirmar com segurança, a presença da disfunção (Antunes, 2019). É comum que indivíduos com PHDA apresentem comorbilidades com outras patologias, como a perturbação de aprendizagem específica, a perturbação desafiante de oposição e a perturbação de desregulação do humor disruptivo (APA, 2014).

4.1.3. Perturbação Desafiante de Oposição

A Perturbação Desafiante de Oposição (PDO) é caracterizada por um padrão frequente e persistente de humor zangado/irritável (frequente perda de controlo, suscetibilidade ou facilidade em ser incomodado pelos outros, sentimentos frequentes de raiva e ressentimento), comportamento conflituoso/desafiante (discussões frequentes com figuras de autoridade ou com adultos, desafio ou recusa frequente em cumprir pedidos de figuras de autoridade ou regras, aborrece deliberadamente e com frequência as outras pessoas, culpa

frequentemente os outros pelos seus erros ou mau comportamento) ou comportamento vingativo (comportamentos de rancor ou vingança para com os outros), quando em interação com o outro. O diagnóstico desta perturbação exige a manifestação de quatro ou mais destes sintomas, durante pelo menos seis meses, e a persistência e a frequência dos sintomas devem exceder os limites considerados normativos para um indivíduo, tendo em conta as etapas de desenvolvimento, o género e a cultura (APA, 2014).

A globalidade dos sintomas é um indicador importante da gravidade da perturbação, uma vez que a PDO se encontra associada a mal-estar do indivíduo ou de outras pessoas do seu contexto social próximo e tem impacto negativo nas áreas social, educacional, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento do indivíduo. Porém, existem vários fatores para o desenvolvimento desta perturbação, entre os quais a influência dos fatores genéticos ou biológicos, características do envolvimento e características do sujeito. Temos então, educações severas, inconsistentes ou negligentes, problemas emocionais (elevados níveis de reatividade, baixa tolerância à frustração) e alguns neurobiológicos (anomalias do córtex pré-frontal e da amígdala), como fatores associados ao risco de desenvolver PDO (APA, 2014).

Para além dos sintomas acima referidos, podem ser observados sintomas de hiperatividade e impulsividade (Martel, 2019), dificuldades ao nível da linguagem (Matthys & Lochman, 2010), défices nas funções executivas (Speltz et al., 1999), em especial ao nível do controlo inibitório, da capacidade de planeamento (Hughes et al., 2000). De acordo com Antunes (2019), crianças e adolescentes com comportamentos de oposição apresentam com frequência traços comuns no seu funcionamento cognitivo e emocional, destacando-se a tendência para a inflexibilidade ou rigidez cognitiva e dificuldades na descodificação de informação, dificuldades na metacognição e na regulação da atenção, ansiedade, lacunas nas competências sociais, hipersensibilidade ou hipossensibilidade sensoriais, ciúme, comportamentos de perfeccionismo e de crueldade, desadequação de comportamentos com conotação sexual, mentira, furto e explosões temperamentais ou comportamentos explosivos. Em suma, os sintomas da perturbação fazem com frequência parte de um padrão de interações problemáticas com as outras pessoas (APA, 2014).

A prevalência da PDO varia entre 1% e 11%, com uma média de prevalência estimada de cerca de 3,3%, sendo que esta taxa varia com a idade e o género da criança. É comum que indivíduos com PDO apresentem comorbilidades com outras patologias, como PHDA, perturbação do comportamento, perturbações de ansiedade, perturbação depressiva major e perturbação de uso de substâncias (APA, 2014).

4.1.4. Perturbação de Aprendizagem Específica

A Perturbação de Aprendizagem Específica (PAE) é diagnosticada quando existem défices específicos na capacidade de um indivíduo perceber ou processar informação eficientemente e com exatidão. Esta perturbação do neurodesenvolvimento tem início durante os primeiros anos de escolaridade e é caracterizada por dificuldades persistentes e incapacitantes na aprendizagem de capacidades académicas fundamentais de leitura, escrita e/ou matemática (APA, 2014). Uma criança com esta perturbação poderá apresentar dificuldades na leitura por imprecisões, lentidão ou esforço exagerado, no geral com impacto na compreensão leitora; dificuldades na escrita que afetam a prontidão e legibilidade caligráfica, correção ortográfica ou morfossintática e a organização da expressão escrita, ou um deficiente sentido do número, ou problemas no cálculo e no raciocínio matemáticos (Antunes, 2019). De acordo com o DSM 5, o desempenho do indivíduo nas capacidades académicas afetadas situa-se bastante abaixo da média para a idade ou evidencia realização aceitável com esforços extraordinários (APA, 2014), sendo que as dificuldades são inesperadas para a idade e “não são mais bem explicadas por incapacidade intelectual, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua de instrução académica ou instrução educacional inadequada” (Antunes, 2019). No que concerne à persistência, esta é definida por restrição dos progressos na aprendizagem durante pelo menos 6 meses, não obstante o fornecimento de ajudas externas em casa ou na escola (APA, 2014).

Para além dos problemas ao nível da aprendizagem da leitura, da escrita e da matemática, as crianças com dificuldades de aprendizagens específica podem ainda manifestar outros problemas característicos (Cruz, 2009), nomeadamente, hiperatividade, impulsividade, défice gerais de coordenação, problemas perceptivo-motores, instabilidade emocional, desordens da memória e do pensamento, entre outros (Clements, 1966 citado por Cruz, 2009). Fonseca (1984) sugere que podem também ser evidenciadas algumas anomalias ao nível da organização motora (tonicidade, postura, equilíbrio e locomoção) e psicomotora (lateralidade, direccionalidade, imagem do corpo, estruturação espaço-temporal e práxias), manifestação de ansiedade, dificuldades de atenção, reações comportamentais bruscas e desconcertantes, e ainda autoconceito e autoestima baixos, com reduzida tolerância à frustração. A atenção/concentração, memória e velocidade de processamento da informação são também elas funções neuropsicológicas importantes para a capacidade de aprender novas informações (Hanzlik et al., 2015), podendo encontrar-se alteradas nas crianças com PAE.

A prevalência da PAE nos diversos domínios académicos (leitura, escrita, matemática) é de 5% a 15%, entre crianças com idade pré-escolar nas diferentes línguas e

culturas. É comum que indivíduos com PAE apresentem comorbilidades com outras patologias, como perturbações do neurodesenvolvimento (por exemplo, PHDA, perturbações da comunicação, perturbação do desenvolvimento da coordenação, perturbação do espectro do autismo) ou outras perturbações mentais (por exemplo, perturbações de ansiedade, perturbações depressivas e bipolares) (APA, 2014).

4.2. Estudo de caso I

Nome: Ana (nome fictício)

Idade: 13 anos

Data de nascimento: junho de 2006

Ano de escolaridade: 7º ano de escolaridade

4.2.1. Motivo do encaminhamento para psicomotricidade

A Ana foi encaminhada para o grupo de adolescentes de psicomotricidade pela psicóloga, por dificuldades de autorregulação, desorganização do pensamento, agitação psicomotora, impulsividade e dificuldades de atenção/concentração. Perante a evidência das dificuldades assinaladas, a psicóloga propôs acompanhamento em psicomotricidade no HD, através do atelier criativo, com o objetivo de perceber se a Ana poderia beneficiar desta psicoterapia e melhorar as suas capacidades de autorregulação, de atenção/concentração e de mentalização.

4.2.2. História pessoal e clínica

A Ana nasceu em junho de 2006, tendo atualmente 13 anos de idade, esta foi fruto de uma gravidez não planeada e de um relacionamento fortuito/casual entre os pais. Durante a gravidez, a mãe foi seguida na Consulta de Obstetria do HGO e referenciada ao Serviço Social, devido ao diagnóstico de Perturbação Bipolar (Patologia Psiquiátrica Grave), por antecedentes de alcoolismo e toxicodependência e por necessitar de apoio de terceiros para vigilância e prestação de cuidados ao recém-nascido. Às 18 semanas de gestação, a mãe foi internada por agravamento do quadro depressivo. A Ana nasceu no HGO com 38 semanas de parto distócico, apresentando índices de Apgar de 9/10 e pesando 2,880 kg, mas poucos minutos após o nascimento foi transferida para a Unidade de Cuidados Intensivos Neonatologia, por hipotonia axial e dificuldade alimentar, onde permaneceu internada durante 10 dias. Após o nascimento, a Ana foi entregue aos cuidados da avó materna, que detém a sua guarda parental, e da ama da Segurança Social, pelo facto da mãe necessitar do apoio de terceiros para vigilância e prestação de cuidados à filha.

Os primeiros anos de vida da Ana foram passados maioritariamente com a avó materna e com a ama, e ocasionalmente com a mãe, devido aos seus problemas de consumo

de substâncias e ao agravamento do quadro psiquiátrico. Relativamente ao pai, este só conhece a filha pela primeira vez aos 17 meses de idade, na CPCJ, por solicitação da avó materna, não tendo qualquer contacto ou relação posterior com o pai ou com qualquer membro da família paterna.

A avó descreve a Ana, enquanto bebé, como agitada, agressiva, temperamento difícil e com muitas birras. Alguns dias após o nascimento observaram-se alterações ao nível da alimentação, com insuficiência, e ao longo do desenvolvimento essas alterações persistiram, sendo que a Ana comia muito pouco ou necessitava da presença de um adulto para se alimentar. Começou a andar por volta dos 12 meses de idade, as primeiras palavras surgiram aos oito meses e conseguiu formular as primeiras frases completas por volta dos dois anos de idade. O controlo dos esfíncteres ocorreu entre o primeiro e o segundo ano de vida da criança, contudo são referidos episódios de enurese, aos sete anos, em especial, quando gritavam ou repreendiam a Ana pelos seus comportamentos. Sempre dormiu com a avó materna, devido às limitações da casa onde habita, e são referidos relatos de sono agitado e grandes dificuldades para adormecer, em especial quando era mais nova.

Na entrevista com a avó, foram referidos episódios de autoagressividade, como bater com a cabeça na parede, e hétero-agressividade, mais dirigida à mãe. No seguimento destes comportamentos, aos dois anos de idade a Ana foi referenciada ao serviço de Pediatria do HGO por alterações do comportamento e acompanhada neste serviço durante os dois anos seguintes. Durante este período, ocorreu o ingresso da Ana no infantário, com registo de boa adaptação ao meio escolar, facilidade em criar amizades e algumas melhorias ao nível do comportamento. Aos 6 anos é realizado um pedido à Unidade de Pedopsiquiatria do HGO para observação da Ana, devido às alterações do comportamento, com evidência de agitação psicomotora, agressividade e disfunção familiar, onde acaba por iniciar poucos meses depois acompanhamento psicoterapêutico regular e tratamento psicofarmacológico. Ainda aos 6 anos, foi realizada uma avaliação no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), que concluiu que a Ana revelava uma capacidade cognitiva global dentro do esperado para a sua faixa etária, apesar de apresentar dificuldades na leitura e escrita, distraibilidade fácil, o que tem repercussões no seu desempenho, e funcionamento psíquico organizado.

Ao longo do 1º ciclo, são referidas dificuldades ao nível da aprendizagem dos conteúdos das disciplinas de Português e Matemática, evidências de grande imaturidade, instabilidade emocional, desinteresse pelas atividades, dificuldades de atenção/concentração e de memorização, necessidade de supervisão para realizar as tarefas propostas e problemas de comportamento, o que levou a um acompanhamento na sala de estudo. Apesar de tudo, a Ana terminou o 4º ano com um aproveitamento razoável, sem comprometimentos significativos na aquisição dos conteúdos delineados. Atualmente está no 7º ano, tendo mudado de escola no início deste ano, porque, segundo a Ana, a antiga escola foi obrigada

a isso e por “umas situações que aconteceram” [sic], mas sem se verificarem dificuldades de adaptação ao novo contexto escolar.

A Ana tem uma relação complicada com a mãe, na medida em que existem diversos relatos, quer por parte da avó como da própria Ana, de diversas situações de conflito e agressividade. Ao longo do desenvolvimento, foram referidos alguns episódios de agressividade verbal e física, da mãe contra a Ana, revoltando-se contra a mesma e verbalizando “vai-te embora” ou “eu quero que ela se vá embora” [sic], e diversas discussões, com elevação do tom de voz. Nas consultas de psicologia, a adolescente parece considerar que a mãe não é uma pessoa afetuosa, que não lhe dá “mimo” [sic] e que não se sente segura perto da mesma, uma vez que a mãe está muitas vezes ausente do seu papel de progenitora e da sua vida. Também segundo a psicóloga, desde à três anos que a Ana tem vindo a queixar-se mais das dificuldades no relacionamento com a mãe, em contexto familiar, relatando situações de descontrolo com agressividade, que fragilizam a sua estabilidade psíquica e condicionam o desenvolvimento psicoafectivo da jovem. Mais recentemente, a Ana tem referido ter oscilações frequentes de humor e ansiedade relacionadas com as situações anteriormente referidas.

Aos 13 anos, a Ana é encaminhada para o Hospital de Dia, pela psicóloga, devido às dificuldades de autorregulação, com evidências de agitação psicomotora e impulsividade, desorganização do pensamento e dificuldades de atenção/concentração, sendo que acabou por integrar, no presente ano letivo, o atelier de psicomotricidade, juntamente com mais cinco adolescentes. No que diz respeito à história psicopatológica familiar, existe historial de patologia psiquiátrica por parte da mãe, com diagnóstico de Perturbação Bipolar, sendo acompanhada na Consulta de Psiquiatria, consumo e dependência de substâncias ilícitas e alcoolismo, já tendo sido internada por diversas vezes, quer no Hospital Miguel Bombarda, quer no Hospital Júlio de Matos, por diferentes períodos. Existe ainda referência a hábitos alcoólicos por parte do irmão mais novo da mãe da Ana, histórico de suicídios por parte da bisavó materna e da tia avó materna e epilepsia por parte do bisavô materno.

Atualmente, a Ana vive com a avó materna e mantém contacto frequente com a família materna, nomeadamente os tios e primos, que vivem em Tomar. Nas entrevistas e nas consultas de psicologia, a adolescente refere diversas vezes que passa férias com os tios, em Tomar, e que gosta muito de estar com os mesmos, verbalizando que “gostava de ir para perto do tio” (sic). É também referido que neste momento a Ana continua a apresentar maior sensibilidade a situações de instabilidade no meio ambiente, podendo reagir com comportamento disruptivo.

4.2.3. Avaliação inicial

Tendo em conta a contextualização realizada, a avaliação inicial consistiu numa entrevista à Ana, numa observação psicomotora informal, através da Louvain Observation Scales. De forma a aferir alguns aspetos relevantes, foram também aplicados instrumentos de avaliação formais e o desenho do corpo, em tamanho real.

Ao longo da avaliação formal foi aplicado o BOT-2 (Bruininks, 1978) para compreender as competências motoras da adolescente, visto já ter usufruído de acompanhamento psicomotor. O subfactor Tonicidade da BPM de Vitor da Fonseca (2010) foi aplicado como forma de perceber qual o estado tónico da Ana e de que modo este poderia comprometer o seu funcionamento e desempenho perante as situações. Quanto ao desenho do corpo, em tamanho real, este surgiu da necessidade de recolher informações sobre a integração do esquema corporal, devido às dificuldades ao nível da regulação do comportamento que constam do processo, referidas na entrevista e observadas nas primeiras sessões. Foi ainda aplicado o teste Torre de Londres (Krikorian et al., 1994), a fim de averiguar se existem dificuldades ao nível da resolução de problemas, através da capacidade de planeamento e atenção na tarefa. Por fim, após a análise dos dados obtidos nas avaliações formais e informais, e considerando a história de vida e o quadro clínico da Ana, aplicou-se a STAIC-C2 (Matias, 2004) com o objetivo de compreender os traços de ansiedade da Ana, recorrendo ao autorrelato sobre a vivência de diferentes situações. A avaliação inicial decorreu ao longo das primeiras sessões, no final do mês de dezembro e início do mês de janeiro, tendo sido realizadas as avaliações informais e as avaliações formais. De seguida, serão expostos os resultados obtidos através das diferentes avaliações.

4.2.3.1. Avaliação informal

Ao longo da avaliação, a Ana mostrou-se sempre bastante disponível para responder às questões colocadas, partilhar algumas informações sobre a sua vida e realizar as atividades propostas. Durante a entrevista, verificaram-se algumas intervenções um pouco descontextualizadas do que estava a ser abordado, mas podendo ser interpretadas como uma forma da Ana estabelecer contacto e querer comunicar com a terapeuta, partilhando algo que lhe era importante, como “sabias que eu tive que ir trabalhar no verão passado?” [sic].

Na entrevista, a Ana referiu que na maior parte do tempo se sente feliz, apesar de verbalizar que se sente zangada com frequência, especialmente, com mentiras, provocações ou com determinadas situações familiares, que não quis elaborar ou explicar. Por outro lado, nos momentos em que fica mais zangada, a Ana refere que sente dificuldade em se controlar, acabando muitas vezes por partir objetos, bater com os punhos na parede e ter vontade de

agredir alguém, sendo que a adolescente referiu ainda que sente o seu corpo descontrolado e com uma energia elevada que precisa de libertar de alguma forma. Apesar de todas estas informações, a Ana parece ter consciência do seu comportamento e das suas ações, quando está “descontrolada”, chegando mesmo a dizer que já adotou algumas “estratégias” para não agredir os outros e não se auto-agredir, nomeadamente, “afasto-me da situação e da discussão”, “respiro fundo várias vezes e vou-me embora ou finjo que não estou a ouvir o que me estão a dizer”, “dou murros na parede”, “esfregar as mãos uma na outra, ou apertar as pernas com as mãos” [sic]. Durante a entrevista, a Ana também referiu que desde que tem acompanhamento psicológico sente que se consegue controlar melhor e gerir as situações de conflito com mais facilidade.

Durante as primeiras sessões realizadas com a Ana, foi possível observar que a adolescente apresenta uma aparência cuidada e investida. A sua estatura é média com um perfil morfológico ecto-mesomorfo, sem alterações no desenvolvimento estato-ponderal. Num primeiro contacto, a Ana apresentou-se um pouco inibida, mas rapidamente se mostrou mais disponível e integrada no grupo.

Com o decorrer das sessões foi possível observar que, ao nível da regulação emocional, a Ana apresentou um contacto adequado e interativo, apesar de por vezes parecer excessivo, na medida em que interferia nas atividades dos colegas, com movimentos eufóricos e expressões faciais extremas. A Ana revelou também um discurso adequado, interrompendo esporadicamente os colegas, e revelando comportamentos de desafio perante as regras impostas, na medida em que tentou contornar as mesmas ou desafiar a autoridade das terapeutas.

Ao longo das sessões, a Ana revelou uma atenção reduzida, distraíndo-se com facilidade, e manifestando movimentos intensos, impulsivos, imprudentes, precipitados e desleixados, durante a realização das diferentes tarefas, o que acabou por condicionar significativamente o seu ajustamento perante as atividades. Foi ainda possível observar, que a Ana apresentou uma atitude dominante, confiante e independente, com evidências de alguma tensão.

Durante as sessões de psicomotricidade foi possível observar que a Ana demonstrou ser uma adolescente simpática, com relativa facilidade em estabelecer contacto com o outro, disponibilidade para realizar as atividades propostas, não se verificando grandes dificuldades em respeitar ou cumprir as regras, nem dificuldades em reconhecer a diferença de idades entre as terapeutas e a própria, sendo, por isso, capaz de respeitar a gestão da distância entre si e o adulto, mas também entre si e os pares.

4.2.3.2. Avaliação formal

Através da análise dos resultados do BOT-2 é possível verificar que a Ana obteve uma pontuação standard de 47 pontos, situando-se no percentil 38 e, por isso, dentro da média esperada para a idade. Relativamente às provas de Precisão Motora Fina, Integração Motora Fina e Destreza Manual, a Ana conseguiu realizar as mesmas com facilidade, observando-se apenas que a adolescente apresenta algum nível de competitividade consigo própria e sinais de perfeccionismo. Na prova de Coordenação Bilateral e Coordenação Membros Superiores, não se evidenciaram dificuldades ou alterações, com a Ana a conseguir realizar todas as provas com sucesso. Nas provas de Equilíbrio e de Velocidade e Agilidade, a Ana revelou algumas oscilações e desequilíbrios e referiu diversas vezes que tinha “problemas” no pé direito decorrentes de uma lesão crónica. Por último na prova da Força, verificaram-se algumas alterações ao nível da postura e da regulação do esforço. Os resultados não indicam dificuldades na proficiência motora.

No que diz respeito à avaliação da tonicidade verificou-se um perfil hipotónico, sem sinais visíveis de resistência tanto nos membros inferiores como nos superiores, apresentando assim flexibilidade e descontração muscular. Apresentou também alguma resistência ao nível da extensibilidade e ligeiras manifestações tónico-emocionais sem sinais de resistência ou bloqueio dos movimentos induzidos.

Relativamente ao desenho do corpo, onde foi sugerido à adolescente que realizasse uma representação gráfica do seu corpo, à escala real, foi possível observar que a Ana contornou todo o seu corpo, marcando alguns pontos referência e depois uniu-os. Após esta primeira tarefa, a Ana acrescentou, por iniciativa própria, alguns detalhes à sua representação (e.g., cabelo, olhos, nariz, boca), mas evidenciou-se alguma desproporcionalidade na representação da cabeça, comparativamente com o resto do corpo, existindo uma representação exagerada dos ombros e sem evidências de distinção entre as pernas e os pés, tendo em conta o facto de ter contornado o seu próprio corpo e não ter realizado a imagem que tem do mesmo. Estas evidências podem sugerir que a jovem, não tem uma representação mental adequada do seu corpo ou tem receio que essa representação mental não corresponda ao tamanho real do seu corpo. Assim, podemos concluir que a Ana apresenta uma noção do corpo razoável, apesar de se verificarem algumas alterações ao nível da representação gráfica da imagem do corpo.

No que diz respeito ao teste Torre de Londres, a Ana obteve 31 pontos de 36 pontos possíveis, apresentando apenas algumas dificuldades ao nível da sétima situação-problema, onde obteve apenas um ponto. Ao longo da realização, a Ana mostrou-se bastante comunicativa e animada, mesmo durante a resolução das situações-problema, conseguindo cumprir as regras e indicações, mas revelando alguma impulsividade, bem como hesitações

e dúvidas sobre as suas decisões, e manifestação de sincinésias bucais. Durante algumas situações-problema, verificou-se que a Ana parava o seu raciocínio ou a sua realização para conversar sobre diversos temas, colocando questões ou partilhando informações pessoais, mas sem nunca perder o foco do que tinha de fazer. Conclui-se que a Ana apresenta capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, de sequencialização de procedimentos e de recuperação de dados relevantes, mas com evidências de alguma impulsividade e desatenção.

Através da análise dos resultados da STAIC-C2 é possível verificar que não existem sinais significativos de ansiedade, tendo em conta o total de respostas dadas. No entanto, é importante salientar algumas das respostas dadas pela Ana, nomeadamente, a jovem respondeu que “quase sempre” lhe apetece chorar, se sente triste, não se sente bem em casa e que se preocupa com os pais. Às questões “tenho medo de cometer erros”, “não me consigo decidir”, “preocupo-me demasiado”, “sinto-me inquieta”, “pensamentos sem importância passam pela minha cabeça e aborrecem-me”, “tenho dificuldade em decidir o que fazer” e “custa-me adormecer à noite” a Ana respondeu que se sente assim “algumas vezes”.

4.2.4. Elementos critério

Com base nas informações recolhidas durante a avaliação inicial, de cariz formal e informal, foi possível agrupar as características predominantes da Ana, determinando desta forma os elementos critério:

- Relação conflituosa entre mãe e filha;
- Perturbação Bipolar da mãe;
- Ausência e abandono por parte do pai;
- Avó como principal cuidadora e figura de referência;
- Avó ansiosa e com um estilo educacional controlador;
- Dificuldades ao nível da autorregulação dos seus comportamentos em situações de conflito;
- Auto e hétero agressividade;
- Dificuldades ao nível da consciência emocional, em especial na verbalização das suas emoções e sentimentos;
- Manifestação de impulsividade e agitação psicomotora;
- Alguns sintomas de ansiedade;
- Boa capacidade de resiliência;

4.2.5. Hipóteses explicativas

Todos os dados recolhidos sobre a Ana, ao longo da avaliação formal e informal, são de extrema importância para refletir e formular as hipóteses explicativas, que irão ajudar na

compreensão das características e sintomas apresentados pela jovem. Este processo de análise, irá por sua vez, permitir delinear o programa de intervenção terapêutico mais adequado às necessidades da Ana.

Ao longo do desenvolvimento da Ana, foram mencionados diversos episódios de ausência, temporária e constante, por parte da mãe e do pai, respetivamente. Esta ausência ocorreu essencialmente nos primeiros anos de vida, o que pode ter condicionado não só o estabelecimento de um vínculo afetivo e seguro com uma figura parental, mas também o seu desenvolvimento. De acordo com McLanahan e colaboradores (2013), a ausência do pai, durante a primeira infância, tem um impacto negativo no desenvolvimento socioemocional, no desempenho académico, na saúde mental e nas relações familiares dos filhos, ou seja, a ausência e afastamento físico do pai, ao ir para outro país, pode ser considerado como um fator de risco para o desenvolvimento da Ana. Por outro lado, falhas na tentativa da criança se adaptar ao progenitor e em elaborar estratégias de vinculação ou a impossibilidade de encontrar proteção e segurança junto da figura de vinculação, leva a uma desorganização comportamental (Miljkovitch, 2004), gera vinculações inseguras e induz ansiedade, agitação e raiva na criança (Bowlby, 1973). Possivelmente, o facto de a mãe estar frequentemente alcoolizada e sob o efeito de substâncias e, ainda, que a Ana tentasse estabelecer contacto e relação com a mesma, esta não se encontrava disponível para corresponder às suas necessidades, levando a uma desorganização comportamental e gerando uma vinculação insegura entre ambas.

É através das interações precoces que a criança aprende a expressar emoções, a compreender as mensagens que transmitem e os vários processos regulatórios (Larson et al., 2002). Schore (2016) refere que a experiência precoce com um cuidador primário regulador é essencial para o desenvolvimento da capacidade de autorregulação nas crianças, pois esta depende em absoluto da capacidade de resposta emocional do cuidador. No entanto, quando o cuidador afasta a criança durante as suas tentativas de interação, provoca nesta um estado de hiperestimulação stressante, que se reflete em afetos negativos (Schore, 2016). Na história pessoal e clínica, foi mencionada que a Ana sempre teve uma relação bastante complicada com a mãe, marcada não só por ausências temporárias, decorrentes dos internamentos, mas também por conflitos constantes entre ambas, o que nos leva a questionar se a mãe seria um bom exemplo de um cuidador regulador para a Ana, quando presente, uma vez que nem sempre foi capaz de responder de forma adequada às exigências da filha, em especial quando esta era mais nova. Deste modo, podemos considerar que as experiências precoces com os progenitores condicionaram o desenvolvimento da capacidade autorregulatória da Ana.

Atualmente, estas dificuldades parecem estar a ser perpetuadas pelas características da figura de referência da Ana, que é a avó, especificamente, por esta ser uma pessoa

ansiosa, emocionalmente instável, que se desorganiza com facilidade, e que por vezes manifesta agressividade na forma como fala, mostrando-se pouco capaz de conter as emoções da jovem, evidenciando assim uma relação de amor-condicional com a Ana, na medida em que se preocupa muito com a mesma, apesar de não lhe permitir ter autonomia e cobrando o cuidado que dá (ex.: “se não fosse eu, tu não estavas aqui” ou “eu fiz tudo por ti, porque falas assim com a avó”). Em suma, falhas na relação de vinculação entre o cuidador e a criança, condicionam o desenvolvimento dos principais mecanismos de autorregulação (Fonagy & Target, 2002), sendo que no caso da Ana estas falhas podem ser resultado não só da vinculação insegura com a mãe e do tipo de relação que tem com a avó, mas também das experiências precoces desses relacionamentos e, principalmente, pelo facto de nunca ter tido ninguém que fosse capaz de conter e dar significado às suas emoções, de modo a desenvolver estratégias de autorregulação adaptativas.

Como consequência de falhas ao nível da regulação emocional, podem surgir dificuldades de regulação comportamental, que acabam por influenciar a interação da Ana com os que a rodeiam. De acordo com Bell e Deater-Deckard (2007), limitações e restrições no desenvolvimento da autorregulação possibilitam o desenvolvimento de um conjunto de problemas emocionais e comportamentais. A desregulação emocional encontra-se associada a comportamentos de externalização (Ramsden & Hubbard, 2002; Röhl et al., 2012), que espelham défices em múltiplos sistemas emocionais, especialmente no que diz respeito à sub-regulação de emoções negativas (Calkins & Fox, 2002). Esta implica uma falha em conter experiências emocionais para inibir comportamentos impulsivos e manter o seu envolvimento em comportamentos direcionados a um objetivo (Robertson et al., 2014). No caso da Ana, foi possível constatar que, para além das dificuldades de regulação emocional, a jovem revelou dificuldades em controlar os seus impulsos, agitação psicomotora e alterações do comportamento, com manifestação de agressividade. Segundo Kazdin (1995), a agressividade é considerada um sintoma de externalização e é uma das formas mais prevalentes de desajuste na infância. Esta pode assumir várias formas, nomeadamente, física (e.g. bater em alguém), verbal (e.g. insultar) ou relacional (e.g. prejudicar relacionamentos ou reputações dos outros) (Hubbard et al., 2010). Na história pessoal da Ana, foram referenciados episódios auto e hétero agressividade, estes últimos físicos e verbais entre a jovem e a mãe. Estes comportamentos revelam as dificuldades que a jovem teve e tem ao nível da regulação emocional e, conseqüentemente, comportamental, acabando por influenciar as suas relações e interações.

A ausência de funções de autorregulação emocional conduz a dificuldades na aprendizagem, uma vez que sem estratégias de autorregulação, as emoções acabam por se impor às funções cognitivas, levando a criança a agir de forma impulsiva, excitável, eufórica, episódica e sem qualquer tipo de planeamento (Fonseca, 2016). Blair (2002), Howse e

colaboradores (2003), referem que crianças com dificuldades ao nível da regulação emocional parecem estar menos disponíveis para realizar atividades de sala de aula e ter mais dificuldades em aproveitar as situações de aprendizagem. Deste modo, outras das hipóteses explicativas é a de que as falhas ao nível da autorregulação podem originar dificuldades de aprendizagem e condicionar o sucesso académico da criança. As emoções como estados mentais, positivos ou negativos, conscientes ou inconscientes, têm um impacto muito relevante nas funções cognitivas e executivas da aprendizagem (Fonseca, 2016). Particularmente, a atenção flexível, a memória de trabalho e o controlo inibitório parecem desempenhar um papel importante nas respostas às exigências académicas (Müller et al., 2006; Ponitz et al., 2008), uma vez que estas permitem que a criança controle o seu comportamento, recorde instruções, evidencie atenção e concentração, e conclua tarefas em sala de aula (McClelland & Cameron, 2011). Ao longo do percurso escolar da Ana, são mencionadas dificuldades de aprendizagem (e.g. escrita e leitura), dificuldades de memorização, de atenção e concentração, problemas de comportamento, desinteresse pela realização de atividades escolares e necessidade de supervisão para realizar as mesmas. Atualmente, os problemas de comportamento e dificuldades de atenção e concentração mencionados, podem ser decorrentes das dificuldades de autorregulação, evidenciadas anteriormente na Ana, que por sua vez acabam por influenciar o seu desempenho académico.

