



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Caminhar na(em) Relação: Práticas Terapêuticas em Saúde Mental. Um "Aide-Mémoire" para o Psicomotricista

Rafaela Moreira

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria da Graça Santos

Évora 2022



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

Caminhar na(em) Relação: Práticas Terapêuticas em Saúde Mental. Um "Aide-Mémoire" para o Psicomotricista

Rafaela Moreira

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Maria da Graça Santos

Évora 2022



A dissertação foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

Vogais | Constança Biscaia (Universidade de Évora) (Arguente)
Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Orientador)

Agradecimentos

À Professora Doutora Gabriela Almeida, orientadora da Universidade Évora, por me mostrar que os projetos bonitos também acontecem sem ser preciso levantar os pés da Terra, desde que estiquemos os braços à Lua. É acolhedor sentir que acredita neste projeto.

À Professora Doutora Graça Duarte Santos, orientadora da Universidade de Évora, por me ensinar que a análise de conteúdo é uma ferramenta que nos permite contar histórias, incutindo em mim a sua perspetiva relacional e harmoniosa, bem como o seu rigor metodológico.

Aos psicomotricistas com quem conversei, por encontrarem na algazarra das suas agendas um tempo para mim e para este projeto. Peço desculpa pelo jantar atrasado, pela hora de almoço encurtada ou por um dia de descanso não tão descansado assim. Em cada conversa ponderei esquecer o seu propósito, e ficar ali apenas embebida nas vossas palavras, na vossa experiência, a absorver um pouco de vós.

A todos os professores com quem me cruzei, por me ajudarem a construir o meu pensar.

Aos que, sentados nas cadeiras do lado, me mostraram que o caminho se torna mais feliz se nos permitirmos ser o abrigo uns dos outros.

Aos meus pais e às minhas irmãs, que me apoiaram sempre na condição de que eu desse, na pior das hipóteses, o melhor que conseguisse encontrar disponível em mim.

À minha família, pela relação que construímos a cada encontro. É neste enlaço que me apercebo da importância de estabelecermos relações de qualidade, de termos quem nos acolha e empodere um pouco mais a cada dia. Agradeço especialmente ao pequeno Vicente, por ser um motivo incontestável para deixar cair o trabalho em segundo plano.

Aos meus amigos, que me encorajaram nesta entrega, sabendo apenas que este era um projeto no qual eu escrevia sobre coisas que considerava bonitas.

À Zola, ao Mies e à Mimi, por me mostrarem que o trabalho precisa de pausas e que umas festinhas vêm sempre a calhar.

Por último, agradeço ao Doutor António Coimbra de Matos, por nos ter deixado a obra¹ que motivou o tema desta dissertação, e por alertar que as psicopatologias são manifestações de carência suplicantes de amor, fazendo compreender que o nosso maior propósito aqui é oferecer amor.

¹ O tema da presente dissertação surgiu enquanto desbravava a obra de Coimbra de Matos, num percurso iniciado pela leitura de *Saúde Mental*, que me encaminhou para *Relação de Qualidade: Penso em Ti*, culminando em *Nova Relação* – as três obras às quais atribuo o meu interesse por este tema.

Caminhar na(em) Relação: Práticas Terapêuticas em Saúde Mental.

Um “Aide-Mémoire” para o Psicomotricista

Resumo

No início do século XX, evidenciou-se a influência da relação terapeuta-cliente no sucesso das intervenções psicoterapêuticas. Reconhecendo a necessidade de começar a desbravar caminho na relação em terapia psicomotora, compreendendo o impacto que a relação terapeuta-cliente exerce nas intervenções psicoterapêuticas, e hipotetizando que o mesmo se pode verificar na terapia psicomotora, este estudo toma como suporte o longo historial de trabalho da Psicoterapia.

A presente dissertação objetiva estudar e compreender a relação que se estabelece em terapia psicomotora, a partir da perspectiva do psicomotricista, com vista a disponibilizar ferramentas que possam ser utilizadas pelos psicomotricistas na sua prática profissional.

Realizou-se um estudo, de natureza qualitativa, que implicou a realização de entrevistas a psicomotricistas (n=21) com experiência em saúde mental. Os dados recolhidos foram analisados através da metodologia de análise de conteúdo.

Os resultados evidenciaram a existência específica de fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista e para o desenvolvimento da relação em terapia psicomotora, assim como alguns indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora, e algumas práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora. Com base nos resultados e na fundamentação teórica, construiu-se um *aide-mémoire* que se propõe como um instrumento de reflexão e ajuda à prática relacional do psicomotricista.

Palavras-chave: Psicomotricidade; terapia psicomotora; aliança terapêutica; entrevistas; reflexão.

Building the Relationship: Therapeutic Practices in Mental Health.

An "Aide-Mémoire" for the Psychomotricist

Abstract

In the early 20th century, the influence of the therapist-client relationship on the success of psychotherapeutic interventions became evident. Recognizing the need to start breaking new ground in the psychomotor therapy relationship, understanding the impact that the therapist-client relationship has on psychotherapeutic interventions, and hypothesizing that the same may be true in psychomotor therapy, this study takes as its support the long history of psychotherapy work.

This dissertation aims to study and understand the relationship established in psychomotor therapy, from the psychomotor therapist's perspective, in order to provide tools that can be used by psychomotor therapists in their professional practice.

A qualitative study was carried out, involving interviews with psychomotor therapists (n=21) with experience in mental health. The data collected was analyzed using content analysis methodology.

The results showed the existence of specific influence factors on the psychomotor therapist's relational profile and on the development of the relationship in psychomotor therapy, as well as some indicators of the evolution of the relationship in psychomotor therapy, and some practices of (re)adjustment of the relationship in psychomotor therapy. Based on the results and the theoretical foundation, an *aide-mémoire* was built, which is proposed as a tool for reflection and help for the psychomotor therapist's relational practice.

Key-words: Psychomotricity; psychomotor therapy; therapeutic alliance; interviews; reflections.

Índice Geral

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Índice de Tabelas	VI
Índice de Anexos	VII
Introdução	1
Revisão de Literatura	4
1 Relação e Processo Terapêutico	4
1.1 Comunicação nas Relações Humanas e em Terapia	4
1.2 O Impacto da Comunicação Não-Verbal nas Relações Interpessoais	7
1.3 Empatia	9
1.4 Relação na Prática Clínica	10
1.4.1 Fatores Comuns	10
1.4.2 Relação Real	12
1.4.3 Relação Real e Apego	14
1.4.4 Percurso Relacional	17
1.5 Das Características do Terapeuta à Intuição Clínica	18
1.6 Processo Interno do Terapeuta	19
1.7 Avaliação da Relação em Terapia	21
2 Relação em Saúde Mental	21
2.1 A Relação Restabeecedora da Saúde Mental	22
2.2 Barreiras e Facilitadores à Relação Clínica	22
2.3 Especificidades da Relação com Crianças e Adolescentes	24
3 Relação Clínica e Psicomotricidade	25
3.1 Prática Psicomotora em Saúde Mental	26
3.2 Relação em Terapia Psicomotora	27
3.2.1 Capacidade de Escuta	28
3.2.2 Disponibilidade	29
3.2.3 Contenção	30
3.3 Formação Pessoal do Psicomotricista	31
Metodologia	34
Objetivos do Estudo	34
Desenho e Tipo de Estudo	34

Participantes	34
Seleção dos Participantes	34
Caracterização dos Participantes	35
Instrumento	42
Procedimento.....	45
Recolha de Dados	45
Tratamento e Análise de Dados	45
Resultados.....	48
Tema 1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista	48
Subtema 1.1 Percurso Profissional	48
Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação	53
Tema 2 Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora	58
Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista	58
Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente.....	66
Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente.....	68
Subtema 2.4 Outros Fatores	71
Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora.....	73
Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora	78
Discussão	81
Conclusão.....	93
Referências Bibliográficas.....	96
Anexos	VIII

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização dos Participantes	40
Tabela 2 – Objetivos de Intervenção e Questões do Guião de Entrevista	42
Tabela 3 – Resultados do Subtema 1.1 Percorso Profissional	50
Tabela 4 – Resultados do Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação	55
Tabela 5 – Resultados do Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista	62
Tabela 6 – Resultados do Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente	67
Tabela 7 – Resultados do Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente	69
Tabela 8 – Resultados do Subtema 2.4 Outros Fatores.....	72
Tabela 9 – Resultados do Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora	75
Tabela 10 – Resultados do Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora	79

Índice de Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado, Esclarecido e Voluntário	IX
Anexo 2 – Guião de Entrevista	XII
Anexo 3 – Operacionalização das Categorias	XV
Tema 1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista	XVI
Subtema 1.1 Percurso Profissional	XVI
Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação	XXV
Tema 2 Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora	XXXIII
Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista	XXXIII
Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente	XLV
Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente	XLVII
Subtema 2.4 Outros Fatores	LI
Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora	LIV
Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora	LXIV
Anexo 4 – Categorização das Unidades de Registo	LXXI
Tema 1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista	LXXII
Subtema 1.1 Percurso Profissional	LXXII
Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação	LXXVI
Tema 2 Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora	LXXIX
Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista	LXXIX
Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente	LXXXIV
Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente	LXXXV
Subtema 2.4 Outros Fatores	LXXXVII
Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora	LXXXVIII
Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora	XCII
Anexo 5 – Caminhar na(em) Relação: Um <i>Aide-Mémoire</i> para o Psicomotricista	XCIV

Introdução

Ao longo da história, as práticas clínicas de ajuda e cuidado foram-se tornando progressivamente mais sistematizadas e por vezes até protocoladas, conseguindo oferecer respostas específicas e adequadas aos sintomas. No entanto, gerou-se uma distância relacional entre o clínico e o cliente, afastando-se da conceção de cuidado. Quando a comunidade clínica e a sociedade tomaram consciência desta lacuna na resposta terapêutica, aumentou o reconhecimento atribuído às práticas terapêuticas relacionais (Visentini, 2020). Contudo, esta perspetiva relacional – que evidencia a importância da proximidade, da empatia e da escuta no processo terapêutico, priorizando a relação – não é recente. A relação enquanto componente terapêutica foi sempre bem cuidada pelos psicoterapeutas, uma vez que a Psicoterapia reconhece que o poder da mudança, bem como a adesão à terapia, reside essencialmente na relação terapeuta-cliente, independentemente da técnica, do tipo de intervenção e da abordagem teórica que o sustenta (Bolsinger et al., 2020; Heynen et al., 2017; Horvath & Luborsky, 1993; Plantade-Gipch, 2017).

A Psicomotricidade, ainda que não se inclua nas intervenções psicoterapêuticas, socorre-se de algumas das suas premissas e fundamentos, porque a terapia psicomotora (particularmente em contexto de saúde mental) é também mediada pela relação de implicação corporal (Giromini, 2019). A Psicomotricidade considera que o corpo é um mediador terapêutico da relação, porque i) permite que o cliente percecionasse as suas vivências corporais, que serão posteriormente representadas ou simbolizadas na terapia psicomotora (que atua como espaço transicional), e ii) permite que o psicomotricista acolha, transforme e devolva essas representações, bem como tudo o que o cliente for trazendo durante o processo terapêutico (Giromini, 2017). Quando os psicomotricistas têm de apresentar ou explicar a sua prática profissional a outra pessoa, parecem valorizar a relação que estabelecem em terapia com os seus clientes. Contudo, do nosso conhecimento não existem estudos que evidenciem que as práticas de construção e consolidação da relação psicomotricista-cliente já tenham sido estudadas, o que significa que a investigação científica realizada pelos psicomotricistas sobre este tema é ainda insuficiente. Reconhecendo a necessidade de começar a desbravar caminho na relação em terapia psicomotora, compreendendo o impacto que a relação terapeuta-cliente exerce nas intervenções psicoterapêuticas, e hipotetizando que o mesmo se pode verificar na terapia psicomotora, a presente dissertação toma como suporte o longo historial de trabalho da Psicoterapia.

O reconhecimento atribuído à relação terapeuta-cliente iniciou-se em 1936, quando Saul Rosenzweig concluiu que a maioria das intervenções psicoterapêuticas realizadas com competência apresenta resultados igualmente positivos, independentemente das técnicas específicas utilizadas. Por conseguinte, o autor sugeriu a possível existência de fatores comuns às intervenções que contribuem para o sucesso das mesmas. Ao longo dos anos, surgiram vários modelos teóricos que

ambicionavam identificar os referidos fatores comuns (Plakun et al., 2009; Poster, 2019; Starreveld, 2021). Genericamente, compreendeu-se que os fatores comuns se referem ao modo como o terapeuta envolve o cliente no processo terapêutico e como ambos se relacionam entre si. A identificação dos fatores não está bem definida para a comunidade científica, mas é globalmente aceite que inclui elementos relacionais, entre os quais a aliança terapêutica, a escuta ativa, a compreensão empática e livre de julgamentos, a indução de esperança e motivação, bem como a delimitação conjunta dos objetivos de intervenção (Davidson & Chan, 2014; Duncan, 2010; Feinstein et al., 2015; Laska, 2014; Oliveira & Benetti, 2015; Probst & Maiano, 2018).

Considerando a Teoria dos Fatores Comuns, é evidente que a relação impacta significativamente nos resultados da intervenção terapêutica. Contudo, só após a década de 50 é que a mudança terapêutica começou a ser amplamente associada à qualidade da relação terapeuta-cliente. Até então, a comunidade clínica reconhecia que a relação era um facilitador da terapia, mas o sucesso terapêutico nunca lhe fora nitidamente atribuído (Gelso & Carter, 1985; Horvath, 2001, 2018).

Para uma compreensão concetual da relação, Greenson (1976/2004) segmentou a aliança terapêutica em três componentes: a relação real, a aliança de trabalho e a relação de transferência. Segundo o autor, a aliança de trabalho emerge da relação real, na medida em que a relação real ocorre em qualquer relação dual, e a aliança de trabalho assegura que terapeuta e cliente se relacionem enquanto tal.

A relação real refere-se aos aspetos autênticos e genuínos que decorrem no seio da relação que se estabelece entre duas pessoas (Greenson, 1976/2004). Gelso e Carter (1994) acrescentam ainda as perceções realistas como constituinte da relação real, elucidando que estas se referem ao conteúdo percebido que não é influenciado pelos processos transferenciais/contratransferenciais. Teoricamente, a relação real em terapia refere-se ao elemento de ligação afetivo-emocional da aliança terapêutica (Bhatia & Gelso, 2017).

António Coimbra de Matos (2011) defendia que o amor, enquanto relação de qualidade dependente da profundidade e intimidade alcançadas em terapia, é o motor de transformação do estado patológico ou perturbado para o estado saudável. Assim, prevejo que esta dissertação nos fale de amor e da necessidade de ser amado, porque é isso que fundamenta o poder curativo da relação real que se estabelece entre duas pessoas. Mais tarde, o mesmo autor escreveu que *“não há doença mental sem défice de amor próprio ou desequilíbrio na sua regulação”* (2012, p. 28). Referia-se às psicopatologias como *“doenças da falta”* (2011, p. 56), compreendendo que são conseqüentes de faltas afetivas externas reais, ou de uma depreciação do próprio afeto sentido. Assim, pretendo que este projeto esclareça que quem chega aos serviços de saúde mental são pessoas que carecem de se

sentir amadas. Mais recentemente, Coimbra de Matos (2016, p. 341) afirmou que “*só a experiência e vivência de uma relação desenvolvutiva com o semelhante, o mundo e o próprio conduz à cura*”. Por acreditar nesta premissa, anseio descobrir como construir e sustentar essa relação que cuida o outro.

Por vezes, relacionarmo-nos é tão simples que nem nos apercebemos como é que a relação acontece, e quase nos esquecemos que outras vezes pode não ser assim tão fácil. Somos confrontados com esta situação quando nos chega aquela pessoa com quem temos dificuldade em relacionar, e que nos leva a explorar todas as respostas que estão ao nosso alcance para conseguirmos avançar num processo de terapia psicomotora. Simultaneamente, enquanto psicomotricistas, podemos ter receio que pensar a relação nos leve aquela capacidade que dizemos ser meio espontânea, meio intuitiva ou meio inata, ou qualquer outro adjetivo que se fique pela metade por não sabermos bem explicar, mas que nos permite entrar em relação com o outro. Este projeto desafiou alguns psicomotricistas a fazerem o esforço de pensar a relação, em defesa destas pessoas que não conseguimos sentir, sob pena de haver alguém que nunca seja sentido por ninguém. Queremos sentir todos, esse é o grande objetivo. Abrir caminho é levantar a discussão, portanto, cá vamos!

A presente dissertação objetiva estudar e compreender a relação real que se estabelece entre o psicomotricista e o cliente, sendo que para isso é necessário (1) identificar os fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista, (2) identificar os fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora, (3) identificar os indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora, (4) identificar práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora. Adicionalmente, este projeto pretende disponibilizar ferramentas concretas que possam ser utilizadas pelos psicomotricistas e que tenham efeito significativo na sua prática profissional. Assim, o último objetivo desta dissertação é (5) construir um *aide-mémoire* para o psicomotricista.

O documento está organizado em cinco partes: revisão de literatura, metodologia, resultados, discussão e conclusão. Na revisão de literatura são explorados alguns temas que sustentam o estudo e fundamentam a sua pertinência: *1 Relação e Processo Terapêutico*, *2 Relação em Saúde Mental*, e *3 Relação Clínica e Psicomotricidade*. A metodologia apresenta o planeamento e concretização do presente estudo, incluindo os objetivos do estudo, o desenho e tipo de estudo, a seleção e caracterização dos participantes, e a recolha, o tratamento e análise dos dados. Os resultados são apresentados em forma de tabela, e são posteriormente interpretados na discussão. A discussão mantém a organização sequencial dos temas e subtemas do estudo, que se associam aos objetivos da investigação. De acordo com o que foi exposto na discussão dos resultados, a conclusão apresenta as respostas às questões de investigação, que correspondem aos objetivos do estudo.

Revisão de Literatura

Considerando o tema de interesse em estudo, realizou-se uma revisão de literatura que se encontra organizada em três secções principais – *1 Relação e Processo Terapêutico*, *2 Relação em Saúde Mental*, e *3 Relação Clínica e Psicomotricidade*. Ao longo da revisão de literatura são abordadas diversas temáticas que permitem uma exploração teórica consistente e possibilitam compreender o fio condutor desta investigação.

1 Relação e Processo Terapêutico

Esta secção apresenta seis temáticas que relacionam dois tópicos de base: relação e terapia. A compreensão do tema de investigação iniciou-se pelo estudo da comunicação, apresentado em *1.1 Comunicação nas Relações Humanas e em Terapia*, reconhecendo que a comunicação é um requisito base para que dois seres possam entrar em relação. Esta primeira temática evidenciou a necessidade de perceber como as mensagens que transmitimos nas nossas relações quotidianas são influenciadas pelos sinais não-verbais, e as evidências desta pesquisa são expostas em *1.2 O Impacto da Comunicação Não-Verbal nas Relações Interpessoais*. De seguida, em *1.3 Empatia*, apresenta-se a empatia e a genuinidade como sendo o suporte da relação em terapia e, genericamente das relações interpessoais. Na temática seguinte, nomeada por *1.4 Relação na Prática Clínica*, expõe-se a evolução histórica da importância atribuída à relação pelos olhos dos clínicos. As temáticas que se seguem surgiram após o confronto de que a relação, bem como qualquer questão que lhe seja associada, é comprometida pela subjetividade individual do terapeuta e do cliente. Assim, considerou-se necessário estudar o perfil relacional do terapeuta, explorando a influência das suas características pessoais em *1.5 Das Características do Terapeuta à Intuição Clínica*, e a importância da elaboração interna em *1.6 Processo Interno do Terapeuta*. Para encerrar esta secção, em *1.7 Avaliação da Relação em Saúde Mental*, são apresentados alguns instrumentos de avaliação que permitem minimizar a subjetividade acima mencionada.

1.1 Comunicação nas Relações Humanas e em Terapia

Em 1955, Joseph Luft e Harry Ingham apresentaram um modelo gráfico – A Janela de Johari – que ambiciona a consciencialização dos relacionamentos interpessoais. A comunidade científica reconhece a utilidade deste modelo para compreender as relações humanas (Luft, 1961).

A Janela de Johari concebe quatro quadrantes (ver figura 1). O primeiro quadrante corresponde à área aberta ou de atividade livre e inclui os comportamentos e as motivações que o próprio conhece. O segundo quadrante, designado por área cega, refere-se ao que o próprio desconhece acerca de si, mas que os outros conhecem. O terceiro quadrante, intitulado de área

evitada ou oculta, representa o que o próprio conhece acerca de si, mas não revela aos outros. Por último, o quarto quadrante, denominado por área de atividade desconhecida, associa os comportamentos e as motivações que são desconhecidos pelo próprio e pelos outros. Segundo os autores, a área de atividade desconhecida deve ser considerada porque, quando os fatores se tornam conhecidos, reconhece-se que estariam a influenciar as relações interpessoais (Luft, 1961).

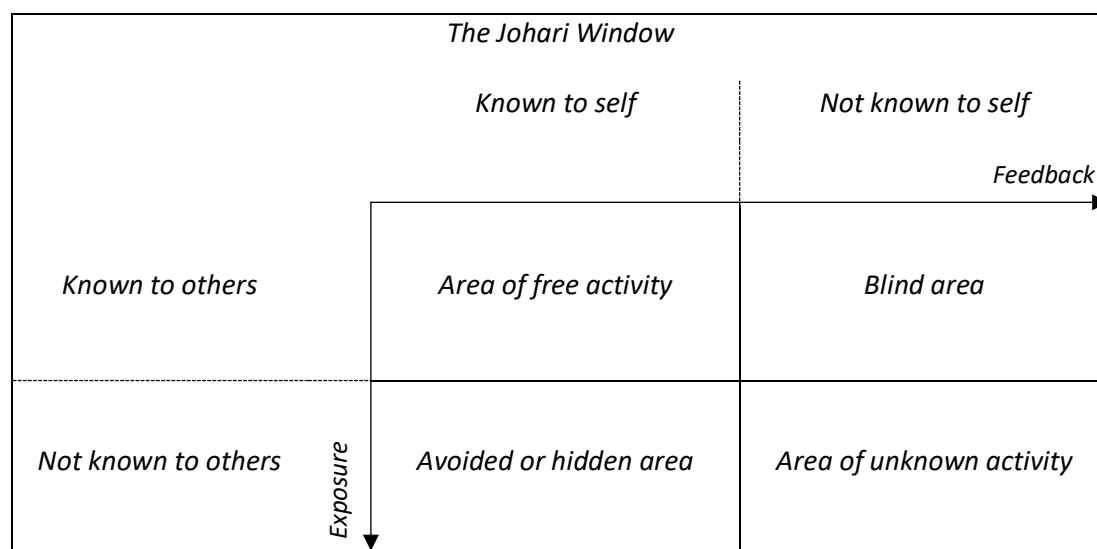


Figura 1

Janela de Johari

Nota. Esta figura apresenta a Janela de Johari – modelo gráfico apresentado por Luft e Ingham em 1955 (Luft, 1961, p. 6).

As áreas deste modelo são dinâmicas, uma vez que se ajustam consoante o autoconhecimento do próprio e dos outros, e o conhecimento que o próprio tem dos outros e que estes têm dele. Quando o próprio recebe *feedback* dos outros, a sua área cega diminui, aumentando a área aberta, e consequentemente o autoconhecimento. No entanto, a diminuição da área cega também ocorre noutra perspetiva porque, quando o outro dá *feedback*, revela a sua perspetiva e entendimento acerca do comportamento ou motivação em causa, e consequentemente o indivíduo conhecerá mais acerca do outro, mesmo que isso nem sempre seja consciencializado. A área aberta também se pode expandir para a área oculta quando o próprio revela ou partilha algo com o outro, ou seja, por exposição (Luft, 1961).

A área de atividade desconhecida pode sofrer alterações devido a diversas situações, por exemplo se o indivíduo se autodesafiar, seja por experimentar uma atividade nova ou por atentar ao que o estimula no quotidiano, ou pela expansão das áreas cega e oculta (Luft, 1961).

Com base nos princípios que os autores apresentam, entende-se que a interação dos quadrantes difere entre as várias relações interpessoais, porque nem todos possuem igual conhecimento acerca de uma pessoa. Reconhece-se que a área aberta aumenta à medida que a

relação interpessoal evolui, ocorrendo aprendizagem interpessoal que se associa inevitavelmente a uma maior partilha entre os dois indivíduos em relação e a uma comunicação de maior qualidade. É importante que o terapeuta conheça o modelo, embora não deva forçar a consciencialização das relações, por se revelar ineficaz (Luft, 1961).

As relações humano-humano sustentam-se através de trocas comunicativas, num funcionamento interativo de pistas verbais e não-verbais, permitindo a regulação mútua das partes envolvidas (Del Giacco et al., 2020). Para a comunicação ser congruente, as pistas não-verbais têm de apoiar o conteúdo verbalizado (Paulick et al., 2017). Caso isso não se verifique, a comunicação não-verbal é a que prevalece (Mira & Fernandes, 2015).

Concretamente na relação terapeuta-cliente, as trocas comunicativas permitem que ambos ajustem os seus comportamentos um para com o outro, agindo colaborativamente, de modo a promover a coconstrução da relação e o desenvolvimento da intersubjetividade. Tratando-se de uma relação dual, é necessário que exista envolvimento e disponibilidade de ambas as partes, não sendo uma incumbência exclusiva do terapeuta (Del Giacco et al., 2020).

A consciencialização do processo comunicativo permite identificar as ações – do terapeuta ou do cliente – que participam na construção da aliança terapêutica, através da análise da interação. Assim, admite-se que a comunicação, em toda a sua amplitude, impacta significativamente na relação terapeuta-cliente. Se os recursos comunicativos forem utilizados em prol da relação, revelam-se desbloqueadores da mudança terapêutica, na medida em que possibilitam ao terapeuta compreender a realidade e os conflitos internos do cliente, independentemente da sua comunicação ser, ou não, voluntária e consciente (Del Giacco et al., 2020; Valdés & Krause, 2015).

A comunicação verbal apresenta características distintas consoante o cliente se encontre num momento de mudança ou de estagnação terapêutica. É expectável a ocorrência de ambas as fases ao longo do processo, assumindo um carácter temporário e mutável. É considerado momento de estagnação quando não há coconstrução de novos significados e, nesse sentido, é possível identificar as duas fases numa sessão (Valdés & Krause, 2015).

A comunicação verbal pode auxiliar o terapeuta a entender em que fase do processo o cliente se encontra, mas também pode ser utilizada conscientemente pelo terapeuta com o intuito de potenciar a fase de mudança. Concretamente, a realização de perguntas e afirmações assertivas por parte do terapeuta promove comportamentos colaborativos que apoiam o desenvolvimento e consolidação da relação, fomentando a mudança terapêutica, além de que o cliente se sentirá compreendido. Assim, é expectável que o cliente se envolva no processo terapêutico, agindo ativamente na coconstrução de novos significados (Del Giacco et al., 2020; Krause et al., 2016; Valdés & Krause, 2015).

No entanto, se reagir às afirmações do terapeuta argumentando persistentemente, este poderá entender que o cliente se encontra em estagnação terapêutica. Nesse caso, o terapeuta deve tentar identificar e compreender as causas que conduziram à dita estagnação, assumindo que esta é um mecanismo de defesa que surge em resposta aos conflitos internos e, possivelmente, inconscientes do cliente (Del Giacco et al., 2019; Valdés & Krause, 2015).

1.2 O Impacto da Comunicação Não-Verbal nas Relações Interpessoais

O primeiro contacto, no qual são imediatamente formados juízos acerca do outro, é decisivo para estabelecer uma boa comunicação, permitindo a interação e o relacionamento (Priebe et al., 2019; Rimondini et al., 2018). Portanto, quando há intenção relacional, é essencial impactar positivamente desde os primeiros instantes, sobretudo porque a primeira impressão é preservada de forma estável e consistente ao longo do tempo, sendo difícil alterá-la (Hüttner & Linden, 2017; Gunaydin et al., 2017). Apesar de ser formada em breves minutos, a primeira impressão aproxima-se muito da realidade, permitindo conjecturar certeira acerca das características e da personalidade da pessoa. Contudo, a formação da impressão pode ser influenciada por diversos fatores, incluindo a aparência física, a raça ou etnia, o género, a postura, a fala e a voz (Rimondini et al., 2018).

Especificamente em contexto clínico, a comunicação entre o profissional e o cliente é o principal fator que estrutura a primeira impressão, podendo repercutir-se de forma positiva ou negativa na relação que estabelecerem (Hesse & Rauscher, 2018; Rimondini et al., 2018).

Em 1920, Thorndike compreendeu que o juízo, positivo ou negativo, feito acerca de uma característica, capacidade ou competência de um indivíduo, pode influenciar o sentimento global relativo a esse indivíduo, por generalização. Assim, o autor compreende um fenómeno, associado à formação de impressões, que consiste na elaboração de um juízo sobre uma pessoa, baseado apenas no seu desempenho em um componente. Quando se trata de uma avaliação positiva, designa-se “efeito de halo”, e no caso de uma avaliação negativa denomina-se “efeito de horn” (Nicolau et al., 2020, p. 2).

Desta forma, compreende-se que a primeira impressão que o cliente elabora sobre o profissional, determina todo o processo terapêutico. No entanto, existe outro fenómeno psicológico que demonstra que a primeira impressão que o profissional faz do cliente é igualmente influenciadora da terapia e até dos seus resultados: segundo o “efeito de pigmalião”, se o terapeuta tiver expectativas positivas e elevadas sobre o cliente e a sua perspetiva de evolução terapêutica, este alcançará bons resultados; caso contrário, surge o “efeito de golem” que defende que se o terapeuta possuir expectativas negativas acerca do cliente, este obterá fracos resultados (Leung & Sy, 2018, p. 2).

De acordo com Riggio (1992), uma comunicação consciencializada permite gerir de forma competente as relações. Sendo que a relação é um fator decisivo para o sucesso terapêutico (Heynen et al., 2017), assume-se a importância de o terapeuta conhecer e dominar a linguagem corporal.

Segundo Mira e Fernandes (2015), a linguagem corporal é composta por uma diversidade de elementos comunicativos, entre os quais se destacam os auxiliares de comunicação prosódicos, quinésicos, proxémicos e cronémicos. Os auxiliares prosódicos incluem dimensões vocais como o tom, a duração, a intensidade, a entoação e as pausas. Os quinésicos referem-se a gestos ou movimentos que permitem, do ponto de vista do orador, ilustrar e regular a comunicação e, na perspetiva do ouvinte, adaptar-se à situação e ao conteúdo que escuta. Os auxiliares proxémicos permitem que o espaço interpessoal do outro seja respeitado, esboçando o distanciamento adequado para as mais diversas interações sociais – “*zonas íntima fechada, íntima, pessoal, social e pública*” (p. 85). Por fim, os auxiliares cronémicos dizem respeito a fatores temporais, como os atrasos e as antecipações. Todos os auxiliares referidos são elementos que devem ser compreendidos numa esfera relacional, com uma significância específica que é atribuída consoante o contexto. Além disso, os auxiliares podem efetivamente ser utilizados para agilizar a comunicação, mas reconheça-se que também podem ser transmitidos inconscientemente e as outras pessoas inferirem significados acerca dos mesmos. Por ser tão vasta, a linguagem corporal torna-se ambígua, uma vez que a interpretação das pistas não-verbais não é tão concreta e inquestionável como a palavra.

Desmond Morris (cit in Padrini, 1995) organizou os vários sinais de comunicação não-verbal numa escala de credibilidade dos diferentes tipos de ação. Esta escala permite que a interpretação da comunicação não-verbal seja mais sustentada e certa, porque apresenta os sinais escalonados em ordem decrescente de credibilidade, indicando os sinais aos quais deve ser dada primazia. Segundo o autor da escala, os sinais automáticos, que se referem a alterações fisiológicas impossíveis de controlar, são os mais credíveis. De seguida, surgem os sinais das pernas e dos pés, que possivelmente por serem mais distais escapam mais facilmente ao controlo voluntário do indivíduo. Os sinais do tronco evidenciam o estado de ânimo real do indivíduo. Os gestos das mãos não identificados constituem o quarto nível da escala, porque estamos semiconscientes delas e conseqüentemente o seu controlo não é perfeito. Seguidamente, os gestos identificados das mãos, que tratam movimentos deliberados e voluntários. As expressões faciais surgem em último lugar nesta escala, por serem deliberadas e realizadas com extrema consciência, mas principalmente por serem facilmente manipuladas. Contudo, de acordo com Dompson e colaboradores (1984), as emoções vivenciadas com intensidade são essencialmente expressas no lado esquerdo da face, resultando numa assimetria facial difícil de contrariar e de manipular.

1.3 Empatia

O suporte da relação terapeuta-cliente, e genericamente das relações interpessoais, é a empatia e a genuinidade (Batson & Ahmad, 2009; Nienhuis et al., 2018; Rogers, 1957).

A genuinidade em contexto relacional refere-se à capacidade de o indivíduo ser e agir tal como é, de se entregar e se revelar ao outro de forma honesta, aberta e autêntica (Gelso & Carter, 1994).

De acordo com o modelo proposto por Decety (2005, 2011), a empatia inclui uma dimensão afetiva que se relaciona com os neurónios-espelho, uma dimensão cognitiva que se associa à Teoria da Mente, e uma dimensão de autorregulação emocional.

Primeiramente, a empatia pode ser desenvolvida pela ativação dos neurónios-espelho, aquando do espelhamento ou compassamento das ações do outro (Ellingsen et al., 2020; Guimarães et al., 2016; Mira & Fernandes, 2015), ou seja, trata-se de uma sincronia não-verbal entre dois corpos, que enquanto se refletem mutuamente, conseguem transmitir ao outro que estão interessados, dedicados e disponíveis para ele (Friedman, 2020; Paulick et al., 2017; Ramseyer, 2019).

O espelhamento pode ocorrer inconscientemente, significando que os indivíduos alcançaram o “*rapport*” (Vallés, 1995 cit in Mira & Fernandes, 2015, p. 86), isto é, que se encontram numa relação genuína e empática. Alternativamente, pode também ser utilizado como uma estratégia promotora da relação (Ellingsen et al., 2020; Guimarães et al., 2016). Os resultados obtidos no estudo de Koole e Tschacher (2016), sugerem que a sincronia não-verbal pode ser um fator estruturante para os relacionamentos e, especificamente, para a relação em terapia.

Segundo o modelo teórico de Decety (2005, 2011), a empatia afetiva é um processo de compartilhamento emocional automático, no entanto, o comportamento consequente da situação empática – resposta empática – é influenciado pela empatia cognitiva, influenciada pela Teoria da Mente e pelo funcionamento executivo (Eres & Molenberghs, 2013).

A Teoria da Mente, conceito introduzido por Premack e Woodruff (1978), refere-se à competência cognitiva que permite que compreender os estados mentais, em relação ao próprio e aos outros, entendendo os pensamentos, sentimentos e crenças ou valores que motivam determinado comportamento humano (Pavarini & Souza, 2010; Schurz et al., 2020).

Quanto ao funcionamento executivo, considera-se que influencia a autorregulação emocional na resposta empática explícita, ou seja, permite regular a intensidade da carga emocional que é expressa aos outros, possibilitando criar o distanciamento emocional necessário e adequado para cada situação (Eres & Molenberghs, 2013).

1.4 Relação na Prática Clínica

De acordo com Visentini (2020), ao longo da história, as práticas clínicas de ajuda e cuidado foram-se tornando progressivamente mais sistematizadas e por vezes até protocoladas, conseguindo oferecer respostas específicas e adequadas aos sintomas. No entanto, gerou-se uma distância relacional entre o clínico e o cliente, afastando-se da conceção de cuidado. Quando a comunidade clínica e a sociedade tomaram consciência desta lacuna na resposta terapêutica, aumentou o reconhecimento atribuído às práticas terapêuticas relacionais. Contudo, esta perspetiva relacional – que evidencia a importância da proximidade, da empatia e da escuta no processo terapêutico, priorizando a relação – não é recente.

A relação enquanto componente terapêutica foi sempre bem cuidada pela Psicoterapia, e a Psicomotricidade, ainda que não se incluía nas intervenções psicoterapêuticas, socorre-se de algumas das suas premissas e fundamentos. A Psicoterapia reconhece que o poder da mudança, bem como a adesão à terapia, reside essencialmente na relação terapeuta-cliente, independentemente da técnica, do tipo de intervenção e da abordagem teórica que o sustenta (Bolsinger et al., 2020; Heynen et al., 2017; Horvath & Luborsky, 1993; Plantade-Gipch, 2017). Contudo, Norcross e Lambert (2018) acrescentam que a capacidade de o terapeuta adaptar a relação às características do cliente potencia o sucesso da terapia, e que tentativas de ajuste ou melhoria da prática terapêutica que não considerem a relação terapeuta-cliente são incompletas e ineficazes. Assim, sendo evidente a importância da relação, salvaguarda-se que esta deve ser construída com cada cliente de forma específica e diferenciada.

1.4.1 Fatores Comuns.

O reconhecimento do impacto da relação em terapia iniciou-se em 1936, quando Saul Rosenzweig concluiu que a maioria das intervenções psicoterapêuticas realizadas com competência apresenta resultados igualmente positivos, independentemente das técnicas específicas utilizadas. Assim, gerou-se o veredito do pássaro Dodo, inspirado na intervenção do pássaro de *Alice no País das Maravilhas*, de Lewis Carroll (Poster, 2019) – “*At last the Dodo said, ‘Everybody has won, and all must have prizes.’*” (Rosenzweig, 1936, p. 412). Esta expressão começou a ser frequentemente mencionada quando uma nova terapia, com os seus fundamentos e métodos particulares, revela tanto sucesso e eficácia como as estudadas até ao momento (Starreveld, 2021). Por conseguinte, Rosenzweig (1936) sugeriu a possível existência de fatores comuns às intervenções que contribuem para o sucesso das mesmas.

Não descredibilizando as premissas supracitadas e reconhecendo que ainda se mantêm válidas, a literatura salvaguarda a importância de as intervenções terem as suas técnicas e

fundamentos bem definidos para que o cliente tenha acesso a um serviço mais completo e sustentado, que o beneficie nas suas necessidades específicas (Gilbert & Kirby, 2019; Laska et al., 2014).

As afirmações de Rosenzweig (1936) suscitam continuamente elevado interesse científico e, por isso, ao longo dos anos, diversos autores publicaram modelos teóricos com a ambição de explicar e identificar os fatores comuns às terapias de abordagem psicoterapêutica. Recentemente, Starreveld (2021) apresentou uma adaptação do modelo proposto por Poster (2019), que por sua vez surgiu em oposição ao modelo Y, apresentado por Plakun e colaboradores (2009).

Sucintamente, o modelo Y defende que os fatores comuns constituem a base do Y e que os seus dois braços integram as duas grandes escolas da Psicoterapia: abordagem cognitivo-comportamental e abordagem psicodinâmica (Plakun et al., 2009).

Segundo Poster (2019), a figuração do modelo num pincel de barbear parece mais apropriada: a alça do pincel, espessa e robusta, evidencia a vastidão dos fatores comuns, e as várias cerdas representam a diversidade de técnicas associadas a muitas teorias e escolas. De acordo com o autor, a eficácia da terapia deve-se 85% aos fatores comuns e, no máximo, 15% às técnicas utilizadas. De acordo com Probst e Maiano (2018), a distribuição percentual é ligeiramente diferente: 55% da eficácia da intervenção deve-se aos fatores comuns, 15% às técnicas utilizadas e 15% às expectativas do cliente sobre a terapia e consequentes resultados. Poster (2019) considera que as expectativas estão incluídas nos fatores comuns.

Seguidamente, Starreveld (2021) apresenta o modelo MAGIC, incluindo como fatores comuns a motivação, a aliança terapêutica, os objetivos, a implementação e o compromisso. A autora sugere que a alça do pincel de barbear integre os cinco componentes referidos, e que as cerdas representem todas as intervenções e técnicas que o terapeuta dispõe para a sua prática, em vez de integrar apenas as intervenções empiricamente apoiadas, como sugerira Poster (2019).

Em suma, os fatores comuns, também designados por componentes não-específicos pela Psiquiatria (Priebe et al., 2019), refletem-se no modo como o terapeuta envolve o cliente no processo terapêutico e como ambos se relacionam entre si. A identificação dos fatores não está bem definida para a comunidade científica, mas é globalmente aceite que inclui elementos relacionais, entre os quais a aliança terapêutica, a escuta ativa, a compreensão empática e livre de julgamentos, a indução de esperança e motivação, bem como a delineação conjunta dos objetivos de intervenção (Davidson & Chan, 2014; Duncan, 2010; Feinstein et al., 2015; Laska, 2014; Oliveira & Benetti, 2015; Probst & Maiano, 2018). Posto isto, emerge um paradoxo: as tentativas de determinação dos fatores comuns atentam maioritariamente aos aspetos verbais da comunicação, enquanto simultaneamente se reconhece que as pistas não-verbais que decorrem na relação terapeuta-cliente são determinantes do resultado terapêutico (Paulick et al., 2017).