As falhas ao nível da vinculação e as dificuldades de autorregulação, podem influenciar o conceito e a imagem que o indivíduo tem dele mesmo. É através das experiências com os outros que desenvolvemos representações de nós mesmos e dos outros que nos rodeiam, podendo estas ser limitadas pelos estilos de vinculação (Kawamoto, 2020). Crittenden (1992) refere que estilos de vinculação em que os cuidadores não respondem de forma adequada aos pedidos de conforto da criança têm um impacto significativo ao nível da memória semântica e dos modelos de trabalho internos do eu e do outro, o que leva a que as crianças criem uma representação interna de um “mau-cuidador” e uma representação semântica negativa delas próprias. Também os níveis elevados de ansiedade na vinculação estão associados a uma autoimagem negativa e baixa autoestima (Bartholomew & Horowitz, 1991). Neste sentido, as dificuldades referidas ao nível da vinculação e os problemas de relacionamento da Ana com a mãe, podem ter condicionado a representação que a jovem tem de si mesma, culminando numa imagem negativa e numa baixa autoestima. Na avaliação, foi ainda possível constatar que a Ana revelou alguma desvalorização das suas capacidades e competências, principalmente, no contexto académico, associadas às suas dificuldades de aprendizagem e instabilidade emocional, e alterações ao nível da representação gráfica da imagem do corpo. Por outro lado, e de acordo com os resultados do estudo realizado por Birkeland e colaboradores (2012), o desenvolvimento da autoestima parece estar significativamente associado à imagem corporal, às relações com os pais e à

frequência de atividade física dos adolescentes. Durante a entrevista, a jovem referiu que anteriormente praticava e gostava bastante de futebol, mas devido a uma lesão no tornozelo teve de abandonar a modalidade. Possivelmente, este episódio contribuiu para a diminuição da sua autoestima. Em conclusão, a autoestima e a capacidade de regulação emocional, competências afetadas na Ana, adquirem um significado importante na adolescência (Freire & Tavares, 2011), visto este ser um período caracterizado por mudanças e transições físicas, psicológicas e contextuais (Birkeland et al., 2012; Maldonado et al., 2013), mas também porque estes atuam como um indicador de como os adolescentes enfrentam e administram esses desafios (Birkeland et al., 2012).

Hu e colaboradores (2015) consideram que a resiliência desempenha um papel importante na saúde mental, na medida em que representa um fator de proteção face aos eventos negativos da vida diária, influencia positivamente a capacidade dos indivíduos para lidarem com potenciais ameaças e reduz ou limita o impacto negativo das adversidades ou exposição a eventos traumáticos. A resiliência é um processo do desenvolvimento que muda com o tempo, uma vez que o efeito dos fatores de proteção e promoção variam de acordo com a situação e o contexto, contudo podem também variar durante o decorrer de uma situação ou longo da vida do indivíduo (Fletcher & Sarkar, 2013). Contudo, esta mudança poderá ainda ocorrer como consequência da exposição a novos riscos e ameaças (Gutman, 2008). Assim sendo, podemos concluir que a capacidade de resiliência desempenha um papel importante na vida e desenvolvimento do indivíduo, sendo que a Ana não será exceção, pois a resiliência evidenciada pela mesma pode ser considerada como um fator protetor, face ao desenvolvimento de um quadro psiquiátrico mais grave, uma vez que o seu prognóstico é muito melhor do que aquele que poderia ter, se tivéssemos somente em atenção a sua história de vida.

4.2.6. Perfil

4.2.6.1. Perfil intra-individual

O perfil intra-individual da Ana foi realizado com base nas informações recolhidas através das avaliações e observações realizadas. Desta forma, verifica-se que a jovem apresenta diversas dificuldades de base emocional, que influenciam o modo como interage com o envolvimento e se relaciona com os outros.

Tabela 6 - Perfil Intra-Individual da Ana

Áreas fortes	Áreas a desenvolver
Equilíbrio	Tonicidade
Praxias (global e fina)	Atenção/concentração
Capacidade de planeamento e resolução de problemas	Autorregulação comportamental
Memória	Autorregulação emocional
Capacidade de iniciativa, criatividade e espontaneidade	Autoestima
Relacionamento interpessoal	Cumprimento de regras
Contacto visual e físico	

4.2.6.2. Objetivos terapêuticos

Com base nas informações recolhidas, através da história clínica e pessoal, e ainda da avaliação inicial, delineararam-se os objetivos terapêuticos, apresentados na Tabela 8, para a intervenção em contexto de grupo com a Ana.

Tabela 7 - Objetivos Terapêuticos da Ana

Objetivo Gerais	Objetivos Específicos
Domínio Psicomotor – Desenvolver competências psicomotoras, nomeadamente, ao nível da noção do corpo (NC) e autorregulação comportamental (AC)	
NC1. Desenvolver um correto conhecimento e consciência corporal	NC1.1 Identificar o estado tónico nos diferentes membros
	NC1.2 Melhorar a consciência dos seus limites corporais
	NC1.3 Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade
AC1. Promover a autorregulação comportamental	AC1.1 Diminuir os níveis de impulsividade
	AC1.2 Diminuir os níveis de agitação motora
	AC1.3 Promover a regulação dos comportamentos de agressividade (hétero e auto)
	AC1.4 Mostrar consciência acerca do impacto do seu comportamento agressivo
	AC1.5 Aumentar a tolerância à frustração
Domínio Cognitivo (C) – Desenvolver capacidade de apreensão, aplicação análise, síntese e avaliação de diferentes conceitos, em diversos contextos	
C1. Promover a capacidade de atenção/concentração	C1.1 Aumentar o tempo de atenção/concentração nas instruções e na tarefa
	C2.1 Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento
	C2.2 Identificar e aplicar estratégias de autorregulação e controlo perante situações de conflito ou frustração
C2. Melhorar as capacidades de mentalização	C2.3 Aumentar a capacidade reflexiva
	Domínio Sócio-Emocional (SE) – Promover a regulação emocional e estimular a manifestação de comportamentos socialmente adequados
SE1. Promover a consciência emocional	SE1.1 Reconhecer e identificar os seus diferentes estados emocionais
	SE2.1 Promover a expressão livre/espontânea das emoções
	SE2.2 Ser capaz de revelar sentimentos como tristeza, desconforto, desaprovação de forma adequada
SE2. Promover a expressão de sentimentos e emoções	SE2.3 Expressar diferentes emoções através do corpo
	SE3.1 Adequar a expressão das suas emoções, de acordo com o contexto
SE3. Melhorar a regulação emocional	
SE4. Reforçar a autoestima, o autoconceito	SE4.1 Aumentar a consciência das suas capacidades
	SE4.2 Aumentar os sentimentos de autovalorização

e o sentimento de identidade	de	SE4.3 Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais, com confiança
SE5. Melhorar competências socialização	as de	SE5.1 Reconhecer as regras dos jogos e do espaço SE5.2 Estimular a capacidade de cumprimento de regras

4.2.7. Projeto pedagógico-terapêutico

4.2.7.1. Diretrizes e fundamentação da intervenção

Considerando as avaliações realizadas e o perfil psicomotor da Ana, será exposta a fundamentação da intervenção, com descrição e justificação da intervenção a ser realizada, tendo em conta as suas características específicas e individuais, e serão nomeadas as diretrizes da respetiva intervenção.

De acordo com o exposto nas hipóteses explicativas, parece fundamental que a Ana beneficie de uma intervenção psicomotora, que tenha como base o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, com o objetivo de desenvolver as áreas previamente identificadas. A qualidade da relação entre a terapeuta e a criança é um fator essencial para que a intervenção seja o mais eficaz possível, sendo importante existir empatia, afetividade, simpatia, confiança e compreensão entre as duas partes (Costa, 2008). Segundo o mesmo autor, uma intervenção psicomotora em saúde mental infanto-juvenil deve procurar ter uma atitude reparadora, organizacional e de desenvolvimento, vendo a criança como ela é.

A intervenção psicomotora com a Ana será em grupo, uma vez que esta já se encontra inserida no grupo de adolescentes do Hospital de Dia, onde estão presentes mais quatro adolescentes e duas terapeutas. Segundo Costa (2017), o trabalho em grupo promove a capacidade expressiva dos indivíduos, fomenta a capacidade de autoconfiança, promove a restauração narcísica, reforçando a autoestima, estimula o autorregulação comportamental, com redução dos níveis de impulsividade e instabilidade psicomotora, aumenta a tolerância à frustração, estimula a expressão e exteriorização de medos, fantasias e preocupações, promove a capacidade de reflexão e fomenta a necessidade de utilizar, partilhar e respeitar regras. Martins e Rosa (2005) referem ainda que a integração num grupo, pela sua dinâmica e riqueza de interações, permite fomentar e desenvolver as competências sociais, como perceber pistas verbais e não-verbais, para se relacionar com o outro (Mishna et al., 1994). Deste modo, a intervenção em grupo, poderá ser benéfica para Ana, ao promover o desenvolvimento da autorregulação, ao reforçar a autoestima (Costa, 2017) e ao estimular a expressão e verbalização de sentimentos (Mishna et al., 1994).

Ao longo da intervenção irá ser atribuída grande importância à capacidade de autorregulação, uma vez que a Ana apresenta dificuldades ao nível do controlo da impulsividade, da atenção e concentração, agitação psicomotora e manifestação de comportamentos de agressividade. De acordo com Lièvre e Staes (2012), a intervenção

psicomotora, direcionada para a criança instável, hiperativa e com dificuldades no controle da agressividade, deverá proporcionar atividades que permitam à criança jogar livremente, levando-a progressivamente a respeitar determinadas orientações corporais e a adequar-se aos limites espaço-temporais, que ajudem a agir de forma construtiva, a aumentar a concentração, a melhorar a memória, o autocontrole e autoconhecimento, através do jogo espontâneo, de jogos de inibição e imobilidade, de jogos de luta, corpo a corpo ou por meio de objetos, de atividades de coordenação e equilíbrio, e ainda de atividades que apelem à manutenção da vigilância, que envolvam planificação, sequencialização e implicação operacional do indivíduo. É salientar que os jogos de luta, em ambientes estruturados e supervisionados, com o estabelecimento de regras claras, previnem e condicionam comportamentos agressivos (Carraro et al., 2014) e, conseqüentemente, promove o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Carraro & Gobbi, 2018), uma vez que possibilita a libertação tensões relacionais, promovem um contato mais adequado com os outros e proporcionam um meio dinâmico para controlar o corpo, os seus movimentos e para dominar o meio envolvente (Lièvre & Staes, 2012), Considerando o perfil clínico da Ana, a sua intervenção irá envolver a realização de atividades dinâmicas de coordenação e equilíbrio, bem como uma variedade de jogos, em especial, de luta, de inibição e imobilidade. Ao longo da intervenção irá ser atribuída grande importância à capacidade de autorregulação, uma vez que a Ana apresenta dificuldades ao nível do controle da impulsividade, da atenção e concentração, agitação psicomotora e manifestação de comportamentos de agressividade. De acordo com Lièvre e Staes (2012), a intervenção psicomotora, direcionada para a criança instável, hiperativa e com dificuldades no controle da agressividade, deverá proporcionar atividades que permitam à criança jogar livremente, levando-a progressivamente a respeitar determinadas orientações corporais e a adequar-se aos limites espaço-temporais, que ajudem a agir de forma construtiva, a aumentar a concentração, a melhorar a memória, o autocontrole e autoconhecimento, através do jogo espontâneo, de jogos de inibição e imobilidade, de jogos de luta, corpo a corpo ou por meio de objetos, de atividades de coordenação e equilíbrio, e ainda de atividades que apelem à manutenção da vigilância, que envolvam planificação, sequencialização e implicação operacional do indivíduo. É salientar que os jogos de luta, em ambientes estruturados e supervisionados, com o estabelecimento de regras claras, previnem e condicionam comportamentos agressivos (Carraro et al., 2014) e, conseqüentemente, promove o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Carraro & Gobbi, 2018), uma vez que possibilita a libertação tensões relacionais, promovem um contato mais adequado com os outros e proporcionam um meio dinâmico para controlar o corpo, os seus movimentos e para dominar o meio envolvente (Lièvre & Staes, 2012), Considerando o perfil clínico da Ana, a sua intervenção irá envolver a realização de atividades dinâmicas de coordenação e equilíbrio, bem como uma variedade de jogos, em especial, de

luta, de inibição e imobilidade. Ao longo da intervenção irá ser atribuída grande importância à capacidade de autorregulação, uma vez que a Ana apresenta dificuldades ao nível do controlo da impulsividade, da atenção e concentração, agitação psicomotora e manifestação de comportamentos de agressividade. De acordo com Lièvre e Staes (2012), a intervenção psicomotora, direccionada para a criança instável, hiperativa e com dificuldades no controlo da agressividade, deverá proporcionar atividades que permitam à criança jogar livremente, levando-a progressivamente a respeitar determinadas orientações corporais e a adequar-se aos limites espaço-temporais, que ajudem a agir de forma construtiva, a aumentar a concentração, a melhorar a memória, o autocontrolo e autoconhecimento, através do jogo espontâneo, de jogos de inibição e imobilidade, de jogos de luta, corpo a corpo ou por meio de objetos, de atividades de coordenação e equilíbrio, e ainda de atividades que apelem à manutenção da vigilância, que envolvam planificação, sequencialização e implicação operacional do indivíduo. É salientar que os jogos de luta, em ambientes estruturados e supervisionados, com o estabelecimento de regras claras, previnem e condicionam comportamentos agressivos (Carraro et al., 2014) e, conseqüentemente, promove o desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Carraro & Gobbi, 2018), uma vez que possibilita a libertação tensões relacionais, promovem um contato mais adequado com os outros e proporcionam um meio dinâmico para controlar o corpo, os seus movimentos e para dominar o meio envolvente (Lièvre & Staes, 2012). Considerando o perfil clínico da Ana, a sua intervenção irá envolver a realização de atividades dinâmicas de coordenação e equilíbrio, bem como uma variedade de jogos, em especial, de luta, de inibição e imobilidade.

Na parte final da sessão, planeia-se realizar um retorno à calma, através da relaxação terapêutica e do toque terapêutico, com bola ou com as mãos, com o objetivo de estabelecer um diálogo tónico-emocional que promova as competências relacionais e psicoafectivas da adolescente (Martins, 2001a). A relaxação terapêutica permite à criança com dificuldades no controlo da agressividade, aprender a controlar e compreender o seu corpo, de modo a regular os seus comportamentos (Lièvre & Staes, 2012). Nesta linha de pensamento, Martins (2001a) refere que a relaxação atua como um mecanismo regulador das emoções, influenciando a intensidade das suas manifestações e coordenando a associação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva. O toque terapêutico (e.g. com bola ou mãos) desempenha um papel importante na construção psíquica da criança, ao conter e envolver o corpo, apaziguar as tensões internas da criança (e.g. emoções, sentimentos, pensamentos), mobilizar a representação mental que a mesma tem do seu corpo e da sua imagem subjetiva (Sarda, 2002). Para além disto, a vivência de um processo terapêutico pela relaxação, possibilita o reviver regressivo da relação mãe-bebé e permite experienciar as diversas etapas do *holding* e da identificação sensoriomotora (Martins, 2001a). A aplicação das técnicas de relaxação e o toque terapêutico, nomeadamente a utilização de bola e das mãos

como mediadores, irá constituir uma das ferramentas de intervenção com a Ana, com o objetivo de promover a consciencialização corporal, a regulação emocional e comportamental, e ainda possibilitar o reviver da relação mãe-bebê dadas as falhas que parecem existir ao nível da vinculação.

Assim sendo, ao longo da sessão serão trabalhados dos objetivos terapêuticos previamente indicados para a Ana, em especial através de jogos e da relaxação, onde irão ser utilizados diversos materiais, como pinos, cones, arcos, bolas, entre outros, e materiais para o retorno à calma, como colchões, cobertores, almofadas e bolas. Importa referir que, a jovem irá usufruir semanalmente de uma sessão de psicomotricidade, com duração média de 60 minutos.

Na intervenção com a Ana também irá ser atribuída importância à comunicação verbal e não-verbal, pois segundo Fonseca (2006), a linguagem corporal e a linguagem falada são duas faces da comunicação humana, sendo complementares uma da outra e ambas são expressões concretas da consciência e do comportamento humano e social. Mira e Fernandes (2015) referem que a comunicação não-verbal transmite emoções e sentimentos, possibilita a perceção da criança pelo terapeuta e reflete todos os sinais ativos e/ou passivos, somáticos, objetivos ou ambientais que possam influenciar o comportamento. Enquanto que a palavra permite a atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal, no decorrer da sessão (Maximiano, 2004). Perante as dificuldades apresentadas pela Ana ao nível da verbalização das emoções e sentimentos, assim como das dificuldades em adequar a sua expressão corporal, é importante que a adequação da sua comunicação seja uma das diretrizes da intervenção.

4.2.7.2. Estratégias específicas

As estratégias de intervenção foram elaboradas tendo em conta as características específicas deste caso. Assim sendo irá recorrer-se às seguintes estratégias: Proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação empática; Definir regras e limites dentro do espaço de sessão; Estruturação das atividades a desenvolver no início da sessão; Definir uma atividade inicial e final; Realização de atividades que vão de encontro dos gostos/preferências da adolescente; Utilização do reforço positivo, verbal e não-verbal, como forma de reforçar comportamentos assertivos, aumentar o sentimento de autoeficácia e promover a capacidade crítica; Utilização do feedback interrogativo; Favorecer e incentivar a participação durante as atividades, proporcionando consciencialização das emoções vivenciadas e próprias competências.

4.2.7.3. Exemplos de Atividades

Com o intuito de alcançar os objetivos terapêuticos referidos anteriormente, irão ser realizadas algumas atividades, nomeadamente:

- ❖ Com o intuito de desenvolver o autorregulação comportamental, irão ser realizados jogos de competição entre os adolescentes, sendo que estes poderão ser realizados individualmente ou em equipa, como por exemplo, “luta de galos”, “circuitos de estafetas” ou “transportes de objetos”;
- ❖ Com o objetivo de reforço da sua identidade, irá ser proposto à adolescente que realize uma representação gráfica do seu corpo com marcadores no papel de cenário e, posteriormente, que faça o seu preenchimento com pormenores anatómicos;
- ❖ Com o intuito de fortalecer a regulação emocional, irão ser realizadas atividades com o objetivo de identificar, representar e associar emoções vivenciadas às situações do quotidiano. Para isso, irão ser distribuídos cartões com emoções ou situações do quotidiano que um ou dois dos adolescentes terão que representar com o corpo, para que os restantes adivinhem as mesmas. A mesma atividade irá ser realizada de forma diferente, irá ser proposto a um dos adolescentes que molde os colegas, de modo a representarem a emoção escrita no cartão, em frente ao espelho, e que de seguida estes últimos possam adivinhar a mesma;
- ❖ Com o intuito de promover a regulação tónica, irá ser realizado um tempo de retorno à calma, de modo a reforçar a consciência corporal e possibilitar um momento de contenção, através do toque terapêutico, da utilização de objetos mediadores e da realização de mobilizações passivas.

4.2.8. Progressão Terapêutica

A intervenção psicomotora com a Ana decorreu entre o dia 19 de novembro de 2019 e o dia 10 de março de 2020. Ao todo foram realizadas 16 sessões de psicomotricidade, apesar de inicialmente estarem previstas 28 sessões. Não houve possibilidade de realizar o número de sessões previstas devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19). É de salientar que a Ana só integrou o grupo de sessão na terceira sessão, sendo que nas restantes não faltou a nenhuma.

No decorrer da intervenção psicomotora com a Ana, foi possível verificar que esta apresentou sempre disponibilidade e motivação para participar em todas as sessões e atividades propostas, quer pelos colegas, quer pelas terapeutas. Conforme previsto no projeto terapêutico, as sessões apresentaram uma conversa inicial, uma parte fundamental e um retorno à calma. É de salientar que, de um modo geral, tentou realizar-se um jogo de luta e perseguição e uma atividade dinâmica ou de cooperação por sessão.

Nas primeiras sessões foi visível alguma indisponibilidade emocional por parte da adolescente, para abordar situações ocorridas durante as atividades ou sobre o modo como a mesma se tinha sentido no decorrer da sessão, dificuldades em ouvir o outro, em esperar que os colegas terminem de falar e em esperar pelo início das atividades. Esta última situação, levou a que os objetivos terapêuticos fossem revistos, tendo sido adicionados alguns objetivos referentes às competências de interação social, nomeadamente respeitar os colegas e esperar pela sua vez e ser capaz de ouvir o outro e aceitar as suas opiniões. Deste modo, tentou dar-se algum espaço para que a Ana se sentisse mais confortável para abordar temas que a preocupassem ou que fossem do seu interesse, mas sem nunca a deixar de parte, em relação ao grupo. Numa fase inicial, tentou-se que, na conversa final, a adolescente começasse por atribuir uma palavra à forma como tinha decorrido a sessão ou como se tinha sentido, para que progressivamente conseguisse elaborar mais o seu discurso. É de salientar que nestes momentos, houve uma procura de contacto corporal e contenção por parte da Ana, sendo que a terapeuta tentou sempre responder a esse tipo de necessidade. Com o evoluir das sessões, a adolescente foi manifestando cada vez mais disponibilidade para abordar temas pessoais, como a escola, a família, evidenciou também uma maior expressão dos seus sentimentos, bem como uma maior necessidade de explicar a forma como se sentiu durante as sessões, ainda que de um modo superficial.

Numa fase inicial da intervenção, foi possível observar que a Ana revelou níveis significativos de agitação psicomotora e de impulsividade; níveis elevados de competitividade; comportamentos de desafio, tentando contornar as regras estabelecidas e as indicações das terapeutas; dificuldades ao nível da regulação tónica; e episódios de exteriorização de agressividade física contra objetos e, esporadicamente, contra alguns colegas e terapeutas. Perante estes comportamentos e seguindo as diretrizes de intervenção, foram propostas atividades dinâmicas, jogos de luta e de competição (e.g. luta de almofadas, jogo do “mata”, atividades com bola, jangada, atividade com bastões), e ainda jogos de inibição e imobilidade (e.g. “jogo da estátua”), de modo a potenciar a capacidade de autorregulação e o cumprimento de regras. Foram utilizadas como estratégias, o estabelecimento de regras e limites em conjunto com os adolescentes, a participação das terapeutas em algumas atividades realizadas, para que se conseguisse alcançar uma descarga motora e emocional, através do direcionamento das manifestações de agressividade para os objetos, o que permitiu em seguida refletir sobre o sucedido.

Apartir da sexta sessão, começou a evidenciar-se uma maior interação da Ana para com uma das terapeutas, procurando a sua atenção, estabelecendo contacto ocular, provocando contacto corporal, imitando os seus gestos e realizando pequenas provocações, de forma a estabelecer uma ligação com a mesma. Estas interações permitiram consolidar a relação terapêutica entre a terapeuta e a Ana, potenciando o desenvolvimento das

competências da adolescente, em especial de autorregulação e socio-emocionais. Efetivamente, na décima sessão observaram-se algumas melhorias ao nível da autorregulação comportamental, com a adolescente a manifestar menores níveis de agitação e de impulsividade, sem manifestação de agressividade, maior controlo inibitório, maior cumprimento de regras, com chamadas de atenção aos colegas que as infringiam, melhor adequação tónica e maior tolerância à frustração, sendo que estas melhorias continuaram a ser evidenciadas, o que supõem que as atividades realizadas e o estabelecimento de uma relação terapêutica estável entre a terapeuta e a Ana, foram diretrizes importantes na intervenção com a adolescente.

No que se refere às últimas três sessões realizadas, constatou-se que a Ana revelou maior disponibilidade para partilhar vivências, informações pessoais e os seus estados emocionais com o grupo, apresentou-se bastante participativa, tomando a iniciativa. Todavia, numa das sessões verificou-se incumprimento das regras de jogo (e.g. “narrador da história” e “futebol”), sendo que após este incumprimento a Ana foi capaz consciencializar e corrigir o seu comportamento, alguns períodos de desatenção, com alheamento, em especial em momentos de transição entre atividades ou na conversa final. Conforme proposto no projeto terapêutico, foi dada a oportunidade aos adolescentes de escolherem atividades que quisessem realizar, sendo que muitas das vezes as suas sugestões passaram por jogos de cartas (e.g. “polícia e ladrão”, “Kaps”, “narrador de histórias”) ou luta de almofadas. A Ana chegou a propor atividades (e.g. “narrador de histórias”, “adivinha quem é”) e combinar duas atividades numa (e.g. “desafio + jogo do mata”). A realização dos jogos de cartas teve como principal objetivo estimular a valorização individual e criativa de cada elemento do grupo, contudo foi ainda possível desenvolver a comunicação não-verbal, através da observação e identificação da expressão corporal do outro, e verbal, a capacidade de atenção e a inibição comportamental. No jogo do “polícia e ladrão”, a Ana apresentou-se bastante participativa, ajudando na seleção das cartas a utilizar, explicando as regras do jogo, as funções de cada carta e ainda sugeriu algumas modificações, sem dificuldades ao nível da leitura corporal do outro, mas revelando algumas dificuldades em termos de inibição (e.g., quando descobria o “ladrão” começava a dar pistas aos colegas). Enquanto que no jogo do “narrador”, revelou algumas dificuldades em explicar as regras do jogo e como o mesmo se iria realizar, contudo foi capaz de responder às dúvidas colocadas pelos colegas.

Desde o início da intervenção, tentou realizar-se um momento de retorno à calma, após a realização das tarefas propostas para a parte fundamental da sessão, sendo que este se baseou essencialmente em massagens, introduzidas pelo toque através de um mediador (e.g. bola) e, de seguida, passou-se para o toque propriamente dito. Num primeiro momento, observou-se algum desconforto e reservas no toque com a bola, foram visíveis algumas resistências à realização da atividade, com a Ana a manifestar agitação motora ou a realizar

outras atividades em paralelo (e.g. construir uma tenda com o colchão e uma manta, e deitar-se no seu interior), demonstrando com esta atitude uma necessidade de contenção não só física, mas emocional. Em sessões seguintes, apesar da adolescente revelar uma maior aceitação do toque e referir ter estado tranquila e relaxada durante as palpações, observaram-se alguns sinais de tensão e agitação, mexendo-se muito ou falando durante a atividade. Na décima segunda sessão, introduziu-se o toque corpo-a-corpo, com a realização de alguma pressão e palpações/deslizamento (e.g., semelhante à massagem psicomotora), ao nível dos membros superiores e inferiores, sendo que a Ana revelou uma boa aceitação ao toque, menos tensões e resistências, começando a atividade de olhos abertos e terminando a mesma de olhos fechados, verbalizando que gostava da pressão, o que leva a supor que seja uma adolescente com uma necessidade constante de contenção e delimitação de limites corporais.

Relativamente ao grupo terapêutico, inicialmente deste faziam parte apenas quatro dos seis adolescentes (e.g. a Ana, a CB, o GS e a RB), sendo que nas primeiras sessões foi possível observar uma maior identificação da Ana com o GS, talvez por ambos apresentarem níveis de funcionamento e comportamentos semelhantes, e alguns conflitos com a CB, evidenciando dificuldades em ouvir e aceitar a opinião da colega, acabando por interromper a mesma, havendo provocações durante algumas atividades (e.g. escolher a colega como alvo na “luta de almofadas”). Contudo com o avançar das sessões, estes conflitos diminuíram significativamente, verificando-se uma maior interação entre ambas, com partilha de vivências e de preferências, comportamentos de cooperação e colaboração com as mesmas, nas atividades realizadas. Aquando da entrada dos outros dois adolescentes (e.g. DB e AD), a Ana revelou adequada interação para com os mesmos, tentando integrá-los no grupo, mas parecendo identificar-se mais com a AD, uma vez que tentou criar uma relação com a mesma. É de salientar que quando a AD abandonou o grupo, todos os adolescentes pareceram ficar tristes, surpresa e apreensão com sua saída, em especial a Ana e o GS, elementos com melhor relação com a AD.

4.2.8.1. Discussão

Importa referir que não foi possível realizar avaliações finais, uma vez que a intervenção teve de ser interrompida devido à situação epidemiológica atual, sem possibilidade de retoma. Neste sentido a presente discussão será realizada com base na progressão terapêutica e nas observações informais realizadas no decorrer da intervenção.

Após o período de intervenção anteriormente descrito, verificaram-se algumas evoluções ao nível do comportamento. No início da intervenção psicomotora foram observados comportamentos de desafio com incumprimento de regras, manifestações de agressividade física, agitação psicomotora e impulsividade. Por isso, foram realizados

diferentes tipos de jogos, nomeadamente, espontâneos, de inibição e imobilidade, de luta (e.g., corpo a corpo ou por meio de objetos), de atividades de coordenação e de equilíbrio, que segundo Lièvre e Staes (2012), permitem a libertação das tensões relacionais, promovem um contacto mais adequado com os outros, proporcionam um meio dinâmico para controlar o corpo, os seus movimentos e para dominar o meio envolvente, previnem a manifestação de comportamentos agressivos (Carraro et al., 2014) e promovem o desenvolvimento emocional e social (Carraro & Gobbi, 2018). Nas últimas sessões realizadas com a Ana, foi possível observar que a mesma já evidenciava uma menor manifestação de agitação psicomotora e impulsividade, um maior cumprimento das regras, uma maior tolerância à frustração e ausência de episódios de agressividade. No entanto, o facto de a jovem se encontrar inserida num grupo pode também ter influenciado as melhorias anteriormente identificadas, uma vez que, e de acordo com Costa (2017), o grupo estimula o autocontrolo, melhora a consciencialização da ação, fomenta a necessidade de utilizar, partilhar e respeitar regras e aumenta a tolerância à frustração. Também a definição de regras e limites, a utilização de reforço positivo e o recurso à autoinstrução e auto-observação, contribui para os resultados observados. Apesar de tudo isto, importa salientar que na última sessão se verificaram níveis significativos de competitividade, que acabaram por influenciar o seu comportamento, durante uma das atividades.

Na avaliação inicial, foram observadas dificuldades ao nível da atenção/concentração. De acordo com Lièvre e Staes (2012), a realização de atividades que impliquem a manutenção da vigilância, que envolvam planeamento, sequencialização e implicação operacional do sujeito, permitem a melhoria destas competências. Contudo, também a utilização de algumas das estratégias propostas para a intervenção, como a utilização de feedback interrogativo, a realização de atividades do interesse da adolescente e o incentivo à sua participação nas atividades, possibilitaram o desenvolvimento da capacidade de atenção da jovem. É de referir que, ao longo das sessões, se verificou um aumento progressivo dos períodos de atenção da Ana, decorrente do seu interesse pelas atividades a realizar e com o objetivo de poder “ganhar” os jogos mais competitivos.

Conforme descrito nas diretrizes de intervenção, houve necessidade de promover a expressão verbal e não-verbal da Ana, sendo que Fonseca (2006) refere que a linguagem corporal e a linguagem falada são formas concretas de expressão da consciência e do comportamento. Deste modo, foram realizadas atividades que estimulassem a leitura e a expressão corporal, assim como também foram criados momentos de reflexão, para que através da palavra ou do símbolo a adolescente pudesse expressar os seus sentimentos e situações pessoais. Também o grupo teve um papel preponderante neste sentido, ao promover a expressão e exteriorização dos medos, das fantasias e das preocupações, com a criação de um ambiente contendor e de apoio, ao estimular a capacidade de reflexão e,

consequente, consciencialização das ações (Costa, 2017). Apesar disto, verificaram-se algumas melhorias ao nível da expressão verbal e corporal dos sentimentos, assim como da leitura e descodificação das expressões dos outros. A dinâmica grupal, permitiu ainda o desenvolvimento de competências sociais, fomentadas por Martins e Rosa (2005), e observadas através de comportamentos de cooperação, interações adequadas para com os pares e as terapeutas.

De acordo com o previsto no projeto terapêutico, no fim da sessão foram realizadas algumas atividades de relaxação, com o objetivo de estabelecer um diálogo tónico-emocional que estimulasse as competências relacionais e psicoafectivas da adolescente, tal como sugerido por Martins (2001a). E ainda, promover um conhecimento aprofundado sobre o seu corpo e desenvolver um controlo adequado sobre o mesmo (Lièvre & Staes, 2012). No início da intervenção, observou-se algum desconforto e reservas ao toque, agitação motora e alguma verbalização durante as atividades de relaxação. Progressivamente e com o estabelecimento de um vínculo seguro entre a terapeuta e a jovem, foram-se observando algumas melhorias ao nível da regulação tónica, com a Ana a revelar uma maior aceitação ao toque, verbalização de calma e tranquilidade, e ainda libertação de tensões. Contudo foram-se verificando alguns comportamentos, tanto no decorrer das atividades fundamentais como no fim do retorno à calma, que demonstravam uma maior necessidade de contenção por parte da terapeuta.

Através das reflexões de cada sessão, foi possível perceber que no planeamento das sessões, deveria ter sido dada uma maior importância às atividades de relaxação, com o objetivo de melhorar a consciencialização corporal, mas também superar as falhas existentes ao nível da vinculação materna, uma vez que segundo Martins (2001a), a relaxação possibilita o reviver regressivo da relação mãe-bebé e permite experienciar as diversas etapas do “*holding*”. Costa (2011) refere ainda que a noção dos limites do corpo e a consolidação do conhecimento de si próprio são fundamentais na organização da identidade. No entanto, o facto da intervenção ser uma intervenção de grupo e o facto de cada adolescente apresentar quadros clínicos diferentes, foi difícil estruturar atividades adequadas a todos e que ao mesmo tempo fossem ao encontro das necessidades da Ana.

Em suma, não foi possível alcançar todos os objetivos previamente definidos, devido à interrupção abrupta da intervenção. No entanto e tendo em conta o número de sessões realizadas, foi possível observar algumas melhorias ao nível da autorregulação comportamental, assim como da expressão e verbalização dos seus sentimentos e emoções. Seria interessante perceber, junto da psicóloga, da avó e da diretora de turma, se estas melhorias também se evidenciam noutros contextos e para perceber melhor em que medida a Ana beneficiou ou não da intervenção delineada para a mesma.

4.3. Estudo de caso II

Nome: Rafael (nome fictício)

Idade: 10 anos

Data de nascimento: fevereiro de 2009

Ano de escolaridade: 5º ano de escolaridade

4.3.1. Motivo do encaminhamento para psicomotricidade

O Rafael foi encaminhado para avaliação e acompanhamento em Psicomotricidade pela psicóloga e pela pedopsiquiatra, devido as alterações do comportamento com agitação motora e dificuldades de concentração decorrentes de um quadro de ansiedade, no contexto escolar e social. Segundo a psicóloga, durante as consultas o Rafael manifesta agitação psicomotora, ansiedade de antecipação e existem relatos de alguns episódios de descontrole de impulsos. Perante as dificuldades assinaladas, foi solicitada a realização de uma avaliação psicomotora, com o objetivo de se perceber se o Rafael poderia beneficiar de acompanhamento em psicomotricidade.

4.3.2. História pessoal e clínica

O Rafael nasceu em fevereiro de 2009, tendo atualmente 11 anos, este foi fruto de uma gravidez planejada e desejada. Durante a entrevista a mãe referiu estar um pouco nervosa e ansiosa, em especial no início, quando o resultado da amniocentese (às 15 semanas) indicava que o feto poderia ter Síndrome de Down, algo que posteriormente não se veio a confirmar. O Rafael nasceu no HGO com 38 semanas, de parto eutócito, apresentando um Índice de Apgar de 9/10 e pesando 3,120 kg.

Logo após o nascimento da criança, a mãe refere que deixou de trabalhar para se dedicar na totalidade ao cuidado do filho. Durante os primeiros anos de vida, o Rafael é descrito como uma criança de temperamento difícil, muito mexida, impulsiva, distraída e complicada para dormir e para se alimentar, salientando-se ainda grandes oscilações de peso. Segundo a mãe, esta só pôde amamentar o Rafael até aos dois meses, pois este engasgava-se com frequência, o que aumentava os níveis de stress/ansiedade não só da criança, mas também da mãe. É ainda relatado que o Rafael dormiu com a mãe até aos três anos de idade, altura em que passou a ter um quarto próprio, sendo que atualmente o mesmo refere que continua a ter dificuldades em adormecer. Ao nível do desenvolvimento, começou a dar os primeiros passos por volta dos nove meses e as primeiras lalações surgiram por volta dos 12 meses. A mãe refere ainda que, em pequeno, o Rafael apresentava uma expressão verbal bastante confusa e pouco perceptível.

Aos dois anos de idade, o Rafael é internado no Serviço de Pediatria do HGO, por instabilidade na marcha, com quedas frequentes, acompanhada de vômitos alimentares esporádicos, sendo diagnosticado com um tumor maligno no cérebro (ependimoma de grau II no 4º ventrículo). Poucos dias após o internamento, foi submetido a intervenção cirúrgica, com remoção completa da lesão, contudo verificou-se uma ligeira hidrocefalia supratentorial. Aquando da alta pediátrica, nove dias depois do internamento, foi sugerido um seguimento no IPO, onde o Rafael acabou por realizar diversas sessões de radioterapia. Paralelamente, o Rafael foi também avaliado e acompanhado na consulta de desenvolvimento para vigilância, onde lhe foi aplicado o teste *Growing Skills*, sendo que os resultados indicaram que existia uma compatibilidade com a sua idade cronológica, apesar das dificuldades evidenciadas ao nível da motricidade fina, na coordenação óculo-manual, grafismo pobre, comportamento irrequieto e impulsivo e dificuldades ao nível da atenção/concentração. Com base nestes resultados, foi sugerido apoio Educativo Individualizado e o caso foi referenciado ao Projeto de Intervenção Precoce de Almada, acabando mesmo por ser acompanhado pela intervenção precoce na Casa Acreditar.

No que diz respeito ao seu percurso escolar, o Rafael frequentou o infantário até aos dois anos, onde se observaram dificuldades em partilhar e em relacionar-se com os outros, existindo um registo de conflitos frequentes com os pares. Segundo a mãe já nesta fase, o Rafael se mostrava uma “criança difícil, com alguns comportamentos de desafio” (sic). Dos dois aos cinco anos, frequentou o ensino pré-escolar e começou a beneficiar de medidas de Ensino Especial. É de salientar que, aos 4 anos de idade, foi realizada uma avaliação psicológica, que concluiu que o Rafael apresentava um funcionamento intelectual dentro dos parâmetros da normalidade, com resultados ligeiramente superiores na escala de realização, bom domínio de conhecimentos pré-escolares (cores, números/contagem, tamanhos, comparações e formas) e problemas ao nível da autorregulação comportamental, em contexto escolar e familiar. Um ano depois, a criança é encaminhada para a Consulta de Psicologia do HGO pela Pediatria do Desenvolvimento, devido a um diagnóstico de PDO, onde começa a ser acompanhada. A intervenção baseou-se essencialmente nos comportamentos desafiantes exibidos pela criança, em contexto familiar e escolar.

Aos cinco anos entrou para o primeiro ano, com registo de boa adaptação escolar. Contudo, ao longo do primeiro ciclo, evidenciam-se dificuldades na interação com os pares e com os adultos, dificuldades em gerir conflitos e em aceitar a autoridade, dificuldades no controlo de impulsos e na expressão das suas opiniões, pouca capacidade para lidar com a frustração, com contrariedades e com o “não”, e dificuldades ao nível da atenção/concentração. No segundo ano de escolaridade, para além do acompanhamento da psicologia clínica, o Rafael passa a ter também acompanhamento psicológico na escola e acompanhamento semanal com a professora de Educação Especial, com medidas de apoio

correspondentes aos artigos 17º (alíneas a, b, c, d) e 20º do Decreto Lei 3/2008, que correspondem, respetivamente, a apoio pedagógico personalizado e a adequações no processo de avaliação. Aos 9 anos, o Rafael realiza uma avaliação neuropsicológica, que indica um funcionamento intelectual dentro do esperado para a sua idade, porém com uma discrepância significativa entre a escala verbal e a escala de realização e “dificuldades cognitivas específicas no domínio do processamento fonológico e das funções executivas, que condicionam as suas aprendizagens escolares e apontam para um diagnóstico de Dislexia-Disortografia”. Perante isto, é realizada uma avaliação ao nível da linguagem oral e escrita, articulação verbal, discriminação auditiva, memória de trabalho fonológica e discurso espontâneo, pela Terapia da Fala, que conclui que o Rafael revela dificuldades na leitura e na escrita, sendo diagnosticado com Perturbação de Aprendizagem Específica, com défices na leitura e na escrita. Como consequências destas dificuldades, no quarto ano foram-lhe aplicadas medidas universais previstas no Decreto-Lei 54/2018, correspondentes ao artigo 8º (alíneas a, b, c, e) e 28º (alíneas a, e, g, h), complementando as medidas educativas anteriormente referidas.

Por volta dos oito anos de idade, o Rafael apresentava uma Perturbação do Comportamento em crescendo, com oposição às figuras parentais e descontrolo de impulsos, por vezes, com violência, acabando por ser discutida a possibilidade da criança ser acompanhada na consulta de Pedopsiquiatria, derivado às repercussões que o quadro clínico foi assumindo ao longo do tempo e devido à resposta ineficiente por parte da psicologia em contexto escolar. Posto isto, é iniciado o acompanhamento por uma pedopsiquiatra e por uma psicóloga, tendo sido observado que o Rafael apresentava um quadro de ansiedade e antecipação invasiva, que levava a uma descarga somática (e.g., náuseas, vômitos) quando confrontado com situações de conflito ou imprevisibilidade, revelava alterações de foro emocional com uma iminente imaturidade psicoafetiva e consequentes alterações do comportamento e baixo rendimento escolar, influenciando ainda negativamente a sua autoestima. Por volta da mesma altura, a professora relata comportamentos agressivos (e.g., agressão física, temperamento manipulador) para com os pares.

Em relação à história psicopatológica familiar, existe referência a uma Perturbação Depressiva Pré-Operação (e.g., mãe), a uma Perturbação Depressiva (e.g., avó materna) e um quadro de alterações da personalidade, possivelmente uma Perturbação Bipolar (e.g., avô paterno), mas diagnóstico confirmado.

Atualmente, o Rafael vive com os pais e a irmã de 15 anos, tendo ainda dois meios-irmãos por parte da mãe, com 19 e 23 anos, e uma meia-irmã por parte do pai, com 32 anos. É de salientar que o irmão de 19 anos, chegou a conviver com o Rafael durante os seus primeiros 4 anos de vida. Durante a entrevista, a mãe referiu que o Rafael evidencia alguns conflitos fraternos com o irmão de 19 anos e a irmã de 15 anos, e gosta muito do irmão de

23 anos. No que diz respeito à relação com os avós, a criança visita a avó paterna com frequência e fala diariamente com os avós maternos.

A mãe descreve o Rafael como uma criança simpática, altruísta, com personalidade forte, energética, que requer e exige muita atenção, que interrompe frequentemente as conversas dos adultos para poder ter a atenção só para si, com pouca noção do perigo, que não chora com facilidade, pelo contrário, e que continua a apresentar um temperamento difícil, *“perde controlo quando está mais nervoso e em momentos de frustração, é difícil controlá-lo, parece que fica com a visão turva”* (sic).

4.3.3. Avaliação inicial

Tendo em conta a contextualização realizada, a avaliação inicial consistiu numa parte informal (e.g., entrevista, observação psicomotora infantil, através da Grelha de Observação (versão adaptada) de João Costa) e numa parte formal em que foram aplicados instrumentos de avaliação condicentes com aquilo que se pretendia medir.

Dessa forma aplicou-se o BOT-2 (Bruininks, 1978) para compreender as competências motoras da criança, visto terem sido observadas alterações ao nível do equilíbrio e descoordenação motora, nas primeiras sessões. Os subfactores Tonicidade, Noção do Corpo e Estruturação Espaço-temporal da BPM de Vitor da Fonseca (2010) foram aplicados como o intuito de perceber qual o estado tónico do Rafael e de que modo este poderia comprometer o seu funcionamento e desempenho perante as situações; recolher informações sobre a integração do esquema corporal, devido às dificuldades de autorregulação; e ainda perceber-se se confirmam as alterações ao nível da estruturação rítmica observadas na avaliação informal. Foi também aplicada a Prova da Estátua de NEPSY (Korkman, Kirk & Kemp, 2007), a fim de compreender melhor a capacidade de inibição, autorregulação, monitorização e vigilância da criança. Por fim, após a análise da história de vida e o quadro clínico do Rafael, aplicou-se a STAIC-C2 (Matias, 2004), com o objetivo de compreender os traços de ansiedade manifestados pelo Rafael que acabam por comprometer a sua atenção/concentração, e o SDQ (Goodman, 1997), aos pais e à professora, para averiguar os comportamentos apresentados pela criança, em contexto escolar e familiar. É de referir que a avaliação inicial decorreu ao longo das primeiras sessões, no final do mês de dezembro e início do mês de janeiro. De seguida, serão expostos os resultados obtidos através das diferentes avaliações.

4.3.3.1. Avaliação informal

Durante as primeiras sessões realizadas foi possível realizar a avaliação informal, através do preenchimento de uma grelha de observação, tendo esta sido realizada na sala de psicomotricidade.

Observou-se que o Rafael é uma criança que demonstra uma aparência cuidada e investida, de estatura média com um perfil morfológico ectomorfo, com um desenvolvimento estado-ponderal adequado para o seu escalão etário. Num primeiro momento, revelou um contacto um pouco inibido, mas com o decorrer das sessões mostrou-se mais disponível e interativo.

Durante as atividades, o Rafael revelou um contacto adequado, participando de forma ativa nas atividades, manifestando desejo e iniciativa perante as tarefas e realizando as mesmas em colaboração e cooperação com a terapeuta. Verificou-se uma resposta precipitada ao estímulo motor, com alguns sinais de fadiga, e uma competitividade moderada durante as atividades. Ao nível do jogo, verificou-se uma utilização adequada dos materiais, de acordo com o valor simbólico da situação. A criança evidencia competências ao nível da simbolização e um interesse pelo outro, na partilha de interesses comuns. O Rafael manteve a atenção nas atividades, apesar de demonstrar alguma impulsividade e agitação no início das mesmas.

Relativamente aos aspetos psicomotores, o Rafael apresentou dificuldades ao nível da regulação tónica, com sinais de hipertonia, alterações ao nível do equilíbrio, com descontrolo corporal e oscilações frequentes, alterações ao nível da estruturação rítmica, ligeiras dificuldades ao nível da coordenação dos movimentos, com uma considerável descoordenação óculo-manual, e revelando ainda preferência manual e pedal à direita.

No que se refere à comunicação verbal, a criança revelou uma linguagem recetiva, compreendendo o que lhe foi dito, e expressiva adequadas, com organização do discurso, apesar de se verificarem algumas dificuldades de articulação. Por outro lado, ao nível da comunicação não-verbal, revelou um olhar aceitante, um sorriso e uma expressão facial concordantes com o seu estado emocional, gesticulação retraída e um tom de voz adequado, apesar de em determinados momentos ser baixo. Foi ainda possível observar que o Rafael manifestou alguns tiques faciais ao longo de toda a sessão, em especial ao nível dos olhos.

Ao longo das sessões de psicomotricidade, observou-se que o Rafael demonstrou ser uma criança simpática, alegre e comunicativa, com facilidade em estabelecer contacto com o outro, não se verificando dificuldades em respeitar ou cumprir as regras, nem em reconhecer a diferença de idades entre a terapeuta e o próprio, sendo, por isso, capaz de respeitar a gestão da distância entre ambos. É ainda importante referir que durante a sessão se verificou um desajuste relativamente à noção de perigo.

4.3.3.2. Avaliação Formal

Através da análise dos resultados do BOT-2 é possível verificar que o Rafael obteve uma pontuação standard de 43 pontos, situando-se no percentil 21 e, por isso, dentro da média esperada para a idade. Relativamente às provas de *Precisão Motora Fina*, *Integração*

Motora Fina e Destreza Manual, este conseguiu realizar as mesmas, observando-se apenas ligeiras dificuldades ao nível do controlo visuomotor, postura desadequada, alguma impulsividade e competitividade consigo próprio. Na prova de *Coordenação Bilateral e Coordenação Membros Superiores*, observaram-se ligeiras dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual na tarefa de driblar a bola. Nas provas de *Equilíbrio* e de *Velocidade e Agilidade*, o Rafael revelou oscilações acentuadas e descontrolo corporal, acabando por sair da linha, tropeçar ou quase cair. Na prova da *Força*, verificaram-se ligeiras alterações da postura e algumas dificuldades ao nível da regulação do esforço. Os resultados não indicam dificuldades na proficiência motora.

No que diz respeito à aplicação da BPM e mais especificamente dos subfactores *Tonicidade, Noção do Corpo e Estruturação Espaço-Temporal*, foi possível verificar que o Rafael apresentou um perfil hipertónico, revelando rigidez nos membros, sinais de resistência e de esforço nas mobilizações sugeridas, e ligeiras manifestações emocionais. Nas diadococinésias, realizou movimentos de pronação e supinação descoordenados e arrítmicos, bem como sincinésias bucais. Os resultados obtidos neste subfactor são indicadores de dificuldades de controlo ao nível da impulsividade, instabilidade, distratibilidade, imprecisão na aplicação da força, velocidade e controlo dos movimentos.

Em relação à avaliação da *Noção do Corpo*, o Rafael revelou um adequado sentido cinestésico, conseguindo identificar 13 de 16 partes do corpo, facilidade no reconhecimento direita-esquerda, algumas dificuldades na imitação de gestos com ligeiras distorções de angularidade, e ainda um desenho do próprio corpo organizado e simétrico, mas com pobreza de pormenores faciais e das extremidades dos membros superiores.

Ao nível da *Estruturação Espaço-Temporal*, o Rafael apresentou adequada planificação e verbalização do cálculo visuoespacial apenas com ligeiro encurtamento das passadas no final do percurso, dificuldades de memorização e de sequencialização visuoespacial. E, apesar das ligeiras hesitações no início da prova, revelou uma adequada interiorização direcional e espacial. Verificaram-se ainda dificuldades significativas de integração auditivo-motora, revelando irregularidades, alterações de ordem e inversões, que por sua vez resultam numa integração rítmica desajustada.

No que se refere à Prova da Estátua de NEPSY, o Rafael demonstrou significativas dificuldades ao nível da inibição e autorregulação, tendo sido possível observar que a criança abriu os olhos, movimentou-se ou realizou vocalizações após cada distração induzida pela terapeuta e em momentos prolongados de silêncio, revelando ainda alterações no equilíbrio com ligeiras oscilações.

Relativamente à STAIC-C2, a análise de resultados permitiu perceber que existem alguns sinais de ansiedade, sendo que as respostas mais marcantes revelam medos e receios, pensamentos e preocupações frequentes com os pais e a escola, com

acontecimentos futuros e com o que os outros pensam dele, grande foco nas sensações corporais, como batimento cardíaco acelerado, inquietação, dificuldades em superar os seus problemas e dificuldades em adormecer à noite.

Em relação à aplicação do SDQ, os resultados obtidos revelam que os comportamentos mais significativos e com maior pontuação se verificam nas escalas de *Problemas de Comportamento* e de *Hiperatividade*, evidenciando-se dificuldades ao nível da regulação do comportamento, em obedecer às indicações do adulto, agitação motora, impulsividade e dificuldades em focar a sua atenção por longos períodos de tempo. Nas escalas de *Sintomas Emocionais*, de *Problemas de Relacionamento com os Colegas* e de *Comportamento Pró-social*, o Rafael apresentou resultados dentro do esperado, salientando-se algumas queixas físicas (e.g., dores de cabeça), alguns comportamentos receosos perante situações novas e sem dificuldades ao nível da empatia, interação, partilha ou cooperação com os pares. Como resultado final, na *Pontuação Total das Dificuldades*, o Rafael apresenta um resultado limítrofe, de 15 pontos em 40 possíveis. Destacam-se os problemas de hiperatividade e de comportamento, cujos resultados demonstram que poderá haver uma maior indicação de problemas significativos. Estes problemas parecem incomodar e fazer sofrer o Rafael, interferindo no ambiente familiar, na interação com os pares e, em especial, nas aprendizagens escolares.

4.3.4. Elementos critério

Com base nas informações recolhidas durante a avaliação inicial, de cariz formal e informal, foi possível agrupar as características predominantes do Rafael, determinando desta forma os elementos critério:

- Ependinoma (grau II no 4^o ventrículo);
- Cirurgia e sessões de radioterapia aos dois anos de idade;
- Instabilidade emocional;
- Perturbação Desafiante de Oposição;
- Perturbação de Aprendizagem Específica (Dislexia e Disortografia);
- Superproteção da mãe;
- Dificuldades ao nível da regulação tónica, com evidências de hipertonicidade;
- Dificuldades no equilíbrio com muitas oscilações;
- Dificuldades ao nível da organização espaciotemporal;
- Dificuldades de atenção e concentração;
- Impulsividade e agitação psicomotora;
- Disponibilidade e interesse pelas sessões;
- Empenho e compromisso da mãe.

4.3.5. Hipóteses explicativas

A recolha de dados sobre o Rafael, no que se refere à sua história pessoal e clínica e aos resultados da avaliação, são de extrema importância para refletir e formular as hipóteses explicativas, que irão auxiliar na compreensão das características e sintomas apresentados pelo Rafael. Após este processo de análise, será possível delinear o programa de intervenção terapêutico mais adequado às necessidades do Rafael.

Aquando da realização da amniocentese, às 15 semanas, descobriu-se que existia uma elevada probabilidade de a criança apresentar Síndrome de Down. Este diagnóstico pode ter levado a uma total reestruturação da imagem idealizada da criança, que mais tarde sofre novas alterações, devido ao facto desse diagnóstico não se confirmar, indicando assim que a criança iria apresentar um desenvolvimento considerado típico. De acordo com Stern (1997), a gravidez é um período de transformações físicas, decorrentes do crescimento do feto, e psíquicas, com a formação da ideia de ser mãe e a construção de uma imagem mental do bebé. Nessa imagem mental, coexistem três bebés, nomeadamente, o bebé edipiano ou fantasiado, que representa o bebé ideal composto por características perfeitas, o bebé imaginário, dos sonhos diurnos e das expectativas e produto do desejo de maternidade, e o bebé real, aquele que a mãe segurará no dia do seu nascimento (Lebovici, 1987). É através do bebé imaginário que a mãe começa a criar uma relação com o seu filho, atribuindo-lhe características e personalidade, e se prepara para a vinculação com o bebé real (Brazelton & Cramer, 2018). Contudo, o diagnóstico de malformação fetal, pode constituir o fim de um sonho, que resulta na perda de um bebé fantasiado com conseqüente luto, e a alteração da imagem mental do bebé imaginário, através da incorporação de novas expectativas relativamente ao bebé (Setúbal et al., 2004). Como conseqüência de todo este processo, ao longo da gravidez, a mãe acabou por desenvolver sintomatologia ansiogénica culminando numa instabilidade emocional. Antunes e Patrocínio (2007) referem que o diagnóstico de malformação fetal pode desencadear reações emocionais, como angústia e sofrimento, resultando num aumento dos níveis de ansiedade parental (Antunes & Patrocínio, 2007; Benute et al., 2006). Talge e colaboradores (2007) referem também que o estado emocional da mãe, durante a gravidez, é influenciado pela natureza das experiências stressantes. No caso do Rafael, o resultado da amniocentese pode ter sido sentido pela mãe como sendo uma experiência stressante, que acabou por aumentar os seus níveis de ansiedade durante a gestação.

Tendo em conta as características sintomatológicas da mãe, ao nível da ansiedade podemos supor que quando em relação mãe-bebé, e através do *holding* e do *handling*, é natural que também a criança venha a manifestar sintomatologia ansiogénica, contribuindo para uma eventual instabilidade emocional, com conseqüências no seu desenvolvimento. Os

momentos iniciais de interação entre a mãe e o bebê são importantes para a formação e consolidação do vínculo entre a díade, para a qualidade dos cuidados maternos e imprescindíveis ao desenvolvimento e bem-estar consequentes do bebê (Borsa, 2007), sendo que o *holding* (forma como a criança é pegada) e do *handling* (forma como a criança é tratada, manipulada, cuidada) compreendem as primeiras formas de interações da mãe com o bebê (Dias, 2012) após o seu nascimento. Porém, a ansiedade pode influenciar a relação mãe-bebê, na medida em que pode dificultar a capacidade de a mãe compreender as exigências do recém-nascido, descodificar o choro e as suas necessidades de amamentação, sono e afeto, comprometendo o bem-estar do bebê (Beltrami et al., 2013). Assim, o estado emocional da mãe pode influenciar a comunicação e o diálogo mãe-bebê, afetando negativamente a capacidade de resposta materna (Beebe et al., 2011) e originando problemas comportamentais, emocionais e cognitivos na criança (O'Connor et al., 2003; Talge et al., 2007). De facto, na entrevista a mãe referiu que o Rafael apresentava sinais de ansiedade, que condicionaram a amamentação e provocaram alterações nos padrões de sono, temperamento difícil e algumas dificuldades de atenção. Atualmente, a criança continua a manifestar oscilações de peso, alterações do comportamento e desregulação emocional. Por outro lado, a instabilidade emocional da mãe pode ter levado a que a mesma desenvolvesse um instinto de proteção mais vincado, acabando por influenciar também o desenvolvimento emocional, comportamental e social do Rafael. A ansiedade conjugada com as dificuldades ao nível da capacidade de resposta materna às necessidades e exigências da criança, tendem a conduzir à diminuição da interação social infantil e a um aumento da intrusividade por parte da mãe (Feldman, 2007), ou seja, esta tem tendência a controlar mais os comportamentos do filho (Feldman et al., 2009). McLeod e colaboradores (2007) referem que a superproteção é caracterizada por uma regulação excessiva das atividades e rotinas dos filhos e incentivo à dependência. Estes comportamentos de superproteção podem transmitir à criança a sensação de que o mundo é perigoso, reforçando os comportamentos de evitamento e limitando as oportunidades para desenvolver habilidade que lhe permitam lidar com situações que provoquem ansiedade (Murray et al., 2009). Ao mesmo tempo, a manifestação de ansiedade por parte das crianças leva que os pais sejam mais protetores, o que significa que a relação é bidirecional (Chorpita & Barlow, 1998). Na entrevista, foi referido que a mãe deixou de trabalhar após o nascimento do filho, para se dedicar por completo ao cuidado do mesmo, que o Rafael dormiu com a mãe até sensivelmente aos três anos de idade, sendo ainda de referir que se observou uma grande proximidades entre os dois, com a mãe a querer controlar, de certo modo, o que filho dizia.

Como referido na história clínica, aos dois anos foi diagnosticado ao Rafael um tumor maligno (ependimoma), sendo submetido a intervenção cirúrgica e a sessões de radioterapia. Tumores ao nível da fossa posterior, como o ependimoma, podem ter como consequência

disfunções endócrinas permanentes, défices neurológicos e comprometimento neuropsicológico com impacto significativo na qualidade de vida das crianças (Charalambides et al., 2009). Este encontra-se em grande proximidade com o cerebelo, que segundo alguns autores, desempenha um papel importante no desenvolvimento do cérebro em crianças, e qualquer lesão provocada neste pelo tumor, pode afetar significativamente o funcionamento cognitivo (Grill et al., 2004), emocional (D. Hu et al., 2008) e as habilidades motoras e de coordenação (Schmahmann & Caplan, 2006) da criança. De acordo com Schmahmann e Sherman (1998), decorrentes deste diagnóstico podem surgir défices nas funções executivas (planeamento, raciocínio abstrato, fluência verbal, memória operacional), dificuldades de atenção/concentração, desorganização visuo-espacial, dificuldades ao nível da memória visuo-espacial, alterações da personalidade e dificuldades na produção da linguagem (prosódia e gramática). Alguns autores referem ainda labilidade emocional e alterações do comportamento (Lanier & Abrams, 2016), com evidências de irritabilidade, agitação e instabilidade (Turkel et al., 2004). Deste modo, uma das hipóteses explicativas do caso do Rafael passa pela existência de uma lesão no cerebelo como consequência do tumor, que provocou alterações ao nível do funcionamento cognitivo, emocional, comportamental e social da criança, sendo que através da avaliação observaram-se dificuldades ao nível da memória, do planeamento, da atenção, da linguagem verbal (e.g. dificuldades de articulação, discurso confuso), instabilidade emocional, impulsividade, agitação motora, comportamentos de desafio e oposição, conflitos com os pares e incumprimento de regras. Todas estas dificuldades influenciam negativamente a qualidade de vida do Rafael. Todavia, a radioterapia pode ser considerada como um fator de risco, na medida em que pode ter influenciado negativamente o desenvolvimento do Rafael, e consequentemente limitações. Neste sentido, apesar da radioterapia ser um elemento importante no tratamento multimodal de muitos tumores infantis (Armstrong et al., 2010), o facto da infância ser um período de grande desenvolvimento, faz com que as crianças sejam mais sensíveis aos efeitos adversos induzidos pela radiação (Ishida et al., 2010; Meadows et al., 2009). Corroborando estas informações, Palmer e Leigh (2009) referem que a radioterapia tem efeitos adversos no desenvolvimento neuropsicológico e cognitivo em crianças, corroborando as dificuldades observadas em consequências de lesões no cerebelo.