1.4.2 Relação Real.

Considerando a Teoria dos Fatores Comuns, é evidente que a relação impacta significativamente nos resultados da intervenção terapêutica. Inclusivamente, alguns autores ousam afirmar que a relação é o principal fator responsável pelo sucesso da terapia e até consideram que uma relação frágil ou mal conseguida prejudica ativamente a terapia (Heynen et al., 2017; Matos, 2012; Plantade-Gipch, 2017).

Contudo, só após a década de 50 é que a mudança terapêutica começou a ser amplamente associada à qualidade da relação terapeuta-cliente. Até então, a comunidade clínica reconhecia que a relação era um facilitador da terapia, mas o sucesso terapêutico nunca lhe fora nitidamente atribuído (Gelso & Carter, 1985; Horvath, 2001, 2018).

Em 1956, Elizabeth Zetzel (cit in Flückiger et al., 2018) apresentou o conceito de aliança terapêutica, no qual incluiu a relação terapeuta-cliente. Para a autora, a construção da aliança compreende duas fases: a primeira fase caracteriza-se pelo estabelecimento de confiança que o cliente adquire acerca do terapeuta, e a segunda fase envolve o investimento pessoal, incluindo a motivação e a disponibilização do cliente para se envolver no processo terapêutico.

Este construto foi explorado por diversos autores, apresentando designações diferentes, nomeadamente "*rational transference*" (Fenichel, 1941, cit in Greenson 1965/2008, p. 79), "*mature transference*" (Stone, 1961, cit in Greenson, 1965/2008, p. 79) e "*rapport*" (Gitelson, 1962, cit in Gelso & Carter, 1985, p. 161). Contudo, o termo introduzido por Zetzel mantém-se atual, sendo o mais frequentemente utilizado.

Greenson (1976/2004) segmentou a aliança terapêutica em três componentes: a relação real, a aliança de trabalho e a relação de transferência. Segundo o autor, a aliança de trabalho emerge da relação real, na medida em que a relação real ocorre em qualquer relação dual, e a aliança de trabalho assegura que terapeuta e cliente se relacionem enquanto tal.

A relação real refere-se aos aspetos autênticos e genuínos que decorrem no seio da relação que se estabelece entre duas pessoas (Greenson, 1976/2004). Gelso e Carter (1994) acrescentam ainda as percepções realistas como constituinte da relação real, elucidando que estas se referem ao conteúdo percebido que não é influenciado pelos processos transferenciais/contratransferenciais. Teoricamente, a relação real em terapia refere-se ao elemento de ligação afetivo-emocional da aliança terapêutica (Bhatia & Gelso, 2017).

A aliança de trabalho refere-se a um compromisso forte e consistente, de caráter obrigatório, que se estabelece entre o terapeuta e o cliente, e que possibilita a terapia (Greenson, 1966). Em 1979, Bordin publica uma reformulação panteórica do conceito de aliança de trabalho, que já teria apresentado anteriormente numa comunicação em 1975. De acordo com a sua definição, a aliança de

trabalho, que depende de uma postura colaborativa entre cliente e terapeuta, apresenta três constituintes: o vínculo, as tarefas e os objetivos. Assim, considera que a aliança de trabalho é composta pelo vínculo que se estabelece entre terapeuta e cliente, pelo consenso mútuo acerca dos objetivos terapêuticos, e pelo acordo e participação nas tarefas propostas em terapia.

Por fim, a relação transferencial remete para o conceito de transferência, definido por Freud (1905, 1912), que se define por um fenômeno inconsciente de projeção de sentimentos, impulsos, atitudes, fantasias e defesas. Estas experiências provêm de relações com figuras significativas na primeira infância, e são projetadas noutra pessoa com a qual o indivíduo interaja no momento presente. O autor salienta que o conteúdo transferido é inadequado para a pessoa presente. A transferência pode ser classificada como “positiva” ou “negativa”, consoante sejam projetados “sentimentos afetuosos e amigáveis”, ou “hostis”, respetivamente (Freud, 1912, p. 319). A relação transferencial gera-se por consequência da transferência positiva e esta designação é utilizada para aludir a relação estabelecida com a pessoa presente (Greenson, 1965/2008).

No enredo das relações, os três componentes da aliança terapêutica – relação real, aliança de trabalho e relação de transferência – interagem constante e simultaneamente. Por este motivo, verifica-se uma divergência na concetualização dos termos entre vários autores, dificultando a sua distinção. Na literatura, é frequente os mesmos termos serem utilizados referindo-se a um conceito ligeiramente diferente, podendo ser mais abrangente ou mais restrito (Horvath, 2018). Por exemplo, alguns autores utilizam indiferenciadamente os termos “aliança terapêutica” e “aliança de trabalho” (Bhatia & Gelso, 2017; Gelso & Kline, 2019).

Outro exemplo verifica-se quanto ao termo “relação real”. Na definição de Bordin (1979), o vínculo é incluído na aliança de trabalho. No entanto, Safran e Muran (2000) consideram que esse vínculo integra a relação real, mas Gelso e Kline (2019) alegam que existem dois vínculos: o vínculo de trabalho associado à aliança de trabalho, e o vínculo pessoal associado à relação real. Os autores definem vínculo de trabalho como o vínculo terapeuta-cliente, incluindo os níveis de confiança e competência que o cliente confere ao terapeuta; e vínculo pessoal ou relação real como o vínculo humano-humano, que resulta da união de duas pessoas e acarreta a vivência mútua de sentimentos e afetos em relação ao outro (Gelso & Kline, 2019).

Em 2009, alguns autores discutiram sobre o melhor termo para designar o construto da relação real anteriormente definido. Gelso (2009^a) publicou um artigo no qual fundamentava a utilização do termo “relação real”. Esta publicação foi sucedida das reações de Hatcher (2009), Horvath (2009) e McCullough (2009), que apresentaram críticas construtivas sobre a utilização do termo supramencionado. Esta partilha científica prolonga-se com a resposta de Gelso (2009^b), afirmando que ao considerar a etimologia da palavra “real” e a história da relação terapeuta-cliente

em Psicanálise e em Psicoterapia, conclui-se que não existe nenhum termo que seja totalmente correto e que se ajuste perfeitamente ao construto em causa. Atualmente, o termo “relação real” continua a ser o que melhor se adequa (Fuertes et al., 2019; Gelso & Kline, 2019).

Apesar deste conflito conceitual, a definição de Greenson (1976/2004) permanece válida, sendo bem aceite entre a comunidade científica, uma vez que desmistifica que os resultados da terapia podem ser influenciados pela aliança de trabalho, pelos processos transferenciais/contratransferenciais e pela relação real. Relacionando com a Teoria dos Fatores Comuns (Rosenzweig, 1936), atualmente muitos autores assumem que o sucesso ou insucesso da terapia deve-se mais à aliança terapêutica do que aos modelos teóricos que sustentam a prática (Heynen et al., 2017; Matos, 2012; Plantade-Gipch, 2017; Poster, 2019; Probst & Maïano, 2018; Starreveld, 2021).

Segundo Gelso e Kline (2019), uma forte aliança de trabalho garante bons resultados na terapia, no entanto, esta nunca será tão bem-sucedida se a relação real não for igualmente forte. A percepção dos clientes diverge quando se trata de identificar o componente mais significativo para o sucesso da terapia: alguns clientes atribuíram maior qualidade da sessão de terapia quando a relação real era mais forte do que a aliança de trabalho, noutros verificou-se o inverso (Kivlighan et al., 2017, cit in Gelso & Kline, 2019).

1.4.3 Relação Real e Apego.

Na literatura, a relação real é largamente associada ao apego (Mallinckrodt & Jeong, 2015). A Teoria do Apego, resultante dos contributos de Mary Ainsworth (1969) e John Bowlby (1969/1982), defende que o apego é um vínculo recíproco e duradouro que se estabelece entre a mãe e o bebé, e que influencia diretamente a relação. A teoria sustenta-se na aceitação de que a mãe representa um porto-seguro para o bebé, que lhe permite desenvolver as habilidades cognitivas, motoras, sociais e emocionais. A mãe é referida como figura de apego, definindo-se como uma figura de referência disponível, responsiva e com a qual a criança estabelece muitas e frequentes interações. Trata-se de uma pessoa à qual a criança pode recorrer quando requer proteção, conforto e segurança. As duas principais funções da figura de apego são transmitir segurança, de modo a permitir que a criança explore, e ajudá-la a regular o seu sofrimento e as suas vivências dolorosas (Bucci et al., 2015; Frías et al., 2015).

Por outro lado, se a figura de referência não for simultaneamente figura de apego, a capacidade relacional da criança é afetada, podendo resultar numa desativação do sistema comportamental de apego, isto é, a criança deixa de procurar uma base de segurança. Nesta situação, a criança adota prejudicialmente um funcionamento autossuficiente, como se a sua necessidade de

se relacionar com os outros se encontrasse em dormência (Frías et al., 2015). O estilo de apego construído no seio das relações precoces será refletido nas futuras relações do indivíduo (Levy et al., 2011).

Teoricamente, a definição de estilos de apego não é clara nem objetiva. A classificação original de Ainsworth (1984) considera o apego seguro, ansioso-resistente e evitativo. Posteriormente, Main e colaboradores (1985) identificaram três estilos de apego similares aos definidos por Ainsworth e acrescentaram duas categorias que pretendiam incluir o apego não identificável e o apego não resolvido. No ano seguinte, Main e Solomon (1986 cit in Levy et al., 2011) sugeriram o apego inseguro-desorganizado/desorientado, substituindo a categoria relativa ao apego não-resolvido. Hazan e Shaver (1987) tentaram compreender os estilos de apego definidos por Ainsworth (1984) aplicados à adultez e, depois, Bartholomew e Horowitz (1991) apresentaram o Modelo de Apego Adulto (*Model of Adult Attachment*) com quatro categorias (ver figura 2).

		<i>Model of self (dependence)</i>	
		<i>Positive (low)</i>	<i>Negative (high)</i>
		<i>Model of other (avoidance)</i>	<p><i>Secure</i> (comfortable with intimacy and autonomy)</p>
<p><i>Positive (low)</i></p>	<p><i>Dismissing</i> (dismissing of intimacy Counter-dependent)</p>	<p><i>Fearful</i> (fearful of intimacy Socially avoidant)</p>	
<p><i>Negative (high)</i></p>			

Figura 2

Modelo de Apego Adulto

Nota. Esta figura apresenta o Modelo de Apego Adulto (Bartholomew & Horowitz, 1991, p.227).

Os estilos de apego são apenas uma conceitualização teórica, que permite estruturar e ilustrar o funcionamento do apego (Levy et al., 2011). Contudo, ressalva-se a importância de compreender o apego enquanto construto e de perceber como influencia os relacionamentos do indivíduo, mas reconhecendo que uma compreensão holística e bioecológica não é compatível com categorizações fixas e rígidas, uma vez que considera a influência de vários fatores (Tanhan, 2019).

Embora a teoria tenha sido criada por referência à figura materna, o ser humano tende a estabelecer vínculos de apego seguros e estáveis com qualquer indivíduo que assuma a função de apego associada à figura de referência. Desta forma, o apego revela-se um conceito estrutural para o entendimento das várias relações interpessoais que se estabelecem ao longo da vida, incluindo a relação que se constrói em terapia (Frías et al., 2015; Fuertes et al., 2019; Gelso et al., 2013; Mallinckrodt & Jeong, 2015).

A ocorrência de dificuldades iniciais na relação terapeuta-cliente pode dever-se a sentimentos de desconfiança do cliente relativamente aos outros que o rodeiam. À luz da Teoria do Apego, estes sentimentos surgem por recalçamento da relação estabelecida com a figura de referência, que não se revelou suficientemente disponível e responsiva para a criança. Deste modo conclui-se que a ocorrência de falhas nas relações precoces restringe a capacidade o indivíduo entrar em relação com outras pessoas ao longo da sua vida. Igualmente se aplica ao terapeuta, pois se este não tiver um bom modelo de apego, também diminuirá o potencial da relação real que estabelece com o cliente. Défices no apego refletem-se na incapacidade de ser genuíno aquando de um relacionamento, bem como se associam à elaboração de percepções erradas sobre o outro (Fuertes et al., 2019; Marmarosh et al., 2009).

O apego condiciona a terapia não só pelo que já fora mencionado, mas também por permitir ao terapeuta agir, quando é necessário recuperar o que se perdeu devido à ineficiência das relações e dos cuidados precoces. A função do terapeuta é promover uma “*relação de apego terapêutico*”, com o intuito de reparar, restabelecer e retomar os processos de desenvolvimento que foram interrompidos pela instabilidade do apego oferecido pela figura de referência (Duquette, 2010, p. 128).

Bowlby (1988) definiu cinco tarefas do terapeuta para aplicar a Teoria do Apego que permitem orientar a terapia. Primeiramente, o terapeuta deve oferecer uma base de segurança ao cliente, permitindo-lhe explorar a sua história pessoal e refletir acompanhado sobre os acontecimentos que lhe causaram maior sofrimento.

A segunda tarefa assegura que o terapeuta encoraja o cliente a explorar os seus relacionamentos, e a refletir sobre as suas expectativas quanto aos comportamentos e sentimentos que espera sentir e provocar nos outros indivíduos envolvidos nas suas relações presentes e futuras (Bowlby, 1988).

A terceira tarefa é constituída pelo que fora referido na afirmação anterior, mas especificamente quanto à relação terapeuta-cliente, que ocorre por projeção da relação que estabeleceu com a sua figura de apego na infância (Bowlby, 1988).

A quarta tarefa trata o processo de consciencializar o cliente de que as suas percepções, expectativas, sentimentos e comportamentos atuais podem ser consequência de situações que ocorreram na infância e na adolescência, particularmente por influência de ações dos seus pais. O autor relembra que esta tarefa pode despoletar a manifestação de pensamentos e sentimentos, em direção aos pais ou ao terapeuta, que o cliente tem dificuldade em gerir por serem assustadores, inconcebíveis e inaceitáveis (Bowlby, 1988).

Por último, a quinta tarefa do terapeuta é capacitar o cliente para reconhecer que o modelo de funcionamento interno que tem sobre si próprio e o modelo que tem sobre o funcionamento interno dos outros, são influenciados pela sua bagagem de acontecimentos positivos e negativos, bem como pela história de vida dos outros. Posteriormente, o cliente será então capaz de refletir sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações, enquadrando-os nas suas vivências pessoais e compreendendo-se integralmente (Bowlby, 1988).

1.4.4 Percurso Relacional.

Atualmente, reconhece-se que a instabilidade é inerente às relações, uma vez que qualquer relacionamento é inevitavelmente constituído por momentos de construção mútua, construção alternada, rutura e reparação (Paulick et al., 2017).

A relação é de tal modo frágil, que pode sofrer ruturas com facilidade, contudo essas devem ser aceites e compreendidas como sendo parte integrante do processo relacional. Não obstante, destaca-se a pertinência de conseguir identificar os motivos causadores das ruturas bem como trabalhar para as reparar (Walser & O'Connell, 2021). Nas relações em terapia, a rutura incide especificamente na relação colaborativa que se estabelece entre o terapeuta e o cliente. Trata-se de um acontecimento que impede ou enfraquece o relacionamento, sendo que o nível de intensidade da rutura é variável, e pode ocorrer em consequência de vários fatores. A reação do cliente é incerta, porém identificam-se duas respostas possíveis: rutura de retirada, que se define por comportamentos de evitamento ou adoção de uma postura mais passiva e pouco responsiva, ocultando ao terapeuta que se sente insatisfeito ou desiludido; e rutura de confronto, que se caracteriza pela presença de comportamentos hostis, manifestações de raiva e desprazer, podendo conter algum ressentimento, e uma atitude de controlo ou pressão no terapeuta (Friedman, 2020; Safran & Muran, 2000; Walser & O'Connell, 2021). As ruturas têm de ser superadas para não prejudicarem o processo terapêutico, e uma reparação bem-sucedida pode inclusivamente beneficiar os resultados da terapia (Safran et al., 2011).

Na literatura são apresentados vários estudos nos quais se ambiciona compreender a evolução da aliança terapêutica (Halfon et al., 2019; Kivlighan & Shaughnessy, 2000; McLeod, 2011;

Stiles & Goldsmith, 2010). Encontram-se amplamente definidas três trajetórias possíveis: linear, constante e quadrática. A trajetória de desenvolvimento linear pode ser positiva ou negativa, consistindo, respectivamente, no aumento ou diminuição da qualidade da aliança ao longo do processo terapêutico. A trajetória constante caracteriza-se pela estabilidade da aliança ao longo da intervenção, sem registrar alterações significativas. Por fim, a trajetória de desenvolvimento quadrático, que pode adotar uma evolução mais lenta (em forma de U) ou acelerada (em forma de V), é a que apresenta maior instabilidade, retratando uma aliança que se inicia forte, durante o processo fragiliza-se e posteriormente aumenta (Halfon et al., 2019), conseguindo recuperar ou até superar o nível de qualidade da aliança registrado inicialmente (Stiles et al., 2004).

Surpreendentemente, a aliança linear é a menos comum e menos expressiva, ou seja, quando se verifica esta trajetória, o seu crescimento (Bickman et al., 2012) ou decréscimo (Hudson et al., 2014) é pouco significativo. No caso de uma trajetória linear crescente (pouco significativa), esta pode ser sucedida de um período mais longo de estabilização, equivalente à trajetória constante (Chu et al., 2014). A trajetória quadrática manifesta-se significativamente em alguns estudos (Halfon et al., 2019; Kivlighan & Shaughnessy, 2000), mas a mais recorrente é a trajetória constante (Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Kramer et al., 2009; Stiles et al., 2004). Porém ressalva-se que a trajetória de aliança é influenciada pelas características do cliente e do terapeuta, sendo resultado da combinação de diversos fatores pessoais (Halfon et al., 2019).

1.5 Das Características do Terapeuta à Intuição Clínica

O terapeuta deve reunir em si diferentes tipos de saber, nomeadamente o saber-teórico que permite sustentar teoricamente a intervenção, o saber-fazer que possibilita concretizar fisicamente a teoria, integrando-a na prática, e o saber-ser que tem que ver com as suas características e vivências pessoais, e que influenciam diretamente o processo relacional em terapia (Fernandes et al., 2018).

Segundo Moe e Thimm (2020), o saber-ser incorpora a dimensão introspectiva, que inclui as reflexões que o terapeuta faz *a posteriori* sobre as suas práticas e sobre os processos transferenciais/contratransferenciais que ocorreram com os clientes. Neste sentido, a partilha e reflexão conjunta com outros profissionais, através da supervisão clínica, permite manejar as competências inerentes ao saber-ser, com o intuito de potenciar a capacidade do clínico se relacionar terapêuticamente com os seus clientes.

Adicionalmente, considere-se que tal como as características do terapeuta, também as características pessoais do cliente impactam na relação que se estabelece entre ambos e, conseqüentemente, no sucesso da terapia (Corbella & Botella, 2003; Plantade-Gipch, 2017).

Concretamente sobre a Psicomotricidade e a Psicoterapia, a literatura identifica alguns aspectos específicos que influenciam a relação como, por exemplo, os métodos de trabalho, e a utilização de materiais mediadores da interação ou de atividades físicas que envolvam o corpo em relação. Os processos relacionais nas práticas psicomotora e psicoterapêutica diferem das outras práticas terapêuticas, por nestas ser permitido que o cliente explore o seu corpo, conseguindo aceder às emoções com mais facilidade do que pelos métodos que recorrem primeiramente à palavra (Heynen et al., 2017; Kay et al., 2016). Considere-se ainda que a criação de um ambiente seguro no qual o cliente é inteiramente aceite, sendo incentivado a expressar as suas emoções e sentimentos, revela-se um fator determinante da relação, assim como o terapeuta mostrar-se honesto, confiável, disponível, afetuoso, autêntico, empático, compreensivo, flexível, competente, experiente e coerente (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Gelso & Carter, 1994; Heynen et al., 2017; Llauradó, 2008; Nienhuis et al., 2016; Rogers, 1957).

Na ótica de muitos terapeutas, construir uma relação com o cliente é um processo intuitivo e essa intuição resulta de uma compreensão subconsciente que o terapeuta faz do cliente. De acordo com esta perspetiva, a relação é operacionalizada no lado direito do cérebro, que se interliga com o conhecimento implícito, ou seja, a experiência relacional do terapeuta funde-se com os seus conhecimentos teóricos levando-o a agir no imediato em níveis inconscientes, antes das ferramentas da consciência estarem ao seu dispor, construindo a relação pela intuição clínica (Peña, 2019). Tal como referido acima, a comunicação não-verbal influencia significativamente a relação (Heynen et al., 2017), porque transmite informações ao terapeuta, que são processadas no seu inconsciente, e que sugestionam a intuição clínica (Peña, 2019).

Especificamente quanto à personalidade do terapeuta, Corbella e Botella (2004) afirmam a abertura e flexibilidade mentais são características que preadivinham a obtenção de resultados terapêuticos positivos, e que um funcionamento mais rígido e dogmático se revela limitador em contexto terapêutico. Verifica-se um fenómeno similar relativamente à competência cognitiva, visto que os terapeutas com um processamento cognitivo mais abstrato e complexo conseguem realizar uma prática terapêutica mais eficaz e assertiva do que os terapeutas mais dotados ao nível do processamento concreto. Contudo, a permanência do cliente na terapia é sobretudo motivada pela concordância entre o seu estilo de funcionamento cognitivo e o do terapeuta.

1.6 Processo Interno do Terapeuta

Genericamente, os profissionais que trabalham com, através e para a relação são formados na perspetiva da reflexão-em-ação, o que significa que as suas capacidades reflexivas estão em constante desenvolvimento, devido às exigências da sua prática profissional. No entanto, esta forte

capacidade reflexiva não impede os terapeutas de sentirem pouca competência quando surgem trocas terapêuticas – processos transferenciais/contratransferenciais – difíceis. Numa abordagem relacional, as trocas terapeuta-cliente nem sempre são explícitas e fáceis de identificar, mas têm um impacto tão ou mais significativo que as interações explícitas – trocas comunicativas verbais. Por este motivo, é importante o terapeuta realizar um processo introspectivo com apoio de terapia pessoal e de supervisão clínica, acerca dos processos implícitos, ou seja, refletindo sobre as interações não-verbais e não conscientes (Llauradó, 2008; Moe & Thimm, 2020; Plantade-Gipch, 2017; Rodríguez & Llinares, 2001).

O terapeuta que usufrui de terapia pessoal conquista um espaço onde pode desenvolver as suas competências pessoais, pelo aumento da autoconsciência e do autoconhecimento, que conseqüentemente gera um impacto significativo na sua prática profissional. Os objetivos da terapia dependem da fase da vida e do desenvolvimento profissional do terapeuta, sendo que amplamente objetiva melhorar o funcionamento emocional e mental do terapeuta, compreender a dinâmica terapeuta-cliente e o seu relacionamento interpessoal, reduzir o stress emocional relacionado ao trabalho, vivenciar o outro lado da relação assumindo o papel de cliente, e observar ferramentas clínicas (Baldwin et al., 2007; Duncan, 2010; Moe & Thimm, 2020; Shamoan, Lappan & Blow, 2017).

A supervisão também se constitui como uma resposta terapêutica para o terapeuta, cumprindo primeiramente os objetivos de desenvolvimento profissional, na medida em que não se solicita um supervisor para ser terapeuta, mas o processo da supervisão é comparável ao processo terapêutico. É comparável porque também se trata de um processo de mudança. De forma genérica, considera-se que a mudança em terapia ocorre pela exposição a sentimentos ou conflitos não resolvidos ou dolorosos, e esta definição serve às duas situações (Moe & Thimm, 2020).

De acordo com a literatura, as competências afetivo-emocionais de cada indivíduo são desenvolvidas por referência aos seus modelos, especificamente de pais e professores. Partindo desta premissa, estudou-se e verificou-se que o terapeuta também é influenciado pelo modelo relacional do seu supervisor (Stella & Taggart, 2020). Inclusivamente, no estudo de Bearman e colaboradores (2018), os supervisores reconhecem que as suas competências relacionais contribuem para uma supervisão eficaz, e que o relacionamento interpessoal terapeuta-supervisor é determinante para refletir sobre a prática clínica.

O processo de supervisão, tal como qualquer situação de ensino-aprendizagem, deve ocorrer num meio aberto, dialogante e acolhedor, que potencie a reflexão conjunta. Os supervisores clínicos reconhecem sentir dificuldades na comunicação com os seus supervisionandos, principalmente quando pretendem transmitir que discordam com alguma técnica, estratégia ou ação, por terem receio de fragilizar o supervisionando. Por outro lado, também os supervisionandos receiam falhar

quando são questionados ou até quando estão a ser observados. Em ambas as situações, é extremamente importante haver uma relação bem estabelecida, para que o supervisor se sinta confortável em comunicar o seu parecer, e para que o supervisionado não se sinta ameaçado ao escutar a crítica, nem diminuído enquanto é observado. Apenas quando alcançada esta compreensão mútua, é possível ocorrer aprendizagem e conseqüente progresso na prática do supervisionado (Bearman et al., 2018; Borders, 2019; Maddineshat et al., 2018).

1.7 Avaliação da Relação em Terapia

O terapeuta consegue influenciar positivamente os resultados e a eficácia da terapia, se tiver capacidade para monitorizar a evolução da relação que estabelece com o cliente, bem como para a construir, manter e reparar, (Baldwin et al., 2007; Safran et al., 2011; Walser & O'Connell, 2021).

Atualmente, existem vários instrumentos que permitem avaliar a relação em terapia, como o *Barrett-Lennard Relationship Inventory* (BLRI; Barrett-Lennard, 1962) e o *The Revised Helping Alliance Questionnaire* (HAQ-II; Luborsky et al., 1996), explorando várias dimensões do relacionamento e, portanto, permitindo uma avaliação global. Contudo, existe um instrumento que se dirige especificamente à relação real, nomeadamente o *Real Relationship Inventory*, que apresenta duas versões, uma dirigida ao terapeuta (RRI-T; Gelso et al., 2005) e outra que se dirige ao cliente (RRI-C; Kelley et al., 2010). Ambas as versões consistem na classificação de afirmações sobre a relação terapeuta-cliente de acordo com uma escala de *Likert* de 5 pontos.

Além destes instrumentos, o psicomotricista pode recorrer ao *Guión de Observación del Psicomotricista* (Rodríguez & Llinares, 2001), que lhe permite analisar e refletir sobre as suas competências relacionais na prática psicomotora.

2 Relação em Saúde Mental

Esta secção é o afunilamento da secção anterior, apresentando três temáticas sobre a relação, embora específicas para a intervenção em saúde mental. A primeira temática, designada por *2.1 A Relação Restabeecedora da Saúde Mental*, evidencia a influência da relação para o sucesso terapêutico dos clientes atendidos nos serviços de saúde mental. No decorrer da pesquisa realizada para esta temática, verificou-se que a relação em terapia é influenciada por diversos fatores, uns que a prejudicam e outros que atuam em seu benefício. Esses fatores são apresentados em *2.2 Barreiras e Facilitadores à Prática Clínica*. Por fim, identificaram-se algumas particularidades nas relações estabelecidas com as faixas etárias mais jovens, justificando-se a terceira temática, *2.3 Especificidades da Relação com Crianças e Adolescentes*.

2.1 A Relação Restabeecedora da Saúde Mental

João dos Santos (cit in Branco, 2010, p. 206) escreveu “*se a pessoa só existe quando há relação, não é possível abordar qualquer problema psicológico sem a ter em conta*”. Nesta afirmação, o autor elucida que a relação é imprescindível à intervenção em saúde mental, de tal modo que os clínicos que atuam neste contexto, desde o instante em que iniciam a compreensão do caso até ao término do acompanhamento, não podem nunca ignorar as influências da relação.

Corroborando com a ideia supracitada, António Coimbra de Matos (2011) defendia que o amor, enquanto relação de qualidade dependente da profundidade e intimidade alcançadas em terapia, é o motor de transformação do estado patológico ou perturbado para o estado saudável. Segundo esta perspetiva, o amor fundamenta o poder curativo da relação real que se estabelece entre duas pessoas. Mais tarde, o mesmo autor escreveu que “*não há doença mental sem défice de amor próprio ou desequilíbrio na sua regulação*” (2012, p. 28). Referia-se às psicopatologias como “*doenças da falta*” (2011, p. 56), compreendendo que são consequentes de faltas afetivas externas reais, ou de uma depreciação do próprio afeto sentido. Assim, entende-se que quem chega aos serviços de saúde mental são pessoas que carecem de se sentir amadas.

Além destes ilustres autores, diversos outros referem que a relação apresenta um impacto incontestavelmente mais significativo em contexto de saúde mental, comparativamente com outros contextos passíveis intervenção terapêutica. A relação é considerada a âncora da prática clínica em saúde mental, porque assegura um ponto de fixação e estabilidade do cliente à terapia, reduzindo a possibilidade de abandono terapêutico, e também por criar uma linha de orientação, evitando que a intervenção se desenvolva à deriva (Bolsinger et al., 2020; Bordin, 1979; Kidd et al., 2017; Totura et al., 2018).

Atuando na saúde mental, a literatura destaca particularmente o impacto que a relação terapeuta-cliente exerce nas intervenções comunitárias, uma vez que os clientes que surgem neste contexto carecem de ajuda ao nível da integração em sociedade e da preparação para a vida ativa. De acordo com os estudos citados, trata-se de um trabalho que beneficia claramente do estabelecimento de uma relação próxima e de confiança. As referidas intervenções permitem que o cliente aumente o autoconhecimento, compreendendo melhor o seu corpo e a sua sintomatologia, bem como melhore o seu domínio acerca do funcionamento da comunidade (Davidson & Chan, 2014; Kidd et al., 2017; Laska, 2014).

2.2 Barreiras e Facilitadores à Relação Clínica

Na literatura são identificados alguns fatores que agem como barreiras à relação em terapia, uma vez que prejudicam a construção e/ou consolidação da relação terapeuta-cliente, e inclusive

podem justificar a ruptura relacional. Uma das principais barreiras referidas na literatura é a discrepância percebida entre as perspectivas do cliente e do terapeuta relativamente ao quadro clínico (sintomatologia e diagnóstico), ao processo terapêutico e às expectativas associadas. Para combater este fator, sugere-se que o terapeuta exponha ao cliente, numa conversa aberta, compreensiva e reflexiva, como interpreta o seu sofrimento e quais as diretrizes de intervenção que lhe parecem adequadas. Deste modo, os clientes ficam mais recetivos e envolvidos no processo, por sentirem que a relação terapeuta-cliente é baseada na colaboração mútua (Bolsinger et al., 2020; Friedman, 2020; Keefe et al., 2019).

Por exemplo, quando em situação de fragilidade relacional, a ocorrência de reações terapêuticas negativas ocorre com alguma frequência, e a incapacidade de romper esses ciclos também se constitui como uma barreira, por dificultar a comunicação entre terapeuta e cliente e aumentar a hostilidade mútua. Neste caso, os intervenientes poderão tender a adotar uma postura defensiva, reduzindo a sua disponibilidade e aumentando o distanciamento. Por vezes, na perspetiva do cliente, esta barreira traduz-se no confronto e persistência de argumentação, como reação às afirmações e questões do terapeuta. Por outro lado, o terapeuta tende a proteger-se e defender a sua intervenção focando-se nas observações teóricas e técnicas, descurando da interação relacional (Plantade-Gipch, 2017; Safran & Muran, 2000; Safran et al., 2011; Valdés & Krause, 2015).

As diferenças étnicas entre cliente e terapeuta também podem prejudicar a relação, porque o cliente pode recear que o terapeuta não compreenda os princípios e valores da sua etnia. Se o cliente pertencer a uma minoria racial, o terapeuta tem de demonstrar mais empatia do que numa relação igualitária, a dita empatia cultural, para que o cliente consiga confiar nele e assim estabelecer uma forte relação (Nienhuis et al., 2016).

Contraopondo-se às barreiras, erguem-se os facilitadores, que promovem e beneficiam a relação em terapia. Explicativamente, Norcross e Wampold (2011) afirmam que a inversão de cada fator facilitador permite identificar um fator ineficaz, ou até prejudicial, para a relação.

De acordo com o estudo de Baldwin e colaboradores (2007), estabelecer uma relação terapeuta-cliente forte e estável depende do conhecimento e experiência do terapeuta, na medida em que este deve reunir as competências necessárias para iniciar, manter e monitorizar a relação.

Segundo Keefe e colaboradores (2019), a escuta ativa pelo terapeuta permite que o cliente se sinta cuidado, e este sentir-se ouvido e compreendido pelo terapeuta é um facilitador, visto ser uma evidência do processo empático.

Outros facilitadores identificados pelos autores associam-se ao interesse que o profissional manifesta em oferecer autonomia e independência ao cliente, concretamente quando é percebido o esforço do terapeuta para integrar o cliente na vida ativa, evitando a dependência do serviço

psiquiátrico, e quando o terapeuta sugere estratégias, atividades ou comportamentos, que o cliente possa integrar no seu cotidiano de modo a manter a saúde e sensação de bem-estar, por exemplo, a realização de práticas de relaxação e meditação, e fazer registros num diário. A extensão da ação terapêutica além do espaço e tempo da sessão, e a concretização de objetivos que foram definidos pelas duas partes num trabalho colaborativo oferece a sensação de continuidade de apoio (Keefe et al., 2019).

Uma vez evidenciada a necessidade de colaboração, compreende-se que também existem variáveis relacionadas ao cliente que podem surtir efeitos ao nível da preservação da relação, concretamente a sintomatologia e o prognóstico da situação clínica, a motivação e as expectativas do cliente acerca da terapia, os valores morais que o regem e a capacidade de se relacionar com os outros e com os objetos (Del Giacco et al., 2020; Horvath & Luborsky, 1993; Norcross & Wampold, 2011). Inclusivamente, Mélanie Klein (1932/1948) refere que é necessário que o cliente tenha vivido, pelo menos, uma experiência relacional positiva significativa.

A relação terapeuta-cliente também pode melhorar quando a terapia produzir efeitos positivos que são significativos para o quotidiano do cliente, por exemplo a diminuição de sintomatologia (Botella & Corbella, 2011). Tal sucedido poderá estar associado à confirmação de que o terapeuta é competente, fator que influencia a relação (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

2.3 Especificidades da Relação com Crianças e Adolescentes

Frequentemente, no caso da intervenção com crianças e adolescentes, além do terapeuta e do cliente, há outro interveniente, de representação singular ou coletiva, que pode influenciar a relação: a família do cliente. Quanto melhor for a relação que o terapeuta estabelece com os pais, ou com o(s) elemento(s) representante(s) da família, mais forte e consistente será a relação que estabelece com a criança (Fox, 2012; Kazdin & Durbin, 2012). À semelhança do que Keefe e colaboradores (2019) referiram sobre a importância do cliente e do terapeuta concordarem acerca dos objetivos terapêuticos delineados, Jensen e colaboradores (2010) sugerem que, quando a intervenção é dirigida a uma criança, este acordo seja feito com os seus pais, garantindo o seu envolvimento e disponibilidade para a terapia, aumentando a confiança no terapeuta que lhes transmitiu ser competente. Assim, promove-se a qualidade da relação terapeuta-pais e conseqüentemente, terapeuta-criança. À criança deve ser explicado o que ficara acordado com os seus pais (Malchiodi & Crenshaw, 2017).

Alguns autores apresentam fatores relativos à intervenção específica com crianças que influenciam a relação em terapia. Por exemplo, o estudo de McLeod (2011) evidencia que crianças (6-

10 anos de idade) estabelecem relações terapêuticas de maior qualidade do que adolescentes (11-13 anos de idade).

Kazdin e Durbin (2012) mostraram que crianças com mais habilidades intelectuais, sociais e relacionais conseguem criar alianças mais fortes do que crianças com menos competências nos domínios referidos. Shirk e Karver (2003) concluíram que crianças/adolescentes com problemas de externalização estabelecem relações terapêuticas mais fortes e obtêm resultados mais significativos com a terapia, do que crianças/adolescentes com problemas de internalização ou de abuso de substâncias.

Alguns autores afirmam que as crianças iniciarem terapia por vontade de outrem (por exemplo, dos pais) e sem reconhecerem que precisam de ajuda é uma barreira para a relação terapeuta-cliente. Neste caso, o terapeuta deve assegurar-se que a criança compreende porque está naquele contexto e deve informá-la relativamente aos objetivos da terapia (Shirk & Karver, 2003; Malchiodi & Crenshaw, 2017). Por oposição, os clientes que tomam a iniciativa de procurar terapia estabelecem relações terapêuticas mais fortes e estáveis, assim como alcançam melhores resultados, porque se encontram predispostos para a mudança (McKay & Bannon, 2004; Norcross & Wampold, 2011). Curiosamente, McLeod (2011) refere que uma forte relação clínica melhora a frequência do cliente à terapia e, necessariamente, promove melhores resultados em consequência da terapia.

Creed e Kendal (2005) declaram que o terapeuta deve comunicar com a criança de forma simples, evitando formalidades para diminuir o distanciamento relacional, não devendo forçá-la a falar acerca do que lhe causa sofrimento. Similarmente ao que já fora referido sobre as características pessoais do terapeuta, diversos autores reforçam que as crianças reconhecem, mesmo que de forma não explícita, o afeto, a empatia e a compreensão manifestados pelo terapeuta, tal como os seus esforços para promover a relação, e acrescentam que o terapeuta deve diferenciar-se da representação parental. Por fim, enfatizam ainda a importância de o terapeuta sentir e demonstrar prazer ao relacionar-se com a criança (Crenshaw & Kenney-Noziska, 2014; Hudson et al., 2014; Llauradó, 2008).

3 Relação Clínica e Psicomotricidade

Nesta secção são apresentadas três temáticas essenciais para responder à questão de investigação do presente estudo. Em *3.1 Prática Psicomotora em Saúde Mental*, são referidas e explicadas as linhas gerais que fundamentam a Psicomotricidade exercida ao serviço das pessoas que sofrem com perturbações mentais. Em *3.2 Relação em Terapia Psicomotora*, esclarece-se o impacto que a relação psicomotricista-cliente reflete na terapia psicomotora. Na última temática, *3.3*

Formação Pessoal do Psicomotricista, mostra-se como a formação pessoal do terapeuta influencia a competência relacional do terapeuta, repercutindo-se na relação que estabelece com os seus clientes.

3.1 Prática Psicomotora em Saúde Mental

A Psicomotricidade assume o corpo e a mente como constituintes de uma unidade integral – o indivíduo –, que habita num contexto biopsicossocial. Fundamenta-se na observação holística do indivíduo, reconhecendo a influência que os aspetos cognitivos, emocionais, sociais e motores exercem no seu desenvolvimento e, necessariamente, na interação corpo-mente. Assim, a Psicomotricidade defende que é possível produzir efeitos positivos significativos no funcionamento individual atuando através do movimento e do corpo (European Forum of Psychomotricity, 2015; Heynen et al., 2017; Kay et al., 2016; Probst, 2017^a).

As premissas apresentadas estruturam a prática psicomotora, que se desenvolve nos contextos preventivo, pedagógico e terapêutico, objetivando aumentar a sensação de bem-estar e a qualidade de vida, bem como promover a competência individual nos vários domínios do desenvolvimento humano (European Forum of Psychomotricity, 2015; Lebre et al., 2020; Probst, 2017^b).

A terapia psicomotora, referindo-se à Psicomotricidade aplicada ao contexto terapêutico, destaca-se das restantes terapias pelo enfoque no corpo em movimento, isto é, nos dois corpos, o do cliente e o do psicomotricista, que se movimentam com intencionalidade e assim se encontram em relação. O cliente descobre-se e explora as suas habilidades motoras, mas também as afetivo-emocionais, as perceptivas, as comportamentais e as cognitivas. Encontra um espaço onde as suas capacidades são apreciadas e os seus limites são aceites, no qual não há espaço para a resignação nem para a mera conformidade. O objetivo primordial desta terapia é conseguir que o indivíduo tome posse de si, revelando ter capacidade para ser e agir adaptativamente no seu contexto (Fernandes et al., 2018; Heynen et al., 2017; Kay et al., 2016; Probst, 2017^b).

Especificamente na saúde mental, a terapia psicomotora revela grande pertinência e utilidade. Independentemente da especificidade dos objetivos terapêuticos delineados para cada indivíduo, o psicomotricista compromete-se a instigar a reflexão conjunta com o cliente, para que este consiga compreender os seus sentimentos e afetos, associando-os às suas vivências pessoais. O processo inicia-se com recurso ao movimento, à motricidade, ao corpo e à sensorialidade, enquanto mediadores da prática, e facilitadores da mudança emocional e comportamental que se ambiciona verificar em indivíduos com perturbações mentais. A consciencialização das manifestações corporais permite a sua posterior e gradual associação aos processos emocionais vivenciados pelo próprio. Deste modo, o autoconhecimento é desenvolvido por meios interocetivos e, portanto, mais internos

e efetivos, quando comparados com a adoção de generalidades para compreender um corpo que é único (Fernandes et al., 2018; Heynen et al., 2017; Kay et al., 2016; Probst, 2017^a).