Por volta da mesma altura e com a entrada no infantário, começaram a evidenciar-se comportamentos desajustados na interação com os pares e de autorregulação, acabando a criança por ser diagnosticada com PDO. Esta perturbação é caracterizada por um padrão frequente e persistente de humor zangado/irritável (frequente perda de controlo, suscetibilidade ou facilidade em ser incomodado pelos outros, sentimentos frequentes de raiva e ressentimento), comportamento conflituoso/desafiante (discussões frequentes com figuras de autoridade ou com adultos, desafio ou recusa frequente em cumprir pedidos de

figuras de autoridade ou regras, aborrece deliberadamente e com frequência as outras pessoas, culpa frequentemente os outros pelos seus erros ou mau comportamento) ou comportamento vingativo (comportamentos de rancor ou vingança para com os outros), quando em interação com o outro (APA, 2014). Para além destes sintomas, podem ser ainda observáveis sintomas de hiperatividade e impulsividade, dificuldade de atenção (Martel, 2019), dificuldades na linguagem (Matthys & Lochman, 2010), défices nas funções executivas (Speltz et al., 1999), em especial ao nível do controlo inibitório, da capacidade de planeamento (Hughes et al., 2000), de resolução de problemas, da flexibilidade cognitiva (Sá et al., 2008), recusa em dormir sozinho e níveis elevados de reatividade (Martel, 2019). No caso do Rafael, através da história pessoal e da avaliação, foi possível constatar que a criança discute frequentemente com as figuras de autoridade (e.g. pai, mãe, professores), interrompe ou perturba as conversas do adulto, revela incumprimentos das regras e das indicações dadas, dificuldades em gerir conflitos, baixa tolerância à frustração que resulta em dificuldades no controlo de impulsos e, por vezes, evidencia-se culpabilização dos outros pelos seus erros ou comportamentos. Campbell e colaboradores (2006), referem ainda que a PDO se encontra associado a problemas de relacionamento familiar e com os pares, dificuldades académicas e problemas ao nível da autoestima, podendo estes ser observados no caso do Rafael.

Decorrente das dificuldades de autorregulação podem surgir associadas dificuldades de aprendizagem, uma vez que se a criança não se encontra disponível emocionalmente não irá conseguir reter ou interiorizar os conteúdos escolares lecionados. Fonseca (2016) refere que a ausência de funções de autorregulação emocional conduz a comprometimentos na aprendizagem, uma vez que sem estratégias de autorregulação, as emoções acabam por se impor às funções cognitivas, levando-o a agir de forma impulsiva, excitável, eufórica, episódica e sem qualquer tipo de planeamento. De acordo com Howse e colaboradores (2003), crianças com dificuldades ao nível da regulação emocional parecem estar menos disponíveis para realizar atividades de sala de aula e ter mais dificuldades em aproveitar as situações de aprendizagem. Assim, as dificuldades no controlo de impulsos, da expressão emocional, da gestão de conflitos, da atenção/concentração e a baixa tolerância à frustração podem estar a condicionar ainda mais as aprendizagens do Rafael, estando efetivamente este encontra-se diagnosticado com PAE. Esta perturbação caracteriza-se por dificuldades persistentes e incapacitantes na aprendizagem de capacidades académicas fundamentais de leitura, escrita e/ou matemática (APA, 2014), sendo que no caso do Rafael, os défices ocorrem nos domínios da leitura e da escrita. De acordo com Antunes (2019), uma criança com esta perturbação poderá apresentar dificuldades na leitura por imprecisões, lentidão ou esforço exagerado, no geral com impacto na compreensão leitora, e dificuldades na escrita que afetam a prontidão e legibilidade caligráfica, correção ortográfica ou morfossintática e a

organização da expressão escrita, manifestações evidenciadas no Rafael. Para além destas dificuldades, podem ser ainda observados outros problemas característicos (Cruz, 2009), nomeadamente, hiperatividade, impulsividade, défice gerais de coordenação, problemas perceptivo-motores, instabilidade emocional, desordens da memória e do pensamento (Clements, 1966 citado por Cruz, 2009). Em relação ao domínio psicomotor podem existir dificuldades no controlo tónico (hipotonicidade, hipertonicidade, paratonias e sincinésias), problemas no equilíbrio (problemas de controlo vestibular e proprioceptivo), problemas na noção do corpo (alterações do desenho do corpo e dificuldades na imitação de gestos), problemas ao nível da estruturação espacio-temporal (problemas na memória a curto prazo visual e auditiva), dificuldades na coordenação de movimentos, como praxia global e fina, dismetria e problemas de dextralidade (Fonseca, 1984). No caso do Rafael, foram observadas dificuldades no controlo tónico, problemas no equilíbrio e ao nível da estruturação espacio-temporal. Todavia, as dificuldades de aprendizagem do Rafael podem também elas estar a influenciar negativamente a regulação emocional e comportamental, assim como a sua autoestima da criança, sendo que segundo Mercer (1994), muitas crianças com PAE ficam frustradas com as suas dificuldades para aprender, reagem de modo disruptivo e adquirem sentimentos negativos de autoconceito e autoestima. Também Fonseca (1984) sugere a manifestação de ansiedade, reações comportamentais bruscas e desconcertantes, e autoconceito e autoestima baixos, com reduzida tolerância à frustração, em crianças com PAE. Desta forma, parece existir uma relação entre as dificuldades de autorregulação e as dificuldades de aprendizagem específica, onde as primeiras podem condicionar o desenvolvimento de competências necessárias à aquisição de novas aprendizagens e as segundas perturbam o padrão normal de aprendizagem das capacidades académicas. No caso do Rafael, é possível constatar muitos destes sintomas característicos da PAE como das dificuldades de autorregulação.

4.3.6. Perfil

4.3.6.1. Perfil intra-individual

O perfil intra-individual do Rafael foi realizado com base nas informações recolhidas através das avaliações e observações realizadas. Desta forma, verifica-se que o Rafael apresenta diversas dificuldades de base emocional e psicomotora, que influenciam o modo como interage com o envolvimento e se relaciona com os outros (ver Tabela 9).

Tabela 8 - Perfil Intra-Individual do Rafael

Áreas fortes	Áreas a desenvolver
---------------------	----------------------------

Noção do corpo	Tonicidade
Motricidade Fina	Equilíbrio
Praxias (global e fina)	Estruturação Espaço-Temporal
Relacionamento interpessoal	Atenção/concentração
Contacto visual e físico	Autorregulação comportamental
Capacidade de iniciativa	Regulação emocional
Aceitação de propostas externas	Autoestima
	Competências sociais

4.3.6.2 Objetivos terapêuticos

Com base nas informações recolhidas, através da história clínica e pessoal, e ainda da avaliação inicial, delinear-se os objetivos terapêuticos (ver Tabela 10) para a intervenção em contexto individual com o Rafael.

Tabela 9 - Objetivos Terapêuticos do Rafael

Objetivo Gerais	Objetivos Específicos
Domínio Psicomotor – Desenvolver competências psicomotoras, nomeadamente, ao nível da noção do corpo (NC), equilíbrio (E), estruturação espacial (EE) e temporal (ET) e autorregulação comportamental (AC)	
NC1. Desenvolver um correto conhecimento e consciência corporal	NC1.1 Melhorar a consciência dos seus limites corporais
	NC1.2 Aumentar a consciência dos estados tónico-emocionais
	NC1.3 Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade
E1. Estimular um adequado controlo postural, em diferentes situações	E1.1 Controlar adequadamente o equilíbrio estático
	E1.2 Aumentar a capacidade de equilíbrio dinâmico em diferentes situações
	E1.3 Potenciar a capacidade de inibir movimentos em equilíbrio estático
EE1. Desenvolver a orientação e organização espacial	EE1.1 Promover o conhecimento das noções espaciais em si, no outro e em relação aos objetos
	EE1.2 Promover a organização no espaço
	EE1.3 Ser capaz de realizar percursos com recurso ao mapa da sala
ET1. Desenvolver a orientação e organização temporal	ET1.1 Estimular o conhecimento das noções rítmicas
	ET1.2 Integrar os diferentes tipos de ritmo e adaptar os seus movimentos aos mesmo
	ET1.3 Melhorar a reprodução motora de vários ritmos
AC1. Promover a autorregulação comportamental	AC1.1 Diminuir os níveis de impulsividade
	AC1.2 Diminuir os níveis de agitação motora
	AC1.3 Aceitar e reconhecer quando revela um comportamento desadequado
	AC1.4 Aumentar a tolerância à frustração
Domínio Cognitivo (C) – Desenvolver capacidade de apreensão, análise, síntese e avaliação de diferentes conceitos, em diversos contextos	
C1. Promover a capacidade de atenção/concentração	C1.1 Aumentar o tempo de atenção/concentração na tarefa
C3. Melhorar as capacidades de mentalização	C2.1 Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento
	C2.2 Identificar e aplicar estratégias de autorregulação e controlo perante situações de conflito ou frustração
Domínio Sócio-Emocional (SE) – Promover a regulação emocional e estimular a manifestação de comportamentos socialmente adequados	
SE1. Melhorar a regulação emocional	SE1.1 Promover a consciencialização dos estados emocionais
	SE1.2 Adequar a expressão das suas emoções, de acordo com o contexto
	SE1.3 Promover a regulação dos comportamentos de agressividade

SE2. Reforçar a autoestima, o autoconceito e o sentimento de identidade	a	SE4.1 Aumentar a consciência das suas capacidades SE4.2 Aumentar os sentimentos de autovalorização SE4.3 Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais com confiança
SE3. Melhorar competências de socialização	as de	SE3.1 Reconhecer as regras dos jogos e do espaço SE3.2 Estimular a capacidade de cumprimento de regras

4.3.7. Projeto pedagógico-terapêutico

4.3.7.1. Diretrizes e fundamentação da intervenção

Considerando as avaliações realizadas e o perfil psicomotor do Rafael, serão descritas as diretrizes da intervenção com descrição e justificação da mesma, tendo em conta as suas características específicas e individuais da criança. O acompanhamento será realizado individualmente, onde estarão apenas presentes a terapeuta e o Rafael, sendo que as sessões irão ter uma periodicidade semanal, com duração média de 50 minutos. Ao longo das sessões serão trabalhados os objetivos terapêuticos previamente indicados.

A intervenção psicomotora a realizar, terá como base o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, com o objetivo de desenvolver as áreas previamente identificadas. De acordo com Costa (2008), esta abordagem, onde se privilegia a qualidade da relação terapêutica, proporciona à criança um espaço onde pode expressar os seus desejos, sentimentos, medos, fantasias e ambivalências na relação consigo próprio, com o outro e com o meio envolvente. Por outro lado, esta relação, ao surgir num acolhimento empático, irá permitir aos indivíduos passar de um prazer de agir para um prazer de pensar (Mira & Fernandes, 2015) e expressar os fantasmas ligados ao desejo, através do tónus muscular, dos gestos, dos movimentos, do brincar e dos jogos (Lima et al., 2015). Deste modo, tentar-se-á criar um ambiente contendor e securizante, através do estabelecimento de uma boa relação terapêutica, e da realização de atividade lúdicas, para que a criança se expresse e desenvolva as suas competências.

Segundo a APP (2017), a intervenção psicomotora, a partir de propostas de carácter motor e com recurso às componentes verbal e não verbal da comunicação, permitem atuar ao nível das dificuldades na aprendizagem dos processos simbólicos (leitura, escrita e aritmética), dificuldades na gestão dos processos de atenção, problemas emocionais (instabilidade emocional, baixa autoconfiança, baixa tolerância à frustração), problemas na autorregulação do comportamento (impulsividade, agitação, agressividade, oposição) ou outras funções executivas (capacidade de planeamento, monitorização da própria ação, capacidade de síntese e análise) e problemas psicomotores propriamente ditos (e.g. dificuldades na regulação tónica, no equilíbrio, na estruturação espaço-temporal). Também Gallahue e Ozmun (2005) defendem que as atividades motoras que estimulem as competências da consciência corporal, competências direcionais e espaciais, ritmo e

sequências são essenciais e produzem benefícios no raciocínio e nas aprendizagens académicas. Perante estes dados, serão planeadas atividades gnóstico-práticas, como circuitos e percursos, associadas às componentes da comunicação com o objetivo de atuar ao nível das dificuldades de aprendizagem (e.g. leitura e escrita) e de alguns dos fatores psicomotores, evidenciadas pelo Rafael, porque um desenvolvimento motor adequado possibilita a promoção de outras áreas (e.g. cognição, linguagem, autonomia e socialização) (Lima, 2012). É ainda importante salientar que, no trabalho com crianças com dificuldades de aprendizagem, o terapeuta deverá transmitir as informações de forma clara e concisa, podendo recorrer à demonstração (Antunes, 2019), à utilização de organizadores visuais de informação, de mnemónicas e estratégias metacognitivas (Lerner, 2009 citado por Ribeiro, 2010). No caso do Rafael, estas poderão ser algumas das estratégias a utilizar ao longo da intervenção.

Um outro foco da intervenção será a autorregulação do comportamento (e.g. impulsividade, agitação, agressividade e oposição), uma vez que as dificuldades evidenciadas a este nível no Rafael podem influenciar negativamente as suas aprendizagens e a forma como o mesmo se relaciona com os outros e com o meio. Lièvre e Staes (2012) referem que a intervenção com estas crianças deverá proporcionar atividades que lhes permitam jogar livremente, levando-as progressivamente a respeitar determinadas orientações corporais e a adequarem-se aos limites espaço-temporais, que as ajudem a agir de forma construtiva, promovam a atenção, melhorem a memória, o autocontrolo e autoconhecimento. Nas crianças com dificuldades no controlo da agressividade, as atividades de coordenação e equilíbrio, proporcionam um meio dinâmico para a criança aprender a controlar o seu corpo e os seus movimentos e de dominar o meio envolvente. Os mesmos autores referem que podem ser utilizados jogos de inibição e imobilidade, e ainda atividades que apelem à manutenção da vigilância, que envolvam planificação, sequencialização e implicação operacional do indivíduo para adequar os comportamentos anteriormente referidos (Lièvre & Staes, 2012). Neste sentido, na intervenção com o Rafael, serão priorizadas atividades de coordenação e equilíbrio, jogo livre, jogos de inibição e imobilidade, com o objetivo de diminuir os níveis de agitação, impulsividade e os comportamentos de oposição e agressividade. Por outro lado, a utilização de técnicas de expressão plástica, de expressão corporal, de relaxação e atividades lúdicas facilitam a comunicação e a expressão simbólica da criança, ao possibilitar diferentes formas de agir e auxiliar na expressão do mundo interno da mesma (Almeida et al., 2005), ajudando na autorregulação emocional e comportamental.

No caso das crianças com perturbação do comportamento, a intervenção deve passar pela promoção da mentalização e do pensar, através do apelo à criatividade, à figuração psíquica e à articulação entre ações, afetos, sensações, sentimentos, ideias e pensamentos,

e da criação de um espaço de transição, para onde são encaminhadas as condutas agressivas e onde ocorre a transformação desse afeto, por meio da simbolização e/ou da palavra (Almeida et al., 2005). Deste modo, propõem-se a criação/escolha de um espaço na sala de sessão para onde a criança se pode dirigir quando não se sentir confortável com algo ou exteriorizar condutas desadequadas. De seguida, tentar-se-á recorrer à simbolização e/ou verbalização, com o objetivo de atribuir um significado ao que foi sentido. Para além disto, sempre que a criança apresentar um comportamento adequado, irá ser utilizado o reforço positivo como forma de estimular a manifestação de comportamentos desejados e diminuir os comportamentos indesejados, melhorando assim a capacidade de autorregulação da criança (Albaret et al., 2015).

Ao nível da atenção, Costa e Fernandes (2012) referem que a consciencialização e planeamento das ações, assim como a participação da criança nas atividades, permitem aumentar os períodos de atenção da mesma. Posto isto, na intervenção com o Rafael ser-lhe-á solicitado que verbalize o que pretende fazer ou que explique como é que irá realizar determinada tarefa, estimulando assim a capacidade de planeamento, que por sua vez irá aumentar o tempo de atenção e permanência na atividade.

Na parte final da sessão, irá realizar-se um momento de retorno à calma, através da relaxação terapêutica e do toque terapêutico, com o objetivo de estabelecer um diálogo tónico-emocional que promova as competências relacionais e psicoafectivas da criança (Martins, 2001a). De acordo com Sarda (2002), o toque desempenha um papel importante na construção psíquica da criança, ao conter e envolver o corpo, apaziguar as tensões internas da criança (e.g. emoções, sentimentos, pensamentos), mobilizar a representação mental que a mesma tem do seu corpo e da sua imagem subjetiva. Assim, a relaxação psicoterapêutica funciona como uma ponte entre o que é sentido e vivido nessa experiência, no plano não-verbal e numa base tónico-emocional, atuando como um mecanismo regulador das emoções, influenciando a intensidade das suas manifestações e coordenando a associação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva (Martins, 2001a). Crianças com dificuldades no controlo da agressividade podem beneficiar destas técnicas, na medida em que têm a possibilidade de aprender a controlar e compreender melhor o seu corpo, para serem capazes de regular os seus comportamentos (Lièvre & Staes, 2012). Por outro lado, a relaxação possibilita a diminuição das dificuldades de aprendizagem, ao permitir a consciência corporal, a aquisição de mecanismos de regulação e o acesso ao imaginário, à capacidade de antecipação e à disponibilidade mental (Bergés-Bounes et al., 2008). Desde modo, a utilização da relaxação terapêutica será uma das diretrizes de intervenção, com o objetivo de melhorar as competências do Rafael ao nível da regulação emocional e comportamental.

As sessões caracterizar-se-ão por uma interação de carácter semi-estruturado, contemplando atividades planeadas pela terapeuta e atividades sugeridas pela criança, o que

possibilita a valorização individual (Martins & Rosa, 2005). Deste modo, a sessão contemplará três momentos principais: num primeiro momento, será realizado o ritual de entrada, onde irá ser proposto à criança que pense no que pretendem fazer, dando-lhe espaço para sugerir tarefas e materiais que gostasse de trabalhar; num segundo momento consistirá na realização das atividades propostas; e por último, que será realizado no final da sessão, irá ser proposta uma reflexão sobre o que aconteceu na mesma (Almeida et al., 2005). É importante salientar que esta reflexão, tem como principais objetivos melhorar a expressão emocional e a autoestima do Rafael, verbalizando o que sentiu durante as atividades, reconhecendo as suas competências e identificando quais as atividades mais difíceis para si. Neste momento, poder-se-á recorrer à utilização de símbolos e desenhos ou à verbalização, como forma de a criança expressar as suas vivências, sendo que segundo (Maximiano, 2004) o uso da palavra permite a atribuição de significados e a associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal que ocorreu ao longo das sessões. Segundo a mesma autora, a comunicação deve ser um dos fatores predominantes no decorrer da intervenção, pois é através desta que vai ser estabelecido o diálogo corporal, a proxémia na relação terapêutica e será potenciada a organização do pensamento e a expressão das emoções.

4.3.7.2. Estratégias específicas

As estratégias de intervenção foram elaboradas tendo em conta as características específicas deste caso. Assim sendo irá recorrer-se às seguintes estratégias: Proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação empática; Definir regras e limites dentro do espaço de sessão; Estruturação das atividades a desenvolver no início da sessão; Definir uma atividade inicial e final; Realização de atividades que vão de encontro dos gostos/preferências da criança; Transmitir a informação de forma clara, calma e pausada, facilitando a compreensão para a criança; Recorrer à simbolização e verbalização, como forma de consciencialização e interiorização da ação; Utilização do reforço positivo, verbal e não-verbal, como forma de reforçar comportamentos assertivos, aumentar o sentimento de autoeficácia e promover a capacidade crítica; Utilização do feedback interrogativo; Favorecer e incentivar a participação durante as atividades, proporcionando consciencialização das emoções vivenciadas e das próprias competências; Participação da terapeuta em todas as atividades de igual modo a fim de reduzir a sensação de exposição.

4.3.7.3. Exemplos de Atividades

Com o propósito de alcançar os objetivos terapêuticos referidos anteriormente, irão ser realizadas algumas atividades, nomeadamente:

- ❖ Com o intuito de desenvolver o autocontrole comportamental, o equilíbrio dinâmico e estático, e a estruturação espaço-temporal, irão ser realizados jogos de competição, de inibição e imobilidade, e percursos de obstáculos, estruturados e planeados em conjunto com a criança;
- ❖ Com o intuito de promover a consciência emocional, irá ser realizado um jogo onde serão apresentados diferentes cartões com emoções. Após a retirada do cartão, a criança terá que representar com o seu corpo ou que descreva a emoção para que o outro adivinhe. No final de cada tarefa, será solicitado à criança que associe uma situação do quotidiano a emoção representada/descrita;
- ❖ Com o intuito de desenvolver as questões de atenção e memória, irá ser realizada uma atividade em que a criança deverá procurar, pela sala, as cartas com as mesmas imagens. Ou seja, sempre que a criança encontrar uma carta, terá que a colar no quadro e ir encontrar o seu par, só posteriormente poderá passar ao próximo par de cartas;
- ❖ Com o intuito de estimular a regulação tónica, irá ser realizado um tempo de retorno à calma, de modo a reforçar a consciência corporal, perceber e modificar os estados tónicos e possibilitar um momento de contenção, através do toque terapêutico, da utilização de objetos mediadores e da realização de mobilizações passivas.

4.3.8. Progressão Terapêutica

A intervenção psicomotora com o Rafael decorreu entre o dia sete de janeiro e o dia seis de março de 2020. Ao todo foram realizadas cinco sessões de psicomotricidade, apesar de estarem previstas 19 sessões, uma vez que após a interrupção da intervenção, devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19), não houve possibilidade de retomar a mesma.

Nas sessões realizadas, o Rafael demonstrou sempre muita disponibilidade, motivação e participação em todas as sessões e atividades propostas, quer por ele quer pela terapeuta. Conforme previsto no projeto terapêutico, as sessões apresentaram uma conversa inicial, uma parte fundamental e um retorno à calma, sendo que muitas vezes este retorno à calma não incluiu nenhuma atividade de relaxação.

Nos momentos iniciais da sessão, a criança apresentou-se bastante comunicativa, verbalizando acontecimentos marcantes da sua semana, relacionados com a escola e com a família, planos de atividades a realizar e partilhando com a terapeuta os seus interesses e gostos. Durante a conversa inicial, foi possível verificar algumas dificuldades em recordar as atividades sugeridas na sessão anterior, acabando por sugerir novas ou sugerir adaptações às atividades propostas pela terapeuta, discurso um pouco confuso e desorganizado, e ainda tom de voz em surdina.

Durantes as primeiras duas sessões e aquando da realização de atividades mais dinâmicas (e.g. “caça ao tesouro”, “chão é lava”, “percurso”), foram visíveis dificuldades ao nível do controlo inibitório e corporal, com evidências de desequilíbrios e oscilações, níveis elevados de impulsividade, ligeiras dificuldades na regulação tónica, alguma descoordenação e desatenção, algumas dificuldades ao nível da simbolização e verbalização das suas ações, assim como da representação gráfica do percurso ou da disposição do material na sala. Na quarta sessão, aquando da realização de duas atividades (e.g. “chão é lava” e “percurso”), observaram-se comportamentos de desafio e oposição, frustração, incumprimento de regras e rigidez de pensamento. Todavia, após o Rafael verbalizar o seu ponto de vista e ouvir a opinião da terapeuta, foi possível chegar a um acordo relativamente às regras das atividades, em que a criança aceitou definir melhor as mesmas, colocando-as por escrito e com símbolos. O facto de as duas partes terem conversado e da terapeuta ter ouvido o Rafael, fez com que este percebesse que a mesma estava disponível para ouvir as suas opiniões, sem o julgar, possibilitando a adequação do seu comportamento. Em algumas destas atividades (e.g. “jogo do galo”, “percurso”, “batalha naval”), também foram visíveis as dificuldades do Rafael ao nível da organização espacial, em especial na colocação do material de acordo com o modelo, da simbolização gráfica do material no espaço, dos deslocamentos realizados no percurso e na execução das suas ações no “jogo do galo”. No entanto, após a utilização de *feedback* interrogativo e, quando necessário, nova explicação da instrução, a criança foi capaz de realizar as tarefas de forma adequada.

Conforme proposto no projeto terapêutico, foi dada a oportunidade à criança de escolher ou sugerir atividades que quisesse realizar, sendo que algumas das sugestões passaram por atividades dinâmicas e de competição (e.g. “arcos com cor”, “percurso”), e ainda algumas atividades que implicassem maior envolvimento cognitivo (e.g. “batalha naval”). A realização destas atividades teve como principal objetivo estimular a valorização individual e criativa da criança, mas também promover a coordenação motora, o equilíbrio e a estruturação espacial, dificuldades evidenciadas na avaliação inicial. É de referir que em algumas das atividades propostas pela terapeuta, o Rafael questionava e sugeria se poderiam ser adicionadas variantes, sendo que na sua maioria estas implicavam o aumento da sua complexidade.

Em suma, nas primeiras sessões tentou priorizar-se o estabelecimento da relação terapêutica, uma vez que esta é essencial para qualquer intervenção, com a realização de atividades que fossem ao encontro das preferências e gostos da criança (e.g. “batalha naval”). Para além disso, também se priorizou a realização de atividades motoras (e.g. percursos), com maior ênfase ao nível dos fatores psicomotores onde o Rafael revelou maiores dificuldades, nomeadamente tonicidade, equilíbrio e estruturação espaço-temporal. Com o avançar da intervenção, previa-se a realização de diversas atividades que permitissem

adequar a autorregulação do comportamento e da regulação emocional da criança, assim como continuar a desenvolver os fatores psicomotores anteriormente referidos.

4.3.8.1. Discussão

Importa referir que não foi possível realizar avaliações finais, uma vez que a intervenção teve de ser interrompida devido à situação epidemiológica atual, sem possibilidade de retoma. Neste sentido a presente discussão será realizada com base na progressão terapêutica e nas observações informais realizadas no decorrer da intervenção.

No início da intervenção, priorizou-se o estabelecimento de uma boa relação terapêutica, uma vez que segundo Costa (2008) refere que uma abordagem psicomotora de base relacional proporciona à criança um espaço onde se pode expressar e promove uma ação reparadora, de desenvolvimento global, aprendizagem e equilíbrio. Assim, a terapeuta mostrou-se disponível para ouvir a criança, tendo em consideração os seus gostos e preferências, através da realização de atividades sugeridas pela mesma, com objetivo de proporcionar um ambiente contendor e securizante, que permitisse ao Rafael expressar com confiança. Martins e Rosa (2005) referem que o diálogo tónico-emocional, em psicomotricidade, promove a espontaneidade e comportamento livre e criativo da criança, assim como favorece o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança com a terapeuta. Após o estabelecimento desta relação, foi possível começar a desenvolver algumas competências psicomotoras do Rafael e estimular a valorização individual e criativa.

Como proposto nas diretrizes de intervenção, foram realizadas atividades motoras (e.g. “percursos”, “arcos com cor”, “arcos nos cones”), implicassem movimento e que envolvessem competências de coordenação, equilíbrio e orientação espacial, porque segundo Lima (2012), o movimento permite que a criança tome consciência do seu corpo, como um todo, do espaço e do tempo, permitindo adquirir noções de ritmo e de equilíbrio. Outros autores (Gallahue & Ozmun, 2005; Lièvre & Staes, 2012) referem que este tipo de atividades, para além de promoverem competências psicomotoras, permitem também atenuar as dificuldades de aprendizagem e proporcionam um meio dinâmico para o Rafael controlar o seu corpo e os seus movimentos, com o objetivo de diminuir os níveis de agitação e impulsividade. Durante a realização destas atividades, verificaram-se níveis significativos de impulsividade, dificuldades ao nível da inibição do movimento e alguns comportamentos de desafio e oposição. Porém, devido ao número reduzido de sessões não é expectável que se verifiquem melhorias a este nível, uma vez que a adequação e autorregulação do comportamento não é um processo imediato, ou seja, é preciso que a criança vivencie diferentes situações e que aprenda a controlar o seu comportamento durante as mesmas, tomando progressivamente consciência dessas alterações, para que seja capaz de as aplicar noutros contextos.

Ao longo das cinco sessões realizadas verificaram-se algumas dificuldades no cumprimento de regras, com o Rafael a tentar contornar as mesmas, e alguns comportamentos de oposição. De acordo com Antunes (2019), estes comportamentos só ocorrem em interação, precisando de um contexto para surgirem, se manterem e escalarem. Porém se o terapeuta souber ajustar a interação pode eventualmente conseguir impedir a oposição e escalada de respostas. Corroborando estas informações, Lièvre e Staes (2012), referem que as regras são uma fonte de segurança e permitem que a criança aprenda a respeitar limites e instruções, transferindo esses conhecimentos para a sua adaptação social, sendo que o papel do psicomotricista é o de apoiar as ações da criança e mostrar-lhe o que é preciso corrigir e porquê. Neste sentido e numa fase inicial, tentou-se que o Rafael participasse na criação das regras das atividades propostas, utilização de *feedback* interrogativo e reflexão sobre os comportamentos manifestados pela criança e pela terapeuta, com o objetivo de identificar o problema e procurar possíveis soluções para o mesmo.

Em suma, seria necessário mais tempo de intervenção para se poder perceber se existiriam melhorias nas dificuldades manifestadas pelo Rafael com a aplicação do presente projeto terapêutico. Importa também salientar que após cinco sessões e através das reflexões realizadas, foi possível concluir que no futuro deveriam ser realizadas as atividades de relaxação propostas, para que o Rafael tivesse a possibilidade de aprender a controlar e compreender melhor o seu corpo, para ser capaz de regular os seus comportamentos (Lièvre & Staes, 2012), mas também para diminuir as suas dificuldades de aprendizagem (Bergés-Bounes et al., 2008). Seria ainda necessário realizar algumas alterações ao projeto, nomeadamente ao nível dos objetivos terapêuticos, para promover a linguagem compreensiva, devido as dificuldades evidenciadas a este nível em quase todas as sessões.

5. Reflexão sobre a Prática Psicomotora à Distância

Em resultado da situação epidemiológica atual (vírus COVID-19), muitas intervenções terapêuticas passaram a ser realizadas à distância, como é o caso da psicomotricidade, levantando algumas questões éticas, legais e deontológicas, e ainda obrigando os terapeutas a responder a novas exigências. A transição da prática psicomotora, no seu *setting* terapêutico habitual, para o contextual atual, à distância, não é uma transição simples ou “automática”, pois implica determinadas condições tecnológicas e exige adaptações e transformações metodológicas (Almeida, 2020).

No contexto de saúde mental infanto-juvenil, em especial na população-alvo do local de estágio, é importante refletir sobre as diferentes condições tecnológicas, pois nem todas as famílias possuem os meios necessários, como computadores e internet, para a realização de intervenções através de videoconferência. Para além dos meios tecnológicos, é ainda necessária a aquisição de competências tecnológicas para a utilização desses instrumentos, tanto do lado do psicomotricista como do lado das famílias. Por isso, teriam de ser averiguadas estas condições, assim como a disponibilidade dos pais para este tipo de intervenção, porque em alguns casos seria necessário o auxílio dos pais para o manuseamento dos meios tecnológicos (e.g. estabelecer a ligação com o terapeuta).