3.2 Relação em Terapia Psicomotora

As terapias mediadas remontam à década de 90, e consideram que os mediadores são recursos específicos, ou técnicas, que são mobilizados em prol da terapia e que permitem resolver os conflitos do cliente. Os mediadores podem relacionar-se às artes, por exemplo, dança, música ou pintura; ao desporto, recorrendo a diversas modalidades desportivas; a contextos diferenciais, como o meio aquático; ou até à inclusão de animais na terapia, sendo os cães e os cavalos os mais comumente utilizados. Na atualidade, esta definição mantém-se válida, no entanto, o significado do termo mediador tornou-se simultaneamente mais lato e mais específico. Isto é, assume-se que mediador é o que medeia a comunicação, a partilha e a relação com o outro, e excluem-se os recursos que são mobilizados diretamente para a promoção de aprendizagem (Giromini, 2017; Heynen et al., 2017).

O primeiro e mais primitivo mediador é o corpo da mãe, ou da figura que assume a função maternal, evidenciando a associação simbólica entre os mediadores e as relações precoces (Giromini, 2017). Na sua ausência, o corpo da mãe é substituído por outro mediador – o objeto transicional. Fisicamente, o objeto transicional pode ser um peluche, um cobertor ou uma fralda de pano, mas simbolicamente é o retrato do que o bebé sente pela mãe. Inclusive, assume-se que a relação objetal provém de um processo alucinatório, na medida em que foi construída pelo bebé e para seu benefício, não se tratando de uma relação real (Winnicott et al., 2016). O objeto transicional, bem como os restantes mediadores, agem como espelhos que permitem refletir os sentimentos do próprio, sem que estes sejam manifestos pelo seu corpo. Assim, entende-se o funcionamento dos mediadores como uma extensão do indivíduo, conectando o seu mundo interno com o exterior (Giromini, 2017).

Dentro do espaço terapêutico, o corpo do psicomotricista também é considerado um mediador da relação, pela sua capacidade de escuta, disponibilidade e por conseguir oferecer contenção ao cliente (Giromini, 2017; Guimarães et al., 2016; Llauradó, 2008; Martins, 2015; Mira & Fernandes, 2015; Rodríguez & Llinares, 2001). De acordo com Giromini (2017), o corpo é um mediador terapêutico da relação em Psicomotricidade, porque i) permite que o cliente perceção as suas vivências corporais, que serão posteriormente representadas ou simbolizadas na terapia psicomotora (que atua como espaço transicional), e ii) permite que o psicomotricista acolha, transforme e devolva essas representações, bem como tudo o que o cliente for trazendo durante o processo terapêutico.

3.2.1 Capacidade de Escuta.

A escuta é condição básica necessária para compreender o cliente. Seguramente, o psicomotricista, bem como qualquer terapeuta cuja intervenção seja apoiada nos alicerces da relação, precisa de conseguir escutar. A capacidade de escuta traduz-se na aptidão e sensibilidade do terapeuta para entender como o meio envolvente impacta no cliente e no seu desenvolvimento (Llauradó, 2008; Rodríguez & Llinares, 2001).

Segundo o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner (1977; Bronfenbrenner & Ceci, 1994), o meio envolvente refere-se aos vários contextos que o indivíduo frequenta e às pessoas que lhes pertencem, bem como à interação que esses contextos e pessoas estabelecem entre si. O modelo ressalva que os ambientes de vida imediatos do indivíduo são influenciados por contextos sociais informais e formais mais alargados, incluindo crenças e valores culturais.

Assim, o psicomotricista deve considerar todas as influências ambientais referidas, reconhecendo que a observação do cliente envolve o discernimento sobre a realidade em que se insere. Contudo, o terapeuta deve ser capaz de realizar uma observação psicomotora livre de julgamentos e críticas (Llauradó, 2008; Rodríguez & Llinares, 2001).

Complementarmente, a escuta é também a observação cuidada da atividade do cliente, quando este se encontra em relação ele próprio, com os outros ou com os objetos. Nessa escuta, o terapeuta deve atentar à expressão motora e à expressividade corporal do cliente, compreendendo que estas são o veículo de expressão do legado relacional, afetivo e simbólico que o indivíduo carrega (Mira & Fernandes, 2015).

Ser capaz de escutar deriva da capacidade de empatizar com o outro e de se disponibilizar para ele, porque o psicomotricista empático é sensível à desordem emocional do cliente, e o psicomotricista disponível permite que o seu corpo seja invadido por esta desordem. Deste modo, o terapeuta incorpora a vivência atribulada do indivíduo, conseguindo aproximar-se e estabelecer uma relação afetiva positiva com o mesmo. O cliente sentir-se-á compreendido, acolhido e respeitado, além de que aumentará a confiança relacionada ao terapeuta e à terapia, gerando as condições necessárias para se expressar (Llauradó, 2008; Rodríguez & Llinares, 2001).

O processo de escutar o outro associa-se ao saber-ser e à observação introspetiva, por meio da qual o terapeuta reflete sobre a sua prática e sobre os casos que acompanha, tal como fora desenvolvido anteriormente em *1.5 Das Características do Terapeuta à Intuição Clínica* e em *1.6 Processo Interno do Terapeuta*.

3.2.2 Disponibilidade.

A disponibilidade manifesta-se através de uma comunicação corpo-a-corpo que almeja a partilha emocional entre o psicomotricista e o cliente, sendo designada por diálogo tónico-emocional (Ajuriaguerra, 1977, cit in Bachollet & Marcelli, 2010). Wallon (1968/1976) destacou-se por ser o pioneiro na associação das manifestações tónicas à afetividade e às emoções. Atualmente, considera-se que o diálogo tónico consiste numa resposta empática que exige ao terapeuta um ajuste tónico profundo, moldando-se às necessidades do cliente. Esta capacidade de ser maleável, inclui transformações tónicas e emocionais, que consentem a permutação relacional, sem que o terapeuta seja física e emocionalmente destruído pelos fenómenos projetivos e transferenciais/contratransferenciais (Bachollet & Marcelli, 2010; Guimarães et al., 2016; Llauradó, 2008; Martins, 2015).

Contudo, as relações tónico-emocionais não ocorrem exclusivamente em contexto terapêutico. Na verdade, iniciam-se na relação de vinculação que a mãe estabelece com o bebé nos seus primeiros tempos de vida (Guimarães et al., 2016; Llauradó, 2007). Segundo Martins (2015), o diálogo tónico-emocional é uma modulação do tónus enquanto resposta afetivo-emocional que surge no encontro entre dois corpos que acarretam histórias e vivências pessoais significativas.

Roussillon (2001) refere que o terapeuta se torna um mediador aprendendo com os objetos comuns que utiliza para essa função de mediar. Alega que a utilização de objetos “*médium-malléable*” (expressão originalmente utilizada por Milner, cit in Roussillon, 2001, p. 248), possibilita ao terapeuta apreender as características dos mesmos. O principal exemplo destes objetos é a plasticina, que isolada não tem qualquer significado, embora se deixe moldar pelo outro, mostrando-se “*disponível*”. A plasticina pode assumir todas as formas, transformando-se persistentemente quando lhe é solicitado. É “*indestrutível*” e nunca perde a sua estabilidade e confiabilidade (Roussillon, 2001, p. 249). Quando o psicomotricista adquire o comportamento da plasticina, consegue estabelecer um diálogo tónico-emocional e entrar em relação. Através deste encontro empático, o terapeuta demonstra ao cliente que o aceita na sua plenitude, reconhecendo as suas características e história de vida (Guimarães et al., 2016; Llauradó, 2008;).

O terapeuta que se mostra disponível é também um “*companheiro simbólico*” (Llauradó, 2008, p. 132), na medida em que tem capacidade para se relacionar simbolicamente com o cliente, estabelecendo uma relação quase tão alucinatória como a que o bebé estabelece com o objeto transicional (Llauradó, 2008; Winnicott et al., 2016). Esta relação simbólica desenvolve-se através dos jogos-em-relação, entre os quais se encontra o jogo espontâneo e as atividades de espelhamento (Fernandes et al., 2018). Rodríguez e Llinares (2001) identificaram algumas estratégias de promoção deste relacionamento simbólico, destacando-se a afirmação ou assentimento (com recurso ao gesto,

à palavra ou ao olhar), o reforço e ajuda, o convite para entrar em relação, a provocação, a contenção, a frustração, a imitação, a afetividade, o favorecimento de autonomia e a integração em relações de grupo (no caso de o cliente ser integrado num grupo terapêutico).

Tal como fora abordado em 1.2 *O Impacto da Comunicação Não-Verbal nas Relações Interpessoais*, o espelhamento comportamental é uma estratégia que pretende promover a relação interpessoal (Ellingsen et al., 2020). As atividades de espelhamento permitem que o terapeuta e o cliente se alinhem simetricamente para estimular a relação, possibilitando que gradualmente consigam agir em assimetria. Deste modo, a ação assimétrica promove a autonomia, preparando o processo de separação-indivuação (Fernandes et al., 2018; Llauradó, 2008). Uma vez que a relação corpo-a-corpo se revela tão presente no espelhamento, Mira e Fernandes (2015, p. 82) afirmam que o psicomotricista deve agir como um “*espelho tónico-emocional*”, evidenciando a associação que a atividade espelhada estabelece com o diálogo tónico-emocional.

3.2.3 Contenção.

A contenção deriva da disponibilidade corporal do indivíduo que, como fora desenvolvido no tópico anterior, trata a disponibilização do corpo do terapeuta com vista a benefícios relacionais e, inevitavelmente, terapêuticos. A contenção remete para a dicotomia entre duas figuras díspares, mas que se unem no psicomotricista: a figura maternal e a figura de autoridade (Llauradó, 2007, 2008).

Por um lado, a sintonia que se gera entre o corpo do terapeuta e o corpo do cliente aquando do diálogo tónico-emocional remete para a relação contentora que a mãe estabelece com o bebé. Segundo o modelo teórico de Bion (1963), a mãe desempenha a função de continente que permite transformar o conteúdo psíquico projetado pelo bebé – elemento β –, de modo reduzir a sua carga emocional, gerando o elemento α , que quando é devolvido à criança permite-lhe criar definições ou pré-conceitos. Desta forma, a mãe medeia a integração dos conceitos e das vivências do bebé, tornando o processo mais harmonioso, e sobretudo permitindo que o bebé construa gradualmente a sua identidade pessoal (Llauradó, 2007).

Por vezes, o diálogo tónico-emocional terapeuta-cliente revela-se de tal modo regressivo, surgindo como um apelo do cliente que evidencia ser necessário restabelecer ou reparar a função α (Llauradó, 2007). Inclusivamente, Bion (1963) refere que, quando o cliente menciona não ter capacidade para absorver algo, isso não deve ser banalizado ou descartado, alegando que se trata de uma simples maneira de falar. Esta expressão e outras semelhantes revelam que o indivíduo necessita de um mediador para conseguir integrar o conteúdo psíquico. Neste caso, o terapeuta deve agir adotando a função de continente.

Esta conceitualização remete para os conceitos de “*holding*” e “*handling*” definidos por Winnicott (1965, p. 48). O autor define que *holding* inclui especificamente o ato de abraçar o bebê, um abraço que acolhe, suporta e ama, bem como assegura a satisfação das necessidades fisiológicas e psicológicas do bebê. Trata-se de uma função que se adapta de acordo com o desenvolvimento da criança, uma vez que as suas necessidades estão em constante mudança. *Handling* refere-se ao manuseio do corpo do bebê, num ato mais pragmático que, no entanto, é a base do *holding*.

Compreendendo o simbolismo deste conceito e a sua aplicabilidade no seio clínico, Emanuel e colaboradores (2020, p. 314) sugerem a utilização do termo “*holding terapêutico*” para referir a contenção terapêutica. Os autores referem ser um conceito que inclui a componente paternal e que, por isso, evidencia a relação afetiva que se encobre na contenção terapêutica.

Mira e Fernandes (2015) afirmam que neste envolvimento relacional, o terapeuta e o cliente criam uma linguagem própria, que prioriza as formas não-verbais, evidenciando o potencial comunicativo do corpo. A palavra surge como complemento à linguagem infraverbal, apenas quando é necessário otimizar a comunicação. Após ambos conseguirem dominar uma diversidade de ferramentas ou vias de comunicação, podem escolher as que melhor se adaptam à relação que construíram. Ressalva-se que a comunicação terapeuta-cliente é elaborada em conjunto, sendo fruto de um processo colaborativo, no qual as funções se exercem alternadamente numa relação simbiótica onde o agente e o agido se (con)fundem.

Tal como referido inicialmente, a contenção apresenta uma segunda utilidade, pois permite que o terapeuta afirme a sua “*autoridade estruturante*” (Aucouturier, 1995 cit in Llauradó, 2007, p. 17). A autoridade serve apenas para garantir segurança dentro do espaço terapêutico, impondo limites que transformem o espaço terapêutico num lugar contentor e securizante. A terapia psicomotora caracteriza-se pela permissividade, porque essa é uma premissa básica para o cliente se sentir aceite, no entanto, deve-se assegurar que todas as pessoas presentes, incluindo os pares terapêuticos e o terapeuta, são respeitadas, e o espaço e os materiais são estimados (Llauradó, 2008).

3.3 Formação Pessoal do Psicomotricista

Em algumas técnicas psicoterapêuticas, especialmente nas terapias de enfoque artístico ou expressivo, a relação real é colocada em maior evidência, devido à exploração da unidade corporeamente através da promoção de diferentes vivências, nas quais se atenta à dimensão não-verbal da comunicação (Heynen et al., 2017; Lebre et al., 2020). Estas terapias, que se fundamentam na perspetiva humanista e adotam uma abordagem holística do ser humano, começaram a ser exploradas entre os anos 60 e 70, por oposição às perspetivas psicanalíticas e behavioristas

(Malchiodi, 2003). Similarmente à Psicoterapia, a Psicomotricidade destaca-se por também defender os princípios da perspectiva humanista (Heynen et al., 2017; Malchiodi, 2003).

Corroborando com a sustentação da prática psicoterapêutica, para intervir através da relação é importante compreender o processo relacional, visto que este não é estável e se constrói a partir das trocas que ocorrem entre o terapeuta e o cliente. Estas trocas podem ser positivas e potencializar a relação, mas também podem expor divergências e gerar conflitos enfraquecendo-a, e eventualmente até justificar o abandono terapêutico. Durante este processo, torna-se essencial que o terapeuta seja capaz de dar significado ao que acontece na interação com o cliente e compreender como isso impacta em si, enquanto clínico e enquanto pessoa (Altimir et al., 2017; Plantade-Gipch, 2017).

Considerando que a Psicomotricidade se alia a este fundamento da Psicoterapia, compreende-se que o psicomotricista precisa de se conhecer, de compreender o seu corpo, de se conectar às suas experiências pessoais e, sobretudo, de investir no seu desenvolvimento pessoal. Este trabalho, comumente referido como formação pessoal do psicomotricista, incide na vivência corporal sustentada no processo introspectivo, como fora explorado em *1.6 Processo Interno do Terapeuta*. Atualmente, é reconhecido e aceite que o crescimento profissional do psicomotricista é dependente do seu crescimento pessoal, interno e individual (Guimarães et al., 2016).

Observar o cliente, o seu corpo e as suas competências, identificar as suas fragilidades e compreender a origem das mesmas, requer ao psicomotricista um trabalho de consciencialização do seu próprio corpo, bem como de reconhecimento das suas competências e fragilidades. Entenda-se que em terapia se realiza um processo de conhecimento do cliente, que só pode ser mediado por quem já o ultrapassara anteriormente. A formação pessoal não é uma terapia, porque efetivamente não se sustenta em objetivos terapêuticos, mas o autoconhecimento resultante pode ser equiparado ao que advém do processo terapêutico, por que tanto na formação pessoal como em terapia, o sujeito começa por reconhecer e aceitar o seu “*corpo agido e vivido*” (Guimarães et al., 2016, p. 58), avistando alcançar um “*corpo relacional*” (p. 60).

O corpo agido e vivido é um corpo que conhece a sua história, e cuja apreensão depende de como o indivíduo o habita. Quanto mais profunda for a consciencialização que o indivíduo faz sobre o seu corpo, maior será a capacidade de *insight* e reflexão, que lhe permitirá pensar e emocionar-se. O crescimento deste corpo é descrito num processo de metamorfose, transformando-o num corpo capaz de se relacionar não só consigo próprio, mas com o(s) outro(s), com os objetos e com o meio envolvente (Guimarães et al., 2016; Santos, 2019). Este corpo integrou as suas vivências, conseguindo relacionar-se com todo o seu percurso, desde a infância (Mila et al., 2000). No fim, observa-se um corpo relacional, que pertence a alguém que aprendeu a escutar e a sentir-se, um corpo que se conhece e se reconhece (Guimarães et al., 2016; Santos, 2019).

O desenvolvimento do corpo do terapeuta e do corpo do cliente realiza-se por meio da expressividade corporal (Guimarães et al., 2016), e ambiciona compreender o funcionamento do seu corpo, identificando e percebendo a postura, os movimentos, as ações, a modulação tónica e as manifestações emocionais. Todo o processo é exponenciado pela capacidade introspectiva que o indivíduo conquistou gradualmente (Mila et al., 2000). O encontro com o próprio corpo promove a aquisição de um vocabulário proprioceptivo e interoceptivo que permite ao indivíduo gerir-se conscientemente (Santos, 2019).

A formação pessoal mergulha um pouco mais do que a terapia, dando continuidade ao processo até o terapeuta alcançar um “*corpo terapêutico*” (Guimarães et al., 2016, p. 60), que seja então capaz de transformar o corpo do cliente num corpo relacional.

Metodologia

A metodologia permite compreender o planejamento e concretização do presente estudo, sendo constituída por cinco secções: *Objetivos do Estudo*, *Desenho e Tipo de Estudo*, *Participantes* (que inclui *Seleção dos Participantes* e *Caracterização dos Participantes*), *Instrumento*, e *Procedimento* (que inclui *Recolha de Dados* e *Tratamento e Análise de Dados*).

Objetivos do Estudo

Tomando como suporte a abordagem psicoterapêutica, a revisão de literatura permitiu evidenciar a importância da relação no processo terapêutico, contudo as práticas do terapeuta que permitem construir e consolidar a relação que estabelece em terapia ainda não foram concretamente identificadas. Especificamente sobre a terapia psicomotora, do nosso conhecimento não existem estudos que evidenciem que as práticas de construção e consolidação da relação psicomotricista-cliente já tenham sido estudadas. Assim, por se mostrar pertinente, este estudo objetiva (1) identificar os fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista, (2) identificar os fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora, (3) identificar os indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora, (4) identificar práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora, e (5) construir um *aide-mémoire* para o psicomotricista.

Desenho e Tipo de Estudo

Considerando os objetivos do estudo supracitados e subentendendo que este estudo pretende explorar assuntos sociais e humanos, compreende-se que a metodologia qualitativa é a opção mais adequada. Na área da saúde, a técnica de metodologia qualitativa mais utilizada é a entrevista semiestruturada, porque permite a recolha de experiências pessoais, atitudes, percepções e crenças sobre o tema em estudo (DeJonckheere & Vaughn, 2019; Rego, Pina & Meyer, 2018). Desta forma, a presente investigação decorre de um estudo qualitativo e de um desenho observacional e transversal, realizado através da análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas.

Participantes

Seleção dos Participantes

Para a elaboração do estudo, definiu-se que a amostra seria constituída por psicomotricistas com experiência em saúde mental, uma vez que as intervenções psicoterapêuticas realizadas neste contexto são mais influenciadas pelos fatores relacionais, quando comparadas com as intervenções psicoterapêuticas realizadas noutros contextos, pelo que se hipotetiza que o mesmo possa suceder na terapia psicomotora (Bordin, 1979; Kidd et al., 2017; Totura et al., 2018).

Os critérios de inclusão dos participantes foram os seguintes: a) ser psicomotricista reconhecido pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade e b) ter experiência profissional em saúde mental. Definiu-se como critério de exclusão a experiência profissional em saúde mental ser obtida unicamente em contexto de estágios e/ou voluntariado.

Na fase inicial da seleção dos participantes, solicitou-se aos psicomotricistas, por meio das redes sociais, que referenciassem outros psicomotricistas que tivessem experiência profissional em contexto de saúde mental. Assim, obtiveram-se quarenta e nove referências de psicomotricistas. Os psicomotricistas foram contactados por e-mail, telemóvel ou redes sociais, de acordo com a informação disponível. Nesse contacto, foi divulgado o *link* de um questionário *online*, que pretendia, num primeiro momento, averiguar o interesse e disponibilidade do psicomotricista para participar no presente estudo, solicitando o preenchimento da declaração de consentimento informado, esclarecido e voluntário (ver anexo 1). O preenchimento da declaração libertava automaticamente o acesso a um questionário que pretendia recolher dados sociodemográficos e algumas informações relativas à experiência profissional do psicomotricista, de modo a seleccionar os participantes de acordo com os critérios definidos. No final deste questionário, possibilitou-se ao psicomotricista manifestar o seu interesse em prosseguir para a segunda fase de recolha de dados do estudo, composta pela entrevista individual. Obtiveram-se trinta e uma respostas ao respetivo questionário. Desta pré-seleção, foram excluídos cinco psicomotricistas: quatro por não cumprirem os critérios relativos à experiência profissional em contexto de saúde mental, e um por indisponibilidade para a realização da entrevista. Durante o agendamento das entrevistas, foram excluídos mais cinco psicomotricistas: um por motivos pessoais e quatro por ausência de resposta.

Caracterização dos Participantes

Os participantes foram divididos em três grupos, considerando os anos de experiência dos participantes em contexto de saúde mental: até cinco anos (grupo 1), entre cinco e dez anos (grupo 2), e mais de dez anos (grupo 3). Por se considerar que a caracterização específica de cada grupo pode ser útil à compreensão dos resultados, a respetiva informação é apresentada na tabela 1, juntamente com a informação relativa à totalidade dos participantes.

A amostra é constituída por vinte e um indivíduos, dos quais dezassete (81,0%) pertencem ao sexo feminino e quatro (19,0%) ao sexo masculino. Os participantes têm idades compreendidas entre os vinte e cinco e os sessenta e oito anos, apresentando uma média de idades de, aproximadamente, 34,6 anos.

O grupo 1 é composto por seis participantes, dos quais quatro (66,7%) pertencem ao sexo feminino e dois (33,3%) ao sexo masculino. Os participantes do grupo 1 têm idades compreendidas entre os vinte e cinco e os trinta e seis anos, apresentando uma média de idades de 27,8 anos.

O grupo 2 é composto por oito participantes, dos quais sete (87,5%) pertencem ao sexo feminino e um (12,5%) ao sexo masculino. Os participantes do grupo 2 têm idades compreendidas entre os vinte e oito e os quarenta e um anos, apresentando uma média de idades de 31,5 anos.

O grupo 3 é composto por sete participantes, dos quais seis (85,7%) pertencem ao sexo feminino e um (14,3%) ao sexo masculino. Os participantes do grupo 3 têm idades compreendidas entre os trinta e sete e os sessenta e oito anos, apresentando uma média de idades de 43,9 anos.

Todos os participantes são psicomotricistas reconhecidos pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade, apesar de nem todos apresentarem o mesmo percurso formativo: quinze (71,4%) realizaram a Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, cinco (23,8%) realizaram a Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação e um realizou outra formação. A Licenciatura em Reabilitação Psicomotora ficou disponível no Ensino Superior a partir de 2002, tendo sido antecedida por uma formação equivalente, designada por Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação, e que esteve em vigor desde o início dos anos 90 até 2002 (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017). O único participante com formação anterior à década de 90 realizou uma formação diferente e obteve certificação profissional por avaliação curricular. Os participantes concluíram as suas licenciaturas entre 1983 e 2018.

O grupo 1 é inteiramente composto por participantes com Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, que concluíram as suas licenciaturas entre 2006 e 2017.

O grupo 2 tem apenas um participante (12,5%) com a Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação, sendo que os restantes sete (87,5%) têm Licenciatura em Reabilitação Psicomotora. Os participantes do grupo 2 concluíram as suas licenciaturas entre 2002 e 2013.

O grupo 3 é maioritariamente composto por participantes com as formações anteriores, sendo que quatro (57,1%) têm Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação, e um (14,3%) obteve certificação profissional por avaliação curricular. Os participantes do grupo 3 concluíram as suas licenciaturas entre 1983 e 2008.

Quanto ao nível de formação superior, dos vinte e um participantes, seis (28,6%) são licenciados e quinze (71,4%) são mestres. Note-se que alguns participantes podem ter mestrados noutras áreas do conhecimento que não Psicomotricidade ou Reabilitação Psicomotora.

No grupo 1, dois participantes (33,3%) são licenciados e quatro (66,7%) são mestres. Considere-se que os dois participantes do grupo 1 que têm apenas a licenciatura, se encontravam a frequentar os seus mestrados no momento da realização da entrevista.

No grupo 2, um participante (12,5%) é licenciado e sete (87,5%) são mestres.

No grupo 3, três participantes (42,9%) são licenciados e quatro (57,1%) são mestres. Note-se que, pelo menos, um participante do grupo 3 se encontrava a frequentar o doutoramento no momento da realização da entrevista.

Dos vinte e um participantes, onze (52,4%) têm formação adicional. A formação adicional dos participantes inclui diversas áreas do conhecimento que, contudo, não são reveladas com exatidão para não comprometer o anonimato dos participantes. Atente-se que o Mestrado em Psicomotricidade e o Mestrado em Reabilitação Psicomotora (ou qualquer mestrado anterior equivalente) não foram considerados formação adicional, por se integrarem dentro da mesma área do conhecimento que a formação de base.

No grupo 1, três participantes (50,0%) têm formação adicional (um numa área relacionada à saúde, um numa área relacionada à saúde com uso de técnicas de intervenção terapêutica, e um numa área relacionada à educação) e três participantes (50%) não têm outra formação.

No grupo 2, quatro participantes (50,0%) têm formação adicional (dois em áreas relacionadas à saúde, um numa área relacionada à saúde com uso de técnicas de intervenção terapêutica, e um numa área relacionada à educação) e três participantes (50%) não têm outra formação.

No grupo 3, cinco participantes (71,4%) têm formação adicional (quatro em áreas relacionadas à saúde com uso de técnicas de intervenção terapêutica, e um à educação), e dois participantes (28,6%) não têm outra formação.

Quanto às áreas geográficas de intervenção dos participantes, a maioria intervém em Lisboa, sendo que alguns intervêm simultaneamente em mais do que um distrito, permitindo obter alguma representatividade. Dezasseis participantes (76,2%) intervêm em Lisboa, três (14,3%) em Setúbal, dois (9,5%) em Évora, dois (9,5%) em Faro, dois (9,5%) no Porto, um (4,8%) em Aveiro, um (4,8%) em Portalegre, um (4,8%), um (4,8%) em Santarém em Vila Real, e um (4,8%) na Região Autónoma da Madeira (ver figura 3).

No grupo 1, quatro participantes (66,7%) intervêm em Lisboa, dois (33,3%) em Faro, um (16,7%) em Évora e um (16,7%) no Porto, sendo que dois participantes intervêm apenas em Lisboa, um intervém em Lisboa e Faro, um em Lisboa, Faro e Évora, um apenas em Setúbal e um apenas no Porto.

No grupo 2, sete participantes (87,5%) intervêm em Lisboa, um (12,5%) em Aveiro, um (12,5%) em Évora, um (12,5%) no Porto e um (12,5%) em Vila Real, sendo que cinco participantes intervêm apenas em Lisboa, um em Lisboa e Évora, um em Lisboa e Setúbal, e um em Aveiro, Porto e Vila Real.

No grupo 3, cinco participantes (71,4%) intervêm em Lisboa, um (14,3%) em Portalegre, um (14,3%) em Santarém, um (14,3%) em Setúbal e um (14,3%) na Região Autónoma da Madeira, sendo

que quatro intervêm apenas em Lisboa, um em Lisboa e Setúbal, um em Portalegre e Santarém, e um na Região Autónoma da Madeira.

Relativamente às áreas de intervenção profissional, dezasseis participantes (76,2%) intervêm em saúde mental com crianças e jovens, doze (57,1%) intervêm em saúde mental com adultos, onze (52,4%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações do Desenvolvimento, onze (52,4%) intervêm em contexto clínico (por exemplo, hospitais e clínicas), dez (47,6%) intervêm em contexto institucional (por exemplo, escolas, IPSS e lares), cinco (23,8%) realizam intervenção psicomotora no meio aquático (crianças e jovens), cinco (23,8%) intervêm com adultos com Perturbações do Desenvolvimento, quatro (19,0%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações da Aprendizagem Específicas, três (14,3%) realizam intervenção psicomotora no meio aquático (adultos), três (14,3%) intervêm em saúde mental com idosos, dois (9,5%) realizam intervenção/educação psicomotora (contexto pré-escolar e escolar), dois (9,5%) realizam gerontopsicomotricidade, dois (9,5%) intervêm em contexto domiciliário, um (4,8%) realiza equitação terapêutica (crianças e jovens), um (4,8%) realiza reabilitação psicomotora da idade adulta, um (4,8%) realiza equitação terapêutica (adultos)

No grupo 1, quatro participantes (66,7%) intervêm em saúde mental com crianças e jovens, três (50,0%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações do Desenvolvimento, três (50,0%) intervêm em saúde mental com adultos, três (50,0%) intervêm em contexto institucional (por exemplo, escolas, IPSS e lares), dois (33,3%) realizam intervenção psicomotora no meio aquático (crianças e jovens), dois (33,3%) intervêm com adultos com Perturbações do Desenvolvimento, dois (33,3%) intervêm em contexto clínico (por exemplo, hospitais e clínicas), um (16,7%) realiza intervenção/educação psicomotora (contexto pré-escolar e escolar), um (16,7%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações da Aprendizagem Específicas, um (16,7%) realiza equitação terapêutica (crianças e jovens), um (16,7%) realiza reabilitação psicomotora da idade adulta, um (16,7%) realiza intervenção psicomotora no meio aquático (adultos), um (16,7%) realiza equitação terapêutica (adultos)

No grupo 2, sete participantes (87,5%) intervêm em saúde mental com crianças e jovens, cinco (62,5%) intervêm em saúde mental com adultos, cinco (62,5%) intervêm em contexto institucional (por exemplo, escolas, IPSS e lares), cinco (62,5%) intervêm em contexto clínico (por exemplo, hospitais e clínicas), quatro (50,0%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações do Desenvolvimento, dois (25,0%) realizam gerontopsicomotricidade, dois (25,0%) intervêm em saúde mental com idosos, um (12,5%) realiza intervenção/educação psicomotora (contexto pré-escolar e escolar), um (12,5%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações da Aprendizagem Específicas, um (12,5%) realiza intervenção psicomotora no meio aquático (crianças e jovens), um (12,5%)

intervêm com adultos com Perturbações do Desenvolvimento, e um (12,5%) intervêm em contexto domiciliário.

No grupo 3, cinco participantes (71,4%) intervêm em saúde mental com crianças e jovens, quatro (57,1%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações do Desenvolvimento, quatro (57,1%) intervêm em saúde mental com adultos, quatro (57,1%) intervêm em contexto clínico (por exemplo, hospitais e clínicas), dois (28,6%) intervêm com crianças e jovens com Perturbações da Aprendizagem Específicas, dois (28,6%) realizam intervenção psicomotora no meio aquático (crianças e jovens), dois (28,6%) intervêm com adultos com Perturbações do Desenvolvimento, dois (28,6%) realizam intervenção psicomotora no meio aquático (adultos), dois (28,6%) intervêm em contexto institucional (por exemplo, escolas, IPSS e lares), um (14,3%) intervêm em saúde mental com idosos, e um (14,3%) intervêm em contexto domiciliário.

Todos os participantes têm experiência profissional em saúde mental, com tempo de experiência compreendido entre quatro meses e trinta e sete anos, apresentando uma média de 9,8 anos. Até à data de preenchimento do questionário online, dezassete participantes (81,0%) exerciam em saúde mental e os restantes quatro (19,0%) não exerciam nesse contexto.

No grupo 1, o tempo de experiência profissional dos participantes encontra-se compreendido entre os quatro meses e os dois anos e seis meses, apresentando uma média de 2,7 anos. Até à data de preenchimento do questionário online, quatro participantes (66,7%) exerciam em saúde mental e dois (33,3%) não exerciam nesse contexto.

No grupo 2, o tempo de experiência profissional dos participantes encontra-se compreendido entre os sete anos e os nove anos e oito meses, apresentando uma média de 7,3 anos. Até à data de preenchimento do questionário online, sete participantes (87,5%) exerciam em saúde mental e um (12,5%) não exercia nesse contexto.

No grupo 3, o tempo de experiência profissional dos participantes encontra-se compreendido entre os doze anos e os trinta e sete anos, apresentando uma média de 18,8 anos. Até à data de preenchimento do questionário online, seis participantes (85,7%) exerciam em saúde mental e um (14,3%) não exercia nesse contexto.

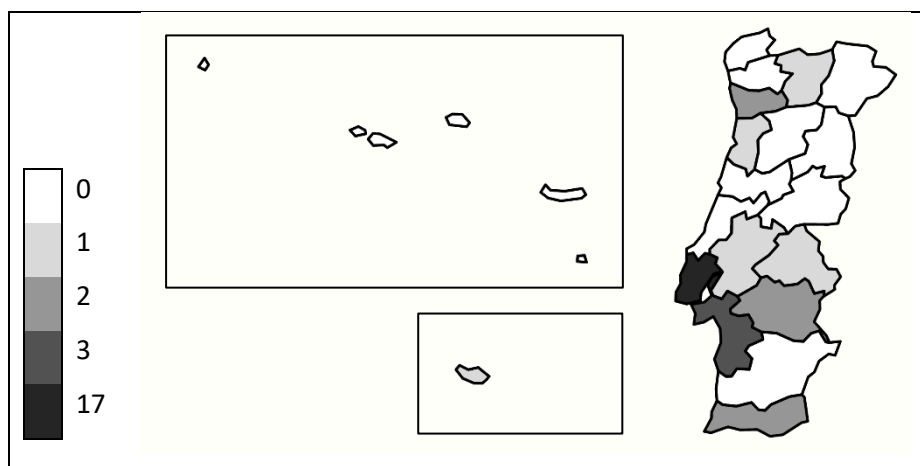
Relativamente ao primeiro meio pelo qual os participantes foram contactados, verificam-se algumas diferenças neste procedimento devido às informações de contacto disponibilizadas por cada participante. O primeiro contacto foi feito por e-mail para dez participantes (47,6%), por telemóvel para dois (9,5%) e com recurso às redes sociais para nove (42,8%).

Tabela 1*Caracterização dos Participantes*

Variáveis	Total n=21	Experiência em saúde mental		
		> 5 anos n=6	5 a 10 anos n=8	< 10 anos n=7
Idade ^{a, b}	[25-68] 34,6±9,7	[25-36] 27,8±4,4	[28-41] 31,5±4,2	[37-68] 43,9±10,8
Sexo ^c				
Feminino	17(81,0)	4(66,7)	7(87,5)	6(85,7)
Masculino	4(19,0)	2(33,3)	1(12,5)	1(14,3)
Formação de base ^c				
Reabilitação Psicomotora	15(71,4)	6(100,0)	7(87,5)	2(28,6)
Educação Especial e Reabilitação	5(23,8)	-	1(12,5)	4(57,1)
Outra	1(4,8)	-	-	1(14,3)
Ano de término da licenciatura ^a	[1993-2018]	[2006-2017]	[2002-2013]	[1983-2008]
Habilitações literárias ^c				
Licenciatura	6(28,6)	2(33,3)	1(12,5)	3(42,9)
Mestrado	15(71,4)	4(66,7)	7(87,5)	4(57,1)
Formação adicional ^c				
Tem formação noutra área	12(57,1)	3(50,0)	4(50,0)	5(71,4)
Não tem outra formação	9(42,9)	3(50,0)	4(50,0)	2(28,6)
Distritos de intervenção ^c				
Aveiro	1(4,8)	-	1(12,5)	-
Évora	2(9,5)	1(16,7)	1(12,5)	-
Faro	2(9,5)	2(33,3)	-	-
Lisboa	16(76,2)	4(66,7)	7(87,5)	5(71,4)
Portalegre	1(4,8)	-	-	1(14,3)
Porto	2(9,5)	1(16,7)	1(12,5)	-
Santarém	1(4,8)	-	-	1(14,3)
Setúbal	3(14,3)	1(16,7)	1(12,5)	1(14,3)
Vila Real	1(4,8)	-	1(12,5)	-
Região Autónoma da Madeira	1(4,8)	-	-	1(14,3)
Áreas de intervenção ^c				
Intervenção/Educação Psicomotora (Contexto Pré-escolar e Escolar)	2(9,5)	1(16,7)	1(12,5)	-
Crianças e Jovens com Perturbações do Desenvolvimento	11(52,4)	3(50,0)	4(50,0)	4(57,1)

Variáveis	Total n=21	Experiência em saúde mental		
		> 5 anos	5 a 10 anos	< 10 anos
		n=6	n=8	n=7
Crianças e Jovens com Perturbações da Aprendizagem Específicas	4(19,0)	1(16,7)	1(12,5)	2(28,6)
Saúde Mental de Crianças e Jovens	16(76,2)	4(66,7)	7(87,5)	5(71,4)
Intervenção Psicomotora no Meio Aquático (Crianças e Jovens)	5(23,8)	2(33,3)	1(12,5)	2(28,6)
Equitação Terapêutica (Crianças e Jovens)	1(4,8)	1(16,7)	-	-
Reabilitação Psicomotora da Idade Adulta	1(4,8)	1(16,7)	-	-
Adultos com Perturbações do Desenvolvimento	5(23,8)	2(33,3)	1(12,5)	2(28,6)
Saúde Mental do Adulto	12(57,1)	3(50,0)	5(62,5)	4(57,1)
Intervenção Psicomotora no Meio Aquático (Adultos)	3(14,3)	1(16,7)	-	2(28,6)
Equitação Terapêutica (Adultos)	1(4,8)	1(16,7)	-	-
Gerontopsicomotricidade	2(9,5)	-	2(25,0)	-
Saúde Mental do Idoso	3(14,3)	-	2(25,0)	1(14,3)
Contexto Institucional (ex.: Escolas, IPSS, Lares, etc.)	10(47,6)	3(50,0)	5(62,5)	2(28,6)
Contexto Clínico (ex.: Hospitais, Clínicas, etc.)	11(52,4)	2(33,3)	5(62,5)	4(57,1)
Contexto Domiciliário	2(9,5)	-	1(12,5)	1(14,3)
Anos de experiência em saúde mental ^b	9,8±8,5	2,7±3,0	7,3±2,1	18,8±8,6
Exerce atualmente em saúde mental ^c				
Exerce	17(81,0)	4(66,7)	7(87,5)	6(85,7)
Não exerce	4(19,0)	2(33,3)	1(12,5)	1(14,3)
Primeiro contacto ^c				
E-mail	10(47,6)	2(33,3)	3(37,5)	5(71,4)
Telemóvel	2(9,5)	-	1(12,5)	1(14,3)
Facebook	4(19,0)	2(33,3)	1(12,5)	1(14,3)
LinkedIn	4(19,0)	2(33,3)	2(25,0)	-
Instagram	1(4,8)	-	1(12,5)	-

Nota. Esta tabela apresenta dados sociodemográficos dos participantes e informações relativas à sua prática profissional, recolhidos através do questionário *online*. Os valores foram calculados com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). ^a Dados expressos em anos. ^b Dados expressos em média ± desvio-padrão. ^c Dados expressos em n(%).

**Figura 3***Áreas Geográficas de Intervenção dos Participantes*

Nota. Este mapa apresenta a distribuição dos participantes pelos distritos de Portugal, de acordo com a sua área geográfica de intervenção.

Instrumento

A técnica de entrevista semiestruturada é um instrumento de recolha de dados que consiste na realização de perguntas ao entrevistado permitindo flexibilidade na condução da entrevista, de forma a valorizar a sua perspetiva, sendo frequentemente utilizada na investigação qualitativa em saúde. É uma técnica reconhecida pela comunidade científica para compreender fenómenos sociais, humanos e relacionais, não tendo como objetivo testar hipóteses ou comprovar situações teóricas (DeJonckheere & Vaughn, 2019; Rego, Pina & Meyer, 2018).

O presente estudo implicou a realização de entrevistas semiestruturadas. De forma a assegurar que a entrevista cobrisse todos os aspetos de interesse do estudo, considerou-se necessário realizar previamente uma pesquisa aprofundada, bem como escrever a fundamentação teórica. As questões do guião de entrevista foram construídas para responder aos objetivos do estudo permitindo definir os temas da análise (ver tabela 2).

Tabela 2*Objetivos de Intervenção e Questões do Guião de Entrevista*

Objetivo – Tema	Questões
Identificar os fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista (Tema 1)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de mais, gostaria que me falasse um pouco sobre o seu percurso e o que o(a) fez chegar até aqui. 2. Há quem diga que a Psicomotricidade é uma prática da relação, e até que os psicomotricistas são profissionais da relação. Concorda com estas afirmações? 3. Que aspetos da relação estão presentes na sua prática? 6. Há fatores que podem influenciar a relação entre duas pessoas? Quer dizer-me quais?