Na terapia psicomotora à distância, é importante considerar o “novo” *setting* terapêutico e as suas múltiplas características, porque é neste que se irão realizar as sessões e onde se irá transformar a relação terapêutica com a criança (Almeida, 2020). Na terapia à distância, o Psicomotricista perde, em parte, o controlo sobre o *setting* terapêutico, pois este passa a ser escolhido pelo utente e fica sob a sua responsabilidade. Neste sentido, é necessário estabelecer algumas diretrizes relativas ao mesmo, para que as sessões decorram de forma adequada, sendo que algumas delas passam por escolher uma sala silenciosa e sem interrupções. Por outro lado, o *setting* passa a ser, como (Carlino, 2018) definiu, um espaço de presença comunicativo, na medida em que é um ambiente de encontro e contacto entre o psicomotricista e a criança, sendo por isso um momento de grande intimidade entre ambos. Assim, na prática à distância torna-se ainda mais importante a criação de um espaço de escuta do corpo e a criação de um ambiente acolhedor, pois é através do corpo que a criança se expressa e se relaciona com o outro, sendo necessário que mesmo longe, esta consiga sentir a presença física e emocional do terapeuta, através da sua capacidade empática e afetiva, do seu interesse e da sua autenticidade.

Nesta “nova” realidade terapêutica, as palavras tornam-se um veículo importante de comunicação, porque através da videoconferência se perdem muitas das pistas não-verbais, essenciais à compreensão dos comportamentos da criança, podendo gerar mal-entendidos e/ou falhas na comunicação (Almeida, 2020). Outros dos desafios inerentes a esta prática, refere-se à tendência natural de ignorarmos alguns detalhes da sala virtual (Weinberg, 2020),

ou seja, durante a sessão podem não ser notadas pequenas ocorrências, que acabam por influenciar negativamente a leitura dos comportamentos e manifestações das crianças, sendo por isso necessária uma maior atenção, para as expressões da criança e para o ambiente, por parte do terapeuta. De acordo com Tullio e colaboradores (2020), as sessões online implicam mudanças na relação, na percepção do tempo e do espaço, na “posição física” dos participantes, na interação visual e ausência de pistas não-verbais. Neste sentido, o *setting*, a relação terapêutica e a comunicação (verbal e não-verbal), criam novos desafios à terapia psicomotora à distância, em especial em saúde mental, pois é importante estabelecer as condições e limites do espaço para que possam realizar as sessões, é com base na relação que conseguimos trabalhar com a criança e atingir os objetivos terapêuticos, e ainda é essencial que consigamos perceber o estado emocional e os comportamentos para atuar sobre os mesmos.

Na intervenção à distância é importante que se mantenha o tipo de intervenção, pois a continuidade e previsibilidade transmitem à criança sentimentos de confiança e segurança, importantes para a relação terapêutica e para a intervenção (Almeida, 2020). No caso da população-alvo do local de estágio, a intervenção que estava a ser realizada era maioritariamente em grupo, privilegiando atividades lúdicas e expressivas, o que implica que as sessões à distância apresentassem a mesma estrutura e dinâmica. Neste sentido, poderiam ser realizadas: atividades recorrendo-se à utilização de ferramentas digitais (e.g. áudios, vídeos, imagens, jogos interativos); atividades mais individualizadas, com recurso à componente expressiva (e.g. artes plásticas, música, movimento); e atividades coletivas e competitivas, tendo em consideração o espaço em que as crianças se encontram, realizando adaptações ao nível das dinâmicas (e.g. criação de duplas ou pequenos grupos) e das regras dos jogos, com o objetivo de continuar a desenvolver as competências de autorregulação.

Importa salientar, que esta modalidade terapêutica implicaria uma maior exigência quanto à capacidade de observação de todas as crianças, maior criatividade quanto às atividades a realizar, capacidade de gestão de todos os intervenientes e maior atenção aos comportamentos de cada elemento. No que se refere a estes últimos, a atenção recairia sobre o risco de comportamentos agressivos, contra o próprio ou os outros, caso esta situação aconteça, devemos ter um plano de emergência, pois será necessário controlar o comportamento, sem prejuízo para a criança ou para os outros, requerendo por exemplo ao auxílio dos pais nessa situação.

Em suma e tendo em conta tudo o que foi abordado, considero que perante a impossibilidade de realização de sessões presenciais, se deva realizar intervenções à distância, uma vez que esta é uma população com diversas dificuldades ao nível da regulação emocional e comportamental, que podem ser agravadas pelas condicionantes da situação epidemiológica atual, mas também devido às repercussões que uma interrupção abrupta da

intervenção possa ter nas crianças e na relação terapêutica estabelecida até ao momento. No entanto, devemos ter sempre em consideração os benefícios e limitações deste tipo de intervenção, nomeadamente em relação a utilização das tecnologias, formação pessoal e teórica para a realização desta modalidade terapêutica, alterações e adaptações ao setting terapêutico e das técnicas a utilizar, e acima de tudo o cumprimento do código ético e deontológico dos psicomotricistas.

6. Conclusão

O presente documento foi elaborado com o objetivo de expor todo o trabalho desenvolvido ao longo do estágio curricular, sendo que esta experiência permitiu aprofundar conhecimentos teóricos e práticos acerca da intervenção psicomotora, integrando conhecimentos abordados durante a licenciatura e o mestrado em Psicomotricidade. Foi ainda possível desenvolver competências profissionais, ao nível da intervenção e da relação com outros técnicos e profissionais de saúde e com a comunidade, que nos irão permitir ser melhores na nossa prática profissional.

Durante os cinco meses de intervenção, foi possível realizar cinco intervenções de grupo, em regime de co-terapia, integradas nos projetos da Área de Dia e do Hospital de Dia, e três intervenções individuais. Neste relatório foi dado um maior destaque às intervenções realizadas com os dois estudos de caso, o primeiro em contexto de grupo e o segundo em individual. Ambos os casos foram encaminhados para a consulta de psicomotricidade pela pedopsiquiatra e/ou pela psicóloga, um por dificuldades de autorregulação, desorganização do pensamento, agitação psicomotora, impulsividade e dificuldades de atenção/concentração, e o outro por alterações do comportamento com agitação motora e descontrolo de impulsos, e por dificuldades de concentração decorrentes de um quadro de ansiedade, no contexto escolar e social. Ambas as intervenções tiveram como base o estabelecimento de uma relação terapêutica securizante, onde foram aplicadas técnicas de mediação corporal (e.g., jogos sensoriomotores, jogos de regras, técnicas de relaxação e o toque terapêutico).

O suporte e apoio dados pela equipa multidisciplinar do HGO foram fundamentais durante o período de estágio, em especial as reuniões de equipa, pela partilha de experiências, dúvidas e diferentes perspetivas sobre os casos acompanhados ao longo do processo de intervenção. Estes aspetos foram extremamente enriquecedores para o meu desenvolvimento profissional, ajudando-me a compreender melhor os comportamentos manifestados pelas crianças, refletir sobre as estratégias utilizadas, as atividades realizadas e sobre o meu comportamento e papel enquanto terapeuta. Para além da possibilidade de integrar a equipa disciplinar, ainda nos foram dadas diversas oportunidades de autonomia, que implicaram um maior investimento e crescimento enquanto profissionais, a par com a integração nos diversos projetos de intervenção da equipa.

Considero ainda pertinente destacar que o trabalho desenvolvido no contexto de saúde mental implica dos profissionais que nela trabalham uma maior disponibilidade, na medida em que é necessário desenvolver e aprofundar várias competências, nomeadamente ao nível da regulação emocional, da interação com o outro e da capacidade de resiliência, com o objetivo de responder da melhor forma possível aos desafios e dificuldades que vão ocorrendo ao longo do processo. No meu caso específico, senti que no início do estágio

surgiram situações emocionalmente desafiantes, que exigiram uma maior gestão e controlo das minhas emoções e comportamentos, para conseguir compreender o que as crianças estavam a transmitir ou projetar em mim e responder adequadamente a essas situações. O apoio da equipa multidisciplinar da pedopsiquiatria do HGO e das pessoas mais próximas também contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Em suma, o balanço geral é bastante positivo, pois a realização do estágio permitiu compreender, participar e integrar o trabalho desenvolvido pela equipa multidisciplinar, assim como interagir com familiares e cuidadores dos utentes acompanhados. Os momentos de reunião com os cuidadores, com os professores e com outros profissionais de saúde que seguem as crianças, permitem a integração das informações sobre os vários contextos em que estas se inserem, resultando numa melhor compreensão da criança como ser individual e único. Esta experiência contribuiu ainda para a reflexão sobre a importância da terapia psicomotora em saúde mental infanto-juvenil, assim como da utilização de novas tecnologias em resposta às exigências da situação epidemiológica atual.

7. Referências Bibliográficas

- Aguiar, I. M. G. L. (2003). Relaxação terapêutica: Uma forma de abordagem aos problemas de sono - descrição de uma prática e psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 62-70.
- Ainsworth, M. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Psychology Press.
- Albaret, J. M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 3-clinique et thérapeutiques*. De Boeck Supérieur.
- Alexander, G. A. (1983). *Eutonia: Um caminho para a experiência total do corpo*. Editora Martins Fontes.
- Almeida, G. N. de. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, G. N. de. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 11, 59-66.
- Almeida, G. N. de. (2020, 8 de maio). As tecnologias da comunicação na Práxis Psicomotora: uma reflexão face à contemporaneidade [Apresentação de conferência]. Universidade de Évora.
- Almeida, J. G. de, Costa, J., Gonçalves, N., Mendonça, D., Sanchez, J., & Talina, M. (2005). Grupo de crianças e adolescentes com perturbações disruptivas de comportamento e défice de atenção: Grupos psicoterapêuticos de adolescentes com perturbações do comportamento. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. 237-266). Trilhos Editora.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (versão portuguesa, 5ª ed.)*. Climepsi Editores.
- Antunes, M. S. do C., & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebé. Vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 239-252.
- Antunes, N. L. (2019). Desenvolvimento normal. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos* (p. 33-70). Lua de papel.
- Armstrong, G. T., Stovall, M., & Robison, L. L. (2010). Long-term effects of radiation exposure among adult survivors of childhood cancer: results from the childhood cancer survivor study. *Radiation Research*, 174(6 B), 840-850. <https://doi.org/10.1667/RR1903.1>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). *Psicomotricidade: Práticas profissionais*. [Brochura]. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Ballouard, C. (2008). *L'aide-mémoire de psychomotricité*. Dunod.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- Beebe, B., Steele, M., Jaffe, J., Buck, K. A., Chen, H., Cohen, P., Kaitz, M., Markese, S., Andrews, H., Margolis, A., & Feldstein, S. (2011). Maternal anxiety symptoms and mother-infant self- and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal, 32*(2), 174–206. <https://doi.org/10.1002/imhj.20274>
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 28*(5), 409–420. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181131fc7>
- Beltrami, L., Souza, A. P. R. de, & Dias, L. O. (2013). Ansiedade e depressão em mães de crianças com distúrbios de linguagem: A importância do trabalho interdisciplinar. *Fractal: Revista de Psicologia, 25*(3), 515–530. <https://doi.org/10.1590/s1984-02922013000300007>
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Souza De Lucia, M. C., & Zugaib, M. (2006). Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformação fetal letal: aspectos emocionais. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria, 28*(1), 10–17. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032006000100003>
- Bergès-Bounes, M. (2011). Corps, langage et sujet dans la relaxation thérapeutique. *Enfances et Psy, 50*(1), 164–167. <https://doi.org/10.3917/ep.050.0164>
- Bergés-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A.-M., & Sironneau-Bernadeau, C. (2008). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant: Corps, langage, sujet*. Elsevier Masson.
- Bergès, J., & Bounes, M. (1985). *La relaxation thérapeutique chez l'enfant*. Masson.
- Birkeland, M. S., Melkevik, O., Holsen, I., & Wold, B. (2012). Trajectories of global self-esteem development during adolescence. *Journal of Adolescence, 35*, 43–54. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2011.06.006>
- Blair, C. (2002). School readiness: Integrating cognition and emotion in a neurobiological conceptualization of children's functioning at school entry. *American Psychologist, 57*(2), 111–127. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.57.2.111>
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and anger - Attachment and loss*, Vol. 2. Basic Books.
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Revista Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade, 2*, 310–321.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. In J. M. G. de A. Fernandes & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abosdagens emergentes* (pp. 132–162). Manole.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (2018). *The earliest relationship: Parents, infants and the drama of early attachment*. Routledge.
- Brickenkamp, R. (2007). *d2 Teste de Atenção*. CEGOC-TEA.

- British Association of Play Therapists. (2013). *British Association of Play Therapists*.
www.bapt.info
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2010). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, second edition: Brief form manual* (2nd ed.). Pearson.
- Calkins, S. D., & Fox, N. A. (2002). Self-regulatory processes in early personality development: A multilevel approach to the study of childhood social withdrawal and aggression. *Development and Psychopathology*, 14, 477–498.
- Campbell, S. B., Spieker, S., Burchinal, M., Poe, M. D., Belsky, J., Booth-LaForce, C., Bradley, R., Brownell, C. A., Clarke-Stewart, K. A., Cox, M., Friedman, S. L., Kelly, J. F., Knoke, B., McCartney, K., O'Brien, M., Tresch Owen, M., Parke, R., Pianta, R., Lowe Vandell, D., & Weinraub, M. (2006). Trajectories of aggression from toddlerhood to age 9 predict academic and social functioning through age 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47(8), 791–800. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01636.x>
- Canchy-Giromini, F. (1995). Le corps ou les illusions de la réalité. *Thérapie psychomotrice et recherches*, (101), 20-25. (ISSN 1253-8256)
- Carlino, R. (2018). *Distance psychoanalysis: the theory and practice of using communication technology in the clinic*. Routledge.
- Carraro, A., & Gobbi, E. (2018). Play fighting to cope with children aggression: A study in primary school. *Journal of Physical Education and Sport*, 18(3), 1455–1458. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.03215>
- Carraro, A., Gobbi, E., & Moè, A. (2014). Brief report: Play fighting to curb self-reported aggression in young adolescents. *Journal of Adolescence*, 37(8), 1303–1307. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.09.009>
- Carvalho, J. (2005). Terapia psicomotora em contexto hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73–78.
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 3–24). The Guilford Press.
- Charalambides, C., Dinopoulos, A., & Sgouros, S. (2009). Neuropsychological sequelae and quality of life following treatment of posterior fossa ependymomas in children. *Child's Nervous System*, 25, 1313–1320. <https://doi.org/10.1007/s00381-009-0927-2>
- Chateau, J. (1987). *O jogo e a criança*. (4th ed.). Summus Editorial.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3–21. <https://doi.org/10.4324/9781315619996>
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança. Psicomotricidade relacional*. Trilhos Editora.

- Costa, J. (2011). *Adoles Ser Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Trilhos Editora.
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade relacional com crianças hiperativas*. Trilhos Editora.
- Costa, J., & Fernandes, J. M. G. de A. (2012). Psicomotricidade e crianças hiperativas. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. Filho (Eds.), *Psicomotricidade Abordagem emergentes* (pp. 29–44). Manole.
- Crittenden, P. (1992). Treatment of anxious attachment in infancy and early childhood. *Development and Psychopathology*, 4, 575–602.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lidel.
- Dias, E. O. (2012). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. DWW Editorial.
- Díaz, N. (1981). La relajacion: su valor terapeutico. *Salud Mental*, 4(4), 19–23.
- Dorr, D. (1981). Factor structure of the state-trait anxiety inventory for children. *Personality and Individual Differences*, 2(2), 113–117.
- Dupont, R. (1998). *La relaxation*. Éd. Vernazobres-Grego.
- EEP. (2020). *Psychomotricity*. <https://psychomot.org/psychomotricity/>
- Esquina, R., Figueiredo, I., Alves, M., Silva, P., Comparada, S., Mota, F., Amaro, M., & Pires, P. (2012). Conversas entre famílias. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 33, 53–62.
- Farah, A. B. A. (2009). Psicoterapia de grupo: Reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. *Revista IGT Na Rede*, 6(11), 302–328.
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(3–4), 329–354. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919–927. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181b21651>
- Fernandes, J. M. G. de A. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 1–12). Manole.
- Fernandes, J. M. G. de A. (2015). Das abordagens emergentes em Psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 19–28). Wak Editora.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23.

<https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>

- Fonagy, P., & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 22(3), 307–335. <https://doi.org/10.1080/07351692209348990>
- Fonseca, V. (1984). *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Editorial Notícias.
- Fonseca, V. (2001a). Para uma epistemologia da psicomotricidade. In V. Fonseca, & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 13–28). Edições Faculdade de Motricidade Humana.
- Fonseca, V. (2001b). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010a). *Manual de observação psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatotes* (3rd ed.). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: Uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42–52.
- Fonseca, V. (2016). Importância das emoções na aprendizagem: uma abordagem neuropsicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 365–384. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862016000300014&lng=pt&tlng=pt.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da autoestima, da regulação emocional e do gênero no bem-estar subjetivo e psicológico de adolescentes TT - Influence of self-esteem and emotion regulation in subjective and psychological well-being of adolescents: contributions to clinical ps. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38(5), 184–188. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000500003>
- Gallahue, D. L., & Ozmun, J. C. (2005). Compreendendo o desenvolvimento motor: Bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Phorte.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581–586. <https://doi.org/10.1111/cge.12538>
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, & Meltzer H (2000), Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 177, 534–539
- Grill, J., Viguier, D., Kieffer, V., Bulteau, C., Sainte-Rose, C., Hartmann, O., Kalifa, C., & Dellatolas, G. (2004). Critical risk factors for intellectual impairment in children with posterior fossa tumors: the role of cerebellar damage. *Journal of Neurosurgery*, 101, 152–158. <https://doi.org/10.3171/ped.2004.101.2.0152>

- Guedeney, N. (2004). Conceitos-chave da teoria da vinculação. In N. Guedeney, & A. Guedeney (Eds.), & E. Pestana (Trans.), *Vinculação: conceitos e aplicação* (pp. 33–43). Climepsi Editores.
- Guiose, M. (2007). Relaxations thérapeutiques. In *Relaxations Thérapeutiques* (2nd ed.). Heures De France.
- Gutman, L. M. (2008). Risk and resilience. In M. M. Haith, & J. B. Benson (Eds.), *Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.21835-X>
- Hanzlik, E., Woodrome, S. E., Abdel-Baki, M., Geller, T. J., & Elbabaa, S. K. (2015). A systematic review of neuropsychological outcomes following posterior fossa tumor surgery in children. *Child's Nervous System*, *31*, 1869–1875. <https://doi.org/10.1007/s00381-015-2867-3>
- HGO. (2020). *Hospital Garcia de Orta*. www.hgo.pt
- Howse, R. B., Calkins, S. D., Anastopoulos, A. D., Keane, S. P., & Shelton, T. L. (2003). Regulatory contributors to children's kindergarten achievement. *Early Education and Development*, *14*(1), 101–120. https://doi.org/10.1207/s15566935eed1401_7
- Hu, D., Shen, H., & Zhou, Z. (2008). Functional asymmetry in the cerebellum: A brief review. *The Cerebellum*, *7*(3), 304–313. <https://doi.org/10.1007/s12311-008-0031-2>
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, *76*, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.039>
- Hubbard, J. A., McAuliffe, M. D., Morrow, M. T., & Romano, L. J. (2010). Reactive and proactive aggression in childhood and adolescence: precursors, outcomes, processes, experiences, and measurement. *Journal of Personality*, *78*(1), 95–118. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2009.00610.x>
- Hughes, C., White, A., Sharpen, J., & Dunn, J. (2000). Antisocial, angry, and unsympathetic: “Hard-to-manage” preschoolers’ peer problems and possible cognitive influences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *41*(2), 169–179. <https://doi.org/10.1017/S0021963099005193>
- Ishida, Y., Sakamoto, N., Kamibeppu, K., Kakee, N., Iwai, T., Ozono, S., Maeda, N., Okamura, J., Asami, K., Inada, H., Honda, M., & Horibe, K. (2010). Late effects and quality of life of childhood cancer survivors: part 2. Impact of radiotherapy. *International Journal of Hematology*, *92*, 95–104. <https://doi.org/10.1007/s12185-010-0611-z>
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation* (2nd ed.). University of Chicago Press.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.03.005>

- Kazdin, A. E. (1995). *Conduct disorders in childhood and adolescence* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Kawamoto, T. (2020). The moderating role of attachment style on the relationship between self-concept clarity and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 152(2020), 109604. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109604>
- Kemp, S. L., & Korkman, M. (2010). Essentials of NEPSY-II assessment. In *Essentials of psychological assessment series*. Wiley.
- Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2007). NEPSY II: clinical and interpretive manual, (2nd ed ed.). Harcourt Assessment, PsychCorp.
- Korkman, M., Kirk, U., Nepsy-ii, K., Urgesi, C., & Campanella, F. (2011). *NEPSY – Second Edition*.
- Krikorian, R., Bartok, J., & Gay, N. (1994). Tower of London procedure: A standard method and developmental data. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 16(6), 840–850. <https://doi.org/10.1080/01688639408402697>
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: the art of the relationship* (3rd ed.). Routledge.
- Lanier, J. C., & Abrams, A. N. (2016). Posterior fossa syndrome: Teview of the behavioral and emotional aspects in pediatric cancer patients. *Cancer*, 123(4), 551–559. <https://doi.org/10.1002/cncr.30238>
- Lapierre, A., & Aucouturier, B. (2004). *A simbologia do movimento: Psicomotricidade e educação*, (3rd ed.). Filosofart Editora.
- Larson, R., Moneta, G., Richards, M., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 4(73), 1151-1165.
- Lebovici, S. (1987). O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Leitão, A., Lombo, C., & Ferreira, C. (n.d.). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. *Revista Diversidades*, 22, 21–24.
- Leitão, A., Pereira, A., Florença, B., Ferreira, C., Rocha, E., Franco, E., Faria, G., Freitas, M., Martins, M., Cró, M., Gonçalves, M., Marques, M., Pereira, P., Rodrigues, R., Gomes, R., Grilo, S., & Spínola, S. (2012). Teste de proficiência motora de Bruininks-Oseretsky: aferição à população infantil e juvenil da região autónoma da madeira. *A Psicomotricidade*, 15, 24–45.
- Lemaire, J.-G. (1964). *La relaxation* (Vol. 66). Payot.
- Lièvre, B. De, & Staes, L. (2012). *La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : Notions et applications pédagogiques*. De Boeck.
- Lima, C. B. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo. Manual prático de intervenção*. Lidel-edições técnicas, LDA. Lisboa-Porto.
- Lima, G. M. M., Fernandes, J. M. G. de A., & Araújo, L. E. B. A. de. (2015). Psicomotricidade e psicanálise: a linguagem faz corpo. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez

- Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 105–121). Wak Editora.
- Maldonado, L., Huang, Y., Chen, R., Kasen, S., Cohen, P., & Chen, H. (2013). Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health, 53*(2), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.025>
- Martel, M. M. (2019). Oppositional defiant disorder dimensions and prediction of later problems. In *The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder* (pp. 1–15). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-815682-7.00001-x>
- Martins, R. (2001a). A relaxação psicoterapêutica no contexto de saúde mental - o corpo como ponte entre a emoção e razão. In V. Fonseca, & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95–108). Edições FMH.
- Martins, R. (2001b). Questões sobre a identidade da psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca, & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29–40). Edições FMH.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Grupo de crianças e adolescentes com perturbações disruptivas de comportamento e défice de atenção: Crianças hiperativas e com défice de atenção. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 179–211). Trilhos Editora.
- Matias, C. (2004). *Aferição do State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC) de Spielberger para a população portuguesa*. Universidade de Badajoz.
- Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Wiley-Blackwell.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca, 85–95*.
- McClelland, M. M., & Cameron, C. E. (2011). Self-regulation and academic achievement in elementary school children. In R. M. Lerner, J. V. Lerner, E. P. Bowers, S. Lewin-Bizan, S. Gestsdottir, & J. B. Urban (Eds.), *Thriving in childhood and adolescence: the role of self-regulation processes*. (Issue 133, pp. 29–44). New Directions for Child and Adolescent Development. <https://doi.org/10.1002/cd.302>
- McLanahan, S., Tach, L., & Schneider, D. (2013). The causal effects of father absence. *Annual Review of Sociology, 39*, 399–427. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145704>
- McLeod, B. D., Weisz, J. R., & Wood, J. J. (2007). Examining the association between parenting and childhood depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 986–1003. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.03.001>
- McMahon, L. (2005). The handbook of play therapy. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). Brunner-Routledge. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Meadows, A. T., Friedman, D. L., Neglia, J. P., Mertens, A. C., Donaldson, S. S., Stovall, M., Hammond, S., Yasui, Y., & Inskip, P. D. (2009). Second neoplasms in survivors of childhood cancer: findings from the childhood cancer survivor study cohort. *Journal of Clinical Oncology*, 27(14), 2356–2362. <https://doi.org/10.1200/JCO.2008.21.1920>
- Mercer, C. D. (1994). Learning Disabilities. In N. G. Haring, L. McCornick, & T. G. Haring (eds.). *Exceptional Children and Youth – An Introduction to Special Education* (pp. 114–164). New Jersey: Prentice
- Miljkovitch, R. (2004). A vinculação ao nível das representações. In N. Guedeny, & A. Guedeny (Eds.), & E. Pestana (Trans.), *Vinculação: conceitos e aplicação* (pp. 45–53). Climepsi Editores.
- Ministério da Saúde (2007). Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Ministério da Saúde.
- Mira, A. R., & Fernandes, J. M. G. de A. (2015). Comunicação não verbal na intervenção psicomotora. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 81–90). Wak Editora.
- Mishna, F., Kaiman, J., Little, S., & Tarshis, E. (1994). Group therapy with adolescents who have learning disabilities and social/emotional problems. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 4(2), 117–131. <https://doi.org/10.1007/BF02548484>
- Moura, O., & Matos, P. M. (2008). Vinculação aos pais, divórcio e conflito interparental em adolescentes. *Psicologia*, 22(1), 127–152. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v22i1.341>
- Müller, U., Dick, A. S., Gela, K., Overton, W. F., & Zelazo, P. D. (2006). The role of negative priming in preschoolers' flexible rule use on the Dimensional Change Card Sort task. *Child Development*, 77, 395–412.
- Murray, L., Creswell, C., & Cooper, P. J. (2009). The development of anxiety disorders in childhood: An integrative review. *Psychological Medicine*, 39, 1413–1423. <https://doi.org/10.1017/S0033291709005157>
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP: Draw a Person, a Quantitative Scoring System Manual*. The Psychological Corporation.
- O'Connor, T. G., Heron, J., Golding, J., & Glover, V. (2003). Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: A test of a programming hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(7), 1025–1036. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00187>
- Palmer, S. L., & Leigh, L. (2009). Survivors of pediatric posterior fossa tumors: Cognitive outcome, intervention, and risk-based care. *European Journal of Oncology Nursing*, 13, 171–178. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2008.09.002>
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 41–56.
- Ponitz, C. C., McClelland, M. M., Jewkes, A. M., Connor, C. M., Farris, C. L., & Morrison, F.

- J. (2008). Touch your toes! Developing a direct measure of behavioral regulation in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 23, 141–158.
- Potel, C. (2000). Le corps à l'adolescent. Des médéiations corporelles pour les adolescents : de la danse à relaxation. In C. Potel (Ed.), *Psychomotricité : entre théorie et pratique* (pp. 173–206). In press.
- Probst, M. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1), 105–113. <https://doi.org/10.2174/1876391x010020010105>
- Rabouam, C. (2004). Avaliação da vinculação no bebé. In N. Guedeny, & A. Guedeny (Eds.), & E. Pestana (Trans.), *Vinculação: conceitos e aplicação* (pp. 91–99). Climepsi Editores.
- Ramsden, S. R., & Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: their role in children's emotion regulation and aggression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(6), 657–667. <https://doi.org/10.1023/A:1020819915881>
- Raynaud, J. P., Danner, C., & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents : indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(2), 113–119. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.002>
- Ribeiro, L. (2010). Abordagens de intervenção nas Dificuldades de Aprendizagem Específicas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17.
- Roberton, T., Daffern, M., & Bucks, R. S. (2014). Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders. *Psychology, Crime and Law*, 20(10), 933–954. <https://doi.org/10.1080/1068316X.2014.893333>
- Rodriguez, M. (2007). La recherche en psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 55(2), 127–130. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.02.005>
- Röll, J., Koglin, U., & Petermann, F. (2012). Emotion regulation and childhood aggression: longitudinal associations. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(6), 909–923. <https://doi.org/10.1007/s10578-012-0303-4>
- Sá, D. S. F. de, Albuquerque, C. P., & Simões, M. M. R. (2008). Avaliação neuropsicológica da perturbação de oposição e desafio. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(2), 299–317.
- Saint-Cast, A. (2010). Actualité du bilan psychomoteur: Une méthodologie d'inventaire et de synthèse des fonctions psychocorporelles. *A Psychomotricidade*, 13, 32–39.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances et Psy*, 20(4), 86–95. <https://doi.org/10.3917/ep.020.0086>
- Sarmiento, M. J. (2003). Imaginário e culturas da infância. *Cadernos de Educação*, 12(21), 51–69.
- Schmahmann, J. D., & Caplan, D. (2006). Cognition, emotion and the cerebellum. *Brain*, 129(2), 290–292. <https://doi.org/10.1093/brain/awh729>

- Schmahmann, J. D., & Sherman, J. C. (1998). The cerebellar cognitive affective syndrome. *Brain*, 121(4), 561–579. <https://doi.org/10.1093/brain/121.4.561>
- Schore, A. N. (2016). *Affect regulation and the origin of the Self: The neurobiology of emotional development* (Classic). Routledge. <https://doi.org/10.1097/00004583-199611000-00028>
- Schultz, J. (1958). *Le Training autogène*. PUF.
- Setúbal, M. S. V., Barini, R., Zaccaria, R., & Silva, J. L. P. e. (2004). Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. *Programa de Medicina Fetal. Departamento de Tocoginecologia Da Faculdade de Ciências Médicas*.
- Shallice, T. (1982). Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B, Biological Sciences*, 298(1089), 199-209.
- Solomon, J., George, C. (1999). The place of disorganization in Attachment Theory: linking classic observations with contemporary finding. In J. Solomon, & C. George (eds.) *Attachment Disorganization* (pp. 3-32). The Guildford Press.
- Speltz, M. L., DeKlyen, M., Calderon, R., Greenberg, M. T., & Fisher, P. A. (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviors of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 315–325. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.2.315>
- Stayton, D.J., Hogan, R., & Ainsworth, M.D.S. (1971). Infant obedience and maternal behavior: The origins of socialization reconsidered. *Child Development*, 42, 1057–1069.
- Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1995).
- Talge, N. M., Neal, C., Glover, V., & Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(3–4), 245–261. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x>
- Tullio, V., Perrone, G., Bilotta, C., Lanzarone, A., & Argo, A. (2020). Psychological support and psychotherapy via digital devices in Covid-19 emergency time: Some critical issues. *The Medico-Legal Journal*, 88(2), 73–76. <https://doi.org/10.1177/0025817220926942>
- Turkel, S. B., Chen, L. S., Nelson, M. D., Hyder, D., Gilles, F. H., Woodall, L., Braslow, K., & Tavaré, C. J. (2004). Case series: Acute mood symptoms associated with posterior fossa lesions in children. *Journal of Neuropsychiatry*, 16(4), 443–445. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.16.4.443>
- Vachez-Gatecel, A. (2016). L'imaginaire comme en jeu thérapeutique. In *L'enfant et l'imaginaire : jouer, créer, rêver* (pp. 103–129). Dunod.
- Van Copenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted Physical Activity*

- Quarterly*, 6(2), 145–153. <https://doi.org/10.1123/apaq.6.2.145>
- VanFleet, R., Sywulak, A. E., & Sniscak, C. C. (2010). *Child-centered play therapy*. The Guilford Press.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Psicologia e Educação*, 5(1), 39–48.
- Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19—A practice review. *Group Dynamics: Theory, research, and practice*, 24(3), 201–211. <https://doi.org/10.1037/gdn0000140>
- Wintrebert, H. (1986). *La relaxation de l'enfant*. L'Harmattan.
- Zeanah Jr., C. H., & Zeanah, P. D. (2019). Infant Mental Health: The science of early experience. In C. H. Zeanah (Eds.), *Handbook of infant mental health* (4th ed., pp. 16-35). The Guilford Press.

8. Anexos

Anexo A – Descrição dos casos acompanhados em grupo

Na descrição dos casos acompanhados em grupo, encontra-se indicada a problemática de cada caso, os resultados das avaliações iniciais, das progressões e dos comportamentos observados no decorrer da intervenção com os diferentes grupos.

Anexo A.1 Descrição dos casos acompanhados na Área de Dia

Os grupos da Área de Dia tiveram início em outubro 2019 e terminaram em março de 2020, devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19), tendo sido realizadas até ao momento 19 sessões.

O **grupo I** era composto por seis elementos, do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos.

Identificação dos casos	Avaliação inicial	Progressão
<p>AT (8 anos) Agitação motora, alterações do comportamento com hétero agressividade em contexto escolar e familiar;</p>	<p>Louvain – contacto inadequado, com dificuldades em cumprir as regras, não consegue seguir e persistir na situação de movimento até ao fim, presença de agitação motora e dificuldades no controlo dos movimentos; DAP – classificação final abaixo da média para a idade, indicando noção corporal desadequada, sendo que os desenhos apresentam poucos pormenores anatómicos e desproporcionalidade das partes do corpo; ToL – obteve 25 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas e verificando-se alguma impulsividade e dificuldades no contacto e interação com terapeuta; BPM – perfil hipotónico, com capacidade de descontração voluntária, dificuldades ao nível da inibição psicomotora e da regulação tónica, ligeiras manifestações emocionais, sincinésias contralaterais e contrações tónicas associadas a movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos verificaram-se ao nível das escalas de hiperatividade, de problemas de comportamento e de relacionamento com os pares, com interferência no contexto familiar, escolar e social;</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo e muito familiar, interferindo nas atividades e nas realizações dos colegas, grande proximidade corporal com o outro; dificuldades em tomar a iniciativa, apesar de apresentar uma maior expressão das suas opiniões, de modo adequado; movimenta-se pouco durante situações de movimento; move-se de forma estranha, com movimentos descoordenados, desinibidos e precipitados, ficando facilmente sem fôlego; dificuldades na imitação de movimentos e ações; por vezes parece estar preso nos seus próprios pensamentos, mas demonstra maiores tempos de atenção focalizada; expressões faciais monótonas, embora já comece a evidenciar traços de felicidade/alegria; comunicativo e participativo, apesar do seu discurso ainda ser um pouco desorganizado; em situações de frustração, insulta e grita com os colegas, manifesta-se através de choro e por vezes revela comportamentos agressivos; empenho no cumprimento das regras, verificando se colegas as cumprem; dificuldades ao nível do reconhecimento de direita-esquerda; irrequieto; agitação motora;</p>

<p>DD (8 anos) Alterações de comportamento, em casa e na escola, comportamentos agressivos e impulsividade;</p>	<p>Louvain – não faz contacto com os colegas ou terapeutas, ou fá-lo de forma inadequada, revela algumas dificuldades em cumprir regras e indicações, distrai-se facilmente com coisas externas, movimenta-se muito (sem objetivo e por vezes esbarra contra objetos), expressa-se muito pouco verbalmente, responde de forma simples, fala devagar e de forma pouco audível; DAP – noção do corpo adequada com classificação final superior à média para a idade, indicando noção do corpo adequada; ToL – obteve 23 pontos em 36 possíveis, revelando algumas dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, dificuldades na capacidade de antecipação e sequencialização de procedimentos, algumas dificuldades de compreensão da instrução, revelou ainda impulsividade e dificuldades no cumprimento das regras; BPM – perfil hipertónico, dificuldades na descontração muscular, bloqueios, resistências e tensões, movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos, manifestações tónicoemocionais frequentes, insuficiente inibição e regulação tónica; SDQ – sem resposta por parte dos pais;</p>	<p>Louvain – mais comunicativo, apesar das suas dificuldades ao nível da linguagem recetiva (compreensão das instruções); interage e participa voluntariamente nas atividades propostas, apesar de ainda apresentar algumas dificuldades em cooperar com os colegas; revela falta de iniciativa e independência; movimento intenso, parece já estar ocupado antes da situação de movimento ser explicada, algumas dificuldades em permanecer sentado nos momentos de reflexão; agitação psicomotora; movimentos desajeitados, desinibidos, imprudentes e precipitados, realizados de forma desleixada; procura de reconhecimento e de feedback positivo, constantemente; apresenta alguns momentos de alheamento, apesar de estar mais atento aos colegas durante a interação; evita contacto ocular com os outros e a sua expressão facial varia pouco; continua a apresentar dificuldades ao nível do cumprimento de regras, desafiando as indicações das terapeutas; em momentos de interação provocados pelo outro, pode reagir com alguma agressividade ou evitamento ao contato, demonstrando dificuldades em lidar com a interação e proximidade do outro; dificuldades em expressar as suas próprias emoções e dificuldades ao nível do planeamento;</p>
<p>FM (9 anos) Agitação motora, perturbação da oposição e alterações do comportamento, com hétero agressividade em contexto familiar</p>	<p>Louvain – contacto recusado, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, chama a atenção dos outros por pequenos erros, movimento excessivamente autoconfiante e dominante, despreza/crítica as performances dos outros; DAP – classificação final superior à média, indicando noção corporal adequada, com desenho completo organizado e simétrico; ToL – obteve 27 pontos em 36 possíveis, revelando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas e evidenciando frustração face ao insucesso; BPM – perfil hipotónico, capacidade de descontração voluntária, adequada</p>	<p>Louvain – continua apresentar um contacto superficial e formal; comportamentos narcísicos e onnipotentes; comportamentos excessivamente autoconfiantes, desvaloriza as performances e opiniões dos outros; dificuldades em tolerar os comportamentos dos outros; mais moderado na ostentação das poses; geralmente demonstra uma atividade moderada, no entanto quando está mais ansioso apresenta maior agitação motora; menor manifestação de movimentos irritáveis e impulsivos, embora se evidencie momentos de agressividade verbal e física; habitualmente, fala com os</p>

	reação ao toque e à mobilização, alterações na ritmicidade e a amplitude de movimentos de pronação/supinação, sincinésias bucais e contralaterais; SDQ – sem resposta por parte dos pais;	colegas durante a atividade e parece estar ocupado, no entanto consegue estar atento; indisponibilidade para aceitar e ouvir os outros; ainda revela dificuldades ao nível do cumprimento de regras, tentando contrariar e desafiar as indicações das terapeutas; tem se apresentado menos competitivo e mais cooperante; capacidade de identificação e imitação das expressões faciais, capacidade de planeamento e de mentalização, com boa capacidade de resolução de problemas;
MN (9 anos) Comportamento de oposição, agressividade verbal e física para com os colegas e os adultos, intolerância à frustração, onnipotência, dificuldade em regular emoções e agitação psicomotora;	Louvain – revelou movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, chama a atenção dos outros por pequenos erros, ordena atenção indevida sem conseguir lidar com isso, despreza/crítica as performances dos outros, distrai-se facilmente; movimento demasiado intenso para a situação, fala depressa e de forma excessiva, por vezes responde pelos outros; DAP – noção do corpo adequada com classificação final dentro da média para a idade; ToL – obteve 27 pontos em 36 possíveis, capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas; BPM – perfil hipotónico, apresenta capacidade de descontração voluntária, alterações na ritmicidade e a amplitude de movimentos de pronação/supinação, sincinésias contralaterais pouco óbvias; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de comportamento e de relacionamento com os pares, que interferem no contexto familiar, escolar e social;	Louvain – comunicativo, participativo e com contacto adequado com o outro; pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; ordena atenção indevida, todavia não sabe lidar com isso; apresenta-se menos agitado, com um maior controlo do movimento; apresenta períodos de maior atenção, no entanto, interrompe os colegas, fala com os mesmos durante a atividade; indisponibilidade para aceitar e ouvir as opiniões dos outros, acabando por gritar, elevar o tom de voz e ofender verbalmente; apresenta algumas atitudes onnipotentes; chama a atenção dos colegas para o cumprimento das regras de sessão, apesar das suas dificuldades em cumprir as mesmas; despreza e desvaloriza as performances e opiniões dos outros; comportamentos de oposição e desafio; agravamento da intolerância a frustração; evidência de maior competitividade, associada a agressividade verbal e física; revela alterações repentinas do humor; dificuldades ao nível da cooperação e interação com os colegas; dificuldades de mentalização; dificuldades ao nível do reconhecimento de esquerda-direita; dificuldades de planeamento; reconhece e identifica as expressões faciais;
MS (9 anos) Agitação psicomotora, intolerância à	Louvain – grande proximidade corporal, contacto artificial, com demasiados elogios, intrusivo, muito familiar e muito solícito, contacto	Louvain – ainda revela um contacto muito familiar e indiferenciado, mas menos intrusivo; procura reconhecimento e feedback positivo

frustração, dificuldades em aceitar ordens e cumprir obrigações, comportamentos agressivos na escola, desinibição e verborreia; corporal excessivo, dificuldades em cumprir as regras, procura muito a atenção do terapeuta, movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados, revela fala excessiva e um discurso rápido, não se consegue manter em silêncio e interrompe os outros; DAP – noção do corpo adequada com classificação final dentro da média para a idade; ToL – obteve 20 pontos em 36 possíveis, revelando ligeiras dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, algumas dificuldades ao nível recuperação de dados relevantes, dificuldades em focalizar a atenção, baixa tolerância à frustração e comportamentos de autoagressão; BPM – perfil hipotónico, capacidade de descontração voluntária, dificuldade na extensibilidade dos membros superiores, ligeiras alterações na ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação, sincinésias bucais, linguais e contralaterais; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de comportamento e de relacionamento com os pares.

para os seus comportamentos; ordena atenção indevida, apesar de não saber lidar com isso; acha que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; movimentos desinibidos e precipitados; irrequieto; discurso excessivo, mas maior capacidade de se regular; ligeiras dificuldades em esperar pela sua vez; capacidade para verbalizar o que é correto, contudo consegue manter o comportamento adequado; adequada interação e colaboração com os colegas; apresenta-se mais atento, tranquilo e com disponibilidade para ouvir o outro;

PD (8 anos)

Alterações do comportamento, hétero agressividade, agitação psicomotora, impulsividade, irritabilidade, comportamentos de oposição/desafio e alterações do sono;

Louvain – pouca capacidade de iniciativa, por vezes com movimento hesitante, envolve-se tanto na situação, que por vezes revela tom de voz elevado para silenciar os outros, discurso um pouco confuso e desorganizado; DAP – classificação final inferior à média para a idade, revelando uma noção do corpo muito imatura; ToL – obteve 30 pontos em 36 possíveis, indicando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, mas com dificuldades ao nível do controlo visuomotor e alguma impulsividade; BPM – perfil hipotónico, com capacidade de descontração voluntária, alguma tensão e resistência iniciais nas manipulações, sincinésias bucais, manifestações tonicoemocionais, dificuldades de coordenação e ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação;

Louvain – comunicativo e participativo na seleção das atividades a realizar, colaboração na organização das atividades; adequada cooperação com os colegas; revela movimento hesitante, controlado e cauteloso, evita o confronto e não toma a iniciativa e imita os outros; apresenta maiores tempos de atenção focalizada, envolve-se tanto na situação que se esquece de tudo o resto, quer realizar a atividade de uma forma perfeita; chama a atenção dos colegas para o cumprimento das regras; dificuldades ao nível da linguagem recetiva; dificuldades ao nível do planeamento e da estruturação espacial; aparente estar mais tranquilo e calmo, com adequado nível de interação e cooperação com os colegas;

SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com os colegas, que interferem no contexto familiar, escolar e social;

O **grupo II** era um grupo misto, composto por seis elementos (duas raparigas e quatro rapazes), com idades compreendidas entres os 7 e os 9 anos.

Identificação dos casos	Avaliação inicial	Progressão
<p>DB (8 anos) Agitação psicomotora e a instabilidade em contexto escolar;</p>	<p>Louvain – contacto desprovido de afeto e superficial, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, irrequieto e agitado; DAP – noção do corpo desadequada, com classificação final abaixo da média para a idade; ToL – obteve 31 pontos em 36 possíveis, revelando boas capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, apesar de se observarem ligeiras dificuldades ao nível do controlo visuomotor, alguma frustração ao insucesso e alguma impulsividade; BPM – perfil hipertónico, com algumas dificuldades na descontração muscular; SDQ – sem resposta por parte dos pais;</p>	<p>Louvain – mais agitado durante as sessões, embora esteja mais tolerante com as atitudes dos colegas; interage adequadamente com os colegas, em especial com o TS, criando relações e colaborando com os colegas; quando é confrontado pelos colegas, reage com alguma agressividade, ainda se continua a evidenciar uma grande resistência à alteração ou adaptação das suas ideias (rigidez de pensamento) e aceitação da sugestões das terapeutas; é ainda a baixa assiduidade do DB, comprometendo os dados referentes a sua progressão;</p>
<p>GR (7 anos) Comportamentos de oposição e onnipotência, dificuldades em cumprir regras e desafio ao adulto, dificuldades em lidar com a frustração e à desregulação emocional e comportamental;</p>	<p>Louvain – contacto recusado e inacessível, revela movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, desafia as decisões do observador e viola as regras de boa educação, comportamento excessivamente autoconfiante e dominante, movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente, movimentos instruídos realizados de forma desleixada, expressões faciais monótonas; fala excessivamente rápido e alto; DAP – noção do corpo desadequada, com classificação abaixo da média para a idade; ToL – obteve 19 pontos em 36 possíveis, revelando dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, dificuldades</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo e inadequado com os colegas e interfere com tudo e toda a gente; interrompe os outros e responde sempre por eles; despreza as performances dos outros; fala rápido e alto, não se consegue manter em silêncio, embora apresente uma linguagem mais adequada; revela comportamentos impulsivos e agressivos; demonstra movimentos pouco persistentes e excessivamente intensos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma violenta e esbarra com tudo e toda a gente, dificuldade em permanecer sentado durante a conversa final; movimento excessivamente autoconfiante e dominante, pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; ordena atenção indevida e não consegue lidar com a mesma;</p>

	<p>na recuperação de dados relevantes, dificuldades em focar a atenção, agitação motora e impulsividade; BPM – perfil hipotónico, capacidade de descontração voluntária, ligeiras tensões e resistências nas manipulações, dificuldades de coordenação e ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação, movimentos em espelho, sincinésias bucais e contralaterais pouco óbvias, dificuldades no reconhecimento direita-esquerda, fraca consciencialização e integração das partes do corpo; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível da escala de comportamento pró-social, que interferem no contexto familiar;</p>	<p>comportamentos onnipotentes; baixa tolerância à frustração; mostra-se muito competitivo; dificuldades em seguir as indicações da terapeuta, incumprimento das regras de sessão; algumas dificuldades ao nível da organização espacial; contudo tem demonstrado maior disponibilidade para interagir, colaborar e cooperar com os colegas e terapeutas, em especial com o IA, e mostra-se alegre e motivado;</p>
<p>IA (7 anos) Dificuldades no percurso escolar e do desenvolvimento psico-afetivo, agitação psicomotora, marcada oposição e intolerância à frustração;</p>	<p>Louvain – contacto imparcial, recusado e inacessível, não reage e não mostra interesse quando os outros entram em contacto com ele, afasta-se dos outros, desafia as decisões do observador, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, excessivamente autoconfiante e dominante, movimentos imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta, fala excessiva e discurso rápido, interrompe os outros; DAP – noção corporal desadequada, com classificação final abaixo da média para a idade; ToL – obteve 12 pontos em 36 possíveis, revelando dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observaram-se comportamentos onnipotentes, de desafio e de oposição, baixa tolerância à frustração e impulsividade; BPM – perfil hipertónico, evidenciando-se elevada tensão muscular, grandes dificuldades em realizar os movimentos de pronação/supinação, recusa em realizar as tarefas de passividade e paratonia; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com os</p>	<p>Louvain – contacto imparcial, interfere com tudo e toda a gente, geralmente não mostra interesse quando os outros entram em contacto com ele, mas tem interagido um pouco mais com o GR e com o TS; parece ter falta de empatia pelo outro; movimentos excessivamente intensos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente, já está ocupado mesmo antes da situação do movimento ser explicada, tem dificuldade em permanecer sentado; movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, chama a atenção dos outros por pequenos erros; excessivamente autoconfiante e dominante, pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente, despreza as performances dos outros; encara a atividade de forma excessivamente séria; fala excessiva e com discurso rápido, algumas dificuldades em se manter em silêncio, interrompe os outros e responde por eles; distrai-se com coisas externas à situação de movimento; comportamentos de oposição/desafio e de onnipotência; dificuldades em respeitar as indicações do terapeuta e as regras de sessão; dificuldade e resistência em terminar a sessão; agressividade dirigida aos objetos e</p>

	<p>colegas, que interferem no contexto familiar, escolar e social;</p>	<p>terapeutas; verbalização frequente de emoções como raiva e medo, mente; acesso ao jogo simbólico;</p>
<p>MR (7 anos) Comportamento regredido, carência afetiva e ansiedade, na escola;</p>	<p>Louvain – verifica-se falta de iniciativa, pede sempre permissão, evita o confronto, envolve-se tanto na situação que se esquece de tudo o resto, falta de expressividade revelada por expressões faciais monótonas, linguagem imatura; DAP - noção do corpo adequada com classificação final dentro da média para a idade; ToL – obteve 25 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observando-se ainda alguma impulsividade e dificuldades ao nível do controlo visuomotor; BPM – perfil hipotónico, capacidade de descontração voluntária, algumas resistências à mobilização, correções no movimento e alguma ritmicidade nos movimentos de pronação/supinação, sincinésias bucais e contralaterais; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de comportamento e de hiperatividade, que interferem no contexto familiar;</p>	<p>Louvain – mais comunicativa, mas com uma linguagem imatura; apresenta um comportamento demasiado infantil para a idade; contacto familiar e intrusivo, “cola-se” aos outros e/ou ao terapeuta; revela falta de iniciativa, independência e é hesitante, pedindo permissão e evitando sempre o confronto; necessita de encorajamento, apesar de se movimentar mais durante a situação de movimento; por vezes, observam-se movimentos precipitados e descoordenados; quer realizar a atividade de uma forma demasiadamente perfeita, envolve-se tanto na situação que se esquece de tudo o resto; expressões faciais (choro/gritos ou alegria); reconhece e expressa emoções em si e no outro; verifica se os outros cumpriram as regras; revela alguns comportamentos onnipotentes; apresenta ligeiras dificuldades na escrita, fragilidades na memória de trabalho e rigidez de pensamento; revela capacidade de categorização e de jogo simbólico e aceita os colegas nas suas brincadeiras;</p>
<p>TS (9 anos) Dificuldades na interação social e mutismo seletivo.</p>	<p>Louvain – revela contacto inibido, não parece fazer contacto intencional com nenhum dos colegas ou terapeuta, demonstra falta de iniciativa, nunca toma a iniciativa e imita os outros, evita o confronto, movimentos pouco dinâmicos e lentos, a participação nas atividades é esporádica, necessita de encorajamento constante, revela movimentos demasiados cautelosos, expressão corporal permanece quase a mesma quer falhe ou tenha sucesso, as expressões faciais variam muito pouco, revela discurso difícil ou inaudível, não se expressa verbalmente, quando chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP – classificação final abaixo da média para a idade, indicando noção do corpo bastante</p>	<p>Louvain – contacto inibido, apesar de já começar a iniciar interações com os colegas (em especial com o IA) e terapeutas e de realizar contacto físico com os mesmos; maior colaboração e cooperação com os colegas; maior expressão corporal e facial (alegria, divertimento e medo) e expressão das suas opiniões e desejos; revela maior comunicação verbal, com tom de voz adequado; começa a revelar alguma iniciativa, mas ainda algo hesitante e evita o confronto com os outros; movimentos mais dinâmicos, maior participação nas atividades, necessidade de algum encorajamento, realização de movimentos cautelosos e controlados; capacidade de aceder ao jogo</p>

	<p>imatura; ToL – obteve 29 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; BPM – perfil hipertónico, com elevada rigidez muscular e a incapacidade de aceder à descontração muscular, bloqueios e resistências ao movimento, na passividade e paratonia, marcadas reações tonicoemocionais, sincinésias bucais e contralaterais, movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de relacionamento com os colegas e de comportamento pró-social, que interferem no contexto escolar e social;</p>	<p>simbólico; apresenta alguma agitação motora;</p>
<p>YS (9 anos) Grandes níveis de ansiedade, dificuldades em respeitar regras/ordens, comportamentos desafiantes, agitação psicomotora, hétero-agressividade e grande necessidade de atenção;</p>	<p>Louvain – revela contacto inibido; verifica se os outros cumpriram as regras, demonstra falta de iniciativa, não toma a iniciativa, evita o confronto, movimentos pouco dinâmicos e lentos, a participação nas atividades é esporádica, necessita de encorajamento constante, as expressões faciais variam muito pouco, apresentando alguma desconfiança ou medo, revela discurso difícil ou inaudível, não se expressa verbalmente, quando chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP – classificação final abaixo da média para a idade, indicando noção do corpo bastante imatura; ToL – obteve 30 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observando-se ainda comportamentos pacificadores; BPM – perfil hipertónico, elevada tensão e bloqueios à manipulação, dificuldades de coordenação, alterações na ritmicidade e na amplitude dos movimentos de pronação/supinação, sincinésias contralaterais, bucais e linguais; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com os colegas, que</p>	<p>Louvain – contacto muito inibido, movimentos cautelosos e contidos, necessita de encorajamento constante; interage com os colegas, de modo muito contido, mostrando-se mais à vontade com a MR; toma mais a iniciativa, pede permissão e evita o confronto; ao nível da postura e das expressões faciais, estas variam pouco, embirra geralmente se apresenta ansiedade e receio; mostra-se mais comunicativa, porém utiliza frases simples e um tom de voz muito reduzido; revela ligeiras dificuldades de planeamento no espaço; é de salientar a pouco assiduidade às sessões, condicionando muito os dados da sua progressão;</p>

interferem no contexto social e interação com os pares;

O **grupo III** era composto por sete elementos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos. Contudo, é de salientar que após 4 meses de intervenção um dos meninos, nomeadamente o TA, acabou por abandonar o grupo.

Identificação dos casos	Avaliação inicial	Progressão
<p>GP (6 anos) Dificuldades de mentalização, intolerância à frustração, contacto regredido, onnipotência e rituais obsessivos;</p>	<p>Louvain – preocupa-se com os outros, “cola-se” ao terapeuta; movimentos irritáveis e impulsivos, excessivamente dominante; é rapidamente distraído por coisas externas, oscilação entre inibição e agitação, movimentos desinibidos e precipitados, movimentos eufóricos, expressões faciais extremas (chora ou ri); DAP – noção do corpo adequada com classificação final dentro da média para a idade; ToL – obteve 12 pontos em 36 possíveis, revelando dificuldades na capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observaram-se níveis elevados de frustração, comportamentos onnipotentes, de desafio e de oposição; BPM – perfil hipertónico, com resistência às manipulações, movimentos de pronação/supinação arrítmicos e descoordenados, sincínias bucais e contralaterais, manifestações tonicoemocionais; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento e de hiperatividade, que interferem no contexto familiar;</p>	<p>Louvain – contacto um pouco solícito, “cola-se” ao terapeuta e alguns colegas, preocupa-se com os outros; maior interação com os colegas, em especial com o GV, o JG e o LC; baixa autoconfiança; revela movimentos hesitantes e imita os outros, mas maioritariamente apresenta movimentos dominantes, desinibidos, precipitados e irritáveis; ligeiras dificuldades na destreza manual, descoordenação motora e desequilíbrios; é rapidamente distraído por coisas externas à situação de movimento; onnipotência; comportamentos de desafio/provocação para com os colegas; movimentos eufóricos, expressões faciais extremas (chora ou ri); comportamentos imaturos; face ao insucesso tende a desistir; apresenta muitos medos e, por isso, tende a não persistir nas situações ou a experimentar;</p>
<p>GV (6 anos) Labilidade emocional, comportamentos de oposição e desafio, comportamentos regredidos, dificuldades em entrar em relação com os outros;</p>	<p>Louvain – por vezes “cola-se” ao terapeuta, não respeita acordos, movimentos pouco dinâmicos; revela discurso difícil, quando chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP – noção do corpo desadequada com classificação inferior à média para a idade; ToL – obteve 26 pontos em 36 possíveis, revelando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas e capacidade de sequencialização de</p>	<p>Louvain – contacto um pouco solícito, “cola-se” ao terapeuta e alguns colegas, preocupa-se com os outros; maior interação, colaboração e cooperação com os colegas, em especial com o GP; procura do contacto físico/proximidade corporal com as terapeutas, apesar de revelar maior independência e movimentos dominantes; mais comunicativo, animado e motivado; movimentos intensos, desinibidos, precipitados e</p>

	<p>procedimentos; BPM – perfil hipotónico, capacidade de descontração voluntária, alguma tensão e resistência à mobilização, sincinésias bucais e linguais, movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos, manifestações tonicoemocionais; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de sintomas emocionais, de problemas de comportamento, de problemas de relacionamento com os colegas e de comportamentos pró-sociais, que interferem no contexto familiar e social, interação com os pares;</p>	<p>impulsivos; agitação motora; facilidade no reconhecimento de emoções no outro; dificuldades em cumprir as regras de sessão e em respeitar acordos; comportamentos de oposição e de desafio; comportamentos imaturos (gritar, colocar as mãos nos ouvidos ou ameaçar/sair da sala); mantém a atenção nas atividades, não se mostra tão frustrado quando contrariado; revela dificuldades em terminar a sessão;</p>
<p>JC (7 anos) Agressividade, impulsividade, irrequietude, grande intolerância à frustração, revolta, insegurança, comportamento explosivo com os outros;</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo e muito familiar, “cola-se” aos outros e/ou ao terapeuta, movimentos irritáveis e impulsivos, movimento excessivamente autoconfiante, movimentos desconcentrados e não persistentes, é rapidamente distraído por coisas externas, movimentos excessivamente intensos, desinibidos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente, revela movimentos afetados e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo, fala constantemente, excessivamente alto, interrompe os outros e responde sempre por eles; DAP – noção do corpo desadequada, com classificação final abaixo da média para a idade, evidenciando-se ainda problemas identitários, frágil integração do Eu, autoestima e autoconceito vulneráveis; ToL – obteve 20 pontos em 36 possíveis, revelando dificuldades capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, observando-se baixa tolerância à frustração, comportamentos imaturos, dificuldades em cumprir as regras do teste e dificuldades em focar a atenção; BPM – perfil hipertónico, rigidez muscular, tensão e resistência à manipulação, movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos, sincinésias bucais,</p>	<p>Louvain – contacto indiferenciado, intrusivo e muito familiar, “cola-se” aos outros e/ou ao terapeuta, interfere com tudo e toda a gente; movimento autoconfiante, pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; ordena atenção indevida e não sabe lidar com a mesma; movimentos intensos, desinibidos, imprudentes, precipitados, impulsivos, desconcentrados e irritáveis; movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente; agitação motora; dificuldades em focar a sua atenção; dificuldades em esperar pela sua vez; revela movimentos afetados e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo, fala constantemente, excessivamente alto, interrompe os outros e responde por eles; dificuldades em cumprir as regras de sessão, em seguir a ordem de realização das atividades; baixa tolerância à frustração; comportamentos imaturos (chorar, gritar), sexualizados e agressivos (arranhar ou apertar o pescoço dos colegas); dificuldades ao nível da regulação tónica; alguns indícios de enurese;</p>

	<p>linguais e contralaterais; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de comportamento e de hiperatividade, que interferem no contexto familiar e social, interação com os pares;</p>	
<p>LC (7 anos) Alterações do comportamento, muito significativas em contexto escolar e familiar, dificuldades no cumprimento de regras e respeito perante a figura de autoridade, comportamentos de oposição, dificuldades de concentração e agitação psicomotora;</p>	<p>Louvain – afasta-se dos outros, falta de iniciativa e hesitante, evita o confronto, movimentos pouco dinâmicos, oscila entre agitação e inibição, quando chamado a atenção para falar, responde de forma muito simples; DAP – classificação final abaixo da média para a idade, indicando noção do corpo bastante imatura; ToL – obteve 28 pontos em 36 possíveis, revelando capacidades de planeamento, execução e resolução de problemas, e observando-se alguma impulsividade e agitação motora; BPM – perfil hipotónico, capacidade de descontração voluntária, algumas resistências e tensões à mobilização, menor extensibilidade nos membros superiores, movimentos de pronação/supinação descoordenados e arritmicos, ligeiras contrações tónicas; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível das escalas de problemas de comportamento e de hiperatividade, que interferem no contexto familiar, escolar e social;</p>	<p>Louvain – contacto mais familiar, com maior interação, cooperação e colaboração com os colegas (especialmente com o GP) e terapeutas; maior proximidade corporal; preocupa-se com os outros; mais comunicativo; revela maior iniciativa, apesar de ainda necessitar de encorajamento e incentivo constantes; pensa que consegue lidar com tudo, mas falha; oscila entre agitação e inibição; movimentos mais dinâmicos, intensos e por vezes precipitados e irritáveis; apresenta maiores períodos de atenção; revela alguma dificuldade em esperar; observação de alguns comportamentos desadequados e auto-lesivos (tapar os ouvidos e puxar os cabelos); por vezes apresenta comportamentos regredidos e procura mais o contacto com as terapeutas;</p>
<p>LF (7 anos) Dificuldades de aprendizagem, desatenção, ansiedade, baixa tolerância à frustração com dificuldades na capacidade de autorregulação, baixa autoestima com sentimento de incompetência e agitação psicomotora;</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo, movimentos irritáveis e impulsivos, ordena atenção indevida, mas não consegue lidar com isso, movimentos desconcentrados e não persistentes, é rapidamente distraído por coisas externas à situação, movimentos excessivamente intensos, movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados, revela movimentos afetados e eufóricos, expressões faciais extremas (chora ou ri), usa movimentos excessivos para exprimir algo, fala excessivamente alto, não se consegue manter em silêncio, interrompe os outros e responde sempre por eles; DAP – noção do corpo adequada com classificação final</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo, interfere com tudo e toda a gente, preocupa-se demasiado com os outros pacientes; ordena atenção indevida, mas não consegue lidar com isso; pensa que consegue lidar com tudo, mas falha frequentemente; movimentos intensos, desinibidos, imprudentes, precipitados, impulsivos e irritáveis; movimentos desconcentrados e não persistentes; distrai-se facilmente; utiliza movimentos excessivos para exprimir algo; fala excessivamente alto, não se consegue manter em silêncio, interrompe os outros e responde sempre por eles; elevados níveis de frustração; apesar de revelar movimentos afetados e eufóricos, com</p>

	dentro da média para a idade; ToL – obteve 25 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observaram-se dificuldades ao nível dos tempos de espera e em focalizar a sua atenção na instrução, baixa tolerância à frustração, comportamentos desadequados e imaturos; BPM – perfil hipertónico, com pouca extensibilidade, elevada rigidez muscular, tensões e bloqueios na mobilização, movimentos de pronação/supinação descoordenados e arrítmicos, sincinésias bucais e contralaterais e manifestações tonicoemocionais; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível da escala de hiperatividade, que interferem no contexto escolar e social, interação com os pares;	expressões faciais extremas (chora ou ri), mostra tentativas de se autorregular; dificuldades em aceitar as opiniões dos outros, alguns comportamentos agressivos para com os colegas, decorrentes da sua necessidade de agradar aos outros; grandes dificuldades em aguardar a vez, porém aceita mais facilmente quando lhe é pedido para aguardar;
TM (8 anos) Alterações do comportamento, com comportamentos agressivos verbais e de oposição, incapacidade de lidar com a frustração e dificuldade ao nível da regulação emocional;	Louvain – falta de iniciativa, evita o confronto, movimentos pouco dinâmicos, se o paciente for chamado a falar, responde apenas de forma muito simples; DAP – classificação final abaixo da média para a idade, indicando noção do corpo bastante imatura; ToL – obteve 33 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observaram-se algumas dificuldades ao nível do controlo visuomotor; BPM – perfil hipotónico, com reações tonicoemocionais frequentes, ligeiras alterações de ritmo nos movimentos de pronação/supinação, sincinésias contralaterais pouco óbvias; SDQ – resultados indicativos de problemas significativos ao nível da escala de problemas de comportamento, que interferem no contexto familiar;	Louvain – contacto inibido, contudo revela maior interação com as terapeutas e alguns colegas; mostra-se mais participativo e disponível, apesar de não tomar iniciativa e necessitar de algum incentivo, todavia começa a expressar desejos e interesses; movimentos irritáveis e impulsivos (especialmente em relação ao LF); expressões faciais monótonas; discurso simples, apesar de se expressar mais verbalmente; algumas dificuldades em expressar e reconhecer emoções: recusa o toque; revela uma boa destreza e agilidade manual; revelou alguma desmotivação ao longo das sessões, devido aos comportamentos imaturos do LF;

O **grupo IV** era composto por cinco elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 8 e os 9 anos. É ainda de salientar que a AR só integrou o grupo duas semanas após o início da intervenção da AD e que, em janeiro de 2020, a HG deixou de comparecer às sessões por ter sofrido um acidente.