Objetivo – Tema	Questões
<p>Identificar os fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora (Tema 2)</p>	<p>7. E será que a comunicação pode influenciar a relação? Em que medida?</p> <p>8. Parece-lhe que a relação terapêutica tem particularidades únicas face a outras relações? (Se sim) Consegue nomear alguns desses aspetos diferenciadores?</p> <p>15. Em termos mais gerais, como é que define a relação terapeuta-cliente?</p> <p>18. Como é que os aspetos da empatia se revelam mais na relação?</p> <p>4. Se lhe perguntasse como é que definiria a sua capacidade de se relacionar com os outros, o que me diria espontaneamente (sem pensar muito)?</p> <p>5. Como é que desenvolveu essa(s) característica(s)?</p> <p>9. É habitual pensar sobre as relações que estabelece em terapia? (Se sim) Sobre que aspetos da relação costuma refletir?</p> <p>16. Acha que existem diferenças significativas no estabelecimento da relação consoante as faixas etárias, por exemplo, quando o cliente é uma criança, um adolescente, um adulto ou uma pessoa idosa? (Explorar quais e em que medida)</p> <p>17. Como é habitual gerir o primeiro contacto com os clientes? (Se intervir com crianças) No caso das crianças, em quem se foca primeiro (cliente ou família)?</p> <p>20. Por que é que acha que ela [a empatia] não acontece? Será que tem que ver com características ou experiências anteriores ou com as vivências pessoais? Dele ou eventualmente suas?</p> <p>26. Para terminarmos, e só por curiosidade, continua a fazer formação? E supervisão? (Se sim) Considera importante o terapeuta fazer esse trabalho de reflexão? Em que medida?</p>
<p>Identificar os indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora (Tema 3)</p>	<p>10. De uma forma mais geral ou mais particular, como é que dá conta das vivências relacionais dos seus clientes?</p> <p>11. Como se apercebe da relação que os seus clientes estabelecem consigo? Quer dar exemplos?</p> <p>12. Se pudesse encontrar alguns indicadores não-verbais que costuma utilizar para compreender essa relação, conseguiria referir alguns? E estes seriam generalizáveis ou dependeriam da situação?</p> <p>13. Para si, para além dos indicadores que referiu, será que há outros, como indicadores de espaço, ritmo, postura ou tonicidade que dão contributos para a compreensão dessa relação? Ou são outros indicadores como elementos do discurso ou escolha de atividades? Ou será que são mesmo outros...ou seja, gostaria de perceber um pouco do seu “alfabeto de sinais” e também se encontra alguma lógica comum que diga, por exemplo, “isto quer-me dizer aquilo”.</p> <p>21. Por vezes, mesmo após existir uma relação terapeuta-cliente bem estabelecida, podem ocorrer ruturas. Tem ideia de alguma situação que tenha acontecido consigo?</p> <p>22. Nesse caso, como é que sente que a rutura está a acontecer? Como é que a identifica? Há indicadores verbais, não-verbais ou até de processo? Quer dar algum exemplo?</p> <p>24. Olhando para os casos que foi conhecendo, consegue encontrar algum padrão que descreva a relação terapeuta-cliente ao longo do tempo de intervenção? Ou será que cada relação faz um percurso diferente? Poderá depender da problemática, da história de vida, ou também do estilo relacional do terapeuta?</p>

Objetivo – Tema	Questões
Identificar práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora (Tema 4)	25. Como consegue monitorizar a relação que estabelece com os seus clientes? Tem alguma estratégia que o(a) ajude a perceber se a relação está a ser satisfatória para o cliente ou benéfica para a intervenção?
	14. E quando está perante algum desses sinais, tem alguma estratégia de resposta que sinta que funciona mais, ou é tudo intuitivo e no momento?
	19. E quando esta empatia não acontece? Que estratégias utiliza quando o <i>click</i> não se faz espontaneamente na relação com o cliente?
	23. Que comportamentos ou que fatores é que lhe parece que, nesse caso, podem ajudar a restabelecer a relação após o início de uma rutura ou numa rutura já iminente?

Nota. Esta tabela apresenta a associação entre os objetivos do estudo e as questões colocadas aos participantes nas entrevistas.

As questões do guião de entrevista foram encadeadas numa sequência lógica que permitisse a fluidez de pensamento (ver anexo 2). No entanto, previu-se que essa sequência pudesse ser alterada durante as entrevistas e que surgissem perguntas adicionais para ir ao encontro do discurso do entrevistado (DeJonckheere & Vaughn, 2019; McGrath, Palmgren & Liljedahl, 2019).

Apesar de a entrevista ser a técnica de investigação que mais se adequa aos objetivos do estudo, considera-se um desafio significativo para investigadores iniciantes, visto que requer muito treino, sendo por isso aconselhável a realização de entrevistas-piloto. Além de que o entrevistador deve ter capacidade para se adaptar e moldar ao discurso do entrevistado, relacionando-se com ele, e transmitindo curiosidade genuína pelo tema (DeJonckheere & Vaughn, 2019; Majid et al., 2017; McGrath, Palmgren & Liljedahl, 2019). Inclusivamente, em 2005, Reushle alertou para a importância que o princípio CHE (*Connectivity, Humanness and Empathy*) desempenha no sucesso da técnica de entrevista. Este fator é constituído por três pilares: Conectividade, Humanidade e Empatia, que correspondem às competências relacionais que o entrevistador deve possuir. Nos anos seguintes, Reushle e outros investigadores (Brown & Danaher, 2017; Brown & Reushle, 2010) deram continuidade à validação desta teoria.

Desta forma, a fase de entrevistas integrou um período de preparação do entrevistador, durante o qual foram realizadas diversas leituras sobre a temática em estudo e a metodologia de investigação por meio de entrevista, e algumas reflexões sobre estratégias de condução de entrevistas com um especialista em investigação qualitativa.

Adicionalmente, efetuaram-se duas entrevistas-piloto, com o intuito de treinar as habilidades de entrevista do entrevistador e de verificar a construção da entrevista. Alguns excertos das gravações das entrevistas-piloto foram analisados, possibilitando identificar e colmatar algumas falhas iniciais, de forma que a entrevista fosse corretamente aplicada aos participantes. No decorrer desta análise,

não foram identificadas alterações significativas na estrutura da entrevista. Os dados das entrevistas-piloto não foram integrados nos resultados do estudo.

Procedimento

Recolha de Dados

O principal instrumento de recolha de dados utilizado no presente estudo foi a entrevista semiestruturada, embora, previamente à sua realização, se tenha utilizado um instrumento adicional para a seleção dos participantes. Os participantes foram selecionados de acordo com as respostas que forneceram no questionário *online* disponibilizado através de um *link*, tal como fora apresentado em *Seleção dos Participantes*. O referido questionário pretendia averiguar o interesse e disponibilidade do psicomotricista para participar no presente estudo, e recolher dados sociodemográficos e informações relativas à experiência profissional do psicomotricista.

Após a seleção dos participantes, progrediu-se para a fase de realização das entrevistas. As entrevistas foram realizadas individual e remotamente, através de *Zoom Colibri*[®], sendo inicialmente solicitado aos participantes o seu consentimento verbal quanto à gravação de áudio e imagem.

As entrevistas tinham uma duração prevista de uma hora. A duração média das entrevistas foi de uma hora e vinte minutos, sendo que a mais curta teve uma duração de trinta e três minutos e a mais longa teve uma duração de duas horas e quarenta e cinco minutos.

As informações recolhidas, incluindo os questionários e as gravações, foram utilizadas somente para efeitos académicos. Em todo e qualquer momento da investigação, foi garantido o anonimato dos participantes, e preservada a identificação e confidencialidade dos dados. Após o estudo ser concluído, todos os registos serão devidamente eliminados.

Tratamento e Análise de Dados

A análise de conteúdo das entrevistas realizou-se com recurso à metodologia de Bardin (1977), que é composta por três momentos: a transcrição, a decifração estrutural (categorização e codificação) e as contagens. Todas as fases do processo de tratamento e análise de dados foram realizadas por dois juízes e, em situações de dúvida, consultou-se um terceiro juiz, permitindo minimizar a subjetividade individual.

A transcrição consistiu na transformação dos registos de áudio em texto, sinalizando inclusive pausas, risos e interjeições, de forma a preservar a expressividade do discurso (Bardin, 1977). O conteúdo foi convertido em texto com recurso à ferramenta de ditado do Microsoft Office Word, sendo necessário verificar e corrigir o texto posteriormente.

De seguida, iniciou-se a decifração estrutural, que objetiva a construção de um sistema de categorias que classifica e organiza o conteúdo das entrevistas pós-transcrição. Esta fase exige o olhar

fresco do analista, quer com isto dizer-se que cada entrevista, desde a primeira até à última, deve ser compreendida valendo por si só, em detrimento do seu conteúdo ser espartilhado pelos significados compreendidos nas entrevistas anteriores. À medida que o analista vê o conteúdo do texto, permitindo-se viajar e perder-se nele, começam a emergir categorias significativas. As categorias são caixas temáticas que incluem todos os excertos de texto, analiticamente conhecidos como unidades de registo, que abordem um tema comum.

Em simultâneo, num funcionamento distinto, mas colaborante, é exigido ao analista que num olhar superior comece a visualizar a “*transversalidade da temática*” (Bardin, 1977, p. 92), tecendo a articulação possível entre as categorias que foram emergindo nesta análise. Tal como era expectável e desejável, verificou-se que algumas categorias coocorreram em entrevistas diferentes e em momentos diferentes da mesma entrevista, permitindo identificar as categorias mais relevantes. Definiu-se que cada categoria teria, no mínimo, três unidades de registo para ser considerada uma categoria de expressão significativa. No caso de categorias com expressão não significativa, procedeu-se à criação de uma categoria generalista, de forma a agregar as unidades de registo excluídas, por exemplo a subcategoria secundária “*outras formações*”. Algumas categorias de expressão não significativa foram mantidas por impossibilidade de reorganização das respetivas unidades de registo.

Todas as unidades de registo foram categorizadas em exclusividade, ou seja, cada unidade foi associada a uma única categoria. Para isso, foi imprescindível investir na codificação das unidades de registo e na operacionalização das categorias. A codificação descreve o processo de atribuição de um código alfanumérico que estabelece correspondência com os participantes e com as questões das entrevistas, por exemplo “*P1Q2*” que se refere à resposta da questão 2 pelo psicomotricista 1. A operacionalização refere-se à definição das categorias, de modo que todas fossem mutuamente exclusivas entre si, isto é, a ocorrência de uma categoria implica a não ocorrência das restantes categorias para a mesma unidade de registo.

Assim, obteve-se um sistema de categorização de três níveis que se incluem dentro de temas e subtemas. Os temas foram estabelecidos previamente de acordo com os objetivos da investigação e estruturação da entrevista, os subtemas e as categorias emergiram do conteúdo das próprias entrevistas, tendo sofrido reformulações ao longo da análise. Na totalidade, criaram-se cento e setenta e nove categorias aptas a integrar unidades de registo, sendo que cento e sessenta são subcategorias secundárias e dezanove são subcategorias primárias, por não necessitarem de um maior nível de especificação (ver anexo 3).

Com o intuito de compreender e dar significado aos resultados, as unidades de registo foram contabilizadas, de forma a identificar a) o número de participantes com referências por categoria e a sua representação percentual, b) o número de referências por categoria e a sua representação

percentual, e c) o número de participantes que fez duas ou mais referências por categoria (ver resultados).

Por fim, construiu-se o *aide-mémoire*, que entrelaça a informação teórica apresentada na revisão de literatura e os resultados da análise de conteúdo das entrevistas.

Resultados

Nesta secção são apresentados os resultados principais do estudo. Existem dois tipos de resultados: os resultados obtidos durante o processo de análise de conteúdo – operacionalização das categorias (ver anexo 3) e categorização das unidades de registo (ver anexo 4) –, e os resultados finais (ver tabelas 3 a 10). Dada a imensidão de resultados obtidos, optou-se por descrever textualmente apenas os resultados mais expressivos, que serão posteriormente analisados na discussão. A referida descrição textual apresenta essencialmente os resultados finais do estudo, embora algumas categorias integrem os resultados obtidos durante o processo de análise de conteúdo, para justificar algumas hipóteses sugeridas na discussão.

A análise de conteúdo foi organizada em quatro temas: *1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista* (inclui dois subtemas: *1.1 Percurso Profissional* e *1.2 Perspetiva Concetual da Relação*), *2 Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora* (inclui quatro subtemas: *2.1 Decorrentes do Psicomotricista*, *2.2 Decorrentes do Cliente*, *2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente* e *2.4 Outros Fatores*), *3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora*, e *4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora*.

Tema 1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista

Subtema 1.1 Percurso Profissional

O subtema *1.1 Percurso Profissional* integra as unidades de registo que se referem à escolha profissional dos participantes e à sua prática profissional, numa organização de trinta e cinco categorias aptas a integrar unidades de registo.

Na categoria *escolha profissional*, emergiram cinco subcategorias primárias: *motivação*, *descoberta da Psicomotricidade*, *representação da Psicomotricidade pré-formação*, *planeamento e formação*. A subcategoria primária *motivação* subdividiu-se em três subcategorias secundárias: *saúde*, *corpo e movimento*, e *outra*. *Saúde* foi referida por treze participantes, correspondendo a 66,7% de participantes do grupo 1, 50,0% de participantes do grupo 2, e 71,4% de participantes do grupo 3. *Corpo e movimento* foi referida por três participantes, sendo que um pertencia ao grupo 1 (representando 16,7% deste grupo) e dois pertenciam ao grupo 3 (representando 28,6% do grupo 3). *Outra* foi referida por três participantes, um de cada grupo.

A subcategoria primária *descoberta da Psicomotricidade* integrou treze unidades de registo, sendo que quatro pertencem ao grupo 1, quatro ao grupo 2, e cinco ao grupo 3.

Na subcategoria primária *representação da Psicomotricidade pré-formação*, foram incluídas onze unidades de registo, das quais três foram referidas pelo grupo 1, três pelo grupo 2, e cinco pelo grupo 3.

A subcategoria primária *planeamento* foi referida por 33,3% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 85,7% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *formação*, identificaram-se duas subcategorias secundárias: *Psicomotricidade* e *outras formações*. Em *outras formações*, foram integradas nove unidades de registo, tendo sido referida por 50,0% dos participantes dos grupos 1, 50% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3.

Na categoria prática profissional, emergiram seis subcategorias primárias: *representação da Psicomotricidade pós-formação*, *profissionais de referência*, *contextos*, *faixas etárias*, *caráter de intervenção e problemáticas*, e *características de intervenção*. Na subcategoria primária *representação da Psicomotricidade pós-formação*, identificaram-se seis subcategorias secundárias, entre as quais se destacam *intervenção relacional*, e *mediação corporal*. *Intervenção relacional* é referida por 100,0% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 85,7% dos participantes do grupo 3. *Mediação corporal* é referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *profissionais de referência*, emergiram duas subcategorias secundárias: *agentes ativos no percurso formativo ou profissional*, e *obra significativa*. Em *agentes ativos no percurso formativo ou profissional*, integraram-se quatro unidades de registo, duas do grupo 2 e duas do grupo 3. Em *obra significativa*, integraram-se cinco unidades de registo, pertencendo exclusivamente ao grupo 3.

Tabela 3*Resultados do Subtema 1.1 Percurso Profissional*

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista																		
1.1. Percurso profissional																		
Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
	Subcategoria primária					> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria secundária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Escolha profissional	21	100,0	74	22,8		6	100,0	22	26,2	8	100,0	25	20,5	7	100,0	27	22,9	
Motivação	15	71,4	17	5,2		5	83,3	6	7,1	5	62,5	5	4,1	5	71,4	6	5,1	
Saúde	13	61,9	11	3,4	0	4	66,7	4	4,8	4	50,0	4	3,3	5	71,4	3	2,5	
Corpo e movimento	3	14,3	3	0,9	0	1	16,7	1	1,2	0	0,0	0	0,0	2	28,6	2	1,7	
Outra	3	14,3	3	0,9	0	1	16,7	1	1,2	1	12,5	1	0,8	1	14,3	1	0,8	
Descoberta da Psicomotricidade	13	61,9	13	4,0	0	4	66,7	4	4,8	4	50,0	4	3,3	5	71,4	5	4,2	
Representação da Psicomotricidade pré- formação	11	52,4	11	3,4	0	3	50,0	3	3,6	3	37,5	3	2,5	5	71,4	5	4,2	
Planeamento	12	57,1	12	3,7	0	2	33,3	2	2,4	4	50,0	4	3,3	6	85,7	6	5,1	
Formação	14	66,7	21	6,5		4	66,7	7	8,3	7	87,5	9	7,4	3	42,9	5	4,2	
Psicomotricidade	10	47,6	10	3,1	0	3	50,0	3	3,6	4	50,0	4	3,3	3	42,9	3	2,5	
Outras formações	9	42,9	11	3,4	2	3	50,0	4	4,8	4	50,0	5	4,1	2	28,6	2	1,7	
Prática profissional	21	100,0	250	77,2		6	100,0	62	73,8	8	100,0	97	79,5	7	100,0	91	77,1	
Representação da Psicomotricidade pós- formação	20	95,2	63	19,4		6	100,0	12	14,3	8	100,0	27	22,1	6	85,7	24	20,3	
Áreas de intervenção	4	19,0	4	1,2	0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	0,8	3	42,9	3	2,5	
Compreensão pela latência	6	28,6	9	2,8	1	0	0,0	0	0,0	4	50,0	4	3,3	2	28,6	5	4,2	
Intervenção relacional	18	85,7	29	9,0	9	6	100,0	10	11,9	6	75,0	11	9,0	6	85,7	8	6,8	

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Subcategoria secundária																		
Mediação corporal	7	33,3	9	2,8	2	1	16,7	1	1,2	3	37,5	4	3,3	3	42,9	4	3,4	
Crítica à intervenção dicotômica instrumental-relacional	6	28,6	7	2,2	1	0	0,0	0	0,0	4	50,0	4	3,3	2	28,6	3	2,5	
Incerteza	5	23,8	5	1,5	0	1	16,7	1	1,2	3	37,5	3	2,5	1	14,3	1	0,8	
Profissionais de referência	5	23,8	9	2,8		0	0,0	0	0,0	2	25,0	2	1,6	3	42,9	7	5,9	
Agentes ativos no percurso formativo ou profissional	4	19,0	4	1,2	0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	2	1,6	2	28,6	2	1,7	
Obra significativa	3	14,3	5	1,5	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	42,9	5	4,2	
Contextos	21	100,0	51	15,7		6	100,0	14	16,7	8	100,0	18	14,8	7	100,0	19	16,1	
Academia	4	19,0	4	1,2	0	1	16,7	1	1,2	0	0,0	0	0,0	3	42,9	3	2,5	
Hospital	15	71,4	15	4,6	0	4	66,7	4	4,8	6	75,0	6	4,9	5	71,4	5	4,2	
Clínica	15	71,4	15	4,6	0	3	50,0	3	3,6	5	62,5	5	4,1	7	100,0	7	5,9	
Instituição	11	52,4	13	4,0	2	5	83,3	6	7,1	4	50,0	4	3,3	2	28,6	3	2,5	
Outros	4	19,0	4	1,2	0	0	0,0	0	0,0	3	37,5	3	2,5	1	14,3	1	0,8	
Faixas etárias	18	85,7	40	12,3		5	83,3	11	13,1	6	75,0	15	12,3	7	100,0	14	11,9	
Infância	14	66,7	14	4,3	0	4	66,7	4	4,8	4	50,0	4	3,3	6	85,7	6	5,1	
Adolescência	8	38,1	8	2,5	0	3	50,0	3	3,6	2	25,0	2	1,6	3	42,9	3	2,5	
Adultez	11	52,4	12	3,7	1	4	66,7	4	4,8	4	50,0	5	4,1	3	42,9	3	2,5	
Geriatrica	6	28,6	6	1,9	0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	4	3,3	2	28,6	2	1,7	

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
	Subcategoria primária		Total			> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria secundária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Caráter de intervenção e problemáticas	19	90,5	36	11,1		6	100,0	11	13,1	6	75,0	14	11,5	7	100,0	11	9,3
Prevenção	3	14,3	3	0,9	0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	2	1,6	1	14,3	1	0,8
Reabilitação psicossocial	3	14,3	4	1,2	1	2	33,3	3	3,6	1	12,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Perturbações mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico	18	85,7	20	6,2	2	6	100,0	7	8,3	6	75,0	6	4,9	6	85,7	7	5,9
Outras condições de saúde	4	19,0	4	1,2	0	1	16,7	1	1,2	2	25,0	2	1,6	1	14,3	1	0,8
Fatores contextuais	5	23,8	5	1,5	0	0	0,0	0	0,0	3	37,5	3	2,5	2	28,6	2	1,7
Características de intervenção	15	71,4	51	15,7		4	66,7	14	16,7	7	87,5	21	17,2	4	57,1	16	13,6
Sessões individuais	8	38,1	8	2,5	0	3	50,0	3	3,6	2	25,0	2	1,6	3	42,9	3	2,5
Sessões de grupo	9	42,9	10	3,1	1	2	33,3	3	3,6	3	37,5	3	2,5	4	57,1	4	3,4
Intervenção espontânea	7	33,3	9	2,8	2	1	16,7	1	1,2	4	50,0	5	4,1	2	28,6	3	2,5
Intervenção relacional	7	33,3	11	3,4	3	1	16,7	2	2,4	4	50,0	6	4,9	2	28,6	3	2,5
Intervenção em equipa multidisciplinar	9	42,9	13	4,0	3	3	50,0	5	6,0	4	50,0	5	4,1	2	28,6	3	2,5
Total			324	100,0				84	100,0			122	100,0			118	100,0

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do subtema 1.1. *n* refere-se ao número de participantes. *%ⁿ* refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. *%^R* refere-se ao valor percentual de referências. *n R≥2* refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação

O subtema *1.2 Perspetiva Concetual da Relação* integra as unidades de registo que se referem aos fatores de influência nas relações interpessoais, à relação nas profissões de cuidado e à relação psicomotricista-cliente, numa organização de vinte e cinco categorias aptas a integrar unidades de registo.

Na categoria *fatores de influência nas relações interpessoais*, emergiram duas subcategorias primárias: *decorrentes de cada indivíduo*, e *decorrentes da interação indivíduo-indivíduo e do contexto*. Na subcategoria primária *decorrentes de cada indivíduo*, encontraram-se três subcategorias secundárias: *personalidades*, *contextos de vida e vivências pessoais*, e *disponibilidade genuína*. *Personalidades* foi mencionada por 83,3% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 14,3% dos participantes do grupo 3. *Contextos de vida e vivências pessoais* foi mencionada por 33,3% do grupo 1, 75,0% do grupo 2, e 100,0% do grupo 3. *Disponibilidade genuína* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, com quatro unidades de registo, por 87,5% dos participantes do grupo 2, com nove unidades de registo, e por 57,1% dos participantes do grupo 3, com seis unidades de registo.

Na subcategoria primária *decorrentes da interação indivíduo-indivíduo e do contexto*, identificaram-se seis subcategorias secundárias, das quais se destacam *conhecimento e aceitação do outro*, e *trocas e reações*. Em *conhecimento e aceitação do outro*, incluíram-se nove unidades de registo, sendo que uma pertence ao grupo 1, seis ao grupo 2, e duas ao grupo 3. Em *trocas e reações*, incluíram-se sete unidades de registo, sendo que uma pertence ao grupo 1, cinco ao grupo 2, e uma ao grupo 3.

Na categoria *relação nas profissões de cuidado*, emergiram duas subcategorias primárias: *transversal* e *diferenciada*. A subcategoria primária *transversal* foi mencionada pelos participantes 1 e 8 do grupo 1, que representam 33,3% dos participantes deste grupo; pelos participantes 7 e 19 do grupo 2, que representam 25,0% dos participantes deste grupo; e pelos participantes 4, 6 e 21 do grupo 3, que representam 42,9% dos participantes deste grupo.

A subcategoria primária *diferenciada* inclui duas subcategorias secundárias: *perspetiva*, e *abordagem e/ou prática clínica*. *Perspetiva* foi mencionada pelos participantes 1, 8 e 9 do grupo 1, que representam 50,0% dos participantes deste grupo; pelo participante 2 do grupo 2, que representa 12,5% dos participantes deste grupo; e pelos participantes 4, 13 e 21 do grupo 3, que representam 42,9% dos participantes deste grupo. *Abordagem e/ou prática clínica* foi mencionada pelos participantes 1, 8 e 9 do grupo 1, que representam 50,0% dos participantes deste grupo; pelos participantes 2, 7, 15 e 16 do grupo 2, que representam 50,0% dos participantes deste grupo; e pelos participantes 4, 6 e 13 do grupo 3, que representam 42,9% dos participantes deste grupo.

Na categoria relação psicomotricista-cliente, emergiram três subcategorias primárias: *características*, *características por comparação com relações pessoais*, e *objetivos*. Na subcategoria primária *características*, surgiram três subcategorias secundárias: *intimidade e confiança*, *singularidade*, e *intencionalidade*. *Intimidade e confiança* foi referida por 61,9% dos participantes, incluindo 50,0% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Intencionalidade* foi referida por 66,7% dos participantes.

Na subcategoria primária *características por comparação com relações pessoais*, identificaram-se sete subcategorias secundárias: *características transversais*, *menor reciprocidade*, *menor efetividade*, *menor intimidade*, *maior disponibilidade*, *maior compromisso* e *maior consciência*. *Menor reciprocidade* é mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, com três unidades de registo; por 62,5% dos participantes do grupo 2, com sete referências; e por 28,6% dos participantes do grupo 3, com três referências. *Menor intimidade* é mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, com quatro unidades de registo; por 37,5% dos participantes do grupo 2, com três referências; e por 71,4% dos participantes do grupo 3, com cinco referências. *Maior disponibilidade* é mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 12,5% dos participantes do grupo 2, e não é mencionada pelos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *objetivos*, identificaram-se três subcategorias secundárias: *acolher*, *empoderar* e *transformar*. *Acolher* é referida por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3. *Empoderar* é referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3. *Transformar* é referida por 66,7% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3.

Tabela 4*Resultados do Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação*

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista																		
1.2. Perspetiva concetual da relação																		
Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
	Subcategoria primária					> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria secundária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Fatores de influência nas relações interpessoais	21	100,0	119	37,9		6	100,0	27	32,5	8	100,0	55	44,0	7	100,0	37	34,9	
Decorrentes de cada indivíduo	20	95,2	50	15,9		5	83,3	12	14,5	8	100,0	21	16,8	7	100,0	17	16,0	
Personalidades	12	57,1	12	3,8	0	5	83,3	5	6,0	6	75,0	6	4,8	1	14,3	1	0,9	
Contextos de vida e vivências pessoais	15	71,4	19	6,1	4	2	33,3	3	3,6	6	75,0	6	4,8	7	100,0	10	9,4	
Disponibilidade genuína	15	71,4	19	6,1	4	4	66,7	4	4,8	7	87,5	9	7,2	4	57,1	6	5,7	
Decorrentes da interação indivíduo-indivíduo e do contexto	21	100,0	69	22,0		6	100,0	15	18,1	8	100,0	34	27,2	7	100,0	20	18,9	
Conhecimento e aceitação do outro	8	38,1	9	2,9	1	1	16,7	1	1,2	5	62,5	6	4,8	2	28,6	2	1,9	
Trocas e reações	6	28,6	7	2,2	1	1	16,7	1	1,2	4	50,0	5	4,0	1	14,3	1	0,9	
Comunicação	19	90,5	25	8,0	4	5	83,3	6	7,2	7	87,5	8	6,4	7	100,0	11	10,4	
Contexto relacional	5	23,8	5	1,6	0	1	16,7	1	1,2	2	25,0	2	1,6	2	28,6	2	1,9	
Possibilidade de selecionar relações	5	23,8	7	2,2	1	1	16,7	1	1,2	3	37,5	5	4,0	1	14,3	1	0,9	
Sinais de escuta empática	16	76,2	16	5,1	0	5	83,3	5	6,0	8	100,0	8	6,4	3	42,9	3	2,8	
Relação nas profissões de cuidado	12	57,1	25	8,0		3	50,0	9	10,8	6	75,0	7	5,6	3	42,9	9	8,5	
Transversal	7	33,3	7	2,2	0	2	33,3	2	2,4	2	25,0	2	1,6	3	42,9	3	2,8	

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva conceitual da relação

Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Subcategoria secundária																	
Diferenciada	11	52,4	18	5,7		3	50,0	7	8,4	4	50,0	5	4,0	4	57,1	6	5,7
Perspetiva	7	33,3	7	2,2	0	3	50,0	3	3,6	1	12,5	1	0,8	3	42,9	3	2,8
Abordagem e/ou prática clínica	10	47,6	11	3,5	1	3	50,0	4	4,8	4	50,0	4	3,2	3	42,9	3	2,8
Relação psicomotricista-cliente	21	100,0	170	54,1		6	100,0	47	56,6	8	100,0	63	50,4	7	100,0	60	56,6
Características	18	85,7	43	13,7		4	66,7	16	19,3	7	87,5	11	8,8	7	100,0	16	15,1
Intimidade e confiança	13	61,9	19	6,1	3	3	50,0	7	8,4	5	62,5	5	4,0	5	71,4	7	6,6
Singularidade	5	23,8	6	1,9	1	2	33,3	3	3,6	1	12,5	1	0,8	2	28,6	2	1,9
Intencionalidade	14	66,7	18	5,7	4	4	66,7	6	7,2	5	62,5	5	4,0	5	71,4	7	6,6
Características por comparação com relações pessoais	21	100,0	80	25,5		6	100,0	20	24,1	8	100,0	32	25,6	7	100,0	28	26,4
Características transversais	9	42,9	11	3,5	2	2	33,3	2	2,4	4	50,0	5	4,0	3	42,9	4	3,8
Menor reciprocidade	10	47,6	13	4,1	3	3	50,0	3	3,6	5	62,5	7	5,6	2	28,6	3	2,8
Menor efetividade	3	14,3	3	1,0	0	0	0,0	0	0,0	2	25,0	2	1,6	1	14,3	1	0,9
Menor intimidade	12	57,1	12	3,8	0	4	66,7	4	4,8	3	37,5	3	2,4	5	71,4	5	4,7
Maior disponibilidade	4	19,0	4	1,3	0	3	50,0	3	3,6	1	12,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0
Maior compromisso	11	52,4	16	5,1	4	2	33,3	3	3,6	4	50,0	6	4,8	5	71,4	7	6,6
Maior consciência	18	85,7	21	6,7	3	4	66,7	5	6,0	7	87,5	8	6,4	7	100,0	8	7,5
Objetivos	18	85,7	47	15,0		5	83,3	11	13,3	7	87,5	20	16,0	6	85,7	16	15,1
Acolher	11	52,4	16	5,1	5	3	50,0	4	4,8	4	50,0	6	4,8	4	57,1	6	5,7

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Subcategoria secundária																		
Empoderar	7	33,3	9	2,9	2	1	16,7	2	2,4	4	50,0	5	4,0	2	28,6	2	1,9	
Transformar	12	57,1	22	7,0	6	4	66,7	5	6,0	4	50,0	9	7,2	4	57,1	8	7,5	
Total			314	100,0				83	100,0			125	100,0			106	100,0	

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do subtema 1.2. *n* refere-se ao número de participantes. *%ⁿ* refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. *%^R* refere-se ao valor percentual de referências. *n R≥2* refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Tema 2 Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora

Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista

O subtema 2.1 *Decorrentes do Psicomotricista* integra as unidades de registo que se referem à competência relacional, ao processo de elaboração individual (introspeção e atividade psicocorporal), e ao processo de elaboração acompanhado (terapia pessoal, supervisão e intervisão), numa organização de quarenta categorias aptas a integrar unidades de registo.

Na categoria *competência relacional*, emergiram seis subcategorias primárias: *autoperceção (contexto pessoal)*, *disponibilidade*, *respeito*, *comunicação*, *adaptação às necessidades do momento*, e *adaptação às características individuais*. Na subcategoria primária *autoperceção (contexto pessoal)*, identificaram-se seis subcategorias secundárias: *boa capacidade*, *capacidade de adaptar*, *capacidade de empatizar*, *capacidade de entrega*, *capacidade de refrear*, e *fragilidades*. *Boa capacidade* foi mencionada pelos participantes 1, 8, 11 e 17 do grupo 1, que representam 66,7% dos participantes deste grupo; pelos participantes 2, 10, 16, 19 e 20 do grupo 2, que representam 62,5% dos participantes deste grupo; e pelos participantes 3, 4, 5, 6, 13, 14 e 21 do grupo 3, que representam 100,0% dos participantes deste grupo. *Capacidade de entrega* foi mencionada por 16,7% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3. *Capacidade de refrear* foi mencionada por 16,7% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. *Fragilidades* foi mencionada pelo participante 11 do grupo 1, que representa 16,7% dos participantes deste grupo; pelos participantes 16, 18, 19 e 20 do grupo 2, que representam 50,0% dos participantes deste grupo; e pelos participantes 5, 6 e 13 do grupo 3, que representam 42,9% dos participantes deste grupo.

Na subcategoria primária *disponibilidade*, surgiram quatro subcategorias secundárias: *autenticidade*, *corporal*, *contenção* e *empatia*. *Autenticidade* é referida por três participantes de cada grupo, cumprindo um total de nove participantes, dos quais sete têm pelo menos duas unidades de registo integradas nesta categoria. *Corporal* é referida por 50,0% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e 14,3% dos participantes do grupo 3. *Contenção* é referida por 33,3% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e não é referida pelos participantes do grupo 3. *Empatia* é referida por 50,0% dos participantes do grupo 1, 87,5% dos participantes do grupo 2, e 85,7% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *respeito* é mencionada por 83,3% dos participantes do grupo 1, 87,5% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3. Nesta subcategoria primária, emergiram quatro subcategorias secundárias: *aceitação do cliente*, *respeito pelo ritmo do cliente*, *aceitação das decisões do cliente*, e *não subestimação do cliente*. *Aceitação do cliente* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes

do grupo 3. *Respeito pelo ritmo do cliente* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3. *Aceitação das decisões do cliente* foi mencionada por 16,7% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 14,3% dos participantes do grupo 3. *Não subestimação do cliente* foi mencionada por 16,7% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 14,3% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *comunicação*, emergiram duas subcategorias secundárias: *não-verbal* e *verbal*. *Não-verbal* foi identificada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. *Verbal* foi identificada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *adaptação às necessidades do momento* foi referida por 33,3% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 85,7% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *adaptação às características individuais*, surgiram cinco subcategorias secundárias: *propostas*, *disponibilidade e interação corporal*, *comunicação*, *atitude terapêutica*, e *aspectos transversais*. *Propostas* foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3. *Disponibilidade e interação corporal* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3. *Comunicação* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Atitude terapêutica* foi mencionada por todos os participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 87,5% dos participantes do grupo 3.

Na categoria *processo de elaboração individual (introspeção¹ e atividade psicocorporal²)* emergiram cinco subcategorias primárias: *capacidade de reflexão autónoma¹*, *importância*, *foco em si (psicomotricista)*, *foco no cliente*, e *foco na terapia*. A subcategoria primária *capacidade de reflexão autónoma¹* foi referida por 28,6% dos participantes do grupo 3, e não foi referida por nenhum participante dos grupos 1 e 2. Na subcategoria primária *importância*, identificaram-se duas subcategorias secundárias: *introspeção* e *atividade psicocorporal*. *Introspeção* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, 87,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. *Atividade psicocorporal* foi mencionada por 37,5% dos participantes do grupo 2, e não foi mencionada pelos participantes dos grupos 1 e 3.

A subcategoria primária *foco em si (psicomotricista)* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, 87,5% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3. Nesta subcategoria primária, identificaram-se três subcategorias secundárias: *autoconhecimento e desenvolvimento pessoal*, *sentimentos¹*, e *atitude terapêutica*. *Autoconhecimento e desenvolvimento pessoal* foi referida por 37,5% dos participantes do grupo 2, 14,3% dos participantes do grupo 3, e não

foi referida pelos participantes do grupo 1. *Sentimentos*¹ foi referida por 62,5% dos participantes do grupo 2, e não foi referida pelos participantes dos grupos 1 e 3. *Atitude terapêutica* foi referida por 66,7% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *foco no cliente*¹ foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 85,7% dos participantes do grupo 3. Nesta subcategoria primária, identificaram-se duas subcategorias secundárias: *acontecimentos e história de vida*, e *bem-estar e comportamento*. *Acontecimentos e história de vida* foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 12,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. *Bem-estar e comportamento* foi referida por 50,0% dos participantes do grupo 1, 12,5% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *foco na terapia*¹ foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e todos os participantes do grupo 3. Nesta subcategoria primária, identificaram-se duas subcategorias secundárias: *planeamento e evolução do cliente*, e *compreensão de acontecimentos*. *Planeamento e evolução do cliente* foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Compreensão de acontecimentos* foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3.

Na categoria *processo de elaboração acompanhado (terapia pessoal*³, *supervisão e intervenção*⁴), emergiram três subcategorias primárias: *importância*, *desenvolvimento pessoal*, e *reflexão profissional*. Na subcategoria primária *importância*, identificaram-se duas subcategorias secundárias: *terapia pessoal*, e *supervisão e intervenção*. *Terapia pessoal* foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3. *Supervisão e intervenção* foi referida por 66,7% dos participantes do grupo 1, e por todos os participantes dos grupos 2 e 3.

Na subcategoria primária *desenvolvimento pessoal*, surgiram duas subcategorias secundárias: *suporte emocional*, e *gestão de vivências pessoais e autoconhecimento*. *Suporte emocional* foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Gestão de vivências pessoais e autoconhecimento* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *reflexão profissional*, foram incluídas quatro subcategorias secundárias: *desenvolvimento da competência profissional*, *opções terapêuticas*⁴, *compreensão dos casos*, e *distanciamento dos casos*. *Desenvolvimento da competência profissional* foi referida por

66,7% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3. *Opções terapêuticas*⁴ foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 12,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. *Compreensão dos casos* foi referida por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Distanciamento dos casos* foi referida por 66,7% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3.

Tabela 5*Resultados do Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista*

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora																		
2.1. Decorrentes do psicomotricista																		
Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
	Subcategoria primária					> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria secundária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Competência relacional	21	100,0	284	56,3		6	100,0	75	62,0	8	100,0	112	52,3	7	100,0	97	57,4	
Autopercepção (contexto pessoal)	20	95,2	56	11,1		5	83,3	14	11,6	8	100,0	20	9,3	7	100,0	22	13,0	
Boa capacidade	16	76,2	17	3,4	1	4	66,7	5	4,1	5	62,5	5	2,3	7	100,0	7	4,1	
Capacidade de adaptar	5	23,8	5	1,0	0	2	33,3	2	1,7	2	25,0	2	0,9	1	14,3	1	0,6	
Capacidade de empatizar	10	47,6	12	2,4	2	2	33,3	3	2,5	5	62,5	5	2,3	3	42,9	4	2,4	
Capacidade de entrega	7	33,3	8	1,6	2	1	16,7	2	1,7	2	25,0	2	0,9	4	57,1	4	2,4	
Capacidade de refrear	6	28,6	6	1,2	0	1	16,7	1	0,8	2	25,0	2	0,9	3	42,9	3	1,8	
Fragilidades	8	38,1	8	1,6	0	1	16,7	1	0,8	4	50,0	4	1,9	3	42,9	3	1,8	
Disponibilidade	18	85,7	63	12,5		4	66,7	19	15,7	8	100,0	28	13,1	6	85,7	16	9,5	
Autenticidade	9	42,9	20	4,0	7	3	50,0	7	5,8	3	37,5	5	2,3	3	42,9	8	4,7	
Corporal	9	42,9	11	2,2	2	3	50,0	4	3,3	5	62,5	6	2,8	1	14,3	1	0,6	
Contenção	4	19,0	6	1,2	1	2	33,3	4	3,3	2	25,0	2	0,9	0	0,0	0	0,0	
Empatia	16	76,2	26	5,2	5	3	50,0	4	3,3	7	87,5	15	7,0	6	85,7	7	4,1	
Respeito	16	76,2	40	7,9		5	83,3	14	11,6	7	87,5	18	8,4	4	57,1	8	4,7	
Aceitação do cliente	7	33,3	12	2,4	3	3	50,0	6	5,0	2	25,0	3	1,4	2	28,6	3	1,8	
Respeito pelo ritmo do cliente	9	42,9	14	2,8	3	3	50,0	4	3,3	4	50,0	7	3,3	2	28,6	3	1,8	

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Subcategoria secundária																	
Aceitação das decisões do cliente	4	19,0	4	0,8	0	1	16,7	1	0,8	2	25,0	2	0,9	1	14,3	1	0,6
Não subestimação do cliente	6	28,6	10	2,0	3	1	16,7	3	2,5	4	50,0	6	2,8	1	14,3	1	0,6
Comunicação	15	71,4	23	4,6		4	66,7	5	4,1	6	75,0	10	4,7	5	71,4	8	4,7
Não-verbal	10	47,6	14	2,8	3	3	50,0	3	2,5	4	50,0	6	2,8	3	42,9	5	3,0
Verbal	8	38,1	9	1,8	1	2	33,3	2	1,7	3	37,5	4	1,9	3	42,9	3	1,8
Adaptação às necessidades do momento	12	57,1	20	4,0	6	2	33,3	3	2,5	4	50,0	9	4,2	6	85,7	8	4,7
Adaptação às características individuais	21	100,0	82	16,3		6	100,0	20	16,5	8	100,0	27	12,6	7	100,0	35	20,7
Propostas	10	47,6	13	2,6	3	2	33,3	2	1,7	4	50,0	6	2,8	4	57,1	5	3,0
Disponibilidade e interação corporal	10	47,6	13	2,6	2	3	50,0	3	2,5	3	37,5	3	1,4	4	57,1	7	4,1
Comunicação	13	61,9	17	3,4	4	4	66,7	4	3,3	4	50,0	4	1,9	5	71,4	9	5,3
Atitude terapêutica	18	85,7	25	5,0	6	6	100,0	7	5,8	6	75,0	8	3,7	6	85,7	10	5,9
Aspetos transversais	13	61,9	14	2,8	1	4	66,7	4	3,3	6	75,0	6	2,8	3	42,9	4	2,4
Processo de elaboração individual (introspeção ¹ e atividade psicocorporal)	21	100,0	96	19,0		6	100,0	17	14,0	8	100,0	50	23,4	7	100,0	29	17,2
Capacidade de reflexão autónoma ¹	2	9,5	3	0,6	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	28,6	3	1,8
Importância	15	71,4	24	4,8		4	66,7	4	3,3	8	100,0	17	7,9	3	42,9	3	1,8
Introspeção	14	66,7	21	4,2	4	4	66,7	4	3,3	7	87,5	14	6,5	3	42,9	3	1,8

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Subcategoria secundária																		
Atividade psicocorporal	3	14,3	3	0,6	0	0	0,0	0	0,0	3	37,5	3	1,4	0	0,0	0	0,0	
Foco em si (psicomotricista)	15	71,4	29	5,8		4	66,7	5	4,1	7	87,5	19	8,9	4	57,1	5	3,0	
Autoconhecimento e desenvolvimento pessoal	4	19,0	6	1,2	1	0	0,0	0	0,0	3	37,5	5	2,3	1	14,3	1	0,6	
Sentimentos ¹	5	23,8	6	1,2	1	0	0,0	0	0,0	5	62,5	6	2,8	0	0,0	0	0,0	
Atitude terapêutica	14	66,7	17	3,4	3	4	66,7	5	4,1	6	75,0	8	3,7	4	57,1	4	2,4	
Foco no cliente ¹	11	52,4	14	2,8		3	50,0	4	3,3	2	25,0	2	0,9	6	85,7	8	4,7	
Acontecimentos e história de vida	5	23,8	6	1,2	1	1	16,7	1	0,8	1	12,5	1	0,5	3	42,9	4	2,4	
Bem-estar e comportamento	8	38,1	8	1,6	0	3	50,0	3	2,5	1	12,5	1	0,5	4	57,1	4	2,4	
Foco na terapia ¹	16	76,2	26	5,2		3	50,0	4	3,3	6	75,0	12	5,6	7	100,0	10	5,9	
Planeamento e evolução do cliente	10	47,6	11	2,2	1	2	33,3	2	1,7	3	37,5	4	1,9	5	71,4	5	3,0	
Compreensão de acontecimentos	12	57,1	15	3,0	3	2	33,3	2	1,7	6	75,0	8	3,7	4	57,1	5	3,0	
Processo de elaboração acompanhado (terapia pessoal ³ , supervisão e intervisão ⁴)	20	95,2	124	24,6		5	83,3	29	24,0	8	100,0	52	24,3	7	100,0	43	25,4	
Importância	20	95,2	34	6,7		5	83,3	5	4,1	8	100,0	18	8,4	7	100,0	11	6,5	
Terapia pessoal	8	38,1	9	1,8	1	1	16,7	1	0,8	5	62,5	6	2,8	2	28,6	2	1,2	
Supervisão e intervisão	19	90,5	25	5,0	4	4	66,7	4	3,3	8	100,0	12	5,6	7	100,0	9	5,3	

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Subcategoria secundária																	
Desenvolvimento pessoal	16	76,2	30	6,0		4	66,7	7	5,8	6	75,0	12	5,6	6	85,7	11	6,5
Suporte emocional	12	57,1	14	2,8	2	2	33,3	2	1,7	5	62,5	6	2,8	5	71,4	6	3,6
Gestão de vivências pessoais e autoconhecimento	12	57,1	16	3,2	3	4	66,7	5	4,1	4	50,0	6	2,8	4	57,1	5	3,0
Reflexão profissional	18	85,7	60	11,9		5	83,3	17	14,0	6	75,0	22	10,3	7	100,0	21	12,4
Desenvolvimento da competência profissional	13	61,9	18	3,6	4	4	66,7	5	4,1	5	62,5	7	3,3	4	57,1	6	3,6
Opções terapêuticas ⁴	5	23,8	5	1,0	0	1	16,7	1	0,8	1	12,5	1	0,5	3	42,9	3	1,8
Compreensão dos casos	12	57,1	17	3,4	5	3	50,0	5	4,1	4	50,0	6	2,8	5	71,4	6	3,6
Distanciamento dos casos	13	61,9	20	4,0	5	4	66,7	6	5,0	5	62,5	8	3,7	4	57,1	6	3,6
Total			504	100,0				121	100,0			214	100,0			169	100,0

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do subtema 2.1. *n* refere-se ao número de participantes. %ⁿ refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. %^R refere-se ao valor percentual de referências. *n R*≥2 refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente

O subtema 2.2 *Decorrentes do Cliente* integra as unidades de registo que se referem às motivações internas, e aos conceitos e preconceitos do cliente, enquanto fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia, numa organização de quatro categorias aptas a integrar unidades de registo.

A categoria *motivações internas* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, com seis referências; 37,5% dos participantes do grupo 2, com três referências; e 28,6% dos participantes do grupo 3, com duas referências. Nesta categoria emergiram duas subcategorias primárias: *disponibilidade relacional*, e *interesses e expectativas*.

A categoria *conceitos e preconceitos* foi referida por 83,3% dos participantes do grupo 1, com sete referências; 12,5% dos participantes do grupo 2, com uma referência; e 42,9% dos participantes do grupo 3, com quatro referências. Nesta categoria emergiram duas subcategorias primárias: *representação do psicomotricista* e *representação da Psicomotricidade*.

Tabela 6*Resultados do Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente*

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora																		
2.2. Decorrentes do cliente																		
Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
	Subcategoria primária					> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria secundária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Motivações internas	9	42,9	11	47,8		4	66,7	6	46,2	3	37,5	3	75,0	2	28,6	2	33,3	
Disponibilidade relacional	7	33,3	7	30,4	0	3	50,0	3	23,1	3	37,5	3	75,0	1	14,3	1	16,7	
Interesses e expectativas	4	19,0	4	17,4	0	3	50,0	3	23,1	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	16,7	
Conceitos e preconceitos	9	42,9	12	52,2		5	83,3	7	53,8	1	12,5	1	25,0	3	42,9	4	66,7	
Representação do psicomotricista	8	38,1	9	39,1	1	4	66,7	5	38,5	1	12,5	1	25,0	3	42,9	3	50,0	
Representação da Psicomotricidade	3	14,3	3	13,0	0	2	33,3	2	15,4	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	16,7	
Total			23	100,0				13	100,0			4	100,0			6	100,0	

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do subtema 2.2. *n* refere-se ao número de participantes. *%ⁿ* refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. *%^R* refere-se ao valor percentual de referências. *n R≥2* refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente

O subtema 2.3 *Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente* integra as unidades de registo que se referem à i(n)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente e às ruturas relacionais, numa organização de treze categorias aptas a integrar unidades de registo.

Na categoria *(in)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente*, emergiram cinco subcategorias primárias: *vivências pessoais*, *personalidades e comportamentos*, *conhecimento do outro*, *transferência e contratransferência*, e *sentimentos do psicomotricista*. A subcategoria primária *vivências pessoais* foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *personalidades e comportamentos* foi mencionada por 83,3% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *conhecimento do outro* foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *transferência e contratransferência* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *sentimentos do psicomotricista*, foram identificadas duas subcategorias secundárias: *juízo e desorientação*, e *falta de vontade*. *Juízo e desorientação* foi referida por 33,3% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. *Falta de vontade* foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Na categoria *ruturas relacionais*, emergiram três subcategorias primárias: *circunstâncias desencadeadoras*, *sentimentos do cliente*, e *sentimentos do psicomotricista*. Na subcategoria primária *circunstâncias desencadeadoras*, surgiram quatro subcategorias secundárias: *decorrentes de fatores contextuais*, *decorrentes do psicomotricista*, *decorrentes da família*, e *decorrentes do cliente*. *Decorrentes de fatores contextuais* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3. *Decorrentes do psicomotricista* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e por todos os participantes do grupo 3. *Decorrentes da família* foi mencionada por 25,0% dos participantes do grupo 2, 42,9% dos participantes do grupo 3, e não foi mencionada pelos participantes do grupo 1. *Decorrentes do cliente* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e por todos os participantes do grupo 3.

Tabela 7*Resultados do Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente*

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora																		
2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente																		
Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
	Subcategoria primária					> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria secundária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
(In)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente	20	95,2	74	48,7		5	83,3	18	54,5	8	100,0	34	57,6	7	100,0	22	36,7	
Vivências pessoais	11	52,4	16	10,5	4	2	33,3	3	9,1	6	75,0	9	15,3	3	42,9	4	6,7	
Personalidades e comportamentos	14	66,7	17	11,2	4	5	83,3	5	15,2	6	75,0	7	11,9	3	42,9	5	8,3	
Conhecimento do outro	7	33,3	9	5,9	1	1	16,7	1	3,0	4	50,0	6	10,2	2	28,6	2	3,3	
Transferência e contratransferência	10	47,6	16	10,5	4	3	50,0	5	15,2	4	50,0	7	11,9	3	42,9	4	6,7	
Sentimentos do psicomotricista	11	52,4	16	10,5		2	33,3	4	12,1	4	50,0	5	8,5	5	71,4	7	11,7	
Julgamento e desorientação	8	38,1	9	5,9	1	2	33,3	3	9,1	3	37,5	3	5,1	3	42,9	3	5,0	
Falta de vontade	6	28,6	7	4,6	2	1	16,7	1	3,0	2	25,0	2	3,4	3	42,9	4	6,7	
Ruturas relacionais	18	85,7	78	51,3		5	83,3	15	45,5	6	75,0	25	42,4	7	100,0	38	63,3	
Circunstâncias desencadeadoras	18	85,7	71	46,7		5	83,3	13	39,4	6	75,0	23	39,0	7	100,0	35	58,3	
Decorrentes de fatores contextuais	7	33,3	8	5,3	1	3	50,0	4	12,1	2	25,0	2	3,4	2	28,6	2	3,3	
Decorrentes do psicomotricista	16	76,2	25	16,4	6	4	66,7	6	18,2	5	62,5	8	13,6	7	100,0	11	18,3	
Decorrentes da família	5	23,8	13	8,6	3	0	0,0	0	0,0	2	25,0	4	6,8	3	42,9	9	15,0	
Decorrentes do cliente	14	66,7	25	16,4	6	3	50,0	3	9,1	4	50,0	9	15,3	7	100,0	13	21,7	
Sentimentos do cliente	2	9,5	2	1,3	0	1	16,7	1	3,0	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	1,7	

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente

Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Subcategoria secundária																	
Sentimentos do psicomotricista	3	14,3	5	3,3		1	16,7	1	3,0	1	12,5	2	3,4	1	14,3	2	3,3
Impotência	3	14,3	3	2,0	0	1	16,7	1	3,0	1	12,5	1	1,7	1	14,3	1	1,7
Julgamento de competência	2	9,5	2	1,3	0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	1,7	1	14,3	1	1,7
Total			152	100,0				33	100,0			59	100,0			60	100,0

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do subtema 2.3. *n* refere-se ao número de participantes. %ⁿ refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. %^R refere-se ao valor percentual de referências. *n R*≥2 refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Subtema 2.4 Outros Fatores

O subtema 2.4 *Outros Fatores* integra as unidades de registo que se referem à família do cliente e ao contexto de intervenção, enquanto fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia, numa organização de oito categorias aptas a integrar unidades de registo.

Na categoria *família do cliente*, emergiram duas subcategorias primárias: *relação cliente-família*, e *relação psicomotricista-família*. Na subcategoria primária *relação psicomotricista-família*, surgiram três subcategorias secundárias: *acompanhamento*, *cooperação* e *empatia*. *Acompanhamento* foi referida por 83,3% dos participantes do grupo 1, 87,5% dos participantes do grupo 2, e 85,7% dos participantes do grupo 3. *Cooperação* foi referida por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3. *Empatia* foi referida por 12,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3, e não foi referida pelos participantes do grupo 1.

Na categoria *contexto de intervenção*, emergiram duas subcategorias primárias: *relação psicomotricista-equipa*, e *setting terapêutico*. Na subcategoria primária *relação psicomotricista-equipa*, foram identificadas duas subcategorias secundárias: *valorização profissional* e *articulação*. *Valorização profissional* foi mencionada por 16,7% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3. *Articulação* foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *setting terapêutico*, surgiram duas subcategorias secundárias: *espaço físico* e *gestão temporal*. *Espaço físico* foi referida por 33,3% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. *Gestão temporal* foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 12,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Tabela 8*Resultados do Subtema 2.4 Outros Fatores*

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.4. Outros fatores

Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Subcategoria secundária																	
Família do cliente	18	85,7	48	56,5		5	83,3	11	55,0	7	87,5	17	65,4	6	85,7	20	51,3
Relação cliente-família	4	19,0	6	7,1	1	1	16,7	1	5,0	1	12,5	1	3,8	2	28,6	4	10,3
Relação psicomotricista-família	18	85,7	42	49,4		5	83,3	10	50,0	7	87,5	16	61,5	6	85,7	16	41,0
Acompanhamento	18	85,7	24	28,2	6	5	83,3	7	35,0	7	87,5	11	42,3	6	85,7	6	15,4
Cooperação	9	42,9	10	11,8	1	3	50,0	3	15,0	4	50,0	4	15,4	2	28,6	3	7,7
Empatia	4	19,0	8	9,4	1	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	3,8	3	42,9	7	17,9
Contexto de intervenção	15	71,4	37	43,5		3	50,0	9	45,0	5	62,5	9	34,6	7	100,0	19	48,7
Relação psicomotricista-equipa	11	52,4	19	22,4		2	33,3	5	25,0	5	62,5	5	19,2	4	57,1	9	23,1
Valorização profissional	6	28,6	7	8,2	1	1	16,7	1	5,0	3	37,5	3	11,5	2	28,6	3	7,7
Articulação	7	33,3	12	14,1	2	2	33,3	4	20,0	2	25,0	2	7,7	3	42,9	6	15,4
Setting terapêutico	9	42,9	18	21,2		2	33,3	4	20,0	2	25,0	4	15,4	5	71,4	10	25,6
Espaço físico	7	33,3	12	14,1	4	2	33,3	3	15,0	2	25,0	3	11,5	3	42,9	6	15,4
Gestão temporal	5	23,8	6	7,1	1	1	16,7	1	5,0	1	12,5	1	3,8	3	42,9	4	10,3
Total			85	100,0				20	100,0			26	100,0			39	100,0

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do subtema 2.4. *n* refere-se ao número de participantes. *%ⁿ* refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. *%^R* refere-se ao valor percentual de referências. *n R≥2* refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora

O tema 3 *Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora* integra as unidades de registo que se referem às relações do cliente extra-terapia e à relação do cliente com o psicomotricista, numa organização de trinta e cinco categorias aptas a integrar unidades de registo.

Na categoria *relações do cliente extra-terapia*, emergiram quatro subcategorias primárias: *informação externa*, *observação*, *informação fornecida pelo cliente*, e *pertinência da informação*. A subcategoria primária *informação externa* integrou duas subcategorias secundárias: *família* e *outros profissionais*. *Família* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Outros profissionais* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *observação*, foram incluídas três subcategorias secundárias: *interação com a família*, *interação com os pares*, e *interação com outros profissionais*. *Interação com a família* foi referida por 83,3% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 28,6% dos participantes do grupo 3. *Interação com os pares* foi referida por 50,0% dos participantes do grupo 2, 14,3% dos participantes do grupo 3, e não foi referida pelos participantes do grupo 1. *Interação com outros profissionais* foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e não foi referida pelos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *informação fornecida pelo cliente*, identificaram-se duas subcategorias secundárias: *comunicação verbal* e *comunicação não-verbal*. *Comunicação verbal* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Comunicação não-verbal* foi mencionada por 16,7% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e não foi mencionada pelos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *pertinência da informação* foi referida por 16,7% dos participantes do grupo 1, 37,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Na categoria *relação do cliente com o psicomotricista*, emergiram cinco subcategorias primárias: *informação externa*, *comunicação verbal do cliente*, *comunicação não-verbal do cliente*, *ambiguidade comunicativa*, e *monitorização da relação psicomotricista-cliente*. A subcategoria primária *informação externa* foi mencionada por 12,5% dos participantes do grupo 2, 14,3% dos participantes do grupo 3, e não foi mencionada pelos participantes do grupo 1.

A subcategoria primária *comunicação verbal do cliente* foi mencionada por 66,7% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3.

A subcategoria primária *comunicação não-verbal do cliente* integrou quinze subcategorias secundárias: *expressão vocal e silêncios*, *expressão emocional*, *expressão facial*, *olhar*, *tonicidade*, *toque e acesso à passividade*, *atividade motora*, *postura corporal*, *proxémia*, *interação com os*

materiais, tempo e ritmo, pontualidade e assiduidade, disponibilidade, ligação com o psicomotricista, e sinais generalizáveis. Sinais generalizáveis foi referida por três participantes, nomeadamente os participantes 8 e 17, que pertencem ao grupo 1, e o participante 19 que pertence ao grupo 2.

Na subcategoria primária *ambiguidade comunicativa*, foram incluídas quatro subcategorias secundárias: *sinais não generalizáveis, sinais não autossuficientes, duplos significados, e camuflagem.* Sinais não generalizáveis foi referida por dezassete participantes, nomeadamente os participantes 1, 8, 9, 11, 12 e 17, que pertencem ao grupo 1, os participantes 7, 15, 16, 18, 19 e 20, que pertencem ao grupo 2, e os participantes 5, 6, 13, 14 e 21, que pertencem ao grupo 3.

Na subcategoria primária *monitorização da relação psicomotricista-cliente*, surgiram seis subcategorias secundárias: *perceção do psicomotricista, observação e comparação, evolução, instrumentos de avaliação, relações sem padrão, e relações padronizadas.* Perceção do psicomotricista foi mencionada por 83,3% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. Observação e comparação foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 62,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3. Evolução foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 25,0% dos participantes do grupo 2, e 85,7% dos participantes do grupo 3. Instrumentos de avaliação foi mencionada por 12,5% dos participantes do grupo 2, 28,6% dos participantes do grupo 3, e não foi mencionada pelos participantes do grupo 1. Relações sem padrão foi mencionada pelos participantes 8, 9, 11, 12 e 17 do grupo 1, que representam 83,3% dos participantes deste grupo; pelos participantes 2, 7, 15, 16, 18, 19 e 20 do grupo 2, que representam 87,5% dos participantes deste grupo; e pelos participantes 3, 6, 13 e 21 do grupo 3, que representam 57,1% dos participantes deste grupo. Relações padronizadas foi mencionada pelos participantes 8 e 17 do grupo 1, que representam 33,3% dos participantes deste grupo; pelos participantes 2, 7, 16, 18 e 19 do grupo 2, que representam 62,5% dos participantes deste grupo; e pelos participantes 3, 4, 5, 14 e 21 do grupo 3, que representam 71,4% dos participantes deste grupo.

Tabela 9*Resultados do Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora*

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora																		
Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Subcategoria secundária																		
Relações do cliente extra-terapia	20	95,2	77	17,0		6	100,0	21	14,6	8	100,0	31	18,9	6	85,7	25	17,4	
Informação externa	15	71,4	26	5,8		4	66,7	6	4,2	5	62,5	9	5,5	6	85,7	11	7,6	
Família	12	57,1	13	2,9	1	3	50,0	3	2,1	4	50,0	4	2,4	5	71,4	6	4,2	
Outros profissionais	10	47,6	13	2,9	3	3	50,0	3	2,1	4	50,0	5	3,0	3	42,9	5	3,5	
Observação	13	61,9	20	4,4		5	83,3	8	5,6	6	75,0	9	5,5	2	28,6	3	2,1	
Interação com a família	9	42,9	11	2,4	2	5	83,3	7	4,9	2	25,0	2	1,2	2	28,6	2	1,4	
Interação com os pares	5	23,8	5	1,1	0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	4	2,4	1	14,3	1	0,7	
Interação com outros profissionais	4	19,0	4	0,9	0	1	16,7	1	0,7	3	37,5	3	1,8	0	0,0	0	0,0	
Informação fornecida pelo cliente	11	52,4	23	5,1		5	83,3	6	4,2	6	75,0	10	6,1		0,0	7	4,9	
Comunicação verbal	15	71,4	18	4,0	3	4	66,7	5	3,5	6	75,0	6	3,7	5	71,4	7	4,9	
Comunicação não-verbal	5	23,8	5	1,1	0	1	16,7	1	0,7	4	50,0	4	2,4	0	0,0	0	0,0	
Pertinência da informação	7	33,3	8	1,8	1	1	16,7	1	0,7	3	37,5	3	1,8	3	42,9	4	2,8	
Relação do cliente com o psicomotricista	21	100,0	375	83,0		6	100,0	123	85,4	8	100,0	133	81,1	7	100,0	119	82,6	
Informação externa	2	9,5	3	0,7	1	0	0,0	0	0,0	1	12,5	2	1,2	1	14,3	1	0,7	
Comunicação verbal do cliente	15	71,4	20	4,4	4	4	66,7	5	3,5	6	75,0	9	5,5	5	71,4	6	4,2	
Comunicação não-verbal do cliente	21	100,0	206	45,6		6	100,0	76	52,8	8	100,0	68	41,5	7	100,0	62	43,1	
Expressão vocal e silêncios	14	66,7	17	3,8	2	3	50,0	5	3,5	6	75,0	7	4,3	5	71,4	5	3,5	

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Subcategoria secundária																		
Expressão emocional	6	28,6	8	1,8	2	2	33,3	3	2,1	1	12,5	2	1,2	3	42,9	3	2,1	
Expressão facial	6	28,6	5	1,1	1	1	16,7	1	0,7	0	0,0	0	0,0	5	71,4	4	2,8	
Olhar	15	71,4	22	4,9	5	5	83,3	10	6,9	5	62,5	6	3,7	5	71,4	6	4,2	
Tonicidade	11	52,4	13	2,9	2	3	50,0	4	2,8	4	50,0	5	3,0	4	57,1	4	2,8	
Toque e acesso à passividade	7	33,3	7	1,5	0	2	33,3	2	1,4	1	12,5	1	0,6	4	57,1	4	2,8	
Atividade motora	8	38,1	13	2,9	3	4	66,7	7	4,9	1	12,5	2	1,2	3	42,9	4	2,8	
Postura corporal	15	71,4	22	4,9	6	5	83,3	8	5,6	6	75,0	8	4,9	4	57,1	6	4,2	
Proxémia	17	81,0	24	5,3	6	6	100,0	9	6,3	6	75,0	9	5,5	5	71,4	6	4,2	
Interação com os materiais	8	38,1	12	2,7	2	3	50,0	6	4,2	3	37,5	4	2,4	2	28,6	2	1,4	
Tempo e ritmo	4	19,0	4	0,9	0	0	0,0	0	0,0	1	12,5	1	0,6	3	42,9	3	2,1	
Pontualidade e assiduidade	3	14,3	6	1,3	1	0	0,0	0	0,0	3	37,5	6	3,7	0	0,0	0	0,0	
Disponibilidade	15	71,4	29	6,4	9	6	100,0	11	7,6	4	50,0	10	6,1	5	71,4	8	5,6	
Ligação com o psicomotricista	14	66,7	21	4,6	5	4	66,7	8	5,6	6	75,0	6	3,7	4	57,1	7	4,9	
Sinais generalizáveis	3	14,3	3	0,7	0	2	33,3	2	1,4	1	12,5	1	0,6	0	0,0	0	0,0	
Ambiguidade comunicativa	19	90,5	53	11,7		6	100,0	19	13,2	7	87,5	21	12,8	6	85,7	13	9,0	
Sinais não generalizáveis	17	81,0	23	5,1	5	6	100,0	9	6,3	6	75,0	9	5,5	5	71,4	5	3,5	
Sinais não autossuficientes	6	28,6	6	1,3	0	2	33,3	2	1,4	2	25,0	2	1,2	2	28,6	2	1,4	
Duplos significados	12	57,1	14	3,1	2	3	50,0	3	2,1	6	75,0	7	4,3	3	42,9	4	2,8	
Camuflagem	7	33,3	10	2,2	2	3	50,0	5	3,5	2	25,0	3	1,8	2	28,6	2	1,4	
Monitorização da relação psicomotricista-cliente	21	100,0	93	20,6		6	100,0	23	16,0	8	100,0	33	20,1	7	100,0	37	25,7	

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria	Total					Experiência em saúde mental												
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos				
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	
Subcategoria secundária																		
Percepção do psicomotricista	14	66,7	21	4,6	6	5	83,3	7	4,9	4	50,0	6	3,7	5	71,4	8	5,6	
Observação e comparação	11	52,4	18	4,0	5	3	50,0	4	2,8	5	62,5	9	5,5	3	42,9	5	3,5	
Evolução	10	47,6	16	3,5	4	2	33,3	2	1,4	2	25,0	2	1,2	6	85,7	12	8,3	
Instrumentos de avaliação	3	14,3	5	1,1	0	0	0,0	2	1,4	1	12,5	1	0,6	2	28,6	2	1,4	
Relações sem padrão	16	76,2	20	4,4	2	5	83,3	6	4,2	7	87,5	10	6,1	4	57,1	4	2,8	
Relações padronizadas	12	57,1	13	2,9	1	2	33,3	2	1,4	5	62,5	5	3,0	5	71,4	6	4,2	
Total			452	100,0				144	100,0			164	100,0			144	100,0	

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do tema 3. *n* refere-se ao número de participantes. *%ⁿ* refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. *%^R* refere-se ao valor percentual de referências. *n R≥2* refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora

O tema 4 *Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora* integra as unidades de registo que se referem ao processo de resposta terapêutica e a exemplos de respostas terapêuticas, numa organização de dezanove categorias aptas a integrar unidades de registo.

Na categoria processo de resposta terapêutica, emergiram duas subcategorias primárias: *reflexão*, e *intuição/imediatismo*. Na subcategoria primária *reflexão*, foram identificadas duas subcategorias secundárias: *sobre a situação*, e *sobre as características do cliente*. *Sobre a situação* foi referida por 66,7% dos participantes do grupo 1, todos os participantes do grupo 2, e 14,3% dos participantes do grupo 3. *Sobre as características do cliente* foi referida por 50,0% dos participantes do grupo 1, 12,5% dos participantes do grupo 2, e 42,9% dos participantes do grupo 3.

Na subcategoria primária *intuição/imediatismo*, foram identificadas duas subcategorias secundárias: *com base na experiência*, e *com base no que o psicomotricista sente*. *Com base na experiência* foi mencionada por 50,0% dos participantes do grupo 1, 75,0% dos participantes do grupo 2, e 71,4% dos participantes do grupo 3. *Com base no que o psicomotricista sente* foi mencionada por 33,3% dos participantes do grupo 1, 50,0% dos participantes do grupo 2, e 57,1% dos participantes do grupo 3.

Na categoria *exemplos de respostas terapêuticas*, emergiram três subcategorias primárias: *trabalho direto com o cliente*, *trabalho direto com a família*, e *trabalho interno do psicomotricista*. Na subcategoria primária *trabalho direto com o cliente*, foram identificadas dez subcategorias secundárias: *definir limites*, *conter e dar espaço*, *empoderar*, *validar e confrontar*, *esclarecer o sucedido e reconhecer o erro*, *promover dinâmicas relacionais*, *ir ao encontro dos interesses*, *redefinir o projeto terapêutico*, *pausar ou cessar a intervenção*, e *reencaminhar*.

Na subcategoria primária *trabalho direto com a família*, surgiram duas subcategorias secundárias: *conversar* e *trabalhar a família*.

A subcategoria primária *trabalho interno do psicomotricista* integrou três subcategorias secundárias: *ajustar expectativas*, *ajustar disponibilidade* e *pedir ajuda a outros profissionais*.

Tabela 10*Resultados do Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora*

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora																	
Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Subcategoria secundária																	
Processo de resposta terapêutica	19	90,5	54	28,4		5	83,3	17	29,8	8	100,0	23	32,4	6	85,7	14	22,6
Reflexão	16	76,2	27	14,2		5	83,3	11	19,3	8	100,0	12	16,9	3	42,9	4	6,5
Sobre a situação	13	61,9	19	10,0	4	4	66,7	7	12,3	8	100,0	11	15,5	1	14,3	1	1,6
Sobre as características do cliente	7	33,3	8	4,2	2	3	50,0	4	7,0	1	12,5	1	1,4	3	42,9	3	4,8
Intuição/ imediatismo	16	76,2	27	14,2		3	50,0	6	10,5	7	87,5	11	15,5	6	85,7	10	16,1
Com base na experiência	14	66,7	16	8,4	2	3	50,0	3	5,3	6	75,0	7	9,9	5	71,4	6	9,7
Com base no que o psicomotricista sente	10	47,6	11	5,8	1	2	33,3	3	5,3	4	50,0	4	5,6	4	57,1	4	6,5
Exemplos de respostas terapêuticas	21	100,0	136	71,6		6	100,0	40	70,2	8	100,0	48	67,6	7	100,0	48	77,4
Trabalho direto com o cliente	21	100,0	104	54,7		6	100,0	30	52,6	8	100,0	38	53,5	7	100,0	36	58,1
Definir limites	6	28,6	7	3,7	1	2	33,3	3	5,3	1	12,5	1	1,4	3	42,9	3	4,8
Conter e dar espaço	13	61,9	16	8,4	3	4	66,7	5	8,8	5	62,5	6	8,5	4	57,1	5	8,1
Empoderar	5	23,8	5	2,6	0	0	0,0	0	0,0	4	50,0	4	5,6	1	14,3	1	1,6
Validar e confrontar	17	81,0	30	15,8	9	5	83,3	12	21,1	6	75,0	10	14,1	6	85,7	8	12,9
Esclarecer o sucedido e reconhecer o erro	4	19,0	6	3,2	2	1	16,7	1	1,8	1	12,5	1	1,4	2	28,6	4	6,5

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora

Categoria	Total					Experiência em saúde mental											
						> 5 anos				5 - 10 anos				< 10 anos			
Subcategoria primária	n	% ⁿ	R	% ^R	n R≥2	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R
Subcategoria secundária						n	% ⁿ	R	% ^R	n	% ⁿ	R	% ^R	N	% ⁿ	R	% ^R
Promover dinâmicas relacionais	4	19,0	5	2,6	1	1	16,7	1	1,8	2	25,0	3	4,2	1	14,3	1	1,6
Ir ao encontro dos interesses	4	19,0	5	2,6	1	1	16,7	1	1,8	1	12,5	1	1,4	2	28,6	3	4,8
Redefinir o projeto terapêutico	6	28,6	7	3,7	1	3	50,0	3	5,3	2	25,0	3	4,2	1	14,3	1	1,6
Pausar ou cessar a intervenção	3	14,3	6	3,2	3	0	0,0	0	0,0	1	12,5	2	2,8	2	28,6	4	6,5
Reencaminhar	15	71,4	17	8,9	2	4	66,7	4	7,0	6	75,0	7	9,9	5	71,4	6	9,7
Trabalho direto com a família	5	23,8	8	4,2		2	33,3	3	5,3	2	25,0	2	2,8	1	14,3	3	4,8
Conversar	4	19,0	5	2,6	1	1	16,7	1	1,8	2	25,0	2	2,8	1	14,3	2	3,2
Trabalhar a família	2	9,5	3	1,6	1	1	16,7	2	3,5	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	1,6
Trabalho interno do psicomotricista	15	71,4	24	12,6		4	66,7	7	12,3	6	75,0	8	11,3	5	71,4	9	14,5
Ajustar expectativas	3	14,3	3	1,6	0	2	33,3	2	3,5	0	0,0	0	0,0	1	14,3	1	1,6
Ajustar disponibilidade	5	23,8	7	3,7	2	0	0,0	0	0,0	2	25,0	2	2,8	3	42,9	5	8,1
Pedir ajuda a outros profissionais	12	57,1	14	7,4	2	3	50,0	5	8,8	6	75,0	6	8,5	3	42,9	3	4,8
Total			190	100,0				57	100,0			71	100,0			62	100,0

Nota. Esta tabela apresenta os resultados do tema 4. *n* refere-se ao número de participantes. %ⁿ refere-se ao valor percentual de participantes. *R* refere-se ao número de referências. %^R refere-se ao valor percentual de referências. *n R*≥2 refere-se ao número de participantes com duas ou mais referências.

Discussão

No tema *1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista*, identificaram-se dois subtemas: *1.1 Percurso Profissional* e *1.2 Perspetiva Concetual da Relação*. O subtema *1.1* integra as unidades de registo que se referem à escolha profissional dos participantes e à sua prática profissional, numa organização de trinta e cinco categorias.

Sobre a motivação dos participantes para ingressarem na área da Psicomotricidade, verificou-se que a maioria se interessou essencialmente por ser uma área relacionada à saúde, evidenciando que esta área do conhecimento é a mais significativa para os três grupos de participantes.

Quanto à forma como os participantes descobriram a Psicomotricidade e a compreensão que tinham acerca da profissão antes de se formarem, observa-se que o grupo 3 é o que apresenta mais participantes com unidades de registo nestas categorias. Tais resultados podem ser justificados pela insuficiência da divulgação da formação de psicomotricistas e pelo difícil acesso à informação sobre a prática profissional, no momento em que os participantes do grupo 3 ingressaram no curso. Comparativamente com o grupo 2, o ano de término da licenciatura apresenta uma diferença aproximada de dez anos, concretamente entre 2001 e 2011, que em Portugal foram anos cruciais para o reconhecimento da profissão, que em 2010 foi integrada na Classificação Portuguesa das Profissões (Instituto Nacional de Estatística, 2011), e para o desenvolvimento da formação de psicomotricistas, visto que a Licenciatura em Reabilitação Psicomotora foi inaugurada em 2006 na Universidade Fernando Pessoa, e em 2007 Universidade de Évora, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, e no Instituto Piaget (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

Curiosamente, o grupo 3 destaca-se também por uma maior evidência de planeamento das suas escolhas profissionais, seguido do grupo 2 e, por fim, do grupo 1, que surge com as menores percentagens. Possivelmente, o planeamento aumenta ao longo dos anos de experiência em consequência das oportunidades que o psicomotricista vai tendo durante o seu percurso profissional. Considerando esta hipótese, uma vez que os participantes do grupo 3 se encontram a exercer há mais anos no contexto, eventualmente já tiveram mais oportunidades de se manifestar e impor quanto ao que pretendem. Além de que à medida que os profissionais se sentem mais seguros sobre a sua prática e que o seu reconhecimento profissional aumenta, existe margem para serem mais seletivos e assertivos nas suas escolhas profissionais, enquanto os profissionais com menos experiência têm muitas vezes que aceitar as oportunidades que surgem, mesmo que não correspondam ao que idealizaram, para que aos poucos vão trilhando o seu percurso.

Note-se que algumas informações recolhidas nas entrevistas sobre o percurso profissional foram obtidas de forma menos consistente e sistematizada comparativamente com as informações obtidas pelo questionário *online*. Esta situação justifica-se porque a maioria das unidades de registo

que originaram este subtema surgiram em resposta à questão 1 – *Antes de mais, gostaria que me falasse um pouco sobre o seu percurso e o que o(a) fez chegar até aqui.* –, que é aberta e pouco direcionada, pois o seu objetivo era essencialmente iniciar a conversa com um tema com o qual os participantes se sentissem confortáveis, funcionando como quebra-gelo. Simultaneamente, objetivava contextualizar a prática profissional do participante para que a entrevista fosse devidamente ajustada. Assim, parece mais correto que algumas informações sejam analisadas em comparação com a caracterização dos participantes.

Considerando a ressalva anterior, o grupo 3 é o que apresenta menor número de participantes com unidades de registo na categoria *outras formações*, no entanto, isso não permite que se afirme que os participantes deste grupo tenham menos formações adicionais do que os participantes dos grupos 1 e 2. Ao analisar a caracterização dos participantes, verifica-se que 71,4% dos participantes do grupo 3 têm formações adicionais, enquanto nos grupos 1 e 2, apenas 50,0% dos participantes têm formações adicionais.

A mesma situação se aplica a outras categorias, especificamente a *contextos, faixas etárias, carácter de intervenção e problemáticas, e características de intervenção*.

Ainda no subtema 1.1, relativamente à representação da Psicomotricidade que os participantes construíram após a sua formação profissional, nos três grupos a Psicomotricidade é definida como uma intervenção relacional, o que permite compreender que os participantes atribuem muita importância à relação no processo terapêutico, independentemente dos anos de prática profissional em contexto de saúde mental. Quanto à Psicomotricidade ser uma intervenção de mediação corporal, esta parece ser uma premissa pouco defendida pelos participantes, principalmente pelo grupo 1. Dada a importância do corpo para o estabelecimento das relações, como já fora defendido em 2.3.2 *Relação em Terapia Psicomotora*, evidencia-se alguma incoerência, pois um psicomotricista que dê muita importância à relação em terapia deve, concomitantemente, valorizar a mediação através do corpo para construir a referida relação. Contudo, verifica-se uma tendência aumentativa da importância que é atribuída à mediação corporal ao longo da experiência profissional.

Pode-se analisar também que os participantes do grupo 3 foram os que mais referiram ter profissionais de referência, seja por terem influenciado diretamente o seu percurso ou pela obra que deixaram.

O subtema 1.2 *Perspetiva Concetual da Relação* integra as unidades de registo que se referem aos fatores de influência nas relações interpessoais, à relação nas profissões de cuidado e à relação psicomotricista-cliente, numa organização de vinte e cinco categorias.

Sobre os fatores de influência nas relações interpessoais decorrentes de cada indivíduo, parece relevante salientar que o grupo 2 entende que as personalidades dos indivíduos, bem como os seus contextos de vida e as suas vivências pessoais, influenciam a relação que estes estabelecem. A análise das respetivas categorias entre os grupos 1 e 3 é particularmente curiosa. No grupo 1, o fator de influência com maior destaque é as personalidades dos indivíduos em relação, e o fator de influência menos referido é os contextos de vida e as vivências pessoais e, no grupo 3, verifica-se exatamente o inverso, dando significativamente mais importância aos contextos de vida e vivências pessoais, do que às personalidades.

Concluindo a compreensão dos resultados relativos aos fatores de influência das relações interpessoais, o grupo 2 destaca-se por apresentar mais unidades de registo e mais participantes a referir que a disponibilidade genuína dos indivíduos é um fator de influência para a relação que estabelecem. Este grupo foi também o que mais se manifestou acerca dos fatores de influência que decorrem da própria interação, apresentando valores percentuais significativamente mais elevados nas categorias *conhecimento e aceitação do outro*, e *trocas e reações*.

Possivelmente, um estudo longitudinal comprovaria que nos primeiros anos de experiência profissional em saúde mental, o psicomotricista foca-se sobretudo nos aspetos intrínsecos do cliente, aos poucos começa a compreender que a interação com o cliente e as suas respostas impactam no modo como este se relaciona consigo, e com mais anos de experiência entende que as partilhas do cliente e as suas devoluções aquando da interação psicomotricista-cliente dependem das histórias de vida de ambos. Ilustrando a perspectiva do grupo 3 defendida nesta hipótese, um participante deste grupo, respondeu à questão 15 – *Em termos mais gerais, como é que define a relação terapeuta-cliente?* –, referindo que a relação é a construção de uma terceira história, ou seja, o cliente chega com a sua história, o psicomotricista também traz a sua história pessoal, e em conjunto criam uma terceira história.

Considerando a hipótese apresentada, prevê-se que na análise dos resultados do tema 2 *Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia*, o grupo 1 atribua mais importância aos fatores decorrentes do cliente (subtema 2.2), o grupo 2 incida principalmente nos fatores decorrentes do par psicomotricista-cliente (subtema 2.3), e o grupo 3 apresente manifestações mais significativas noutros fatores que se relacionem ao contexto, à família do cliente e à equipa clínica (subtema 2.4). Os fatores decorrentes do psicomotricista (*subtema 2.1*) possivelmente serão mais referidos pelos grupos 2 e 3, embora este último entenda que o psicomotricista age como a sua história de vida lhe permite agir, e o grupo 2 se coloque mais em causa e lide pior com esta conformação.

Relativamente à relação nas profissões de cuidado, em todos os grupos existe uma minoria que afirma existirem aspetos similares nas relações estabelecidas pelos vários profissionais com os clientes. Os participantes que referem existir esta transversalidade também afirmam que a relação que o psicomotricista estabelece é diferenciadora, seja pela forma como o psicomotricista perspetiva a relação em terapia, ou pela sua abordagem e/ou prática clínica. Os grupos 1 e 3 assumem que a diferenciação surge pela concetualização teórica acerca da relação em terapia e pela forma como essa relação é estabelecida no contacto com o cliente. Enquanto o grupo 2 parece defender que o que mais diferencia a relação em terapia é a abordagem e/ou prática clínica, ou seja, destaca-se a vertente prática de como o psicomotricista se relaciona com o cliente, em detrimento da concetualização teórica.