Identificação dos casos	Avaliação inicial	Progressão
-------------------------	-------------------	------------

<p>AR (9 anos) Alterações do comportamento e recusa alimentar.</p>	<p>Louvain – preocupa-se demasiado com os outros, verifica meticulosamente se os outros cumpriram as regras, apresenta contacto inibido, falta de iniciativa, evita o confronto, revela movimentos cautelosos e medidos, por vezes fala de forma pouco audível; DAP – noção do corpo adequada, com classificação final acima da média para a idade; ToL – obteve 25 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observando-se algumas dificuldades ao nível do controlo visuomotor e alguma impulsividade; BPM – perfil hipotónico, apesar de se evidenciar alguma tensão e resistência às manipulações, sincinésias contralaterais pouco óbvias e discerníveis; SDQ – sem resposta dos pais;</p>	<p>Louvain – Louvain – contacto adequado com as colegas e terapeutas; comunicativa e interativa, fazendo sugestões e expondo as suas opiniões, apesar de evitar o confronto e apresentar movimentos cautelosos e controlados; movimenta-se de forma muito medida, encara as atividades de forma excessivamente séria; ligeira dificuldade em reter informações, ao nível da memória de trabalho; pouco assídua às sessões, dificultando deste modo a observação da sua progressão;</p>
<p>BH (9 anos) Dificuldades de atenção e concentração na escola, comportamentos desadequados, agitação psicomotora, dificuldade em acatar regras, dificuldades no controlo das emoções (elevação do humor) e baixa tolerância à frustração.</p>	<p>Louvain – apresenta contacto artificial, movimento independente e dominante, distrai-se com coisas externas à situação, por vezes parece estar presa a pensamentos, revela movimentos artificiais e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo e exagera na expressão corporal; DAP – noção do corpo desadequada, com classificação final abaixo da média para a idade; ToL – obteve 26 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, algumas dificuldades ao nível da capacidade de antecipação e de sequencialização de procedimentos, impulsividade e frustração face ao insucesso; BPM – perfil hipotónico, com capacidade de descontração voluntária, ligeiras resistências à manipulação e sincinésias bucais; SDQ – sem resposta dos pais;</p>	<p>Louvain – contacto artificial; movimento independente e dominante, despreza as performances dos outros, pensa que consegue lidar com tudo, ordena atenção indevida; movimentos mais intensos, desinibidos e precipitados; agitação motora; distrai-se com coisas externas à situação; movimentos artificiais e eufóricos, usa movimentos excessivos para exprimir algo e exagera na expressão corporal; discurso um pouco confuso e desorganizado; dificuldades em aceitar as sugestões das colegas ou das terapeutas; indisponibilidade para ouvir as colegas; interação seletiva com as colegas (afastamento ou proximidade para com a YS e a MS, sendo que se afasta delas crítica e desvaloriza as suas ações); provoca as colegas, magoando-as; dificuldade em reter informações</p>
<p>MS (8 anos) Alterações graves do comportamento na sala de aula, baixa tolerância à</p>	<p>Louvain – contacto intrusivo, muito familiar e artificial, “cola-se” aos outros, apresenta movimentos irritáveis e impulsivos, falta de independência, imita os outros, evita</p>	<p>Louvain – contacto indiferenciado, familiar e artificial, “cola-se” aos outros, interfere com tudo e toda a gente; dificuldade em respeitar o espaço pessoal do outro; falta de</p>

frustração e agitação psicomotora.

YG (9 anos)

Alterações do comportamento com heteroagressividade, intolerância à frustração, irritabilidade, agitação psicomotora, impulsividade, comportamentos de oposição/desafio e dificuldades de aprendizagem.

o confronto, revela movimentos desconcentrados e não persistentes, desinibidos e precipitados, artificiais e eufóricos, revela expressões faciais extremas, exagera na expressão corporal e age como o “palhaço” do grupo; DAP – noção do corpo adequada, com classificação dentro da média para a idade; ToL – obteve 23 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, observando-se alguma agitação motora, reações ou expressões faciais exageradas para a situação, dificuldades em focar a atenção, hesitação e lentificação dos movimentos a realizar; BPM – perfil hipertónico, reação desadequada ao toque e à mobilização, movimentos de pronação/supinação, descoordenados e arrítmicos, reações tonicoemocionais frequentes; SDQ – sem resposta dos pais;

Louvain – apresenta contacto artificial, intrusivo e muito familiar, “cola-se” aos outros, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, usa linguagem profana ou rude, não cumpre as regras, revela movimentos desinibidos, imprudentes e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente, movimentos artificiais, afetados e eufóricos, expressões faciais extremas, exagera na expressão corporal, fala excessiva e discurso rápido, interrompe os outros e responde sempre por eles; DAP – noção do corpo adequada, com classificação dentro da média para a idade; ToL – obteve 27 pontos em 36 possíveis, revelando capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas, e algumas dificuldades ao nível da capacidade de antecipação e de sequencialização de procedimentos; BPM – perfil hipertónico, evidenciando tensão e bloqueios na mobilização, movimentos de

independência, imita os outros, evita o confronto; desvalorização das suas próprias realizações; movimentos desinibidos, precipitados, impulsivos, desconcentrados e não persistentes; agitação motora; movimentos artificiais e eufóricos, revela expressões faciais extremas (chorar e rir), exagera na expressão corporal; dificuldade em focar a atenção; distrai-se com facilidade, parece perder-se nos seus pensamentos; dificuldades ao nível da identificação de expressões faciais; reduzida capacidade de exploração do material; baixa tolerância à frustração; dificuldades em cumprir as indicações/regras das terapeutas; dificuldade em reter informações, discurso um pouco confuso e desorganizado, dificuldade em descrever estímulos sensoriais; apresenta uma relação de dependência com a YG;

Louvain – contacto indiferenciado, artificial e familiar, “cola-se” e imita os outros; mais comunicativa e bem-disposta; movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, usa linguagem profana ou rude; movimentos desinibidos, imprudente, impulsivos e precipitados, movimenta-se de forma muito violenta e esbarra com tudo e toda a gente; agitação motora; baixa tolerância à frustração; elevado nível de competitividade; movimentos artificiais, afetados e eufóricos, expressões faciais extremas, exagera na expressão corporal, fala excessiva e discurso rápido, interrompe os outros e responde sempre por eles; dificuldades no cumprimento de regras; onipotência; comportamentos de oposição e desafio; dificuldades ao nível da identificação e expressão emoções; desvalorização das suas próprias realizações, procurando a aceitação do outro; comportamentos

pronação/supinação descoordenados e arrítmicos, sincinésias contralaterais, reações tonicoemocionais; SDQ – sem resposta dos pais;	agressivos; dificuldades ao nível da regulação tónica; dificuldades de simbolização, dificuldades em planear as ações e das consequências que as mesmas podem ter no outro; dificuldades em reconhecer as emoções no outro; comportamentos onnipotentes em relação à MS, sendo que a MS quase que se torna submissa da YG;
--	--

Anexo A.2 Descrição dos casos acompanhados no Hospital de Dia

O grupo de adolescentes teve início em novembro de 2019 e terminou em março de 2020, devido à situação epidemiológica atual (vírus COVID-19), tendo sido realizadas até ao momento 16 sessões. Este grupo era composto por cinco elementos, três do sexo feminino e dois do sexo masculino. Contudo, aqui só serão apresentados quatro dos adolescentes, uma vez que uma das adolescentes foi apresentada como estudo de caso.

Identificação dos casos	Avaliação inicial	Progressão
CP (17 anos) Dificuldades no seu percurso escolar e no desenvolvimento psico-afetivo;	Louvain – revela um contacto apático, distanciamento entre si e os outros e algum desinteresse na interação com os mesmos, dificuldades ao nível da expressão das suas emoções, apresentando expressões faciais monótonas, revela um discurso rápido e fala excessiva, interrompendo os colegas constantemente, e movimentos rígidos sobre as regras e procedimentos de cada tarefa; BPM – perfil hipertónico, revelando resistências e bloqueios à mobilização, ligeiras reações tonicoemocionais; Desenho do corpo – noção do corpo adequada, representação mental e representação real do corpo estão muito semelhantes; BOT-2 – observaram-se oscilações frequentes e dificuldades em manter o controlo postural;	Louvain – revela um contacto mais adequado, interagindo e comunicando de forma mais adequada, interrompendo menos os colegas; maior disponibilidade para participar nas atividades, apesar de muitas vezes adotar uma postura passiva no decorrer das mesmas; movimentos um pouco mais espontâneos e fluidos; verificam-se algumas melhorias ao nível da expressão de emoções e do reconhecimento das expressões corporais; ligeiras dificuldades em manter a atenção, especialmente em situações de dupla tarefa; empenho no cumprimento das regras e procedimentos de cada tarefa;
DB (13 anos) Agravamento do estado de ansiedade, com choro incontrolável, e recusa escolar (desde 2017);	Louvain – apresenta um contacto inibido e hesitante, revelando dificuldades de interação com o outro, oscilação entre expressões faciais eufóricas e monótonas, e reduzida expressão corporal, revela expressão verbal adequada, apesar do discurso ser simples ou uma reprodução do	Louvain – apresenta um contacto mais adequado, menos inibido, mais interativo e mais comunicativo, expressando as suas opiniões com maior frequência; maior identificação com colegas do mesmo sexo; tem mostrado expressões faciais de felicidade, sorrindo e rindo com

	<p>discurso do outro; BPM – perfil hipertónico, com incapacidade de aceder à descontração muscular, resistência à mobilização, ligeiras reações tonicoemocionais; Desenho do corpo – noção do corpo desadequada, com alterações ao nível da representação do seu corpo (alterações na ligação dos membros ao tronco e desproporcionalidade entre as partes do corpo); BOT-2 – classificação global abaixo da média, verificando-se dificuldades ao nível da dissociação de movimentos, oscilações e descontrolo postural frequentes, alterações ao nível da postura e da regulação do esforço, e dificuldades na compreensão da instrução verbal;</p>	<p>maior frequência; movimentos pouco confiantes e hesitantes, demonstrando muitas vezes baixa confiança nas suas capacidades e necessitando de encorajamento; por vezes, movimenta-se de forma um pouco violenta e deambula pelo espaço, sem objetivo aparente; menor agitação; movimentos mais dinâmicos; alguma dificuldade em cumprir as regras de jogo; expressão verbal adequada, com discurso simples;</p>
<p>GS (12 anos) Comportamentos de oposição/desafio, agressividade física e verbal e dificuldades de aprendizagem.</p>	<p>Louvain - apresenta um contacto excessivo e por vezes muito familiar, demonstrando preocupação para com os colegas, movimentos eufóricos e expressões faciais extremas, um discurso rápido e fala exagerada, interrompendo constantemente os colegas, movimentos irritáveis, impulsivos e agressivos, e comportamentos de desafio perante as regras impostas; BPM – perfil hipertónico, revelando rigidez muscular nos membros superiores, bloqueios e resistências face à manipulação; Desenho do corpo – noção do corpo desadequada, com alterações ao nível da representação do seu corpo (desproporcionalidade dos membros, alterações ao nível de representação de pormenores anatómicos); ToL - obteve 20 pontos em 36 possíveis, revelando ligeiras dificuldades de planeamento, execução e resolução de problemas, de sequencialização de procedimentos e de recuperação de dados relevantes com evidências de impulsividade; BOT-2 – classificação global muito abaixo da média, evidenciando-se grafismo muito imaturo, oscilações e desequilíbrios, descoordenação óculo-manual,</p>	<p>Louvain – apresenta um contacto familiar, mais adequado em termos de proximidade corporal; demonstra preocupação para com os colegas; apresenta um discurso rápido e desorganizado, embora revele uma maior expressão verbal dos seus sentimentos e emoções; interrompe diversas vezes os colegas e manifesta algumas dificuldades em ouvir e aceitar a opinião dos outros; é rapidamente distraído por coisas externas à situação de movimento; movimentos intensos e, por vezes, precipitados; em alguns momentos, movimenta-se pelo espaço, sem objetivo aparente, especialmente quando parece estar mais ansioso; baixa tolerância à frustração; comportamentos reativos; desvalorização constante das suas capacidades; ordena atenção indevida, mas não sabe lidar com isso; alguns comportamentos de desafio perante as regras impostas; evidência de algumas dificuldades ao nível da linguagem recetiva; dificuldade em lidar com a espera;</p>

alterações ao nível da postura e da regulação do esforço;

RB (13 anos)

Quadro de angústias de abandono reativas ao contexto familiar, personalidade borderline e dificuldades cognitivas com rearranjos defensivos, predominantemente face à ansiedade sentida na escola e na família

Louvain – contacto evitante, inibido e apático, afasta-se dos outros, não reage ou mostra interesse na interação com os colegas, dificuldades ao nível da expressividade, apresenta expressões faciais monótonas, expressão corporal retraída, taciturnidade, um discurso difícil, simples ou inaudível, com reduzida expressão verbal, atenção reduzida, não segue a situação de movimento até ao fim, parece perder-se nos seus pensamentos, expressão motora lentificada, movimentos hesitantes e desajeitados, com pouca amplitude e com sinais de tensão, falta de iniciativa, e evita o confronto com os outros; BPM – perfil hipertónico, revelando tensão muscular, resistência e bloqueios à manipulação e reações tonicoemocionais; Desenho do corpo – noção do corpo desadequada, com alterações ao nível da representação à escala real do seu corpo (alterações na ligação dos membros ao tronco, ausência de pormenores anatómicos, desproporcionalidade entre as partes do corpo, dimensão real do corpo muito pequena); PHSCS – revelou elevada ansiedade, baixa autoestima, baixo sentimento de pertença, distanciamento entre si e os outros, e dificuldades em fazer amizade;

Louvain – contacto mais adequado, apesar de ainda ser um pouco inibido; maior interação com os colegas e terapeutas; mais participativa e comunicativa; melhor expressão verbal, embora apresente discurso simples; mais sorridente e com melhor aceitação do contacto ocular; movimentos menos rígidos, mas pouco espontâneos; alguma passividade; evita o confronto com os outros; maiores períodos de atenção; por vezes, ainda parece perder-se nos seus pensamentos;

Anexo B – Grelha de Observação Psicomotora (Versão Adaptada)**GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA****(versão adaptada)**

Nome: _____

Data da Observação: ___/___/_____

Idade: ___ anos

Observadores: _____

OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA		
Fatores	Observação	
Contacto	Adequado	Interativo
	Desadequado	Excessivo
		Indiferenciado
		Evitante
Aparência Física	Cuidada	
	Descuidada	
Esquema Corporal	Adequado	
	Desadequado	Insuficiente
		Ausente
Imagem Corporal	Adequada	
	Desadequada	Insuficiente
		Ausente
Intenção do movimento	Eficaz	
	Eficiente	
	Inoperante	Imaturo
		Sem planeamento
Resposta ao estímulo motor	Adequada	
	Desadequada	Lentificada
		Precipitada
Ausente		
Regulação do esforço	Adequado	
	Desadequado	Atinge o objetivo com muito esforço
		Não atinge o objetivo
	Ausente	
Postura	Adequada	
	Desadequada	Alterações morfológicas
		Alterações tónicas
Tonicidade	Adequada	
	Desadequada	Hipertónico
		Hipotónico
		Distónico
Sincinésias	Apresenta	
	Não apresenta	
Paratonias	Apresenta	

	Não apresenta			
Lateralidade	Reconhecimento D-E	Reconhece	Em si	
		Não reconhece		
	Utilização de um lado dominante	Definido		
		Cruzada		
Equilíbrio	Estático	Adequado		
		Oscilações		
		Não adquirido		
	Dinâmico	Adequado		
		Desadequado	Descontrolo corporal	
			Dificuldades de percepção	
Perceção visual	Adequada			
	Desadequada			
Perceção auditiva	Adequada			
	Desadequada			
Orientação do espaço	Adequada			
	Imatura			
	Desorganizada			
	Ausente			
Estruturação rítmica	Adequada			
	Imatura			
	Arritmica			
Coordenação motora	Óculo-manual	Adequada		
		Imatura		
		Insuficiente		
		Ausente		
	Óculo-pedal	Adequada		
		Imatura		
		Insuficiente		
		Ausente		
Interação com o adulto	Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias)	Reconhece	Aceita	
		Não reconhece		Não aceita
Participação	Ativa			
	Passiva			
	Sintónica			
	Não sintónica			
	Exclusiva			
Inclusão	Incluído no grupo			
	Excluído do grupo	Exclui o grupo		
		O grupo exclui-o		
Cooperação	Disponibilidade			

	Aceitação			
	Recusa			
Observação/Reprodução	Observa	Sim		
		Não		
	Faz réplica	Sim		
		Parcialmente		
		Não		
Competitividade	Competitivo (moderado)			
	Excessivamente competitivo			
	Não competitivo	Indiferente		
		Indisponível		
Solidariedade	Solidário			
	Não solidário	Indiferente		
		Indisponível		
Utilização dos materiais	Adequada	De acordo com o valor simbólico do material		
		De acordo com o valor simbólico na situação		
	Desadequada	Não compreensão do material		
		Utilizada descuidada		
		Utilização disruptiva		
Interesse pelo jogo	Interesse pelo outro	Para o exercício do domínio		
		Na partilha de interesses comuns		
	Desinteresse no outro			
	Acomodação ao ritmo do outro ("pega a vez")			
	Des-sincronia			
Atenção	Concordante			
	Discordante	Atenção reduzida		
		Atenção não focalizada		
		Privilegia a atenção periférica		
Intenção	Desejo	Manifesta		
		Não manifesta		
	Antecipa	Sim	Indiferente	
			Perseverante	
			Obsessivo	
			Desistente	
Não				
Planificação	Ausente			
	Semiestruturada (não vai até ao fim)			
	Elaborada			
	Espontânea			
Atitude perante as tarefas	Participativa	Passiva		
		Em colaboração		
		Em imposição		
	Não participativa	Desistência	Falta de motivação	
			Sentimento de incapacidade	
		Indiferente		

		Por oposição	
Linguagem receptiva	Alheada		
	Adequada		
	Duvidosa		
	Desinteressada		
	Com compreensão		
	Sem compreensão		
Linguagem expressiva	Adequada		
	Excessiva (verborreica)		
	Demasiado elaborada face à idade		
	Imatura		
	Insuficiente		
Voz	Adequada		
	Falsete		
	Surdina		
	Evasiva		
Organização do discurso	Adequado		
	Desadequado	Incoerente	
		Ineficiente	
		Inexistente	
Pragmática	Compreende a intenção do discurso		
	Compreende parcialmente a intenção do discurso		
	Não compreende a intenção do discurso		
Olhar	Intencional		
	Direto		
	Accitane		
	Intrusivo		
	Evitante		
Sorriso	Concordante		
	Discordante	Por dificuldade de leitura ou de compreensão	
		Por ansiedade	
Expressão facial	Concordante com a e emoção		
	Discordante	Inexpressivo	
		Paradoxal	
Gesticulação	Coerente com o discurso e com a situação		
	Incoerente		
	Retraída		
	Excessiva		
	Exuberante		
Expressão dos afetos	Verbalização dos afetos		
	Bloqueio		
	Excessiva		
Pensamento simbólico	Adequado		
	Desadequado		

Anexo C – Acompanhamentos realizados aos Estudos de Caso**Anexo C.1 Resultados da Avaliação Inicial – Ana****Anexo C.1.1 Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky-2**

De seguida será apresentadas duas tabelas, a primeira referentes aos resultados brutos de cada prova e a respetiva pontuação, e a segunda referente à correspondência do total de pontos em valor standard, em percentil e a categoria descritiva.

Dimensões/Provas	Raw Score	Point Score
Precisão Motora Fina		
1. Colorir estrela	3	3
2. Traçar o caminho	1	6
Integração Motora Fina		
3. Copiar círculo	6	6
4. Copiar diamante	5	5
Destreza Manual		
5. Enfiar blocos	7	6
Coordenação Bilateral		
6. Tocar no nariz	4	4
7. Rodar os dedos	5	3
Equilíbrio		
8. Andar sobre uma linha	6	4
Força e agilidade		
9. Saltar em apoio unipedal	32	8
Coordenação dos Membros Superiores		
10. Apanhar a bola	5	5
11. Driblar a bola	10	7
Força		
12. Flexões completas	5	2
	Total Point Score	59

Categoria Descritiva	Standard Score	Percentile Rank
Bem acima da média	70 ou mais	98 ou mais
Acima da média	60 – 69	84 – 97
Média	41 – 59	18 – 83
Abaixo da média	31 – 40	3 – 17
Bem abaixo da média	30 ou menos	2 ou menos

Anexo C.1.2 Desenho do Corpo**Anexo C.1.3 Torre de Londres**

De seguida será apresentada a pontuação obtida em cada problema, assim como a pontuação total da prova.

Problema	Pontuação
Problema 1	3
Problema 2	3
Problema 3	3
Problema 4	3
Problema 5	3
Problema 6	2
Problema 7	1
Problema 8	3
Problema 9	3
Problema 10	2
Problema 11	2
Problema 12	3
Pontuação Total	31

Anexo C.2 Planeamento e Relatórios de Sessão – Ana

Serão aqui apresentados dois exemplos de planos de sessão e respetivos relatórios de sessão, realizados com o grupo de adolescentes do Hospital de Dia, onde se encontra inserida a Ana.

4º Sessão

Plano de sessão

Local: Unidade de Pedopsiquiatria – HGO	Data: 26 de novembro de 2019
Público-alvo: Grupo de adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos	
Objetivos gerais: Domínio Psicomotor, Domínio Cognitivo e Domínio Sócio-emocional	
Estratégias Transversais: Proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação empática; Definir regras e limites dentro do espaço de sessão; Estruturação das atividades a desenvolver no início da sessão; Definir uma atividade inicial e final; Realização de atividades que vão ao encontro dos gostos/preferências da adolescente; Utilização do reforço positivo, verbal e não-verbal, como forma de reforçar comportamentos assertivos, aumentar o sentimento de autoeficácia e promover a capacidade crítica; Utilização do feedback interrogativo; Favorecer e incentivar a participação durante as atividades, proporcionando consciencialização das emoções vivenciadas e próprias competências.	

Descrição da atividade	Objetivos Específicos	Materiais	Duração
Conversa Inicial			
Após entrar na sala de psicomotricidade, os adolescentes e as terapeutas irão tirar os sapatos e sentar-se-ão junto ao quadro branco, para conversar. Neste momento, a terapeuta irá esclarecer as regras e explicar como se irá desenvolver a sessão. Será ainda proposta aos adolescentes que falem um pouco sobre a sua semana, como se sente no momento presente e que atividades gostaria de realizar na sessão.	Promover a expressão de sentimentos e emoções Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais Reconhecer as regras dos jogos e do espaço	Quadro branco Canetas	7 minutos
Parte Fundamental			
1ª atividade – “Luta de galos” Irá ser proposto aos adolescentes que se agrupem dois a dois e que se coloquem junto a um dos colchões dispostos pela sala. De seguida, ambos os jogadores devem colocar-se em cima do colchão, frente a frente, e solicita-se que se coloquem de cócoras, com as palmas das mãos em contacto com o adversário, sendo	Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade Promover a coordenação motora Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora Aumentar a tolerância à frustração Aumentar o tempo de atenção/concentração nas instruções e na tarefa	Colchões	15 minutos

que o principal objetivo será derrubar o adversário.	Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento Estimular a capacidade de cumprimento de regras	
<u>2ª atividade – “Transporte em equipa”</u>	Melhorar a consciência dos seus limites corporais	
Nesta atividade, será solicitado aos adolescentes que se agrupem dois a dois e que, em conjunto, transportem uma bola de diferentes formas, de um ponto ao outro, sem a deixar cair. No caso de a bola cair ao chão, o par terá de voltar ao início e repetir o percurso até ao fim.	Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade Promover a coordenação motora Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora Aumentar a tolerância à frustração	
<i>1ª variante:</i> transportar a bola costas com costas;	Aumentar o tempo de atenção/concentração nas	Bolas pequenas de 15 minutos
<i>2ª variante:</i> transportar a bola joelho com joelho;	instruções e na tarefa	Pinos
<i>3ª variante:</i> transportar a bola ombro com ombro;	Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento	
<i>4ª variante:</i> transportar a bola testa com testa;	Estimular a capacidade de cumprimento de regras	
Retorno à calma Irá ser solicitado aos adolescentes que se deitem numa posição confortável e se possível, de olhos fechados. Posteriormente, as terapeutas irão passar uma bola pelas diferentes partes do corpo, exercendo alguma pressão, sendo que será também utilizada uma música calma como mediador.	Identificar o estado tónico nos diferentes membros Melhorar a consciência dos seus limites corporais	Colchões Bolas médias 7 minutos
Conversa Final		
Sentados junto ao quadro branco, os adolescentes e as terapeutas irão conversar sobre como correu a sessão. Irá ser proposto que nomeiem as atividades de que gostaram ou que foram mais difíceis, como se sentiram durante a sessão e que sugiram atividades a realizar na sessão seguinte.	Promover a expressão de sentimentos e emoções Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais Aumentar a capacidade reflexiva	Quadro branco Canetas 7 minutos

Relatório sessão

O presente relatório tem como principal objetivo realizar uma reflexão sobre o que foi observado durante as atividades. Esta semana, apenas compareceram quatro dos seis elementos do grupo, nomeadamente a Ana, a CB, o GS e a RB. É de salientar que foram realizadas algumas alterações, uma vez que foi realizada uma atividade sugerida pela RB, que não estava planeada.

A sessão teve início com uma conversa inicial, onde foi solicitado aos adolescentes que falassem um pouco sobre a sua semana. Durante esta conversa, a Ana apresentou-se animada, entusiasmada e com alguma agitação, assim como dificuldades em ouvir e esperar que a CB terminasse de falar. Nas atividades “luta de galos”, foi possível verificar que a Ana apresentou algumas dificuldades em manter o equilíbrio e em adequar o nível tónico às exigências da tarefa, o que a levou a manifestar algumas dificuldades em contrariar as ações do adversário. Apesar destas dificuldades, observou-se uma adequada interação, cooperação e colaboração para com os colegas. Na atividade “transporte em equipa”, observaram-se comportamentos de cooperação e colaboração para com os colegas, adequada interação com os mesmos e boa coordenação motora, contudo também se observou alguma impulsividade, agitação motora e diversos momentos de desatenção. Na atividade de retorno à calma, a Ana apresentou alguma agitação inicial, alguns comportamentos desadequados, atirando-se para cima dos colchões antes do início e no final da atividade, colocou o colchão em forma de “tenda” e verbalizou “assim fica mais escuro”. Todavia durante a atividade, a Ana permaneceu em silêncio e conseguiu aceder à descontração muscular ao nível dos membros durante algum tempo. Na conversa final, a Ana apresentou comportamentos de desafio para com os colegas, um pouco descontextualizados. É de salientar que ao longo da sessão a Ana formou equipa/par, maioritariamente, com o GS, parecendo estar a estabelecer uma relação de amizade com o mesmo.

Elementos do grupo

Na conversa inicial, foi possível perceber que todos os adolescentes aderiram bem à tarefa de apresentação, mostrando-se disponíveis para realizar a mesma, sendo que a CB se apresentou animada, bastante comunicativa (verborreia) e com algumas dificuldades em controlar o seu discurso. O GS apresentou-se comunicativo, mas com dificuldades em ouvir e esperar que a CB terminasse de falar, procura de contacto corporal com os outros (e.g. abraços) e alguma agitação motora. A RB apresentou-se um pouco mais animada e alegre que na sessão anterior, estando mais sorridente e participativa, chegando mesmo a sugerir a atividade “futebol”, que acabou por se realizar antes da atividade “transporte em equipa”.

Na atividade “luta de galos”, foi possível observar que a CB apresentou algum receio em cair, apesar de terem sido colocados colchões, e adequada interação para com a RB. O GS revelou algumas dificuldades em manter o equilíbrio, que levaram a dificuldades em contrariar as ações do outro, assim como algumas dificuldades ao nível da regulação tónica. A RB revelou alguma inibição e receio durante a atividade, talvez pela “agressividade” subjacente ao conceito de “luta”, e algumas dificuldades ao nível da regulação tónica, na medida em que foi derrubada diversas vezes.

Na atividade “transporte em equipa”, a CB apresentou alguma inibição inicial, sem grandes dificuldades em cooperar e prestou colaboração com os colegas, o GS revelou alguma impulsividade e agitação psicomotora, e a RB apresentou-se um pouco inibida e uma atitude passiva. No fim desta atividade, o GS iniciou uma “luta de almofadas”, atingindo maioritariamente a CB, o que levou a que a mesma reagisse com alguma agressividade. Neste momento, as terapeutas solicitaram aos adolescentes que se tentassem acalmar, afastando-se, respirando profundamente e que de seguida tentassem explicar o que se tinha passado e como se estavam a sentir. Contudo, o GS preferiu isolar-se do grupo, colocando-se atrás de um colchão ou debaixo da mesa, e recusando a aproximação das terapeutas ou das colegas. Também se verificou que a RB tentou acalmar a CB e reconfortá-la.

Na atividade de retorno à calma, a CB mostrou-se disponível para realizar a mesma, chegando a verbalizar “hoje não quero fazer, quero receber!” e fechando os olhos durante a atividade. O GS mostrou-se disponível para realizar a mesma, apesar de no decorrer desta, falar alto e estar um pouco agitado. A RB apresentou-se disponível para realizar a mesma, tendo solicitado para realizar a mesma no início da sessão, apesar de se verificarem algumas dificuldades em aceder à descontração muscular.

Na conversa final, foi solicitado aos adolescentes que simbolizassem, por palavras ou símbolos, como se tinham sentido durante a sessão e mencionar qual a atividade de que mais gostaram, devido às dificuldades que os mesmos apresentam ao nível da verbalização. No caso da RB, a adolescente simbolizou através de palavras e verbalizou o que tinha representado no papel. Após expressão do que tinha sentido, o GS solicitou às colegas e as terapeutas que assinassem a folha, deixando a marca de cada uma na sua folha.

É de salientar que ao longo da sessão se observaram alguns conflitos do GS com a CB, sendo que estes podem estar associados a uma discussão que ambos tiveram na sala de espera, momentos antes do início da sessão. No caso da CB, observaram-se alguns comportamentos perfeccionistas, podendo estar relacionada com a sua necessidade de sentir controlo sobre o que faz e querer atingir as expectativas que a mesma tem sobre si ou que os outros colocam.

12º Sessão*Plano de sessão*

Local: Unidade de Pedopsiquiatria – HGO	Data: 4 de fevereiro de 2020
Público-alvo: Grupo de adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos	
Objetivos gerais: Domínio Psicomotor, Domínio Cognitivo e Domínio Sócio-emocional	
Estratégias Transversais: Proporcionar um ambiente seguro e de confiança através do estabelecimento de uma relação empática; Definir regras e limites dentro do espaço de sessão; Estruturação das atividades a desenvolver no início da sessão; Definir uma atividade inicial e final; Realização de atividades que vão de encontro aos gostos/preferências da adolescente; Utilização do reforço positivo, verbal e não-verbal, como forma de reforçar comportamentos assertivos, aumentar o sentimento de autoeficácia e promover a capacidade crítica; Utilização do feedback interrogativo; Favorecer e incentivar a participação durante as atividades, proporcionando consciencialização das emoções vivenciadas e próprias competências.	

Descrição da atividade	Objetivos Específicos	Materiais	Duração
Conversa Inicial			
Após entrar na sala de psicomotricidade, os adolescentes e as terapeutas irão tirar os sapatos e sentar-se-ão junto ao quadro branco, para conversar. Neste momento, a terapeuta irá esclarecer as regras e explicar como se irá desenvolver a sessão. Será ainda proposta aos adolescentes que falem um pouco sobre a sua semana, como se sente no momento presente e que atividades gostaria de realizar na sessão.	<p>Promover a elaboração de discurso fluente e lógico</p> <p>Promover a expressão de sentimentos e emoções</p> <p>Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais</p> <p>Reconhecer as regras dos jogos e do espaço</p> <p>Respeitar os colegas e esperar pela sua vez</p> <p>Ouvir o outro e aceitar as suas opiniões</p>	<p>Quadro branco</p> <p>Canetas</p>	5 minutos
Parte Fundamental			
<u>1ª atividade – “O líder conduz”</u>			
<p>Irá ser proposto aos adolescentes que ajudem na colocação dos pinos no chão, simulando uma grelha. De seguida, será solicitado aos mesmos que formem uma fila e o primeiro elemento da fila venda os olhos dos restantes colegas, sendo que no caso de alguém não se sentir confortável com a venda, será solicitado que feche os olhos até ao fim da tarefa. Posteriormente, cada um dos elementos terá de colocar as mãos nos ombros do colega da frente, para seguir os movimentos do mesmo, uma vez que será solicitado ao primeiro elemento da fila que realize um trajeto,</p>	<p>Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora</p> <p>Aumentar a tolerância à frustração</p> <p>Aumentar o tempo de atenção/concentração nas instruções e na tarefa</p> <p>Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento</p> <p>Estimular a capacidade de cumprimento de regras</p> <p>Estimular comportamentos de cooperação e colaboração para com os outros</p> <p>Aumentar a tomada de iniciativa</p>	<p>Cones</p> <p>Cartões do trajetos</p>	12 minutos

escolhido pelos mesmos ou representado num cartão. Após a realização desta tarefa, será solicitado aos elementos que estavam vendados que descrevam o trajeto realizado, referindo em que direções se deslocaram (e.g. esquerda, direita, frente, trás).

1ª variante: realizar a atividade dois a dois, ou seja, um dos elementos do par estar de olhos vendados, enquanto o outro terá de dar as indicações, para que o colega vá de um lado ao outro do espaço delimitado.

2ª atividade – “Encontrar o par”

Será solicitado aos adolescentes que se agrupem dois a dois e que escolham um local da sala. De seguida, cada um dos elementos deverá produzir um som contínuo (e.g. “mmmmmm”) e ao mesmo tempo escutar e identificar o som produzido pelo seu par. Após este momento, um dos elementos de cada par deverá colocar uma venda, enquanto que o outro deverá escolher um lugar na sala para se “esconder”, sendo que o objetivo é que o participante vendado siga o som produzido pelo seu par e que encontre o mesmo. Posteriormente, os elementos do par trocam de posições, ou seja, o elemento que estava a produzir o som passará a estar vendado e quem estava vendado terá de reproduzir o som combinado.

3ª atividade – “Transporte em equipa” (conduzir e transportar bola a pares)

Nesta atividade, será solicitado aos adolescentes que se agrupem dois a dois e que, em conjunto, transportem uma bola de diferentes formas, de um ponto ao outro, sem a deixar cair. No caso de a bola cair ao chão, o par terá de voltar ao início e repetir o percurso até ao fim.

1ª variante: transportar a bola com rolos até ao cone;

Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora
Aumentar a tolerância à frustração

Aumentar o tempo de atenção/concentração nas instruções e na tarefa

Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento

Promover a elaboração de discurso fluente e lógico

Estimular a capacidade de cumprimento de regras

Aumentar a tomada de iniciativa
Estimular comportamentos de cooperação e colaboração para com os outros

Vendas

12
minutos

Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade

Estimular a coordenação motora

Diminuir os níveis de impulsividade e agitação motora
Aumentar a tolerância à frustração

Aumentar o tempo de atenção/concentração nas instruções e na tarefa

Aumentar o planeamento de ações motoras e a

Folhas de
papel
Cones
Bolas de ping-pong

12
minutos

2ª variante: conduzir a bola com rolos de papel até ao cone.	consciencialização do movimento Promover a elaboração de discurso fluente e lógico Estimular a capacidade de cumprimento de regras Aumentar a tomada de iniciativa Estimular comportamentos de cooperação e colaboração para com os outros	
Retorno à calma		
Irá ser solicitado aos adolescentes que se deitem numa posição confortável e se possível, de olhos fechados. Posteriormente, as terapeutas irão passar uma bola pelas diferentes partes do corpo, exercendo alguma pressão, sendo que será também utilizada uma música calma como mediador.	Identificar o estado tónico nos diferentes membros Melhorar a consciência dos seus limites corporais	Colchões Bolas médias 5 minutos
Conversa Final		
Sentados junto ao quadro branco, os adolescentes e as terapeutas irão conversar sobre como correu a sessão. Irá ser proposto que nomeiem as atividades de que gostaram ou que foram mais difíceis, como se sentiram durante a sessão e que sugeriram atividades a realizar na sessão seguinte.	Promover a elaboração de discurso fluente e lógico Aumentar a capacidade reflexiva Promover a expressão de sentimentos e emoções Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais Aumentar a tomada de iniciativa	Quadro branco Canetas 5 minutos

Relatório sessão

O presente relatório tem como principal objetivo realizar uma reflexão sobre o que foi observado durante as atividades. Esta semana, estiveram presentes cinco dos seis adolescentes, nomeadamente, a Ana, o DB o GS e a RB.

A sessão teve início com uma conversa inicial, onde foi solicitado aos adolescentes que falassem um pouco sobre a sua semana e onde foram lembradas algumas das atividades sugeridas para a presente sessão. A Ana chegou à sessão animada, sorridente e comunicativa, contudo durante a conversa inicial apresentou-se um pouco inibida, mais tranquila e sonolenta, chegando a mesma a verbalizar que estava com sono e que se tinha deitado às 3 da manhã, porque tinha estado a ver televisão. No seguimento, começou a partilhar com o grupo séries televisivas de que gostava e tentou interagir com a terapeuta, imitando os seus movimentos. Nas atividades “o líder conduz” e “transporte em equipa”, a Ana revelou comportamentos de cooperação e colaboração para com o outro, uma adequada organização e orientação espacial, rapidez de processamento de informação e resolução de problemas, capacidade para encontrar diferentes estratégias com o objetivo de terminar a

tarefa, cumprindo as regras da mesma, atenção aos erros, dificuldades dos colegas e compreensão das instruções dadas, apesar de por vezes revelar momentos de desatenção por estar a interagir com o DB ou estar mais agitada. Na atividade “encontra o par”, a Ana revelou algumas dificuldades ao nível da compreensão das instruções e em focar a sua atenção nos sons produzidos pelo par, no início da atividade, contudo durante a realização da tarefa não se observaram dificuldades. Na atividade de retorno à calma, verificou-se alguma agitação, com a Ana a ter dificuldades em encontrar uma posição confortável e a verbalizar que não queria a “massagem com bola”. Perante esta situação, foi questionada se sentia confortável com o toque, ao que respondeu que sim, por isso, a terapeuta começou a realizar algumas mobilizações, deslizamento e a realizar alguma pressão e contenção ao nível dos membros e articulações (e.g. semelhante à massagem psicomotora). Durante a atividade, a Ana começou progressivamente a descontrair e relaxar, começando a mesma de olhos abertos e terminando de olhos fechados, com os membros mais descontraídos. Na conversa final, referiu que tinha gostado da atividade de retorno à calma, porque “gosta de sentir o esmagamento” (pressão) e que tinha gostado das restantes atividades, uma vez que no seu entender estas tinham sido fáceis de realizar e não tinha sentido dificuldades durante as mesmas.

Elementos do grupo

Na conversa inicial, o DB apresentou-se um pouco inibido na interação com o outro, mas participativo aquando da seleção e sugestão de atividades a realizar na presente sessão, verbalizando que gostava muito de voltar a jogar ao “pólicia e ladrão” ou ao “narrador da história”. O GS apresentou um semblante tristonho, verbalizando que estava adoentado e que tinha ido ao hospital no dia anterior, devido por estar com febre, dores de cabeça e sinusite. A RB apresentou-se pouco comunicativa, mas revelando algumas manifestações emocionais, como sorrisos, menor interação com o outro e alguma inibição.

Nas atividades “o líder conduz” e “transporte em equipa”, o DB revelou adequada organização espacial, algumas dificuldades ao nível da interação com o outro, ligeiras dificuldades ao nível da coordenação óculo-manual e na coordenação e ajuste dos seus movimentos aos do colega, adequada interação e colaboração com o outro, ajudando o GS na colocação correta do material, apesar de por vezes se observarem comportamentos de provocação para com o GS (e.g. toques). O GS revelou dificuldades ao nível da organização espacial, com diversos períodos de desatenção, tom de voz elevado, comportamentos de onipotência, dificuldades ao nível da cooperação e ajuste dos seus movimentos aos do colega, assim como da resolução de problemas, agitação motora e impulsividade. A RB revelou alguma passividade, tentando seguir o ritmo ou movimento impostos pelo outro, lentificação de movimentos, sinais de insegurança e receio, algumas dificuldades ao nível da

compreensão das instruções dadas. É de referir que apesar do adequado processamento da informação visual e da capacidade de resolução de problemas, a sua passividade condiciona a realização das diversas tarefas.

Na atividade “encontra o par”, o DB revelou alguns comportamentos de provocação para com o GS, que condicionaram a realização da atividade, uma vez que estavam sempre na brincadeira e algo desatentos. O GS continuou a revelar comportamentos desadequados, tentando impor-se aos colegas, ligeiras dificuldades de colaboração com o par, reatividade perante as provocações do DB e períodos de desatenção, condicionando a sua compreensão das instruções dadas. A RB revelou algumas dificuldades iniciais em compreender as instruções, contudo durante a realização da atividade não se observaram dificuldades de realização.

Na atividade de retorno à calma, o DB verbalizou por diversas vezes que queria realizar a atividade, sendo que no decorrer da mesma preferiu ficar na posição fetal, permanecendo bastante tranquilo. A RB revelou maior capacidade de descontração e abandono do peso do corpo, parecendo bastante tranquila e serena durante a atividade, sem evidências de manifestações emocionais ou contrações musculares.

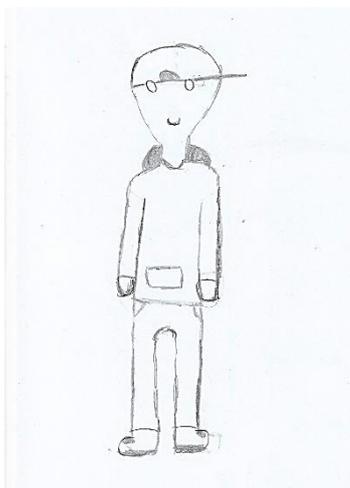
Na conversa final, o DB verbalizou que tinha gostado muito da relaxação e que na próxima semana gostaria de jogar ao “pólicia e ladrão”. A RB verbalizou que tinha gostado da atividade de retorno à calma e “o líder conduz”, sendo que em relação à primeira a adolescente referiu que tinha gostado do toque com a bola, que se tinha sentido bem e relaxada durante a mesma.

Anexo C.3 Resultados da Avaliação Inicial – Rafael**Anexo C.3.1 Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky-2**

De seguida serão apresentadas duas tabelas, a primeira referentes aos resultados brutos de cada prova e a respetiva pontuação, e a segunda referente à correspondência do total de pontos em valor standard, em percentil e a categoria descritiva.

Dimensões/Provas	Raw Score	Point Score
Precisão Motora Fina		
1. Colorir estrela	3	3
2. Traçar o caminho	0	7
Integração Motora Fina		
3. Copiar círculo	5	5
4. Copiar diamante	4	4
Destreza Manual		
5. Enfiar blocos	7	6
Coordenação Bilateral		
6. Tocar no nariz	4	4
7. Rodar os dedos	5	3
Equilíbrio		
8. Andar sobre uma linha	4	2
Força e agilidade		
9. Saltar em apoio unipedal	11	4
Coordenação dos Membros Superiores		
10. Apanhar a bola	4	4
11. Driblar a bola	5	4
Força		
12. Flexões completas	5	4
	Total Point Score	50

Categoria Descritiva	Standard Score	Percentile Rank
Bem acima da média	70 ou mais	98 ou mais
Acima da média	60 – 69	84 – 97
Média	41 – 59	18 – 83
Abaixo da média	31 – 40	3 – 17
Bem abaixo da média	30 ou menos	2 ou menos

Anexo C.3.2 Desenho do Corpo**Anexo C.3.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades**

De seguida será apresentada uma tabela com o resultado total de pontos obtidos em cada escala e a sua respetiva interpretação, tendo em conta o intervalo de valores estabelecido para cada uma.

Preenchido pelos Pais	Pontuação	Interpretação da Pontuação
Pontuação Total de Dificuldades	15	Limítrofe
Pontuação Escala de Sintomas Emocionais	2	Normal
Pontuação Escala de Problemas de Comportamentos	4	Anormal
Pontuação Escala de Hiperatividade	7	Anormal
Pontuação Escala de Problemas com Colegas	2	Normal
Pontuação Escala de Comportamento Pró-social	6	Normal

Anexo C.2 Planejamento e Relatórios de Sessão – Rafael

Serão aqui apresentados dois exemplos de planos de sessão e respectivos relatórios de sessão, realizados com o Rafael.

1º Sessão*Plano de sessão*

Descrição da atividade	Objetivos Específicos	Materiais	Duração
Conversa Inicial			
Após entrar na sala de psicomotricidade, a criança e a terapeuta irão tirar os sapatos e sentar-se-ão junto ao quadro branco, para conversar. Neste momento, a terapeuta irá esclarecer as regras e explicar como se irá desenvolver a sessão. Será ainda proposta à criança que fale um pouco sobre a sua semana, como se sente no momento presente e que atividades gostaria de realizar na sessão.	Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais, com confiança; Estimular a capacidade de cumprimento de regras;	Quadro branco Canetas	5 minutos
Parte Fundamental			
1ª tarefa – “Pares”			
Nesta atividade, serão colocados diversos materiais numa metade da sala e serão escondidos vários “pares” de peças (conjuntos de duas cartas com um mesmo padrão). De seguida, irá ser proposto à criança que realize um determinado deslocamento do espelho até metade da sala e posteriormente terá de encontrar os “pares”. No entanto, sempre que encontrar uma peça terá de se deslocar até ao espelho, onde irá colar a mesma, e posteriormente regressar à outra metade da sala para procurar o seu par.	Aumentar a capacidade de equilíbrio dinâmico, em diferentes situações; Promover a organização no espaço; Diminuir os níveis de impulsividade; Aumentar a tolerância à frustração; Aumentar o tempo de atenção/concentração na tarefa; Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento; Estimular a capacidade de cumprimento de regras e de limites;	7 conjuntos de peças Colchões Cones Blocos Quadrados de espuma	15 minutos
2ª tarefa – “Arcos com cor”			
Irá ser proposto à criança que, seguindo um modelo (ver figura 1), ajude na colocação do material no espaço. Posteriormente, será solicitado à criança que sugira duas perguntas associadas aos arcos amarelo e azul, sendo que a	Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade; Aumentar a capacidade de equilíbrio dinâmico, em diferentes situações; Promover a organização no espaço;	Colchões Cones Blocos Quadrados de espuma 4 arcos (azul, verde, amarelo, vermelho)	10 minutos

<p>terapeuta escolherá duas perguntas para os arcos verde e vermelho. A realização da atividade terá início nos pinos verdes, onde a criança realizará um determinado deslocamento, e de seguida ao chegar aos blocos terá de lançar uma das bolas, de modo a acertar num dos arcos. Após o lançamento, realizar o percurso contrário, passando pelos pinos e pelos quadrados de espuma, para chegar à folha. Nesta terá de representar por palavras ou símbolos a sua resposta à pergunta correspondente a cor do arco em que acertou.</p>	<p>Diminuir os níveis de impulsividade e de agitação motora; Aumentar a tolerância à frustração; Aumentar o tempo de atenção/concentração na tarefa; Aumentar o planeamento de ações motoras e a consciencialização do movimento; Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais, com confiança; Estimular a capacidade de cumprimento de regras;</p>		
<p>3ª tarefa Atividade sugerida pela criança</p>	<p>Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais, com confiança; Aumentar os sentimentos de autovalorização;</p>	A definir	10 minutos
<p>Retorno à calma Irá ser solicitado à criança que se deite numa posição confortável, para o mesmo, e, se possível, de olhos fechados. Posteriormente, a terapeuta irá passar uma bola pelas diferentes partes do corpo, exercendo alguma pressão.</p>	<p>Melhorar a consciência dos seus limites corporais; Aumentar a consciência dos estados tónico-emocionais;</p>	Colchão Bola	
<p>Conversa Final Sentados junto ao quadro branco, a criança e a terapeuta irão conversar sobre como correu a sessão. Irá ser proposto à criança que nomeiem as atividades de que gostou e que não gostou ou que foram mais difíceis, como se sentiu durante a sessão e que sugira atividades a realizar na sessão seguinte.</p>	<p>Promover a consciencialização dos estados emocionais; Aumentar a consciência das suas capacidades; Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais, com confiança;</p>	Quadro branco Canetas	5 minutos

Relatório sessão

A sessão teve início com uma conversa inicial, onde foram esclarecidas algumas das regras de sessão e foi solicitado à criança que falasse um pouco sobre a sua semana e como se sentia. Nesta foi possível observar que o Rafael se apresentou animado e bastante comunicativo, assim como disponível para realizar as propostas de atividades da terapeuta e surgindo a realização da atividade “chão é lava”.

No início da primeira atividade, “caça ao tesouro”, apesar de se evidenciarem algumas dificuldades ao nível da compreensão das instruções, o Rafael foi capaz de colocar o material nos locais corretos, seguindo o esquema. Ao longo desta atividade verificaram-se alguns desequilíbrios nos deslocamentos, do espelho até metade da sala, e descoordenação, associados a níveis significativos de impulsividade, assim como competências ao nível da memória a curto prazo, conseguindo recordar os locais onde se encontravam as outras peças de jogo. No decorrer desta atividade, o Rafael revelou capacidade de persistência na tarefa, mesmo quando mostrava dificuldades em encontrar algumas das peças de jogo, sem sinais de frustração, e capacidade de manter o foco durante toda a atividade. No fim desta atividade, a criança chegou a verbalizar quais as peças que para si tinham sido as mais difíceis de encontrar.

Na atividade “arcos com cor”, continuou-se a observar níveis significativos de impulsividade, com evidências de descontrolo corporal (e.g. desequilíbrios e oscilações) e algumas dificuldades na inibição do movimento, em especial após o deslocamento nos cones, e algumas dificuldades em descrever como ia realizar ou como tinha realizado os deslocamentos solicitados, apesar de conseguir recordar os deslocamentos realizados. Foram ainda evidenciadas algumas tentativas, por parte da criança em alterar ou infringir as regras de jogo previamente acordadas, demonstrando capacidade de argumentação e competências ao nível do controlo da frustração quando as regras se mantiveram as mesmas. Todavia, o Rafael mostrou-se bastante participativo na escolha das perguntas para os arcos azul e amarelo, apesar de algumas dificuldades ao nível da articulação e do tom de voz (e.g. surdina), sendo necessário solicitar a criança mais do que uma vez para repetir o que tinha dito.

Na atividade sugerida pelo Rafael, “chão é lava”, inicialmente verificaram-se alguns comportamentos autoritários, com a criança a querer dar ordens à terapeuta relativamente aos papéis de cada um no jogo e à colocação do material, evidenciando ainda mais uma vez muita argumentação. Neste caso, foi realizado um acordo entre a criança e a terapeuta, o que implicou cedências das duas partes, uma vez que não se pretende impedir/anular a expressão da criança, mas sim que esta perceba a melhor forma de o fazer e que nem sempre pode ter tudo como deseja, porque existem regras. Deste modo, uma das cedências implicou a utilização de alguns sacos de areia, onde o Rafael sugeriu, primeiro, que estes fossem utilizados como bases e, depois, como objetos de arremesso, para desequilibrar ou derrubar o adversário. No seguimento, a terapeuta sugeriu que fosse atribuído a cada um, três vidas, sendo que ao ser-se atingido por um saco de areia perder-se-ia uma vida. Assim sendo, durante a atividade foi possível observar alguns desequilíbrios e oscilações, mas menos evidentes que nas atividades anteriores, algumas dificuldades em inibir o movimento e em cumprir todas as regras da atividade.

Na conversa final, o Rafael mostrou-se bastante comunicativo, conseguindo verbalizar a atividade que mais tinha gostado (e.g. “chão é lava”), e que tinha sentido mais dificuldades na segunda atividade, referindo também que se tinha sentido bem ao longo da sessão, acabando por simbolizar as suas respostas no quadro branco.

É de salientar que não foi possível realizar a atividade de retorno à calma, uma vez que foram sentidas algumas dificuldades ao nível da gestão do tempo, em especial no que se refere a atividade sugerida pela criança. Assim sendo, na próxima sessão ter-se-á em conta esta situação.

5ª Sessão

Plano de sessão

Descrição da atividade	Objetivos Específicos	Materiais	Duração
Conversa Inicial			
Após entrar na sala de psicomotricidade, a criança e a terapeuta irão tirar os sapatos e sentar-se-ão junto ao quadro branco, para conversar. Neste momento, a terapeuta irá esclarecer as regras e explicar como se irá desenvolver a sessão. Será ainda proposta à criança que fale um pouco sobre a sua semana, como se sente no momento presente e que atividades gostaria de realizar na sessão.	Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais, com confiança; Estimular a capacidade de cumprimento de regras;	Quadro Canetas	7 minutos
Parte Fundamental			
<u>1ª tarefa – “Percurso”</u> Esta atividade será realizada como continuação da atividade da semana anterior, por isso, os materiais serão dispostos segundo o esquema previamente realizado pela criança e pela terapeuta. Também serão revistas as regras criadas em conjunto, sendo estas afixadas na parede, para que todos as possam ver. De seguida, será realizado o percurso, que implica a passagem pelos diversos obstáculos e o lançamento de sacos de areia contra os cones e os pinos.	Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade; Aumentar a capacidade de equilíbrio dinâmico, em diferentes situações; Promover a organização no espaço; Diminuir os níveis de impulsividade e de agitação motora; Aumentar o tempo de atenção/concentração na tarefa; Estimular a capacidade de cumprimento de regras;	Quadrados e rolos de espuma Arcos Cones Blocos Sacos de areia	15 minutos

2ª tarefa – “Arcos em cones”(atividade sugerida pela criança)

Nesta atividade será colocado um pino, num dos lados da sala, enquanto a criança e a terapeuta se posicionam no lado oposto, tendo como objetivo lançar os arcos para que fiquem no cone. Progressivamente e com o êxito na tarefa, o cone ficará cada vez mais longe, aumentando o grau de dificuldade da tarefa.

Cada jogador terá o mesmo número de arcos e ser-lhe-á atribuído um número de vidas (a definir com a criança), ou seja, um número mínimo de possibilidades de falhar, sendo que, caso um dos jogadores perca todas as vidas, ficará fora da atividade, não podendo realizar mais nenhum lançamento.

Ser capaz de fazer condizer o estado tónico perante as exigências da atividade;

Controlar adequadamente o equilíbrio estático;

Diminuir os níveis de impulsividade e de agitação motora;

Aumentar a tolerância à frustração;

Aumentar o tempo de atenção/concentração na tarefa;

Estimular a capacidade de cumprimento de regras;

Arcos
Cones
Quadrados
espuma

15
de minutos

Retorno à calma

Irá ser solicitado à criança que se deite numa posição confortável, para o mesmo, e, se possível, de olhos fechados. Posteriormente, a terapeuta irá passar uma bola pelas diferentes partes do corpo, exercendo alguma pressão. Posteriormente, será proposto à criança que represente numa folha de papel o modo como se sentiu durante esta atividade.

Melhorar a consciência dos seus limites corporais;

Aumentar a consciência dos estados tónico-emocionais;

Colchão
Bola
Folha de papel
Canetas/lápis

7 minutos

Conversa Final

Sentados junto ao quadro branco, a criança e a terapeuta irão conversar sobre como correu a sessão. Irá ser proposto à criança que nomeie as atividades de que gostou e que não gostou ou que foram mais difíceis, como se sentiu durante a sessão e que sugira atividades a realizar na sessão seguinte.

Promover a consciencialização dos estados emocionais;

Aumentar a consciência das suas capacidades;

Expressar opiniões e partilhar vivências pessoais, com confiança;

Quadro branco
Canetas

5 minutos

Relatório sessão

A sessão teve início com uma conversa inicial, onde foi solicitado à criança que falasse um pouco sobre a sua semana e como se sentia. Nesta foi possível observar que o Rafael se apresentou comunicativo, mas com algumas limitações físicas, estando com algumas dores

no pé, devido a um acidente na aula de educação física. Neste sentido, foi necessário realizar algumas alterações ao plano, sendo que em vez da atividade “percurso”, que implicava grande mobilidade por parte do Rafael, foi realizado o jogo da “batalha naval”, mas foi combinado com a criança que na próxima sessão, caso esta já se sentisse melhor, iria ser realizada a atividade “percurso”. No que se refere a atividade “arcos com cor”, esta sofreu algumas alterações, contudo a dinâmica permaneceu muito semelhante, sendo que a criança nomeou a mesma de “tiro ao alvo”.

Na primeira atividade, “batalha naval”, o Rafael mostrou-se animado e divertido, brincando e interagindo por diversas vezes com a terapeuta, e revelou ainda algumas dificuldades ao nível da representação gráfica dos “tiros”, que por sua vez levou a que o Rafael repetisse coordenadas anteriormente referidas, algumas dificuldades ao nível da articulação, sendo necessário questionar o mesmo sobre o que tinha dito. No fim do jogo, a criança mostrou-se um pouco triste e desanimada, por perceber que tinha perdido, contudo não se evidenciaram comportamentos desadequados ou sinais de frustração.

Na segunda atividade, “tiro ao alvo”, o Rafael apresentou-se muito disponível e colaborativo, ajudando na colocação do material e na criação/seleção das regras a utilizar durante a atividade. Quando questionado como se estava a sentir, referiu que estava com algumas dores, mas que conseguiu e que queria realizar a atividade, tinha só de fazer as coisas devagar. Durante a atividade, o Rafael mostrou-se bastante cooperante para com a terapeuta, cedendo a sua vez, incentivando e observando os movimentos da mesma, e revelou boa coordenação óculo manual, apesar de algumas dificuldades ao nível da regulação tónica, ficando o saco aquém do alvo. Após alguns lançamentos, o Rafael propôs que fossem atribuídos pontos a alguns dos alvos (e.g. 20 pontos um dos cilindros dor atingido), tendo em conta a sua posição na mesa ou nos objetos que estavam à frente. Neste sentido foi necessário criar novas regras que explicassem as condições para se ganhar pontos, uma vez que numa das primeiras tentativas quando a terapeuta atingiu um cilindro este não caiu ao chão e o Rafael disse que não valia. No final da atividade, quando a terapeuta voltou a atingir um dos cilindros, a criança expressou alguma tristeza, por não ter conseguido ganhar mais nenhum ponto, mas mostrou-se bastante disponível e interessado em repetir o jogo e sem sinais de frustração.

Na conversa final, o Rafael mostrou-se bastante comunicativo, conseguindo verbalizar a atividade que mais tinha gostado (e.g. “tiro ao alvo”), mencionando que tinha sentido algumas dores, mas que tinha gostado muito da sessão.