Sobre o entendimento dos participantes acerca da relação psicomotricista-cliente, a maioria refere que é uma relação de intimidade e confiança e que tem uma intencionalidade terapêutica. Verifica-se que, ao longo dos anos de experiência, os psicomotricistas têm tendência para reconhecer cada vez mais que a relação se constrói num ambiente intimista e securizante.

Na relação psicomotricista-cliente em comparação com as relações pessoais, os grupos 2 e 3 apresentam uma inversão nos resultados das categorias *menor reciprocidade* e *menor intimidade*. O grupo 2 é o que apresenta mais unidades de registo identificando que a relação em terapia é menos recíproca, mas também é o grupo que menos defende que esta relação é menos íntima. O grupo 3 é o grupo com menos participantes a referir que a relação em terapia é menos recíproca, enquanto simultaneamente é o que mais revela compreender que se trata de uma relação com menor intimidade. O grupo 1 apresenta coerência ao referir que as relações pessoais são menos recíprocas, mas também menos íntimas, uma vez que a reciprocidade depende da intimidade de ambos os intervenientes.

Quanto menos experiência os participantes têm, mais referem que a relação em terapia lhes exige maior disponibilidade do que as relações pessoais. Quanto mais experiência os participantes têm, mais referem que a relação em terapia acarreta maior compromisso e lhes exige maior consciência do que as relações pessoais.

Para concluir o subtema 1.2, observa-se que a maioria dos participantes concorda que a relação psicomotricista-cliente objetiva acolher e transformar as ações e partilhas do cliente, mas o grupo 2 é o que mais se destaca defendendo que esta relação também permite empoderar o cliente.

No tema 2 *Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora*, identificaram-se quatro subtemas: 2.1 *Decorrentes do Psicomotricista*, 2.2 *Decorrentes do Cliente*, 2.3 *Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente* e 2.4 *Outros Fatores*. O subtema 2.1 integra as unidades de registo que se referem à competência relacional, ao processo de elaboração individual (introspeção

e atividade psicocorporal), e ao processo de elaboração acompanhado (terapia pessoal, supervisão e intervenção), numa organização de quarenta categorias.

Para melhor analisar os resultados da competência relacional dos participantes, parece pertinente notar que a experiência profissional anda quase sempre de mãos dadas com a experiência pessoal, uma vez que os psicomotricistas com mais experiência profissional são também os que têm mais idade, que já viveram mais e que, por isso, têm mais experiência de vida. Seguramente existem algumas exceções, mas a referida coocorrência verifica-se na distribuição dos participantes do presente estudo. O grupo 1 tem uma média de idades de 34,6 anos e uma média de anos de experiência de 2,7, o grupo 2 tem uma média de idades de 31,5 anos e uma média de anos de experiência de 7,3, e o grupo 3 tem uma média de idades de 43,9 anos e uma média de anos de experiência de 18,8.

A maioria dos participantes percebe ter uma boa capacidade de relação em contexto pessoal, principalmente os participantes do grupo 3. A identificação de fragilidades não surge em oposição ao reconhecimento de ter boa capacidade de relação, pois os participantes que referem ter fragilidades conseguem também identificar em si boas competências relacionais. Os grupos 2 e 3 são os que mais identificaram ter fragilidades nas suas competências relacionais, pois, tal como já fora referido, os psicomotricistas com mais experiência são os que mais facilmente questionam as suas competências. Talvez por compreenderem a influência que exercem no processo, os participantes com mais experiência se coloquem mais na equação que produz a transformação terapêutica. Nesse sentido, quando o resultado dessa equação é inesperado, os fatores relacionados ao psicomotricista são auscultados.

Dois capacidades integradas na competência relacional que evoluem de forma crescente desde o grupo 1 até ao grupo 3 são a capacidade de o participante se entregar às relações e a capacidade de estabelecer limites para essas relações. Compreendendo que a combinação destas duas capacidades permite estabelecer relações plenas e em equilíbrio, admite-se que a competência relacional aumenta com os anos de experiência de vida e de experiência profissional.

A disponibilidade do psicomotricista foi identificada como um fator de influência no desenvolvimento da relação em terapia. De acordo com o conteúdo das entrevistas, percebeu-se que a disponibilidade pode incluir várias dimensões, entre as quais se destaca a disponibilidade para empatizar com o cliente, apresentando o maior nível de corroboração entre os grupos. A disponibilidade para o psicomotricista ser autêntico é uma dimensão referida por nove participantes, que se distribuem equitativamente pelos três grupos, e dos quais sete referem esta categoria pelo menos duas vezes. A repetição evidencia a importância que os participantes atribuem à categoria, contudo seria expectável que fosse mencionada por mais participantes. A disponibilidade corporal é

mais valorizada pelos grupos 1 e 2, do que pelo grupo 3. Quanto à disponibilidade para conter o cliente, é na generalidade pouco referida e parece que, ao longo da experiência profissional, os psicomotricistas atribuem menos importância a esta dimensão.

O respeito surge também como um fator de influência no desenvolvimento da relação em terapia. A percentagem de participantes que refere as categorias incluídas neste tópico é elevada e muito similar entre os grupos 1 e 2. O grupo 1 incide sobretudo na necessidade de aceitar o cliente, o grupo 2 salienta principalmente a importância de não subestimar o cliente, e ambos corroboram que é essencial respeitar o ritmo do cliente. O grupo 3 foi o que menos se pronunciou acerca das categorias associadas ao respeito.

De acordo com os participantes, a comunicação do psicomotricista também influencia o desenvolvimento da relação em terapia, sendo que os grupos 1 e 2 referem que a comunicação não-verbal impacta de forma mais significativa na relação do que a comunicação verbal, e os participantes do grupo 3 atribuem igual importância às duas dimensões da comunicação referidas.

A capacidade de adaptação foi um dos fatores também muito mencionado, e dentro do qual foi possível distinguir a capacidade de adaptação às necessidades do momento e a capacidade de adaptação às características individuais do cliente. Sobre a capacidade de adaptação às necessidades do momento, parece que os psicomotricistas lhe vão atribuindo mais importância consoante o aumento da sua experiência profissional. Uma compreensão possível é que os psicomotricistas adquiram esta capacidade com a experiência profissional e tomem consciência da sua importância à medida que a conseguem dominar melhor. Esta análise fortalece-se ao compreender que apenas metade dos participantes do grupo 2 reconhecem esta capacidade, tal como acontece no grupo 1, mas os participantes do grupo 2 apresentam bastantes mais unidades de registo nesta categoria, aproximando-se do grupo 3.

Relativamente à capacidade de adaptação às características individuais do cliente, que foi referida por todos os participantes, identificaram-se cinco categorias: *propostas, disponibilidade e interação corporal, comunicação, atitude terapêutica, e aspetos transversais*. Com exceção da última, estas categorias correspondem aos principais focos que podem ser adaptados em função do cliente, sendo que a atitude terapêutica do psicomotricista e, depois, a sua comunicação, são os mais destacados pelos três grupos. A disponibilidade e interação corporal, enquanto adaptação ao cliente, foi mais referida pelo grupo 3, do que pelos restantes grupos. Analisando este resultado relembrando que a importância atribuída à mediação corporal tende a ser maior de acordo com a experiência profissional do psicomotricista, embora contrapondo que este grupo foi o que anteriormente atribuiu menos importância à dimensão corporal da disponibilidade do psicomotricista para o desenvolvimento da relação em terapia, pode-se inferir que os participantes do grupo 3 são os que

melhor compreendem que o corpo é um recurso terapêutico, mas possivelmente os que menos questionam a sua disponibilidade pessoal e interna para o utilizarem. Assim, entende-se que os psicomotricistas com mais experiência profissional possivelmente consideram o seu corpo como uma ferramenta de trabalho que deve estar sempre disponível e ao serviço da terapia. Por fim, a adaptação das propostas às características do cliente aparenta ser menos considerada ou menos consciente pelos participantes do grupo 1.

Para terminar o subtema 2.1, é necessário analisar os resultados das categorias relacionadas aos processos de elaboração realizados de forma individual ou com acompanhamento. O processo de elaboração individual é evidentemente mais valorizado pelo grupo 2. Neste processo foram incluídas duas práticas: a introspeção e a atividade psicocorporal. A introspeção é abordada por todos os participantes, que reconhecem a sua importância em, pelo menos, uma das categorias associadas. Quanto à atividade psicocorporal, a perspectiva é bastante diferente, pois esta prática apenas é valorizada por três participantes, que pertencem ao grupo 2. Os participantes do grupo 1 não identificam que a introspeção potencie o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal, e o grupo 3 também pouco reconhece este objetivo. Apenas os participantes do grupo 2 recorrem à introspeção para elaborar acerca do que sentem sobre o cliente ou a terapia. De acordo com os três grupos, a introspeção ocorre essencialmente ao redor da atitude terapêutica. Os resultados sugerem que os participantes do grupo 2 realizam a introspeção numa perspectiva mais reflexiva, porque apresentam um maior foco em si e na compreensão do que acontece na terapia, enquanto o grupo 3 entende a introspeção numa perspectiva mais prática, destacando-se pelo foco no cliente, na sua evolução e no planeamento da intervenção. Os resultados relativos ao grupo 1 são pouco consistentes, dispersando-se entre as várias categorias, o que parece refletir que ainda se encontram em fase de exploração acerca das práticas que medeiam o processo de elaboração individual.

No processo de elaboração acompanhado identificaram-se três práticas: a terapia pessoal, a supervisão e a intervisão. Os resultados das duas últimas foram agregados, visto ser difícil para os participantes diferenciarem os benefícios e objetivos de uma e de outra separadamente. O grupo 2 parece destacar-se quanto à valorização da terapia pessoal, comparativamente com os grupos 1 e 3. Quanto à supervisão e intervisão, aparentam ser as práticas que medeiam o processo de elaboração acompanhado com maior aceitação e reconhecimento pelos três grupos. O grupo 1 é o que menos reconhece que estas práticas tenham objetivo de suporte emocional ao próprio psicomotricista. Os três grupos de participantes atribuem importância ao processo de elaboração acompanhado principalmente porque facilita a gestão de vivências pessoais e potencia o autoconhecimento, permite desenvolver a competência profissional, ajuda a criar distanciamento dos casos, e possibilita uma melhor compreensão dos casos.

O subtema 2.2 *Decorrentes do Cliente* integra as unidades de registo que se referem às motivações internas, e aos conceitos e preconceitos do cliente, enquanto fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia, numa organização de quatro categorias. Este subtema será analisado em conjunto com o subtema 2.3, para uma melhor compreensão dos resultados. O subtema 2.3 *Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente* integra as unidades de registo que se referem à (in)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente e às ruturas relacionais, numa organização de treze categorias.

Tal como fora antevisto, o grupo 1 atribui mais importância aos fatores que decorrem diretamente do cliente para o estabelecimento da relação em terapia. Contudo, isso não permite afirmar que os participantes dos grupos 2 e 3 acreditem que os fatores decorrentes do cliente não influenciem a relação em terapia. Analisando os resultados sobre as circunstâncias desencadeadoras das ruturas relacionais, verifica-se que todos os participantes do grupo 3 e 50,0% dos participantes do grupo 2 afirmam que as ruturas possam ocorrer por fatores decorrentes do cliente. A questão que se coloca é que ao pensar nos fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia, os grupos 2 e 3 não se concentram no que decorre do cliente, possivelmente por ser de difícil alteração e não contribuir para a transformação da relação em terapia. Os psicomotricistas com mais experiência também compreendem existir fatores que influenciam a relação em terapia que decorrem diretamente do cliente, até pela sua problemática, mas talvez reconheçam que a possibilidade de mudança se encontra noutros fatores, porque o que decorre do cliente também é o motivo pelo qual ele necessita de ajuda terapêutica.

Continuando a compreensão sobre as circunstâncias desencadeadoras das ruturas relacionais, observa-se uma tendência aumentativa, que evolui consoante os anos de experiência profissional dos participantes, acerca da responsabilização da família pela ocorrência de ruturas relacionais. Este resultado talvez se possa associar a um maior reconhecimento do impacto da família no processo terapêutico pelos psicomotricistas com mais anos de experiência profissional. O grupo 2 atribui igual importância aos fatores contextuais e à família. O grupo 1 destaca-se por atribuir mais importância aos fatores contextuais do que os outros grupos, e por não considerar o impacto da família na ocorrência de ruturas relacionais. A circunstâncias que desencadeiam as ruturas decorrerem do próprio psicomotricista é o motivo mais considerado pelos três grupos.

De acordo com os participantes, a compatibilidade entre psicomotricista e cliente depende das vivências pessoais de cada um, das suas personalidades e comportamentos, do conhecimento que têm um do outro, e das transferências e contratransferências que decorrem durante o processo terapêutico. O grupo 2 é o que apresenta percentagens mais elevadas de corroboração entre os seus participantes acerca dos fatores identificados, excetuando apenas a categoria *personalidades e*

comportamentos que apresenta um maior nível de corroboração entre os participantes do grupo 1. Sobre os sentimentos do psicomotricista em situação de incompatibilidade com o cliente, foram identificados dois temas principais: julgamento de competência e desorientação acerca da intervenção, e falta de vontade para trabalhar com o cliente. Observa-se que as categorias associadas são mais referidas pelo grupo 3, seguido do grupo 2 e, depois, do grupo 1, possivelmente porque os participantes com mais anos de experiência profissional já vivenciaram mais situações de incompatibilidade.

O subtema 2.4 *Outros Fatores* integra as unidades de registro que se referem à família do cliente e ao contexto de intervenção, enquanto fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia, numa organização de oito categorias.

Ao analisar as categorias acerca da relação psicomotricista-família, é evidente que todos os grupos reconhecem a importância desta relação, e de forma muito similar todos entendem que a família precisa de ser acompanhada durante o processo. Contudo, parece que os grupos 1 e 2 se focam principalmente na cooperação da família e o grupo 3 apresenta uma perspectiva ligeiramente diferente, em que atribui maior importância à empatia que o psicomotricista demonstra à família e só depois exige a sua cooperação.

Sobre o contexto de intervenção, o grupo 2 é o que mais reconhece o impacto de o psicomotricista se sentir valorizado pela equipa, e o grupo 3 foca-se essencialmente na necessidade de os profissionais da equipa se articularem para que as relações em terapia fluam. Quanto à influência do *setting* terapêutico, o grupo 3 destaca-se dos outros grupos por ser o que mais valoriza tanto o espaço físico como a gestão temporal.

O tema 3 *Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora* integra as unidades de registro que se referem às relações do cliente extra-terapia e à relação do cliente com o psicomotricista, numa organização de trinta e cinco categorias.

Relativamente às relações que o cliente estabelece fora do contexto terapêutico, foram identificados três tipos de *feedback*: informação externa, observação do cliente em interação, e informação fornecida pelo cliente. Quanto à informação externa, os três grupos parecem estar em acordo que essa informação pode provir da família ou dos outros profissionais da equipa. O grupo 1 foi o que mais referiu a importância de observar a interação com os familiares, e o grupo 2 foi o que mais valorizou a observação da interação com os pares e com outros profissionais. Todos os grupos frisaram a importância de compreender estas interações diretamente pelo que o cliente verbaliza. Os grupos 1 e 2 referiram também ser importante observar a comunicação não-verbal do cliente para compreender as relações extra-terapia, sendo que os participantes do grupo 2 mostraram uma expressão mais significativa nesta categoria.

A categoria *pertinência da informação* emergiu porque alguns participantes sentiram necessidade de informar que, na sua opinião, não era necessário explorar todos os aspectos da vida do cliente para fazer um bom trabalho terapêutico com ele. Esses participantes mostraram preocupação relativamente entrevista anamnésica realizada no início da intervenção, por considerarem que facilmente se torna intrusiva pelas questões que são exploradas com o cliente ou a família. Esta preocupação parece aumentar com a experiência profissional dos psicomotricistas.

Sobre a relação com cliente com o psicomotricista, parece que o *feedback* pode advir de fontes externas, se bem que na generalidade isso é pouco defendido pelos participantes, e diretamente pelo cliente, seja pela sua comunicação verbal ou pela comunicação não-verbal. A comunicação não-verbal parece ajudar mais o psicomotricista a compreender como o cliente se relaciona consigo, do que a comunicação verbal, de acordo com os participantes dos três grupos. No entanto, nenhum dos grupos desvaloriza as informações verbais do cliente. Quanto à comunicação não-verbal, foram identificadas catorze categorias que correspondem a sinais não-verbais, que permitem aferir a relação em terapia: *expressão vocal e silêncios, expressão emocional, expressão facial, olhar, tonicidade, toque e acesso à passividade, atividade motora, postura corporal, proxémia, interação com os materiais, tempo e ritmo, pontualidade e assiduidade, disponibilidade e ligação com o psicomotricista*.

A maioria dos participantes dos três grupos afirma que os sinais mencionados não podem ser generalizados, embora alguns destes participantes também tenham referido que a generalização pode ser feita com alguns condicionamentos. De qualquer forma, apenas três participantes consideram essa generalização possível, sendo que dois pertencem ao grupo 1 e um pertence ao grupo 2, o que sugere que ao longo dos anos de experiência, os psicomotricistas deixem de acreditar que a referida generalização é possível. A ambiguidade comunicativa revelou ser um fator de preocupação para os participantes quando tentavam compreender ou identificar possíveis padrões de comunicação, referindo que os sinais não são autossuficientes, que podem ter duplos significados e até que existe a possibilidade de o cliente camuflar a verdade com recurso à comunicação não-verbal.

Quanto à monitorização da relação psicomotricista-cliente, os participantes afirmam que pode ser realizada considerando quatro elementos distintos: a percepção do psicomotricista, a observação e comparação, a evolução do cliente, e os instrumentos de avaliação formais. Considerando a globalidade dos participantes, o elemento mais significativo é a percepção do psicomotricista, valorizando o que o psicomotricista sente acerca do cliente e da relação que estabelecem. Este elemento também é o mais significativo especificamente para o grupo 1. A observação do estilo relacional do cliente e posterior comparação é o elemento mais significativo para o grupo 2. A evolução do cliente mensurável através dos objetivos terapêuticos delineados é o

elemento mais significativo para o grupo 3. Os instrumentos de avaliação formais específicos para avaliar a relação em terapia é o elemento menos valorizado pelos três grupos de participantes.

Para concluir o tema 3, resta analisar a opinião dos participantes acerca da possibilidade de se padronizar a evolução da relação em terapia. A maioria dos participantes em todos os grupos referiu que tal padronização não é possível. No entanto, os grupos 1 e 2 mostraram maior corroboração entre os participantes sobre esta questão. Alguns participantes referiram que se poderia eventualmente detetar uma linha geral que previsse a evolução da relação em terapia, de forma genérica e pouco pormenorizada. Esta crença parece aumentar com os anos de experiência profissional.

O tema 4 *Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora* integra as unidades de registo que se referem ao processo de resposta terapêutica e a exemplos de respostas terapêuticas, numa organização de dezanove categorias.

Sobre o processo de resposta terapêutica, os participantes do grupo 2 afirmam refletir sobre a resposta terapêutica a dar principalmente em função da situação específica que aconteceu, enquanto os participantes do grupo 3 refletem mais em função das características do cliente. Os participantes do grupo 1 dispersam-se quase equitativamente entre os dois focos de reflexão mencionados. Quando a resposta terapêutica é dada no imediato, o psicomotricista age de forma intuitiva, sendo que essa intuição pode ser baseada na sua experiência ou no que sente acerca da situação ou do cliente. Os participantes dos três grupos acreditam que as suas respostas terapêuticas imediatas decorrem principalmente com base na sua experiência. Contudo, todos os grupos têm participantes que referem também agir com base no que sentem, sendo que se verifica uma certa tendência para esta intuição com base no sentimento aumentar com a experiência profissional do psicomotricista.

As respostas terapêuticas com intenção de (re)ajustar a relação em terapia podem ser direcionadas ao trabalho direto com o cliente, ao trabalho direto com a família ou ao trabalho interno do próprio psicomotricista. Identificaram-se dez estratégias relativas ao trabalho direto com o cliente: definir limites, conter e dar espaço ao cliente, empoderar o cliente, validar os seus sentimentos e confrontar o cliente, esclarecer o sucedido e reconhecer o erro do psicomotricista, promover dinâmicas relacionais, ir ao encontro dos interesses do cliente, redefinir o projeto terapêutico, pausar ou cessar a intervenção, e reencaminhar o cliente. No trabalho direto com a família, apenas foram identificadas duas estratégias: conversar com a família e trabalhar a família, isto é ajudá-la a lidar com o cliente, seja indicando estratégias ou sensibilizando para as reais dificuldades do cliente. Por fim, identificaram-se três estratégias relativas ao trabalho interno do psicomotricista: ajustar expectativas

acerca do cliente e da sua evolução, ajustar a disponibilidade relacional e pedir ajuda a outros profissionais, seja à equipa ou em contexto de supervisão.

O *aide-mémoire*² (ver anexo 5) foi construído para os psicomotricistas refletirem e melhorarem as relações que estabelecem em terapia psicomotora, concretizado por meio de um processo de reflexão acerca dos resultados do presente estudo. É apresentado em formato de livreto, e encontra-se organizado em quatro partes: *introdução*, *I. as minhas competências relacionais*, *II. a relação que construo em terapia*, e *III. a minha ação*.

Na construção do *aide-mémoire*, foi considerada a fundamentação teórica e a generalidade dos resultados obtidos no estudo, mas essencialmente os resultados do subtema 2.1 e dos temas 3 e 4. Refletindo acerca dos resultados do tema 3 *Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora*, foi possível identificar algumas questões que seriam pertinentes para o *aide-mémoire*, e que foram organizadas nas secções *I*, *II* e *III*. A reflexão sobre os resultados do subtema 2.1 *Decorrentes do Psicomotricista* e do tema 4 *Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora* permitiu identificar algumas estratégias e orientações para a prática dos psicomotricistas, que são disponibilizadas nas últimas páginas do *aide-mémoire*. A utilização deste recurso requer a realização de um encontro prévio, que poderá ser individual ou em pequeno grupo, no qual o investigador principal apresenta o projeto de investigação e prepara o psicomotricista para a experiência de reflexão mediada pelo *aide-mémoire*. A linguagem utilizada no documento é simples e próxima para que o psicomotricista se sinta acompanhado durante o processo de reflexão. Quando o psicomotricista concluir o seu processo, poderá agendar um momento individual com o investigador principal para ampliar ou partilhar a sua reflexão.

² Moreira, R.; Santos, G.; Almeida, G. (2022). *Caminhar na(em) relação. Um "Aide-Mémoire" para o Psicomotricista*. Universidade de Évora. ISBN 978-972-778-236-9. E-book

Conclusão

O presente estudo evidenciou a existência específica de fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista e para o desenvolvimento da relação em terapia psicomotora, assim como alguns indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora, e algumas práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora.

Os fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista identificados são o percurso profissional e a perspectiva conceitual da relação. O percurso profissional inclui a representação que o psicomotricista construiu acerca da Psicomotricidade, a sua formação, os profissionais de referência pelos quais rege a sua prática, e algumas características da sua prática profissional, isto é, os contextos, as problemáticas e as faixas etárias que já conheceu.

A perspectiva conceitual da relação integra os fatores que influenciam as relações interpessoais, assumindo que a relação em terapia é também uma relação interpessoal e que partilha alguns fatores de influência, como as personalidades dos indivíduos em interação, os seus contextos de vida e vivências pessoais, a disponibilidade genuína dos indivíduos para interagir, o conhecimento e aceitação que os indivíduos têm um do outro, as trocas fazem e as reações que têm quando interagem, a comunicação de ambos, o contexto em que a relação se desenvolve e a possibilidade de querer manter ou não a relação estabelecida. A perspectiva conceitual inclui também a percepção do psicomotricista sobre a relação que estabelece em terapia, pela forma como se diferencia dos restantes profissionais de cuidado, pela forma como caracteriza a relação que estabelece com os seus clientes, como diferencia essa relação das suas relações pessoais e também pelos objetivos que define para a relação em terapia. Os resultados do estudo apresentam alguma agregação do conteúdo referido pelos participantes durante as entrevistas, o que evidencia alguma coerência entre os psicomotricistas.

Os fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora podem ser decorrentes do psicomotricista, do cliente, do par psicomotricista-cliente, ou de outros fatores. Os fatores identificados que decorrem do psicomotricista são a autopercepção que o psicomotricista faz acerca da sua competência relacional, a sua disponibilidade relacional, o respeito que tem pelo cliente, a sua comunicação verbal e não-verbal, a sua capacidade de adaptação seja às necessidades do momento ou às características individuais do cliente, e ainda como faz o seu processo de elaboração, que pode ser individual, por meio de introspeção e de atividade psicocorporal, ou acompanhado, através de terapia pessoal, supervisão e intervenção.

Os fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora identificados que decorrem do cliente são as motivações internas e os conceitos e preconceitos que o cliente tem acerca do psicomotricista e da Psicomotricidade.

Os fatores identificados que decorrem do par psicomotricista-cliente são a (in)compatibilidade relacional e a ocorrência de rupturas relacionais. A (in)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente é influenciada pelas vivências pessoais do psicomotricista e do cliente, pelas suas personalidades e comportamentos, pelo conhecimento que têm um do outro, e pelos processos de transferência e de contratransferência que decorrem durante o processo terapêutico. As rupturas relacionais podem ser desencadeadas por circunstâncias decorrentes do psicomotricista, da família ou do próprio cliente, ou até por fatores contextuais.

Os fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora podem também decorrer da relação que a família do cliente estabelece com ele e com o psicomotricista, da relação que o psicomotricista estabelece com a equipa e do *setting* terapêutico.

Os indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora identificados podem ser compreendidos por comparação com as relações que o cliente estabelece extra-terapia, porque permite perceber o estilo relacional do cliente, mas essencialmente pelos *feedbacks* relativos à relação do cliente com o psicomotricista, que podem advir de outros profissionais ou da família do cliente, ou resultar da interpretação que o psicomotricista faz da comunicação verbal e não-verbal do cliente. Sobre a comunicação não-verbal foram identificados catorze sinais específicos que podem guiar a observação do psicomotricista. Adicionalmente, foram explorados alguns elementos que permitem ao psicomotricista monitorizar o evoluir da relação.

As práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora identificadas incluem a reflexão do psicomotricista, sobre situações concretas e sobre as características dos clientes, podem também surgir no imediato, e nesses casos o psicomotricista age intuitivamente com base na sua experiência ou no que sente acerca do cliente ou da situação, e foram também identificadas algumas respostas terapêuticas que podem ser aplicadas em trabalho direto com o cliente, em trabalho direto com a família ou no trabalho interno do psicomotricista.

Com base nos resultados e na fundamentação teórica, construiu-se um *aide-mémoire* que se propõe como um instrumento de reflexão e ajuda à prática relacional do psicomotricista. O documento encontra-se organizado em quatro partes: *introdução*, *I. as minhas competências relacionais*, *II. a relação que construo em terapia*, e *III. a minha ação*. A utilização do *aide-mémoire* requer a realização de um encontro prévio entre o investigador principal e o utilizador.

O presente estudo propôs-se a estudar e compreender a relação psicomotricista-cliente, baseando-se apenas na perspetiva dos psicomotricistas, o que pode ser entendido como uma limitação, uma vez que não considera a perspetiva dos clientes, nem integra uma análise imparcial da relação que ambos estabelecem. Assim, em estudos futuros, seria de interesse compreender a relação psicomotricista-cliente, segundo a perceção do cliente, bem como estudar detalhadamente os sinais

de comunicação (especialmente os não-verbais) emitidos pelo psicomotricista e pelo cliente, em diferentes momentos da relação, por observadores externos.

Em suma, foi possível identificar diversos fatores e práticas que influenciam a relação psicomotricista-cliente. Além dos resultados específicos evidenciados, este estudo tinha também o objetivo de incitar os psicomotricistas a refletirem sobre a importância da relação que estabelecem com os seus clientes em terapia psicomotora e, por isso, construiu-se o *aide-mémoire*. Acreditamos que a utilização deste recurso surta efeito na prática profissional dos psicomotricistas, por tornar a relação mais presente e consciente, refletindo-se em ações terapêuticas com maior intencionalidade relacional.

Referências Bibliográficas

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child development, 40*(4), 969-1025.
- Altimir, C., Capella, C., Núñez, L., Abarzúa, M., & Krause, M. (2017). Meeting in difference: Revisiting the therapeutic relationship based on patients' and therapists' experiences in several clinical contexts. *Journal of Clinical Psychology, 73*(11), 1510-1522. <https://doi.org/10.1002/jclp.22525>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). *Psicomotricidade em Portugal: História e desenvolvimento*. <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Bachollet, M. & Marcelli, D. (2010). Le dialogue tonico-émotionnel et ses développements. *Enfances & Psy, 4*(4), 14-19. <https://doi.org/10.3917/ep.049.0014>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo* (reimpressão da edição revista e atualizada de 2009). Edições 70.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs: General and Applied, 76*(43), 1–36. <https://doi.org/10.1037/h0093918>
- 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*(2), 226-244.
- Batson, C. D., & Ahmad, N. Y. (2009). Using empathy to improve intergroup attitudes and relations. *Social Issues and Policy Review, 3*(1), 141-177. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2009.01013.x>
- Bearman, M., Tai, J., Kent, F., Edouard, V., Nestel, D., & Molloy, E. (2018). What should we teach the teachers? Identifying the learning priorities of clinical supervisors. *Advances in Health Sciences Education, 23*(1), 29-41. <https://doi.org/10.1007/s10459-017-9772-3>
- Bhatia, A., & Gelso, C. J. (2017). Therapists' perspective on the therapeutic relationship: Examining a tripartite model. *Counselling Psychology Quarterly, 31*(3), 271-293. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.05.006>

- Bickman, L., De Andrade, A. R. V., Athay, M. M., Chen, J. I., De Nadai, A. S., Jordan-Arthur, B. L., & Karver, M. S. (2012). The relationship between change in therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: Whose ratings matter the most?. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(1), 78-89. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0398-0>
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psycho-analysis* (1ª ed.). Pitman Press.
- Bolsinger, J., Jaeger, M., Hoff, P., & Theodoridou, A. (2020). Challenges and opportunities in building and maintaining a good therapeutic relationship in acute psychiatric settings: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(965), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00965>
- Borders, L. D. (2019). Science of learning: Evidence-based teaching in the clinical supervision classroom. *Counselor Education and Supervision*, 58(1), 64-79. <https://doi.org/10.1002/ceas.12124>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Botella, L., & Corbella, S. (2011). Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33.
- Bowlby, J., (1982). *Attachment and loss* (2ª ed., vol. I). Basic Books. (Original publicado em 1969, Tavistock Institute of Human Relations)
- Bowlby, J., (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development* (1ª ed.). Basic Books.
- Branco, M. E. C. (2010). Ressemantização do conceito de relação: Seu valor epistêmico, terapêutico e pedagógico. In M. C. E. Branco (Eds.), *João dos Santos: Saúde mental e educação* (1ª ed., pp. 199-214). Coisas de Ler.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nature reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Brown, A., & Danaher, P. A. (2017). CHE principles: Facilitating authentic and dialogical semi-structured interviews in educational research. *International Journal of Research & Method in Education*, 42(1), 76-90. <https://doi.org/10.1080/1743727X.2017.1379987>
- Brown, A., & Reushle, S. (2010). People, pedagogy and the power of connection. *Studies in Learning, Evaluation, Innovation and Development*, 7(3), 37-48.

- Bucci, S., Roberts, N. H., Danquah, A. N., & Berry, K. (2015). Using attachment theory to inform the design and delivery of mental health services: A systematic review of the literature. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 1-20. <https://doi.org/10.1111/papt.12029>
- Chu, B. C., Skriner, L. C., & Zandberg, L. J. (2014). Trajectory and predictors of alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43(5), 721-734. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.785358>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). El terapeuta: Posicionamiento, actitudes y estilos personales. In S. Corbella, & L. Botella (Eds.), *Investigación en psicoterapia: Proceso, resultado y factores comunes* (pp. 73-118). Editorial Vision Net.
- Creed, T. A., & Kendall, P. C. (2005). Therapist alliance-building behavior within a cognitive-behavioral treatment for anxiety in youth. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 498-505. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.498>
- Crenshaw, D. A., & Kenney-Noziska, S. (2014). Therapeutic presence in play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 23(1), 31–43. <https://doi.org/10.1037/a0035480>
- Davidson, L., & Chan, K. K. (2014). Common factors: Evidence-based practice and recovery. *Psychiatric Services*, 65, 675–677. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300274>
- Decety, J. (2005). Une anatomie de l'empathie. *Psychologie Et Neuropsychiatrie Cognitives*, 3(1), 16-24. <https://doi.org/10.1007/BF03006827>
- Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92-108. <https://doi.org/10.1177%2F1754073910374662>
- DeJonckheere, M., & Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2). <https://dx.doi.org/10.1136%2Ffmch-2018-000057>
- Del Giacco, L., Anguera, M. T., & Salcuni, S. (2020). The action of verbal and non-verbal communication in the therapeutic alliance construction: A mixed methods approach to assess the initial interactions with depressed patients. *Frontiers in psychology*, 11(234), 1-26. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00234>
- Del Giacco, L., Salcuni, S., & Anguera, M. T. (2019). The communicative modes analysis system in psychotherapy from mixed methods framework: Introducing a new observation system for classifying verbal and non-verbal communication. *Frontiers in psychology*, 10(782), 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00782>

- Dopson, W. G., Beckwith, B. E., Tucker, D. M., & Bullard-Bates, P. C. (1984). Asymmetry of facial expression in spontaneous emotion. *Cortex*, 20(2), 243-251.
- Duncan, B. (2010). On becoming a better therapist. *Psychotherapy in Australia*, 16(4), 42-51.
- Duquette, P. (2010). Reality matters: Attachment, the real relationship, and change in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 64(2), 127-151.
- Ellingsen, D. M., Isenburg, K., Jung, C., Lee, J., Gerber, J., Mawla, I., Sclocco, R., Jensen, K. B., Edwards, R. R., John M. Kelley, J. M., Kirsch, I., Kaptchuk, T. J., & Napadow, V. (2020). Dynamic brain-to-brain concordance and behavioral mirroring as a mechanism of the patient-clinician interaction. *Science Advances*, 6(43), 1-13. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abc1304>
- Emanuel, L., Brenner, K. O., Spira, N., Solomon, B., Doolittle, D. B., Rosenberg, L., & Jackson, V. (2020). Therapeutic holding. *Journal of Palliative Medicine*, 23(3), 314-318. <https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0543>
- Eres, R., & Molenberghs, P. (2013). The influence of group membership on the neural correlates involved in empathy. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7(176), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00176>
- European Forum of Psychomotricity. (2015). *Statutes of the European Forum of Psychomotricity*. https://psychomot.org/wp-content/uploads/2011/10/statutes-english_2015.pdf
- Feinstein, R., Heiman, N., & Yager, J. (2015). Common factors affecting psychotherapy outcomes: Some implications for teaching psychotherapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 21(3), 180–189. <https://doi.org/10.1097/PRA.000000000000064>
- Fernandes, J. M. G. D. A., Gutierrez Filho, P. J. B., & Rezende, A. L. G. D. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: Contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702-709. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoen1232>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fox, J. E. (2012). “Co-constructing” stigma and the therapist-parent alliance. *Psychotherapy*, 49(1), 38-45. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022183>
- Freud, S. (1905). *Dora: An analysis of a case of hysteria* (1ª ed.). A Touchstone Book.
- Freud, S. (1912). The dynamics of the transference. In S. Freud (Eds.), *Collected Papers* (vol. II, pp. 312-322). The Hogarth Press.
- Frías, M. T., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2015). Measures of adult attachment and related constructs. In M. T. Frías, P. R. Shaver, & M. Mikulincer (Eds.), *Measures of personality and social psychological constructs* (pp. 417-447). Academic Press.

- Friedman, J. T. (2020). Nonverbal synchrony: A new approach to assessing therapeutic alliance ruptures. *The New School Psychology Bulletin*, 17(1), 26-31.
- Fuertes, J. N., Moore, M., & Ganley, J. (2019). Therapists' and clients' ratings of real relationship, attachment, therapist self-disclosure, and treatment progress. *Psychotherapy Research*, 29(5), 594-606. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1425929>
- Gelso, C. J. (2009^a). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research*, 19(3), 253-264. <https://doi.org/10.1080/10503300802389242>
- Gelso, C. J. (2009^b). The time has come: The real relationship in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(3), 278-282. <https://doi.org/10.1080/10503300902777155>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, 13(2), 155-243. <https://doi.org/10.1177%2F0011000085132001>
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41(3), 296–306. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.3.296>
- Gelso, C. J., & Kline, K. V. (2019). The sister concepts of the working alliance and the real relationship: on their development, rupture, and repair. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process, and Outcome*, 22(2), 142-149. <https://dx.doi.org/10.4081%2Fripppo.2019.373>
- Gelso, C. J., Kelley, F. A., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., Holmes, S. E., Costa, C., & Hancock, G. R. (2005). Real relationship inventory – therapist form (RRI-T). *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 640-649. <https://doi.org/10.1037/t01773-000>
- Gelso, C. J., Palma, B., & Bhatia, A. (2013). Attachment theory as a guide to understanding and working with transference and the real relationship in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 69(11), 1160-1171. <https://doi.org/10.1002/jclp.22043>
- Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2019). Building an integrative science for psychotherapy for the 21st century: Preface and introduction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 151–163. <https://doi.org/10.1111/papt.12225>
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances & Psy*, 4(4), 51-60. <https://doi.org/10.3917/ep.076.0051>
- Giromini, F. (2019). Spécificité de la formation corporelle em psychomotricité. In Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (Eds.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices*, (1^a ed., pp. 15-26). Dunod.

- Greenson, R. R. (1966). That “impossible” profession. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14(1), 9–27. <https://doi.org/10.1177/000306516601400102>
- Greenson, R. R. (2004). *Técnica y práctica del psicoanálisis* (14ª ed., traduzido por Félix Blanco e revisto por Andrés Martínez Corzos). Siglo XXI Editores. (Original publicado em 1976, *Technique and practice of psychoanalysis*, International Universities Press)
- Greenson, R. R. (2008). The working alliance and the transference neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 77(1), 77-102. <https://doi.org/10.1002/j.2167-4086.2008.tb00334.x> (Original publicado em 1965, *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181)
- Guimarães, S., Frazão, A., Melo, M., Duarte, S., & Toledo, S. (2016). O corpo do psicomotricista: Do corpo agido e vivido ao corpo relacional e terapêutico. *A Psicomotricidade*, (19), 47-65.
- Gunaydin, G., Selcuk, E., & Zayas, V. (2017). Impressions based on a portrait predict, 1-month later, impressions following a live interaction. *Social Psychological and Personality Science*, 8(1), 36-44. <https://doi.org/10.1177%2F1948550616662123>
- Halfon, S., Özsoy, D., & Çavdar, A. (2019). Therapeutic alliance trajectories and associations with outcome in psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(7), 603–616. <https://doi.org/10.1037/ccp0000415>
- Hatcher, R. L. (2009). Considering the real relationship: Reaction to Gelso's “The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations”. *Psychotherapy Research*, 19(3), 269-272. <https://doi.org/10.1080/10503300802527189>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hesse, C., & Rauscher, E. A. (2018). The relationships between doctor-patient affectionate communication and patient perceptions and outcomes. *Health Communication*, 34(8), 881-891. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1439269>
- Heynen, E., Roest, J., Willemars, G., & Van Hooren, S. (2017). Therapeutic alliance is a factor of change in arts therapies and psychomotor therapy with adults who have mental health problems. *The Arts in Psychotherapy*, 55, 111-115. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.05.006>
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365–372. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.365>
- Horvath, A. O. (2009). How real is the “real relationship”? *Psychotherapy Research*, 19(3), 273-277. <https://doi.org/10.1080/10503300802592506>
- Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499-516. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373204>

- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.
- Hudson, J. L., Kendall, P. C., Chu, B. C., Gosch, E., Martin, E., Taylor, A., & Knight, A. (2014). Child involvement, alliance, and therapist flexibility: Process variables in cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders in childhood. *Behaviour research and therapy, 52*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.011>
- Hüttner, S. M., & Linden, M. (2017). Modification of first impression formation and “personality” by manipulating outer appearance. *Psychopathology, 50*(2), 141-145. <https://doi.org/10.1159/000453585>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=107962055&att_display=n&att_download=y
- Jensen, T. K., Hanne, H., Wenke, G., Svein, M., Sissel, R., & Tjersland, O. A. (2010). What constitutes a good working alliance in therapy with children that may have been sexually abused?. *Qualitative Social Work, 9*(4), 461-478. <http://dx.doi.org/10.1177/1473325010374146>
- Kay, J. J., Clegg, J. A., Emck, C., & Standen, P. J. (2016). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health services for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 41*(1), 54-60. <http://dx.doi.org/10.3109/13668250.2015.1094037>
- Kazdin, A. E., & Durbin, K. A. (2012). Predictors of Child-Therapist Alliance in Cognitive-Behavioral Treatment of Children Referred for Oppositional and Antisocial Behavior. *Psychotherapy, 49*(2), 202-217. <http://dx.doi.org/10.1037/a0027933>
- Keefe, K., Cardemil, E. V., & Thompson, M. (2019). Understanding barriers and facilitators to therapeutic relationships in state psychiatric hospitals. *Journal of Clinical Psychology, 76*(1), 195-209. <https://doi.org/10.1002/jclp.22866>
- Kelley, F. A., Gelso, C. J., Fuertes, J. N., Marmarosh, C., & Lanier, S. H. (2010). The real relationship inventory: Development and psychometric investigation of the client form. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47*(4), 540–553. <https://doi.org/10.1037/a0022082>
- Kidd, S. A., Davidson, L., & McKenzie, K. (2017). Common factors in community mental health intervention: A scoping review. *Community Mental Health Journal, 53*(6), 627-637. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0117-8>
- Kivlighan, D. M., Jr., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 362–371. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.3.362>

- Klein M. (1948). The psychological foundations of child analysis. In M. Klein (Eds.), *The psychoanalysis of children* (3ª ed., pp. 23-39). Grove Press. (Original publicado em 1932, *Die psychoanalyse des Kindes*, Internationaler Psychoanalytischer Verlag)
- Koole, S. L., & Tschacher, W. (2016). Synchrony in psychotherapy: A review and an integrative framework for the therapeutic alliance. *Frontiers in Psychology, 7*, 1-17. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00862>
- Kramer, U., de Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., & Despland, J. N. (2009). Alliance patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research, 19*, 699–706. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300902956742>
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J. C., Echávarri, O., Valdés, N., & Strasser, K. (2016). Therapeutic verbal communication in change episodes: A comparative microanalysis of linguistic basic forms. *Estudios de Psicología, 37*(2-3), 514-547. <https://doi.org/10.1080/02109395.2016.1227575>
- Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy, 51*(4), 467–481. <https://doi.org/10.1037/a0034332>
- Lebre, P., Dunphy, K., & Juma, S. (2020). Exploring use of the outcomes framework for dance movement therapy to establish a group profile and objectives for psychomotor therapy interventions. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy, 15*(4), 251-266. <https://doi.org/10.1080/17432979.2020.1806926>
- Leung, A., & Sy, T. (2018). I am as incompetent as the prototypical group member: An investigation of naturally occurring golem effects in work groups. *Frontiers in Psychology, 9*, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01581>
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 193-203. <https://doi.org/10.1002/jclp.20756>
- Llauradó, C. C. (2007). El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, (25)*, 5-30.
- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: Actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 22*(2), 123-154.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The revised helping alliance questionnaire (HAQ-II): Psychometric properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*(3), 260.
- Luft, J. (1961). The johari window: A graphic model of awareness in interpersonal relations. *Human Relations Training News, 5*(9), 6-7.

- Maddineshat, M., Hashemi, M., Besharati, R., Gholami, S., & Ghavidel, F. (2018). The effectiveness of clinical teaching of mental health courses in nursing using clinical supervision and Kirkpatrick's model. *Electronic physician*, 10(1), 6265-6272. <https://dx.doi.org/10.19082/6265>
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66-104. <https://doi.org/10.2307/3333827>
- Majid, M. A. A., Othman, M., Mohamad, S. F., Lim, S. A. H., & Yusof, A. (2017). Piloting for interviews in qualitative research: Operationalization and lessons learnt. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(4), 1073-1080. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v7-i4/2916>
- Malchiodi, C. A. (2003). Humanistic approaches. In C. A. Malchiodi (Eds.), *Handbook of art therapy*, (1^a ed., pp. 58-71). The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (2017). Why children clam up in therapy. In C. A. Malchiodi, & D. A. Crenshaw (Eds.), *What to do when children clam up in psychotherapy: Interventions to facilitate communication* (pp. 3-17). The Guilford Press.
- Mallinckrodt, B., & Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy*, 52(1), 134-139. <https://doi.org/10.1037/a0036890>
- Marmarosh, C. L., Gelso, C. J., Markin, R. D., Majors, R., Mallery, C., & Choi, J. (2009). The real relationship in psychotherapy: Relationships to adult attachments, working alliance, transference, and therapy outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337-350. <https://doi.org/10.1037/a0015169>
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: O diálogo tônico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34-43. <https://doi.org/10.25752/psi.7646>
- Matos, A. C. (2011). *Relação de Qualidade: Penso em Ti* (1^a ed.). Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2012). *Saúde Mental* (1^a ed.). Climepsi Editores.
- Matos, A. C. (2016). *Nova Relação* (2^a ed.). Climepsi Editores.
- McCullough, L. (2009). The challenge of distinguishing figure from ground: Reaction to Gelso's work on the real relationship. *Psychotherapy Research*, 19(3), 265-268. <https://doi.org/10.1080/10503300802592498>
- McGrath, C., Palmgren, P. J., & Liljedahl, M. (2019). Twelve tips for conducting qualitative research interviews. *Medical Teacher*, 41(9), 1002-1006. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1497149>

- McKay, M. M., & Bannon Jr, W. M. (2004). Engaging families in child mental health services. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 13(4), 905-921. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.04.001>
- McLeod, B. D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603-616. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.001>
- Mira, A. R., & Fernandes, J. M. G. A. (2015). Comunicação não-verbal na intervenção psicomotora. In J. M. G. A. Fernandes, & P. J. B. G. Filho (Eds.), *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 81-90). Wak Editora.
- Moe, F. D., & Thimm, J. (2020). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, 1-26. <https://doi.org/10.1080/19012276.2020.1762713>
- Nicolau, J. L., Mellinas, J. P., & Martín-Fuentes, E. (2020). The halo effect: A longitudinal approach. *Annals of Tourism Research*, 83, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.annals.2020.102938>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Black, S. W., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593-605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Oliveira, N. H., & da Cruz Benetti, S. P. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138.
- Padrini, F. (1995). *El Lenguaje Secreto del Cuerpo* (1ª ed.). Editorial De Vecchi.
- Paulick, J., Deisenhofer, A. K., Ramseyer, F., Tschacher, W., Boyle, K., Rubel, J. A., & Lutz, W. (2017). Nonverbal synchrony: A new approach to better understand psychotherapeutic processes and dropout. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(3), 367-384. <https://doi.org/10.1037/int0000099>
- Pavarini, G., & Souza, D. D. H. (2010). Teoría de la mente, empatía y motivación prosocial en niños preescolares. *Psicología em Estudo*, 15(3), 613-622. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000300019>

- Peña, J. J. (2019). The embodied intersubjective space: The role of clinical intuition in somatic psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 14(2), 95-111. <https://doi.org/10.1080/17432979.2019.1606032>
- Plakun, E. M., Sudak, D. M., & Goldberg, D. (2009). The Y model: An integrated, evidence-based approach to teaching psychotherapeutic competencies. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(1), 5–11. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000344914.54082.eb>
- Plantade-Gipch, A. (2017). Former les futurs psychothérapeutes à la relation: La réflexion-en-action dans l’alliance thérapeutique. *Pratiques Psychologiques*, 23(3), 217-231. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2017.05.001>
- Poster, M. F. (2019). Review of “common factors,” personal reflections, and introduction of the shaving brush model of integrated psychotherapies. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(5), 374–378. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000418>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and Brain Sciences*, 1(4), 515-526.
- Priebe, S., Conneely, M., McCabe, R., & Bird, V. (2019). What can clinicians do to improve outcomes across psychiatric treatments: a conceptual review of non-specific components. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1-8. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000428>
- Probst, M. (2017^a). Physiotherapy and mental health. In T. Suzuki (Eds.), *Clinical physical therapy* (1^a ed., pp. 179-204). InTech. <http://dx.doi.org/10.5772/67595>
- Probst, M. (2017^b). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. In M. Huri (Eds.), *Occupational therapy: Occupation focused holistic practice in rehabilitation* (1^a ed., pp. 25-47). InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68315>
- Probst, M., & Maïano, C. (2018). La psychomotricité est-elle une discipline scientifique?. Quelques pistes de réflexion. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages Chez L'enfant*, 30(153), 157-165.
- Ramseyer, F. T. (2019). Exploring the evolution of nonverbal synchrony in psychotherapy: The idiographic perspective provides a different picture. *Psychotherapy Research*, 30(5), 622-634. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1676932>
- Rego, A., Pina, M., & Meyer Jr, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43-57. <https://doi.org/10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224>
- Reushle, S. (2005). *Inquiry into a transformative approach to professional development for online educators* [Dissertação de Doutorado, University of Southern Queensland]. USQ ePrints. <https://eprints.usq.edu.au/1494/>

- Riggio, R. E. (1992). Social interaction skills and nonverbal behavior. In R. S. Feldman (Eds.), *Applications of nonverbal behavioral theories and research* (1ª ed., pp. 3-30). Lawrence Erlbaum Associates.
- Rimondini, M., Mazzi, M. A., Busch, I. M., & Bensing, J. (2018). You only have one chance for a first impression! Impact of patients' first impression on the global quality assessment of doctors' communication approach. *Health Communication, 34*(12), 1413-1422. <https://doi.org/10.1080/10410236.2018.1495159>
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2001). El rol del psicomotricista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales, 3*(3), 57-76.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry, 6*(3), 412-415. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x>
- Roussillon, R. (2001). L'objet « médium malléable » et la conscience de soi. *L'Autre, 2*(2), 241-254. <https://doi.org/10.3917/lautr.005.0241>
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and integration. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 233-243. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200002\)56:2%3C233::AID-JCLP9%3E3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2%3C233::AID-JCLP9%3E3.0.CO;2-3)
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80-87. <https://doi.org/10.1037/a0022140>
- Santos, G.D. (2019). Corpo, Presença e Expressão em Psicoterapia. In C. Biscaia, & D.D. Neto (Eds.), *A prática profissional da Psicoterapia* (pp. 423-437). Ordem dos Psicólogos Portugueses.
- Schurz, M., Radua, J., Tholen, M. G., Maliske, L., Margulies, D. S., Mars, R. B., Sallet, J., & Kanske, P. (2020). Toward a hierarchical model of social cognition: A neuroimaging meta-analysis and integrative review of empathy and theory of mind. *Psychological Bulletin, 1-34*. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000303>
- Shamoon, Z. A., Lappan, S., & Blow, A. J. (2017). Managing anxiety: A therapist common factor. *Contemporary Family Therapy, 39*(1), 43-53. <http://doi.org/10.1007/s10591-016-9399-1>
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 452-464. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.3.452>
- Starreveld, A. (2021). MAGIC: A proposed model based on common factors. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 1-11*. <https://doi.org/10.1007/s12124-020-09599-0>

- Stella, M., & Taggart, J. (2020). Attachment, learning and embodied reflective practices in clinical supervision. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 15(4), 295-308. <https://doi.org/10.1080/17432979.2020.1783572>
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. Muran & J. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62). Guilford Press.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped?. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81–92. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.51.1.81>
- Tanhan, A. (2019). Acceptance and commitment therapy with ecological systems theory: Addressing muslim mental health issues and wellbeing. *Journal of Positive School Psychology*, 3(2), 197-219. <https://doi.org/10.47602/jpsp.v3i2.172>
- Thorndike, E. L. (1920). A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology*, 4(1), 25–29. <https://doi.org/10.1037/h0071663>
- Totura, C. M. W., Fields, S. A., & Karver, M. S. (2018). The role of the therapeutic relationship in psychopharmacological treatment outcomes: A meta-analytic review. *Psychiatric Services*, 69(1), 41-47. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700114>
- Valdés, N., & Krause, M. (2015). Verbal expressions used by anaclitic and introjective patients with depressive symptomatology: Analysis of change and stuck episodes within therapeutic sessions. *Clínica y Salud*, 26(2), 103-119. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2015.06.001>
- Visentini, G. (2020). Lines of approach for a theory of care/cure in psychoanalysis. *L'Évolution Psychiatrique*, 85(1), e15-e32. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2020.01.005>
- Wallon, H. (1976). La afectividad. In H. Wallon (Eds.), *La evolución psicológica del niño* (pp. 108-115, traducido por Mario Miranda Pacheco e revisto por Silvia Furió). Editorial Crítica. (Original publicado em 1968, *L'évolution psychologique de l'enfant*, Librairie Armand Colin)
- Walser, R. D., & O'Connell, M. (2021). Acceptance and commitment therapy and the therapeutic relationship: Rupture and repair. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 429-440. <https://doi.org/10.1002/jclp.23114>
- Winnicott, D. W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*. International Universities Press.
- Winnicott, D. W., Desveaux, J. B., & Galiana, E. (2016). Le destin de l'objet transitionnel. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 6(1), 17-24. <https://doi.org/10.3917/jpe.011.0017>

Anexos

Anexo 1

Consentimento Informado, Esclarecido e Voluntário

01/02/22, 17:28

Questionário dirigido a Psicomotricistas

Questionário dirigido a Psicomotricistas

Caro(a) Psicomotricista,

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, estou a desenvolver um estudo que pretende compreender o processo relacional que decorre entre o(a) psicomotricista e o(s)/a(s) cliente(s), em contexto de saúde mental.

O seu nome foi referenciado por outros(as) psicomotricistas para participar neste projeto, dada a sua experiência profissional neste contexto. Assim, convido-o(a) a participar neste estudo, uma vez que exerce ou já exerceu funções como psicomotricista em contexto de saúde mental.

Solicito a sua participação, respondendo a um breve questionário relativo à sua experiência.

Para qualquer questão ou esclarecimento adicional, não hesite em contactar-me através do meu e-mail (rafaela.moreira@outlook.com) ou contacto telefónico (910 874 738).

Atenciosamente,
Rafaela Moreira

***Obrigatório**

Secção sem título

1. Declaração de Consentimento Informado e Esclarecido *

Marcar tudo o que for aplicável.

Aceito participar neste estudo, compreendendo que a minha participação é voluntária e esclarecida, e que posso desistir a qualquer momento, sem que essa decisão acarrete qualquer prejuízo para mim. Reconheço que a minha colaboração contribui para o desenvolvimento da investigação na área da Psicomotricidade, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício direto ou indireto pela minha participação. Autorizo a utilização dos dados recolhidos para a realização deste estudo. Entendo que toda a informação obtida neste estudo é confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada diretamente com este estudo.

Identificação

2. Nome *

01/02/22, 17:28

Questionário dirigido a Psicometricistas

Continuidade
de
Colaboração
no Estudo

Na segunda fase do estudo, alguns participantes serão contactados para participarem numa entrevista, que se realizará individual e remotamente, recorrendo às plataformas tecnológicas disponíveis.
Para qualquer questão ou esclarecimento adicional, não hesite em contactar-me através do meu e-mail (rafaela_moreira@outlook.com) ou contacto telefónico (910 874 738).

19. Qual seria a sua disponibilidade para a eventual participação na entrevista? (Se estiver disponível noutra horário, sugira em "Outra opção...") *

Marcar apenas uma oval.

- Estou disponível em dias úteis após as 18h30 (independentemente do dia que mais lhe convier)
- Estou disponível durante o fim de semana
- Estou disponível em dias úteis após as 18h30 e durante o fim de semana
- Não estou disponível
- Outra: _____

Continuidade
de
Colaboração
no Estudo

Na segunda fase do estudo, alguns participantes serão contactados para participarem numa entrevista, que se realizará individual e remotamente, recorrendo às plataformas tecnológicas disponíveis.
Para qualquer questão ou esclarecimento adicional, não hesite em contactar-me através do meu e-mail (rafaela_moreira@outlook.com) ou contacto telefónico (910 874 738).

20. Deixe o seu e-mail para eventual contacto. *

Anexo 2

Guião de Entrevista

1. (Fazer contextualização sobre a prática profissional do entrevistado, baseada nas respostas ao questionário.) Antes de mais, gostaria que me falasse um pouco sobre o seu percurso e o que o(a) fez chegar até aqui.
2. Há quem diga que a Psicomotricidade é uma prática da relação, e até que os psicomotricistas são profissionais da relação. Concorda com estas afirmações?
3. Então e que aspetos da relação estão presentes na sua prática?
4. Se lhe perguntasse como é que definiria a sua capacidade de se relacionar com os outros, o que me diria espontaneamente (sem pensar muito)?
5. Como é que desenvolveu essa(s) característica(s)?
6. Há fatores que podem influenciar a relação entre duas pessoas? Quer dizer-me quais?
7. E será que a comunicação pode influenciar a relação? Em que medida?
8. Parece-lhe que a relação terapêutica tem particularidades únicas face a outras relações? (Se sim) Conseguir nomear alguns desses aspetos diferenciadores?
9. É habitual pensar sobre as relações que estabelece em terapia? (Se sim) Sobre que aspetos da relação costuma refletir?
10. De uma forma mais geral ou mais particular, como é que dá conta das vivências relacionais dos seus clientes?
11. Como se apercebe da relação que os seus clientes estabelecem consigo? Quer dar exemplos?
12. Se pudesse encontrar alguns indicadores não-verbais que costuma utilizar para compreender essa relação, conseguiria referir alguns? E estes seriam generalizáveis ou dependeriam da situação?
13. Para si, para além dos indicadores que referiu, será que há outros, como indicadores de espaço, ritmo, postura ou tonicidade que dão contributos para a compreensão dessa relação? Ou são outros indicadores como elementos do discurso ou escolha de atividades? Ou será que são mesmo outros...ou seja, gostaria de perceber um pouco do seu “alfabeto de sinais” e também se encontra alguma lógica comum que diga, por exemplo, “isto quer-me dizer aquilo”.
14. E quando está perante algum desses sinais, tem alguma estratégia de resposta que sinta que funciona mais, ou é tudo intuitivo e no momento?
15. Em termos mais gerais, como é que define a relação terapeuta-cliente?
16. Acha que existem diferenças significativas no estabelecimento da relação consoante as faixas etárias, por exemplo, quando o cliente é uma criança, um adolescente, um adulto ou uma pessoa idosa? ... (Explorar quais e em que medida)

17. Como é habitual gerir o primeiro contacto com os clientes? (Se intervir com crianças) No caso das crianças, em quem se foca primeiro (cliente ou família)?
18. Como é que os aspetos da empatia se revelam mais na relação?
19. E quando esta empatia não acontece? Que estratégias utiliza quando o *click* não se faz espontaneamente na relação com o cliente?
20. Por que é que acha que ela não acontece? Será que tem que ver com características ou experiências anteriores ou com as vivências pessoais? Dele ou eventualmente suas?
21. Por vezes, mesmo após existir uma relação terapeuta-cliente bem estabelecida, podem ocorrer ruturas. Tem ideia de alguma situação que tenha acontecido consigo?
22. Nesse caso, como é que sente que a rutura está a acontecer? Como é que a identifica? Há indicadores verbais, não-verbais ou até de processo? Quer dar algum exemplo?
23. Que comportamentos ou que fatores é que lhe parece que, nesse caso, podem ajudar a restabelecer a relação após o início de uma rutura ou numa rutura já iminente?
24. Olhando para os casos que foi conhecendo, consegue encontrar algum padrão que descreva a relação terapeuta-cliente ao longo do tempo de intervenção? Ou será que cada relação faz um percurso diferente? Poderá depender da problemática, da história de vida, ou também do estilo relacional do terapeuta?
25. Como consegue monitorizar a relação que estabelece com os seus clientes? Tem alguma estratégia que o(a) ajude a perceber se a relação está a ser satisfatória para o cliente ou benéfica para a intervenção?
26. Para terminarmos, e só por curiosidade, continua a fazer formação? E supervisão? (Se sim) Considera importante o terapeuta fazer esse trabalho de reflexão? Em que medida?

Anexo 3

Operacionalização das Categorias

Tema 1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista**Subtema 1.1 Percurso Profissional**

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista		
1.1. Percurso profissional		
Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Escolha profissional		
Motivação		
Saúde	Motivação pessoal para trabalhar nas áreas relacionadas com a saúde.	<p>“eu acho que desde pequenina, eu queria ser médica, ou queria ser profissional de saúde, queria muito, muito trabalhar em saúde” (P7Q1)</p> <p>“e foi aí que eu percebi que queria trabalhar com a deficiência. Eu tive a certeza de que era isso” (P9Q1)</p>
Corpo e movimento	Motivação pessoal para trabalhar nas áreas relacionadas com o corpo e o movimento.	<p>“ou para área do desporto” (P13Q1)</p> <p>“eu gostava da Faculdade de Motricidade Humana, porque sempre gostei muito de desporto” (P17Q1)</p>
Outra	Motivação pessoal para trabalhar noutras áreas profissionais.	<p>“eu queria ser veterinária para trabalhar com animais, com felinos de grande porte, não é, com animais selvagens, no fundo, era isso que eu queria ser, mas não entrei por umas décimas” (P16Q1)</p> <p>“na altura, ainda entrei noutra curso, comecei no jornalismo” (P17Q1)</p>
Descoberta da Psicomotricidade	Relato de situações que permitiram conhecer a Psicomotricidade enquanto área profissional.	<p>“o meu curso, que ainda não era reabilitação psicomotora, era educação especial e reabilitação, apareceu no manual lá das profissões que nós tínhamos” (P6Q1)</p> <p>“quando estava na altura de escolher o curso, vi a Psicomotricidade, pesquisei um bocadinho, pareceu-me interessante, vou experimentar” (P11Q1)</p>
Representação da Psicomotricidade pré- formação	Representação concetual sobre a Psicomotricidade e as funções do psicomotricista, antes de ser psicomotricista (inclui a representação	“não percebia se era mais relacionado com psicologia, se era mais relacionado com fisioterapia, se era mais relacionado com o quê, mas achei que era uma intervenção interessante, através do brincar, o que quer que isso fosse” (P1Q1)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
<p>Planeamento</p> <p>Formação</p>	<p>prévia à formação e durante a sua concretização).</p> <p>Escolhas e comportamentos que evidenciam o planeamento do percurso formativo e/ou profissional, ocorridas antes, durante ou depois da formação; referências a um percurso planeado.</p>	<p>“na altura, ainda não sabia muito bem o que era” (P16Q1)</p> <p>“eu acabei o meu curso na FMH e decidi logo que não queria lá ficar a fazer mestrado nenhum [...] queria conhecer coisas novas, queria parar, queria perceber o que é que era fazer Psicomotricidade na prática e depois então perceber se havia uma área que eu gostava mais ou menos” (P2Q1)</p> <p>“foi um percurso, foi qualquer coisa que se foi construindo, e no quinto ano, quando eu escolhi estágio, aí sim, aí eu escolhi decidida, ok? Era aquilo que eu queria, não era...não foi porque fui das primeiras ou das últimas, não, era aquilo que eu queria, portanto, isso aí eu...o que é positivo, portanto, porque podemos dizer que assim eu entrei num curso, que podia ser este ou outro, e que no meu quinto ano, portanto, quando eu decidi estágio, eu sabia que era aquilo que eu queria” (P21Q1)</p>
<p>Psicomotricidade</p>	<p>Informações relativas à formação de psicomotricista.</p>	<p>“eu terminei a minha licenciatura em 2012, na Faculdade de Motricidade Humana” (P9Q1)</p>
<p>Outras formações</p>	<p>Informações relativas a outras formações realizadas.</p>	<p>“eu tirei a licenciatura na UTAD, em Vila Real. E depois vim para Lisboa fazer o mestrado na FMH” (P18Q1)</p> <p>“eu agora fiz a certificação de <i>coaching</i>, fala-se muito sobre o que é que é a conexão com o outro e a empatia do outro, a comunicação não-verbal do outro, a comunicação verbal...fala-se muito disto” (P15Q14)</p> <p>“eu tenho uma formação mais específica no sociodrama” (P20Q16)</p>
Prática profissional		
Representação da Psicomotricidade pós-formação		

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Áreas de intervenção	Representação atual sobre a atuação do psicomotricista nas diferentes áreas de intervenção.	“trabalhamos na área clínica ou na área da educacional” (P10Q2) “trabalha com pessoas com deficiência, com doentes mentais, crianças” (P14Q15)
Compreensão pela latência	Representação atual sobre a atuação do psicomotricista na compreensão de casos pelo que está latente; referências a uma compreensão profunda e integrativa.	“a Psicomotricidade é assim [...] quase uma psicoterapia corporal e que vai à raiz da criança [...] eu costumo dizer aos pais que é como se nós víssemos a criança como uma árvore [...] o que eles veem são as folhas, que estão a ficar assim mais a cair [...] mas há muita coisa na raiz que não se vê e que é transmitida pelo corpo, não é, se é uma criança mais tensa, se é uma criança menos tensa, desatenta ou irrequieta, é porque também há aqui questões que vêm da história da criança que precisam ser, se calhar, trabalhadas, e que afetam também estas questões da aprendizagem e da abstração” (P2Q1) “se nós não olharmos para a latência, nunca mais lá chegava” (P4Q4)
Intervenção relacional	Representação atual sobre a atuação do psicomotricista, enfatizando a abordagem relacional no contacto direto com os clientes e/ou na fundamentação da terapia psicomotora.	“nós trabalhamos em relação” (P8Q26) “a relação terapêutica para mim é a base da terapia. Sem ela não há...sem esta relação terapêutica, é...eu, se calhar, até me atreveria a dizer que não há terapia. Há tempo que é ocupado, mas duvido que haja terapia sem uma relação terapêutica. Acho que é mesmo a peça fundamental, a peça central do puzzle” (P16Q15)
Mediação corporal	Representação atual sobre a atuação do psicomotricista, enfatizando a terapia com recurso ao corpo do terapeuta e ao corpo do cliente como mediador, com objetivos relacionais e/ou terapêuticos específicos.	“quando eu ouço que os psicomotricistas são os profissionais do corpo. Não [...] o mediador e a forma como nós chegamos a esta relação, ok, é o corpo, é o movimento, é a expressão” (P6Q1) “psicomotricista é o terapeuta que mais sabe, ou que mais deve saber, sobre a intervenção através do corpo, através do corpo em movimento e em relação [...] e com emoção” (P15Q2)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Crítica à intervenção dicotômica instrumental-relacional	Crítica à intervenção psicomotora unicamente instrumental ou relacional, alegando a inseparabilidade das duas abordagens.	<p>“na minha opinião, enquanto psicomotricista, não é possível trabalhar só a parte relacional ou só a parte instrumental [...] eu acho que a riqueza da nossa área é esta mistura entre as duas áreas e trabalhá-las em conjunto [...] para mim não faz sentido trabalhar só uma ou só outra, acho que ficaríamos todos a perder se deixássemos a parte relacional de lado, ou se deixássemos a parte instrumental de lado” (P10Q2)</p> <p>“quando falam em relação, relacional, instrumental, eu pergunto "onde é que existe essa separação", não é? Não existe, não existe” (P20Q2)</p>
Incerteza	Incerteza sobre a atuação do psicomotricista e sua possível articulação com outros profissionais; referência a dificuldades em explicar e fundamentar a Psicomotricidade de forma simples, e em delimitar a intervenção psicomotora, após concluir a formação de psicomotricista.	<p>“eu acho que é um que é uma coisa que nós saímos do curso sem sabermos fazer, explicar o que é que fazemos, o que é que eu faço [...] eu fui para o hospital e abri a Psicomotricidade no hospital. Pronto, grande desafio, porque ninguém sabia o que é que era a Psicomotricidade e eu também não sabia às vezes, portanto estava um bocadinho aflita” (P2Q1)</p> <p>“às vezes não é uma coisa que nós conseguimos explicar facilmente [...] porque também nos foi passado de uma maneira muito filosófica, "sentir o corpo para o corpo poder pensar, e pensar o corpo, para o corpo poder sentir". Isto é para aí o lema do psicomotricista, mas, ao fim ao cabo, o que é que isso quer dizer” (P14Q15)</p>
Profissionais de referência		
Agentes ativos no percurso formativo ou profissional	Nomeação de profissionais de referência com impacto no percurso formativo e/ou profissional.	<p>“tive a sorte de ser a única estagiária dele naquele ano e tê-lo só para mim. O que fez com que ele, para além de meu orientador, fosse um supervisor. Dissecávamos mesmo os casos, como se faz na supervisão, foi maravilhoso e foi super...eu agradeço muito ao professor Rui Martins, porque acho que ele fez mesmo a diferença, não é, a diferença importante na minha licenciatura ao obrigar-me a pensar e a questionar uma série de coisas” (P6Q9)</p> <p>“Doutor Augusto Carreira, que é incrível, uma pessoa que apoia bastante a nossa área, que reconhece [...] eu tenho alguns psicomotricistas de referência como, por</p>

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Obra significativa	Nomeação de profissionais de referência com impacto em conceções teóricas de interesse para a Psicomotricidade, pelo estudo e conhecimento da sua obra.	<p>exemplo, a Doutora Luísa Costa, que é quem trabalha na Clínica do Parque, como psicomotricista, e eu aconselhava-me muito com ela” (P20Q1)</p> <p>“há um psicomotricista argentino que fala muito no luto, no luto na família, no luto da pessoa e no luto do terapeuta. E isso faz parte do luto do terapeuta. É saber que há um momento que é para parar, ou há um momento que é para perder, e que não podemos curar as pessoas todas. É muito interessante, é o Esteban Levin” (P6Q22)</p> <p>“as pessoas morrem, mas fica a obra, não é, o psicanalista, o Doutor António Coimbra de Matos que dizia "não existem maus pacientes, existem maus terapeutas", não é? Eu tenho isso sempre presente, não é, portanto, eu acho que nós temos sempre que partir do princípio de que não estamos a fazer a coisa da maneira certa” (P21Q20)</p>
Contextos		
Academia	Exercício de atividade profissional na academia, desempenhando funções de docência e/ou investigação.	<p>“eu neste momento estou a fazer o doutoramento a tempo inteiro e só a trabalhar em investigação” (P3Q1)</p> <p>“estou a trabalhar para o ISEC, para o um projeto europeu, que é <i>Teaching to Be</i>, que é trabalhar competências socioemocionais e de bem-estar nos docentes” (P11Q1)</p>
Hospital	Experiência de intervenção psicomotora em contexto hospitalar.	<p>“eu comecei de facto o meu trabalho como psicomotricista em contexto hospitalar, fiz o estágio de mestrado e o estágio profissional no Hospital Egas Moniz, mas desde então que não trabalho em contexto hospitalar” (P7Q1)</p> <p>“fiz o estágio na Unidade de Desenvolvimento e Comportamento do Hospital da Luz. Fiz lá o estágio, acabei o estágio e fiquei a trabalhar lá. Trabalhei lá um cerca de um ano e meio ainda, ou um ano, já não me recordo bem” (P17Q1)</p>
Clínica	Experiência de intervenção psicomotora em contexto clínico.	<p>“o primeiro na Clínica da Encarnação” (P12Q1)</p> <p>“eu faço clínica” (P16Q1)</p>

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Instituição	Experiência de intervenção psicomotora em contexto institucional (pode incluir experiências de estágio).	“tive a oportunidade de ir trabalhar com uma APPACDM aqui em Matosinhos [...] o trabalho era sobretudo em meio aquático” (P9Q1) “atualmente eu estou numa casa de acolhimento” (P12Q3)
Outros	Exercício de atividade profissional noutros contextos, por exemplo escolar, domiciliário, comunitário e/ou político.	“tenho trabalhado ao nível mais de medidas de política, ou seja, tenho feito projetos para o Programa Nacional para a Saúde Mental, da DGS, e colaboro também com uma associação, com uma ONG, aliás que é a AlertaMente” (P7Q1) “colégio de ensino especial” (P19Q1)
Faixas etárias		
Infância	Experiência de intervenção psicomotora com crianças.	“direcionado mais para crianças” (P14Q1) “eu estou mais com crianças mais pequeninas, até aos oito anos, nove” (P15Q1)
Adolescência	Experiência de intervenção psicomotora com adolescentes.	“jovens até aos dezoito anos” (P5Q1) “estive durante 6 anos a trabalhar com jovens” (P9Q1)
Aduldez	Experiência de intervenção psicomotora com adultos.	“ao dia de hoje, só estou a acompanhar adultos” (P6Q1) “agora já só trabalho com os adultos” (P19Q17)
Geriatrics	Experiência de intervenção psicomotora com idosos.	“por acaso nós tivemos lá durante uns anos um projeto com idosos” (P3Q16) “eu neste momento trabalho exclusivamente com idosos” (P10Q1)
Caráter de intervenção e problemáticas		
Prevenção	Experiência de intervenção psicomotora de âmbito preventivo, por exemplo realização de rastreios e	“muito trabalho ao nível de promoção da saúde mental e prevenção, mas mais ao nível se calhar de investigação de medidas e da organização de serviços de saúde mental” (P7Q1)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	organização dos serviços de saúde mental.	“lembrei-me de fazer uns rastreios mensais, que seriam gratuitos, também para poder angariar mais alguns clientes” (P14Q1)
Reabilitação psicossocial	Experiência de intervenção psicomotora de âmbito reabilitativo, com vista à definição e concretização de projetos de vida.	“nestes atendimentos eu não faço Psicomotricidade, é mesmo reunir-me com o utente e perceber um bocadinho em que fase é que está, como é que está, como é que estamos em termos de projeto de vida, fazer ali um ponto de situação” (P11Q10) “por alguma razão precisam daquele apoio para conseguirem ser empregados no mercado de trabalho. Sendo que aí é um trabalho técnico, não sinto que é o trabalho relacional, dentro daquilo que nós entendemos como relacional da área de intervenção psicomotora [...] é um trabalho muito mais focado com o objetivo de eles serem formados para a integração no mercado de trabalho, portanto, é totalmente...é uma coisa muito mais pragmática, objetiva, não é tão reflexível, se quisermos dizer assim” (P15Q1)
Perturbações mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico	Experiência de intervenção psicomotora de âmbito terapêutico com indivíduos com perturbações mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico (de acordo com ICD-11).	“fui trabalhar para as perturbações de desenvolvimento [...] fiz a transição agora para a saúde mental” (P11Q1) “tem possibilitado receber ou intervir com diferentes tipos de crianças de diferentes patologias, e cada vez mais, se calhar, mais centrado nas questões da relação ou do comportamento” (P13Q1)
Outras condições de saúde	Experiência de intervenção psicomotora de âmbito terapêutico com indivíduos com outras condições de saúde, como doenças genéticas ou limitações provocadas por acidente.	“doentes de reabilitação pós-AVC [...] acompanhamento, aí mais demencial e acompanhamento de AVD's também” (P2Q1) “meninos com lesões cerebrais, com espinha bífida, com traumatismos cranianos, com paralisia cerebral” (P4Q1)
Fatores contextuais	Experiência de intervenção psicomotora de âmbito terapêutico com indivíduos cujo desenvolvimento	“paralelamente trabalhei também num bairro social muito complicado” (P7Q1) “crianças com as problemáticas dos maus-tratos” (P16Q1)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	se encontra comprometido por fatores contextuais.	
Características de intervenção		
Sessões individuais	Experiência de intervenção psicomotora em sessões individuais.	<p>“os casos individuais deixaram de ser só crianças e são também muitos adolescentes” (P1Q1)</p> <p>“eu tenho atendimentos individuais com os utentes” (P11Q10)</p>
Sessões de grupo	Experiência de intervenção psicomotora em sessões de grupo.	<p>“também fazia acompanhamento em sessões de grupo” (P2Q1)</p> <p>“havia grupos terapêuticos” (P15Q1)</p>
Intervenção espontânea	Realização de sessões de terapia psicomotora de caráter espontâneo, sem elaboração de planos de sessão.	<p>“eu não levo nada nunca muito estruturado. É claro que há casos e casos [...] mas no Anima nunca senti essa necessidade, e sempre que sinto [...] é porque estou mais insegura com aquele caso, é porque [...] estou a sentir que não estou a conseguir ligar-me à criança, e então por defesa...sinto que é um bocadinho isso, mas no geral é muito o jogo espontâneo, é muito a dinâmica relacional, digamos assim” (P2Q1)</p> <p>“como é que a atividade do miúdo desemboque naquilo que eu quero. E depois a partir daí acontecem as coisas” (P4Q9)</p>
Intervenção relacional	Realização de sessões de terapia psicomotora baseadas e/ou mediadas pela relação terapeuta-cliente.	<p>“só depois de ter a relação devidamente fortificada e estabelecida é que eu avanço depois para os objetivos terapêuticos, não é meu começar logo com "ah, agora vamos lá fazer...", não! Eu preciso ter relação criada, e enquanto isso não estiver, eu não avanço” (P8Q1)</p> <p>“a prioridade na minha intervenção passa muito pela relação, e aqui a relação com o próprio utente, criar uma relação empática, uma relação terapêutica, acho que é a base, porque se nós não tivermos a confiança da outra pessoa, não vamos conseguir fazer trabalho nenhum. Podemos ser muito bons profissionais, mas não vamos conseguir fazer grande coisa” (P11Q2)</p>

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Intervenção em equipa multidisciplinar	Realização de intervenção psicomotora em articulação com os restantes profissionais da equipa multidisciplinar, incluindo discussão e reflexão partilhada sobre os casos.	<p>“isto inicialmente foi um projeto piloto em 2014, de 2014 a 2016, que depois foi financiado mais duas vezes pela Direção-Geral de Saúde, e agora converteu-se numa resposta à luz da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em Saúde Mental, portanto, é uma equipa. No fundo, agora é uma equipa de apoio domiciliário para a infância e adolescência, e eu faço parte dessa equipa” (P17Q1)</p> <p>“eu trabalho numa equipa multidisciplinar” (P18Q26)</p>

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do subtema 1.1.

Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Fatores de influência nas relações interpessoais		
Decorrentes de cada indivíduo		
Personalidades	As relações interpessoais são influenciadas pela personalidade de cada indivíduo em relação.	<p>“eu acredito que são características da personalidade, da minha personalidade e da personalidade do outro, que possam entrar em conflito na relação” (P1Q6)</p> <p>“a nível pessoal, eu penso que parte muito das características das pessoas que estão envolvidas na relação” (P16Q6)</p>
Contextos de vida e vivências pessoais	As relações interpessoais são influenciadas pelos contextos em que cada indivíduo cresceu e vive atualmente, e pelas suas atuais vivências pessoais.	<p>“a fase de vida em que nós estamos” (P7Q6)</p> <p>“as nossas experiências de vida também nos vão dizendo como devemos agir com certas pessoas [...] as nossas experiências de vida e as experiências de vida da outra pessoa vão ditar muito esta relação” (P18Q6)</p>
Disponibilidade genuína	As relações interpessoais são influenciadas pela disponibilidade relacional inerente a cada um dos indivíduos em relação; a disponibilidade é reconhecida pelo próprio em vários contextos desde tenra idade.	<p>“essa capacidade espontânea de relação é mais intuitiva” (P3Q5)</p> <p>“a disponibilidade que temos para o outro, para ajudar o outro, ou para ler o outro, ou só para estar com o outro, portanto, é a disponibilidade” (P10Q6)</p>
Decorrentes da interação indivíduo-indivíduo e do contexto		
Conhecimento e aceitação do outro	As relações interpessoais são influenciadas pelo conhecimento e	“acho que aquilo que influencia também muito as nossas relações é nós identificamo-nos com a outra pessoa, temos interesses em comum, temos gostos em

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	aceitação mútuos, e pelos pontos de interesse comuns.	comum, e é isso que nos motiva também a estarmos presentes. No fundo é tudo uma questão de motivação” (P7Q6) “o que para mim é transversal sempre, mas para mim enquanto ser humano, é sempre a aceitação e o respeito pelas diferenças do outro, por aquilo que o outro é enquanto outro, e não enquanto aquilo que eu achava, ou que eu acho, que tem de ser o outro, não é, à minha imagem e semelhança” (P16Q16)
Trocas e reações	As relações interpessoais são influenciadas pelas reações e respostas de cada um.	“a forma como a outra pessoa reage à nossa própria maneira de ser” (P4Q6) “a capacidade de resolver os problemas que surgem, é a minha capacidade de me adaptar ao outro, ao espaço, ao ambiente” (P10Q6)
Comunicação	As relações interpessoais são influenciadas na interação entre indivíduos pela comunicação verbal e não-verbal.	“na minha forma de ver as coisas, quando falamos em relação, na verdade falamos em comunicação” (P5Q7) “a comunicação é a maior ferramenta ao serviço da relação, seja a comunicação verbal, acho que essa é assim a grande ferramenta, seja a não-verbal” (P17Q7)
Contexto relacional	As relações interpessoais são influenciadas pelo contexto em que se inicia e desenvolve a relação.	“a nossa comunicação, mais uma vez, vai alterar consoante os nossos contextos” (P18Q7) “influencia o sítio onde estamos, o dia em que nos conhecemos, e tudo tem influência, tudo. Não tem com o mesmo peso, claro” (P21Q6)
Possibilidade de selecionar relações	As relações interpessoais são influenciadas pela possibilidade de selecionar relações, podendo preservá-las ou cessá-las.	“posso não a manter, porque posso não querer, não é, mas estabeleço facilmente a relação com as pessoas” (P6Q5) “não aceito toda a gente, claro. Não temos que aceitar toda a gente e, portanto, esse é o meu lado racional, não tenho que aceitar toda a gente. Quero dizer, compreender sim, escolher para ir ao cinema, não escolhemos toda a gente” (P19Q4)
Sinais de escuta empática	Identificação de sinais verbais e não-verbais que demonstram acolhimento,	“quando conseguimos escutar” (P2Q18)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	<p>empatia e compreensão, na interação indivíduo-indivíduo.</p>	<p>“vê-se por sinais que são muito primitivos no corpo. Se há o olhar, se há uma responsividade na altura certa, se há silêncios, se há tempos que são respeitados [...] isso para mim é que é uma escuta empática, e isso muitas das vezes são coisas muito intersubjetivas, que não têm um valor que seja quantitativo em si [...] depois, nós percebemos precisamente porque a dinâmica da relação é fluída” (P16Q18)</p>
Relação nas profissões de cuidado		
<p>Transversal</p>	<p>A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente é similar, ou apresenta características comuns, às relações estabelecidas por outros profissionais das áreas da saúde e/ou educação com o mesmo cliente.</p>	<p>“nós crescemos muito no curso com a ideia de que o psicomotricista é que é o profissional da relação, mas temos outros colegas de outras áreas que também trabalham com a relação” (P1Q2)</p> <p>“isto também não é diferente de um colega da psicologia que esteja sensibilizado para isto e que esteja muito consciente também do seu papel, não é, e da sua postura não-verbal” (P21Q2)</p>
<p>Diferenciada</p> <p>Perspetiva</p>	<p>A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente diferencia-se das relações estabelecidas por outros profissionais das áreas da saúde e/ou educação com o mesmo cliente, pelo entendimento e concetualização que faz acerca da relação, e pelos objetivos terapêuticos que fundamentam esta relação.</p>	<p>“o que é que acontece com o psicomotricista? O psicomotricista fundamenta o seu trabalho no estabelecimento da relação [...] quando eu comecei a pensar que a fisioterapia tinha que se dirigir ao doente na sua identidade completa, foi porque eu considerei que o fisioterapeuta não olhava para a pessoa, e não integrava a pessoa no seu próprio processo de reabilitação. Ou seja, não tornava a pessoa motor da sua evolução [...] eu gosto é de ouvir dizer que a principal estratégia do terapeuta da Psicomotricidade ou do psicomotricista começa no estabelecimento da relação. E o que é que é o estabelecimento da relação? É tornar a criança ativa no seu próprio processo de evolução” (P4Q2)</p> <p>“os outros profissionais por vezes não têm tanto em atenção estas questões da relação” (P9Q2)</p>

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Abordagem e/ou prática clínica	A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente diferencia-se das relações estabelecidas por outros profissionais de saúde e/ou educação com o mesmo cliente, pela abordagem e/ou prática clínica.	<p>“os colegas das outras áreas, por exemplo, não se põem em jogo, ou seja, eles colocam o jogo sempre em bonecos, em brinquedos. E nós não [...] se a criança quiser que nós sejamos um bebé, nós vamos ser o bebé, se estivermos disponíveis para isso” (P1Q9)</p> <p>“da terapia ocupacional, ou mesmo da terapia da fala, acho que temos uma capacidade de estar e de chegar às crianças, de facto, muito diferentes” (P13Q2)</p>
Relação psicomotricista-cliente		
Características		
Intimidade e confiança	A relação psicomotricista-cliente baseia-se na intimidade e confiança estabelecidas entre ambos os intervenientes.	<p>“é uma relação de muita confiança e em que se tem de trabalhar isso essencialmente porque a criança vai trazer-te aspetos que lhe são muito íntimos [...] ela não partilha aquilo com mais ninguém, ela só partilha aquilo contigo, e tu conheces aquela criança como se calhar poucas pessoas a conhecem” (P1Q8)</p> <p>“nós temos na posse, a história de vida daquela pessoa, as suas coisas mais íntimas” (P7Q8)</p>
Singularidade	A relação psicomotricista-cliente é uma relação singular, que não é equiparável a nenhuma outra relação interpessoal.	<p>“acho que tem particularidades únicas, as relações terapêuticas têm sempre questões únicas” (P13Q8)</p> <p>“cada caso é um caso, cada relação terapêutica é única” (P21Q13)</p>
Intencionalidade	A relação psicomotricista-cliente é fundamentada e tem objetivos específicos para a terapia.	<p>“estabelecer uma relação como principal estratégia ou objetivo que são simultaneamente as duas coisas” (P4Q2)</p> <p>“eu aproveito algumas dinâmicas de relação para promover alguns objetivos” (P8Q3)</p>
Características por comparação com relações pessoais		

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Características transversais	A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente é similar, ou apresenta características comuns, às relações que estabelece em contexto pessoal.	<p>“eu acho que em termos do básico, são relações similares [...] aquilo que eu preciso para me relacionar com os pacientes têm que ser competências que eu tenha dentro de mim [...] portanto, elas não de surgir também nos meus contextos pessoais. Eu não consigo inventar competências de comunicação da Psicomotricidade ou da terapia, se não as tiver. Portanto, eu acho que se pensarmos na base da coisa, serão certamente competências transversais” (P3Q8)</p> <p>“a relação acontece como noutra relação qualquer” (P4Q24)</p>
Menor reciprocidade	A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente pode ser menos recíproca, quando comparada com as relações que estabelece em contexto pessoal, por não ser exigido ao cliente que se entregue à relação na mesma medida que o psicomotricista o faz.	<p>“se calhar exigirmos mais reciprocidade a um amigo, porque nós num utente não estamos à espera que ele nos dê, apesar de aprendermos imenso com cada utente, nós não exigimos essa reciprocidade. Enquanto ao amigo nós damos, mas esperamos receber” (P18Q8)</p> <p>“a relação terapeuta-cliente é uma relação que não é recíproca [...] aí ninguém os convida para ir tomar café, há uns que sim, que convidam na mesma para tentar a sorte, mas é isso, ou seja, é essa relação que não é recíproca, mas que é uma relação empática” (P19Q15)</p>
Menor efetividade	A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente objetiva o seu término justificado pela alta do cliente, sendo por isso menos efetiva, quando comparada com as relações que estabelece em contexto pessoal.	<p>“eu trabalho numa unidade de curta duração, portanto, são internamentos de três meses. Eu agora quando estabeleço uma relação com o utente, eu sei que esta relação tem prazo de validade, não no sentido triste da coisa, mas eu sei que três meses depois aquela pessoa vai para casa, vai para o domicílio e, portanto, eu não me posso permitir de três em três meses ter um período de luto, não é, porque perco a pessoa e porque perco aquela relação, não é, é como se estivesse a perder um amigo de três em três meses, eu não me posso sujeitar a isso, porque eu também tenho que me proteger a mim [...] por outro lado, quando eu estabeleço uma relação pessoal, eu não lhe estou a dar um prazo de validade, porque senão aí é que era muito triste” (P10Q8)</p>

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Menor intimidade	A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente é mais distante e não envolve uma partilha tão íntima e pessoal, quando comparada com as relações que estabelece em contexto pessoal.	<p>“nas nossas relações importantes e próximas, nós fazemos este caminho no sentido de manter as pessoas importantes na nossa vida, numa relação terapêutica nós vamos no sentido contrário, nós fazemos os possíveis para nos afastarmos daquela pessoa no momento certo, que é a alta terapêutica, portanto, as relações caminham em sentidos completamente contrários” (P21Q8)</p> <p>“seremos mais autênticos com um amigo [...] com um amigo nós podemos fazer um <i>disclosure</i> muito maior. E aliás é isso que determina e que caracteriza uma amizade, não é, nós podemos falar com intimidade e, portanto, sem nenhum tipo de constrangimento, com um paciente, não, obviamente” (P3Q8)</p> <p>“eu quando estou, digamos, na minha vida social, eu estou a falar sobre mim, eu estou a pensar sobre mim, eu estou-me a colocar naquela relação. Quando eu estou em terapia, não” (P7Q8)</p>
Maior disponibilidade	A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente exige-lhe maior disponibilidade corporal e emocional, quando comparada com as relações que estabelece em contexto pessoal.	<p>“eu não tenho a disponibilidade emocional e corporal...aquilo que eu tenho aqui, não tenho no meu dia-a-dia com os meus amigos e com a minha família, ou seja, eu acho que tenho mesmo um papel de psicomotricista que me sai e que eu não sou muito de toque, não sei...na minha casa, na minha família, não sou, não sou muito de toque e estar próximo” (P8Q8)</p> <p>“por esta área exigir tanta disponibilidade da minha parte na minha área de intervenção, não é, no fundo, eu acho que quando saio do espaço de intervenção, eu continuo a ser uma pessoa empática, mas se calhar não me disponibilizo tanto a qualquer pessoa que me surjam, e eu a conhecer essa pessoa [...] sou tão absorvida pela minha área terapêutica, que depois quando saio para o meu espaço pessoal, procuro se calhar um equilíbrio” (P9Q8)</p>
Maior compromisso	A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente exige-lhe maior compromisso, através da	“é a forma como eu me posiciono, ou seja, as regras do <i>setting</i> , o contrato terapêutico que eu estabeleço, não é, numa relação isso não há, com os meus amigos [...] mas há ali um contrato, há um compromisso, há uma hora, há um tempo, há um

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Maior consciência	<p>definição de objetivos e do estabelecimento do <i>setting</i> terapêutico, quando comparada com as relações que ele estabelece em contexto pessoal.</p> <p>A relação que o psicomotricista estabelece com o seu cliente exige-lhe maior consciência sobre as suas ações e a sua comunicação, quando comparada com as relações que ele estabelece em contexto pessoal.</p>	<p>momento, há uma presença [...] como tu defines o teu <i>setting</i>, o teu contrato, acho que são questões que diferenciam” (P2Q8)</p> <p>“diferencia a obrigação que eu tenho de tratar a pessoa [...] a primeira coisa é o compromisso” (P4Q8)</p> <p>“a diferença é que com o meu marido, eu não tenho uma relação de objetivos de um plano terapêutico [...] não faço uma monitorização mensal” (P10Q8)</p> <p>“deveremos ser cuidadosos com o que dizemos, com os sinais que transmitimos, com a coerência das mensagens não-verbais também [...] acho que acabamos por não largar tanto as rédeas da relação, não é? Queremos ter sempre o controlo da relação terapêutica [...] e numa relação pessoal, se formos assim, podemos ser pessoas complicadas de lidar” (P17Q8)</p>
Objetivos		
Acolher	A relação psicomotricista-cliente objetiva acolher o cliente, e as suas ações e partilhas, permitindo que ele sinta apoio, abertura e aceitação por parte no psicomotricista.	<p>“para conseguir conter os aspetos que aquela criança nos está a trazer naquele dia” (P1Q3)</p> <p>“mostrar que nós também o compreendemos, e se não o compreendermos, mostrar que estamos aqui para o ouvir e para ele nos explicar como é que se está a sentir” (P18Q3)</p>
Empoderar	A relação psicomotricista-cliente objetiva empoderar o cliente, dando-lhe poder de escolha, atribuindo-lhe responsabilidades e acompanhando o processo, de forma a torná-lo um agente ativo no seu processo.	“por que é que o processo de relação é importante na terapia psicomotora ou na Psicomotricidade? Porque o terapeuta transforma a criança mentora, atora e agente do seu próprio processo de evolução [...] é por isso que a relação é tão importante para a terapia psicomotora. É porque se não existir relação, o outro não existe no processo terapêutico, porque o outro não tem voz ativa no processo terapêutico” (P4Q2)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Transformar	A relação psicomotricista-cliente objetiva transformar e dar significado às ações e partilhas do cliente.	<p>“que se entregue no sentido de poder evoluir e desenvolver o potencial de aprendizagem, durante o tempo que está connosco” (P14Q15)</p> <p>“para, no fundo, transformar aquela escultura de barro que está mal organizada [...] tentar transformar aquilo numa coisa boa” (P1Q8)</p> <p>“uma relação em que nós temos um papel de espelho e da transformação da ação espontânea em algo com significado e simbolismo” (P2Q15)</p>

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do subtema 1.2.

Tema 2 Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora

Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Competência relacional		
Autoperceção (contexto pessoal)		
Boa capacidade	O psicomotricista reconhece ter boa capacidade de relação em contexto pessoal.	<p>“eu acho que, no geral, consigo estabelecer bons vínculos” (P5Q4)</p> <p>“eu sou ótima a relacionar-me com os outros! Acho mesmo, acho mesmo, acho mesmo que sou” (P6Q4)</p>
Capacidade de adaptar	O psicomotricista reconhece ter capacidade de se adaptar aos indivíduos com quem se relaciona em contexto pessoal, e às características pessoais dos mesmos.	<p>“que se ajusta a isso, e que cria condições para que o outro se ajuste a nós” (P4Q24)</p> <p>“eu não sou a mesma pessoa com duas pessoas diferentes, e vamo-nos adaptando a essas várias relações que vamos tendo” (P18Q6)</p>
Capacidade de empatizar	O psicomotricista reconhece ter capacidade de empatizar com os indivíduos com quem se relaciona em contexto pessoal.	<p>“eu acho que sou uma pessoa muito empática, eu acho que às vezes estou muito atenta àquilo que os outros estão a sentir, e esqueço-me mais daquilo que eu estou a sentir [...] eu acho que sou muito empática, percebo muito bem o outro, e também dou muito espaço e sei ouvir, sei escutar” (P9Q4)</p> <p>“consigo perceber ou sentir a pessoa” (P20Q4)</p>
Capacidade de entrega	O psicomotricista reconhece ter capacidade de se disponibilizar aos indivíduos com quem se relaciona em contexto pessoal, e às relações que estabelece com eles.	<p>“gosto muito de estar com outras pessoas, para mim isso é muito importante, gosto muito de estar e de estar presente...muito <i>mindfulness</i> naquele momento, desligo o meu telemóvel, desligo...quando é para ser, é para ser, pronto. Isso também acho que é uma coisa boa num terapeuta, é o estar presente, o estar disponível, o estar” (P2Q4)</p> <p>“normalmente, eu sou atenta, sou disponível” (P13Q4)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Capacidade de refrear	O psicomotricista reconhece ter capacidade de refrear e de estabelecer limites aos indivíduos com quem se relaciona em contexto pessoal, e às relações que estabelece com eles.	<p>“sou capaz também de ouvir mas também de me distanciar um bocadinho, ou seja, não estar completamente envolvida, porque acho que também sinto que isso não ajuda, portanto tento preservar um bocadinho ali o meu eu face ao outro, mas empatizando com ele” (P2Q4)</p> <p>“agora convém é estarmos [...] de certa forma, num patamar diferente, não estabelecermos logo uma relação muito aos mesmos níveis, não é? E esse patamar diferente, não quer dizer que, uma vez mais, sejamos formais, mas é um patamar que aparece automaticamente” (P5Q4)</p>
Fragilidades	O psicomotricista reconhece ter fragilidades em algumas competências relacionais solicitadas nas suas relações pessoais.	<p>“em contextos menos conhecidos, não sou propriamente uma pessoa muito sociável, vá, assim à primeira, sou assim meio inibida” (P13Q4)</p> <p>“quando as pessoas não acedem tão facilmente ou são assim mais fechadas, tenho alguma dificuldade” (P20Q4)</p>
Disponibilidade		
Autenticidade	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela sua capacidade de ser autêntico e genuíno, sem receio do ridículo.	<p>“eu acho que é importante ser genuíno” (P5Q8)</p> <p>“tento ser eu próprio, também enquanto profissional, com os utentes” (P11Q16)</p>
Corporal	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela sua disponibilidade corporal, embora possa definir limites, por exemplo, no contacto físico.	<p>“toda esta questão do corpo, do sentir o corpo do outro, do estar disponível para o outro, estas diferentes formas de comunicação com o corpo” (P9Q15)</p> <p>“se a criança quer jogar futebol...a verdade é que eu me tornei muito melhor em futebol do que alguma vez pensei, mas a verdade é que eu sei que isso é importante para a relação com determinados miúdos. Ou seja, eu também tenho que investir nisso, tenho que investir na minha disponibilidade corporal com o outro. Se eu tenho algumas inibições nessa...se eu fico inibida quando a criança propõe um jogo mais</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Contenção	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela sua disponibilidade para conter o cliente, por meio de uma contenção verbal, corporal e/ou com recurso a outros mediadores.	<p>agido, aí estou a influenciar a relação, estou a influenciar o que é que vai acontecer a seguir" (P20Q26)</p> <p>"essa é uma das coisas mais importantes, a capacidade de acolher, não é, da parte do terapeuta, de acolher aquilo que surge, da reciprocidade, da empatia [...] portanto, o acolher empaticamente" (P3Q3)</p> <p>"quando contendo um miúdo fisicamente, não é, eu tenho mesmo que o parar, eu paro-o com tudo o que há em mim, não é, eu paro-o com tudo o que há em mim, mas ao mesmo tempo, eu tenho que ir sendo capaz de me apaziguar, não é? E para fazer isto, que também se aprende, não é, aprende-se melhor, mas para fazer isto, eu tenho que saber lidar com algum caos, não é, eu tenho que ser tolerante com miúdos a chamarem coisas" (P21Q4)</p>
Empatia	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela sua disponibilidade empática, que lhe permite compreender a posição do cliente.	<p>"é fundamental também para a relação [...] é tu conseguires representar aqui dentro o que o outro está a viver, na verdade, é viveres no teu corpo e na tua cabeça o que o outro está a viver, portanto, se isto não for possível, tu não podes ser terapeuta, aliás não podes ser grande coisa, na verdade" (P5Q18)</p> <p>"a relação terapêutica é aquela que para mim funda-se na empatia e na necessidade de querer compreender o outro" (P11Q15)</p>
Respeito		
Aceitação do cliente	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela capacidade de respeitar o cliente, aceitando-o com as suas características pessoais.	<p>"estabelecer a relação não é cativar a criança, cativar no sentido afetivo e emocional, é respeitar a criança na sua identidade" (P4Q3)</p> <p>"só eu respeitando a condição do outro, é que me consigo colocar no lugar dele" (P6Q6)</p>
Respeito pelo ritmo do cliente	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pelo seu	<p>"aqui é o ritmo deles que dita" (P8Q9)</p> <p>"é respeitar um bocadinho o ritmo de cada um" (P11Q10)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	respeito pelo ritmo do cliente, que se manifesta na paciência e tranquilidade durante o percurso do cliente até alcançar os objetivos terapêuticos delineados.	
Aceitação das decisões do cliente	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela capacidade de respeitar o cliente, aceitando as suas decisões, independentemente de concordar ou de não concordar.	<p>“falaria também de respeito pelo sofrimento do outro e respeito pelas suas vontades, porque nós às vezes enquanto terapeutas, podemos achar "ai, eu acho que era tão bom esta pessoa trabalhar isto. Se eu sentir que ela trabalha isto, vou mesmo ajudá-la", mas a pessoa pode-se estar às vezes nas tintas para aquilo que nós queremos trabalhar” (P7Q3)</p> <p>“sem nunca colocar uma perspetiva nossa e individual sobre aquilo que nós achamos sobre aquele assunto, porque não é para dar opiniões que nós estamos ali” (P15Q15)</p>
Não subestimação do cliente	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pelo seu respeito pelo cliente, não subestimando as suas capacidades e incluindo-o no processo terapêutico, por exemplo ao possibilitar-lhe contar a sua história de vida em detrimento disso ser feito exclusivamente pela família e sem a sua participação.	<p>“isto acontece muito, muito, muito, muito, nestes serviços, que é a infantilização dos utentes, e nós quando nos envolvemos emocionalmente corremos muito esse risco, que é infantilizar os utentes. Enquanto que na relação terapêutica, não. Na relação de terapêutica, tu tentas perceber que é uma pessoa que tens ali, que é uma pessoa autónoma, que tem as suas próprias vontades e que tem o poder de decidir sobre a sua vida” (P11Q8)</p> <p>“tentamos fazer ver que a decisão é dele, o utente é adulto e toma essa decisão” (P18Q17)</p>
Comunicação		
Não-verbal	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela sua comunicação não-verbal, quando interage com o cliente, por exemplo	<p>“a tua postura, a forma como comunicas, a forma como tu te posicionas no <i>setting</i>” (P2Q8)</p> <p>“a roupa que se veste, a tua aparência física, o teu tom de voz” (P5Q9)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Verbal	<p>pela sua postura, pela aproximação ou afastamento ou pelo olhar; inclui referências relativas à paralinguagem, como o tom de voz.</p> <p>A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela sua comunicação verbal, quando interage com o cliente, especificamente pelo conteúdo verbal da comunicação.</p>	<p>“eu aprendi que a comunicação não pode ser tão clara e tão expressiva, tem que ser algo mais controlada [...] e aprendi a alterar algumas coisas minhas. Aprendi também aquilo que eu disse há pouco, que é dizer sempre aquilo que estou a sentir no momento, isto é, aconteceu alguma coisa aqui neste momento na relação e eu senti...hum, senti aqui alguma tristeza, senti aqui alguma provocação, eu digo [...] a comunicação tem que ser completamente sincera, outra vez a palavra sincera, mas acho que isso é essencial para promover a relação, e depois garantir sempre que entendem o que estamos a pedir ou o que estamos a referir” (P8Q7)</p> <p>“se o psicomotricista é o profissional da relação, não é, a chave de fendas e as máquinas que utiliza é a comunicação” (P17Q7)</p>
Adaptação às necessidades do momento	<p>A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela capacidade de adaptar a intervenção, em função das necessidades apresentadas no momento por si, pelo cliente e/ou pelo contexto.</p>	<p>“numa sessão pode ser só isto, tu podes até trazer mil coisas para propor e, na verdade, o que a criança precisa é de alguém que lhe permita chorar” (P5Q14)</p> <p>“temos de estar tão focados às vezes, não é, porque é um bocado isto. As coisas estão a acontecer e nós temos que num momento saber dar resposta a isto, e enquadrar aquilo naquilo que conhecemos do contexto daquela pessoa. Então, como muitas vezes nós não...ou quase sempre, nós não sabemos o que é que vai acontecer naquela sessão, como é que aquela pessoa, ou criança, ou o que for, vem naquele dia e o que é que traz” (P15Q9)</p>
Adaptação às características individuais		
Propostas	<p>A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela</p>	<p>“a faixa etária tem importância nas atividades que eu ponho à disposição” (P4Q16)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	capacidade de adaptar as propostas de atividades, em função das características individuais do cliente.	“ainda mesmo numa primeira consulta de avaliação, eu pergunto sempre "então, o que é que tu gostas? Quais são os teus desenhos animados preferidos?", por exemplo, porque eu já sei que depois vou pegar por aí, se é para trabalhar, por exemplo, a parte grafomotora, possivelmente se eu vou trabalhar o pintar, eu vou trazer desenhos animados que eu sei que ela gosta, para ela se sentir motivada a fazer” (P14Q16)
Disponibilidade e interação corporal	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela capacidade de adaptar a sua disponibilidade e interação corporal em função das características individuais do cliente.	“com um grupo de crianças de seis anos, nós vamos ser muito mais o terapeuta que brinca e o terapeuta que está ali sentado ou de joelhos, ou deitado, o que seja, a brincar com aquele grupo. Num grupo de adolescentes, nós já vamos ser o terapeuta que propõe atividades, que está ali de pé, que até exemplifica, mas não se envolve tanto” (P1Q16) “precisam aqui de uns objetos mediadores ao longo da sessão para essa relação” (P9Q3)
Comunicação	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela capacidade de adaptar a sua comunicação em função das características individuais do cliente	“a minha comunicação vai ser moldada por esse foco, não é, pelo reconhecimento que eu também vou fazendo das necessidades, das dificuldades, que aquela pessoa apresenta, portanto, eu se calhar vou reforçar mais certos aspetos da comunicação, em detrimento de outros, para adequar às necessidades que aquela pessoa apresenta” (P3Q8) “nós, antes de sermos psicomotricistas, já tínhamos um certo tipo de comunicação que vamos adaptando às nossas relações terapêuticas, e até a cada utente que vamos tendo, porque há utentes que nos vão chamar mais por este <i>feedback</i> positivo, e outros que já são superconfiantes e que, se calhar, já nem nos pedem tanto este reforço, e vamos adaptando a cada um” (P18Q8)
Atitude terapêutica	A competência relacional do psicomotricista é influenciada pela capacidade de adaptar a sua atitude	“a relação tem de ser criada de uma forma diferente, também pelas características pessoais dessa criança” (P1Q13)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Aspetos transversais	<p>terapêutica em função das características individuais do cliente, por exemplo a interação ser mais ativa/passiva ou adotar uma postura mais permissiva/restritiva.</p> <p>As relações que o psicomotricista estabelece com os seus clientes apresentam alguns aspetos comuns que não requerem adaptação pelas características individuais dos mesmos.</p>	<p>“alguns tem que ser, não é, às vezes, de facto, tem que ser "é assim e acabou-se", mas a maior parte deles, de facto, dar-lhes esta possibilidade de terem tempo de perceberem que nós estamos ali interessados neles” (P13Q14)</p> <p>“nestas questões da empatia, de nós estarmos atentos àquilo que o outro sente, eu acho que é muito...é similar [...] acho que a relação há de ser semelhante, não é, uma relação de cuidado, claro, mas também de muito respeito” (P9Q16)</p> <p>“o princípio básico do respeito e da aceitação pelo outro, para mim, é transversal, mas é para mim, enquanto pessoa, é transversal” (P16Q16)</p>
Processo de elaboração individual (introspeção¹ e atividade psicocorporal²)		
Capacidade de reflexão autónoma ¹	O psicomotricista reconhece ter capacidade para refletir sozinho e autonomamente.	<p>“eu tenho uma memória de associação muito desenvolvida, e isso é uma grande mais-valia para mim” (P4Q9)</p> <p>“acima de tudo é preciso refletir, sim, é preciso pensar nestas coisas [...] eu acho que sim, que conseguimos refletir sozinhos” (P5Q9)</p>
Importância		
Introspeção	A reflexão interna e pessoal do psicomotricista é importante para a prática psicomotora e para a relação em terapia.	<p>“a capacidade de estarmos sempre em reflexão sobre aquilo que está a ser vivido e aquilo que está a ser o processo de intervenção com aquela criança e com aquela pessoa [...] porque, se nós não fizermos isto, automaticamente estamos num piloto automático e pouco reflexivo sobre o que lhe estamos a dar naquele espaço” (P15Q25)</p> <p>“no final das sessões é muito importante nós termos um espaço para refletirmos” (P9Q4)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Atividade psicocorporal	A atividade psicocorporal do psicomotricista, por exemplo a prática de <i>yoga</i> ou meditação, é importante para a prática psicomotora e para a relação em terapia.	<p>“acho que é importante nós desafiarmo-nos e, se somos psicomotricistas, trabalharmos o nosso próprio corpo também [...] um desafio corporal [...] procurarmos também atividades de expressão corporal, às vezes mais formais ou menos formais” (P7Q5)</p> <p>“e isto também respondendo de como é que chegamos às crianças, quanto mais experiências tivermos, ou seja, aquela questão que falamos do repertório motor, não é, quanto mais disponibilidade e quanto mais vivências tivermos com o nosso próprio corpo, mais disponíveis vamos estar” (P20Q26)</p>
Foco em si (psicomotricista)		
Autoconhecimento e desenvolvimento pessoal	A introspeção e/ou a atividade psicocorporal promovem o autoconhecimento e desenvolvimento pessoal do psicomotricista.	<p>¹ “acho que o caminho é uma reflexão consciente, é nós conhecermo-nos a nós próprios, primeiro que tudo [...] para nós conseguirmos estar verdadeiramente em função das necessidades do outro, e nessa postura de escuta, eu também tenho que perceber como é que é a minha gestualidade [...] uma reflexão de nós, da nossa história de vida” (P7Q3)</p> <p>² “o facto de ter feito várias coisas de expressão corporal, que me fez também experienciar...também me liguei a isto, porque gostava, não é, de ter essas experiências, mas fez-me experienciar esses bloqueios, e essa incapacidade de trabalhar essa libertação” (P19Q5)</p>
Sentimentos ¹	Nos momentos de introspeção, o psicomotricista reflete sobre os seus sentimentos, e especificamente sobre o que sente relativo ao cliente.	<p>“o que é que ressoa, o que é que não ressoa, o que é que mexe, o que é que não mexe...acho que tem muito a ver connosco, tem muito a ver com esta capacidade de nós sermos capazes de pensar” (P2Q20)</p> <p>“depois posso ir pensar nisso em casa, que é para nunca deixar que intoxique, não é, que aquilo que certas atitudes ou respostas me provocam intoxique aqui a minha relação terapêutica” (P16Q20)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Atitude terapêutica	Nos momentos de introspeção e/ou através da atividade psicocorporal, o psicomotricista reflete sobre a sua atitude terapêutica, e desenvolve-a.	<p>¹ “muitas vezes eu tento pensar [...] se poderia ter agido ali de alguma maneira diferente em alguns momentos da interação, e que produzisse um <i>outcome</i> diferente, digamos assim [...] outras vezes nós percebemos que de facto não haveria ali muito mais a fazer” (P3Q9)</p> <p>² “para além do curso, daquilo que eu aprendi no curso [...] aquilo que teve um impacto maior em termos daquilo que eu sou em terapia, e daquilo que eu consigo ser em terapia, nesta terapia corporal, não é? Foi aquilo que eu tive e obtive das minhas experiências, vivências, quer nesses cursos em que eu me metia, na expressão dramática e na dança, que me ajudaram muito mais a integrar o corpo e a mente, com os ensinamentos da FMH, obviamente” (P19Q5)</p>
Foco no cliente ¹		
Acontecimentos e história de vida	Nos momentos de introspeção, o psicomotricista reflete sobre os acontecimentos e história de vida do cliente.	<p>“há uns meses atrás eu perdi um senhor, faleceu, foi dos meus primeiros utentes no sítio onde trabalho, fiquei tristíssima, e chorei, e esta tristeza acompanhou-me durante alguns dias, porque é normal, porque nós estabelecemos relações com as pessoas. Quando alguém vai internado e teve alguma coisa muito grave, é normal nós ficarmos preocupados” (P6Q9)</p> <p>“há situações que vêm comigo, há situações que invariavelmente vêm comigo. Situações que me preocupam, principalmente situações que eu vejo que não estou a conseguir ajudar, ou mesmo que nós já não somos resposta para a pessoa, e que a pessoa está ali um bocadinho no limbo, são coisas que me preocupam, e que invariavelmente vêm comigo” (P11Q9)</p>
Bem-estar e comportamento	Nos momentos de introspeção, o psicomotricista reflete sobre o bem-estar e os comportamentos do cliente.	<p>“penso no que os miúdos fizeram, divertindo me com aquilo que eu vi, com aquilo que foi dito” (P4Q9)</p> <p>“como é que decorreu a sessão, e preocupo-me muito mais, às vezes, com o que o outro sentiu, se esteve bem, se esteve mal, do que às vezes refletir para mim” (P9Q4)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Foco na terapia ¹		
Planeamento e evolução do cliente	Nos momentos de introspeção, o psicomotricista reflete sobre aspetos específicos das sessões relacionados ao planeamento e às atividades, e sobre a evolução do cliente.	“o que é que eu posso se calhar trazer na próxima sessão, em termos da forma como vou organizar o <i>setting</i> , se há alguma coisa que eu posso melhorar, e quando falo aqui, falo das questões de como é que eu ajudo a criança a fazer as transições” (P2Q9) “então, e se tentasse aquilo?” (P21Q5)
Compreensão de acontecimentos	Nos momentos de introspeção, o psicomotricista reflete sobre o que aconteceu na sessão, tentando compreender.	“eu acho que é muito importante, de facto, parar para pensar naquilo que aconteceu, e haver ali uns momentos em que possamos fazer a leitura dos acontecimentos da sessão” (P13Q25) “às vezes uma coisa corre mal na sessão, e o pensarmos por que é que correu mal, ou o que é que eu disse antes para aquilo...e se teve alguma relação com aquilo, sim, eu costumo fazer essa análise” (P18Q9)
Processo de elaboração acompanhado (terapia pessoal ³ , supervisão e intervenção ⁴)		
Importância		
Terapia pessoal	A terapia pessoal é importante para a prática psicomotora e para a relação em terapia.	“daí eu considerar muito importante ter este apoio, em termos de psicoterapia [...] acaba por ser um bocadinho também supervisão, mas é sobre nós, e não sobre a nossa prática profissional” (P1Q26) “a terapia pessoal, eu também acho muito importante para quem trabalha em saúde mental” (P3Q26)
Supervisão e intervenção	A supervisão e/ou intervenção são importantes para a prática psicomotora e para a relação em terapia.	“grupos de intervenção e supervisão, acho que é muito importante” (P7Q5) “eu nem consigo imaginar uma intervenção em saúde mental sem supervisão, não consigo [...] para mim, isto é fundamental. É fundamental” (P21Q9)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Desenvolvimento pessoal		
Suporte emocional	A terapia pessoal e/ou a supervisão e intervenção ajudam o psicomotricista a gerir as emoções relacionadas aos seus clientes.	<p>³ “o que eu tive de trabalhar muito, e o meu processo pessoal foi muito importante para isto, foi o meu eco interno” (P6Q5)</p> <p>^{3,4} “é importante estarem arrumadinhas e, depois, desarruma-se novamente, que é assim. Em casa também, não é? Isto em terapia é sempre como o processo de lavar a loiça, parece que nunca acaba [...] mas vamos sempre arranjando estratégias para arrumar melhor” (P19Q26)</p>
Gestão de vivências pessoais e autoconhecimento	A terapia pessoal e/ou a supervisão e intervenção ajudam o psicomotricista a gerir as suas vivências pessoais e promovem o autoconhecimento.	<p>³ “depois em termos de psicoterapia, é muito livre, eu posso levar casos do meu trabalho e então falar sobre isso, e depois claro que vai ter muita às minhas questões e é importante também percebermos que questões nossas é que estão em causa que nos fazem ter dificuldade com aquele caso” (P1Q26)</p> <p>⁴ “na supervisão há pequenos espelhos daquilo que nós somos no processo” (P8Q5)</p>
Reflexão profissional		
Desenvolvimento da competência profissional	A terapia pessoal e/ou a supervisão e intervenção promovem o desenvolvimento da competência profissional do psicomotricista.	<p>⁴ “e ajuda-te sem dúvida alguma [...] é como se tivesse a pagar sempre uma formação, às vezes eu sinto isso, que é quase uma formação contínua” (P2Q26)</p> <p>^{3,4} “para um psicomotricista ou para qualquer outro profissional aqui das áreas dos psi, não é, ser especialista na relação implica [...] primeiro, um trabalho imenso de autoconhecimento e de formação pessoal, não é, e de supervisão também” (P16Q2)</p>
Opções terapêuticas ⁴	A supervisão e intervenção ajudam o psicomotricista a refletir sobre as opções terapêuticas que deve tomar para os seus clientes.	<p>“a pertinência das nossas escolhas, das nossas decisões, das nossas respostas aos pacientes são afetadas por muitas variáveis, eu acho que a supervisão é um espaço fundamental para fazer essa reflexão” (P3Q26)</p> <p>“às vezes definimos estratégias a serem implementadas que tem que ser igual em todas as todas as áreas, temos que remar todos para o mesmo lado, não é? Por isso vamos falando, pessoalmente, caso a caso” (P14Q26)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Compreensão dos casos	A terapia pessoal e/ou a supervisão e intervenção ajudam o psicomotricista a compreender melhor os casos.	<p>^{3, 4} “outras formas de pensar o corpo do outro, poderes pensar os casos [...] nas reuniões de equipa, cada técnico leva sempre um caso [...] seja sele psicomotricista, ou terapeuta da fala ou terapeuta ocupacional, leva-se o caso e depois todas as valências pensam em conjunto sobre aquele caso. Pronto e isso acontece uma vez por semana. Agora se nós na clínica, como técnicos, quisermos ter supervisão, nós temos, nós podemos ter uma supervisão, por exemplo em grupo, que não é a reunião semanal, que acontece em outros momentos, e nós levamos” (P2Q26)</p> <p>⁴ “podermos ouvir uma visão de fora, poderem-nos ajudar a pensar” (P7Q5)</p>
Distanciamento dos casos	A terapia pessoal e/ou a supervisão e intervenção ajudam o psicomotricista a distanciar-se afetivamente dos casos.	<p>⁴ “há muita coisa ali que claro que está nossa e que está lá, mas que nós temos que aprender com a nossa prática clínica e com estas sementes de supervisão, a limpar e sermos um bocadinho mais imparciais” (P2Q8)</p> <p>³ “também tenho trabalhado nas questões da saúde mental, através de terapia pessoal, mais no sentido de dar uma interpretação correta àquilo que está visto e observado, e que seja distanciado daquilo que são as minhas vivências e o meu comportamento emocional [...] fiz terapia pessoal durante alguns anos, exatamente neste sentido [...] na saúde mental é normal os profissionais fazerem terapia exatamente para isto, não é, para que os processos de transferência e contratransferência também sejam menos contaminados, não é, pelas nossas questões pessoais” (P3Q5)</p>

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do subtema 2.1.

Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.2. Decorrentes do cliente

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Motivações internas		
Disponibilidade relacional	A relação psicomotricista-cliente é influenciada pela disponibilidade relacional do cliente.	<p>“é um conceito delicado na área da saúde mental, porque a motivação intrínseca não existe, faz parte da patologia, não é? Não dá para trabalhar uma coisa que não existe” (P17Q3)</p> <p>“eu sinto muitas vezes isto em sessão, na verdade, em fases iniciais e não só, em alguns momentos terapêuticos eu sinto que nem que eu faça o pino, nem que eu fique em silêncio, nem que...não está disponível!” (P21Q7)</p>
Interesses e expectativas	Relação psicomotricista-cliente é influenciada pelos interesses do cliente e pelas suas expectativas quanto à terapia.	<p>“tudo o que nós temos para lhes sugerir, muitas vezes não vai ao encontro dos interesses deles, e eles já querem outra coisa. Eles já querem estar com pessoas da idade deles, eles ao mesmo tempo que querem coisas infantis, já querem coisas mais adultas, já querem experimentar outras coisas” (P1Q16)</p> <p>“nem sempre os objetivos que eles têm, ou que alguns deles têm, nem sempre é realista, tendo em conta a fase de vida em que estão em determinados momentos [...] há que adequar um bocadinho as perspetivas deles com a realidade, e este jogo às vezes não é fácil” (P11Q1)</p>
Conceitos e preconceitos		
Representação do psicomotricista	A relação psicomotricista-cliente é influenciada pela representação concetual que o cliente construiu sobre o psicomotricista.	<p>“o terapeuta, à partida, é exatamente o porto-seguro, não é, e a pessoa sabe que está ali, que recorre, depois se precisar” (P3Q24)</p> <p>“numa casa de acolhimento, gira tudo muito à volta da relação, eles mesmos sabem que há certas coisas, se calhar, eu brinco mais, eu estou mais ali para as atividades, sou mais nova, vou perceber de outra forma” (P12Q9)</p>

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.2. Decorrentes do cliente

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Representação da Psicomotricidade	A relação psicomotricista-cliente é influenciada pela representação concetual que o cliente construiu sobre a terapia psicomotora e/ou as terapias na sua generalidade.	<p>“eu guardo muito isto, não é, não há expectativas em relação a uma performance, isso não existe nas sessões [...] mas as pessoas às vezes acham que sim, não é, e ficam muito ansiosas às vezes com determinadas propostas” (P3Q14)</p> <p>“há depois também a própria valorização do serviço pelo próprio utente, que às vezes não reconhece o valor do serviço, e isso depois dificulta o trabalho” (P11Q1)</p>

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do subtema 2.2.

Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
(In)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente		
Vivências pessoais	A (in)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente é influenciada pelas vivências pessoais de ambos.	“todos nós temos a nossa história, não há terapeuta nenhum que não vá trazer isso para a relação, vamo-nos enganar se o dissermos” (P7Q19) “temos histórias de vida diferentes, temos vivências corporais diferentes” (P15Q24)
Personalidades e comportamentos	A (in)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente é influenciada pelas personalidades e comportamentos de ambos.	“é o querer mandar em mim, é o querer dominar a sessão [...] são características da personalidade daquela criança que vão contra as características da minha personalidade, por isso, eu acho que o que causa entraves é isso mesmo, são características da personalidade e de vivências diferentes [...] que são incompatíveis” (P1Q20) “mesmo que a personalidade dela não seja aquela que mais me atrai, não é, mas muitas das vezes não é por algum motivo” (P16Q19)
Conhecimento do outro	A (in)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente é influenciada pelo conhecimento que o psicomotricista e o cliente têm um do outro.	“também temos de nos ir dando a conhecer, como terapeutas, claro, porque só confia em nós, quem nos conhece” (P6Q14) “eu acho que a primeira questão aqui é sabermos exatamente com quem é que estamos a trabalhar” (P10Q3)
Transferência e contratransferência	A (in)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente é influenciada pelos processos de transferência e de contratransferência.	“eu não vou conseguir estar implicado nesta relação porque espelha em mim eventos traumáticos” (P2Q19) “nós temos de ser conscientes o suficiente para saber que aqueles sentimentos que ela nos provoca são coisas nossas” (P16Q19)
Sentimentos do psicomotricista		

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Julgamento e desorientação	Em situações de incompatibilidade relacional, o psicomotricista julga a sua competência profissional e/ou sente-se desorientado quanto à intervenção com o cliente.	<p>“eu tenho agora neste momento um miúdo, que me está a ser muito difícil estar com ele [...] com o miúdo está a ser extremamente difícil, mas eu engulo fundo, engulo, engulo, suspiro e levo a coisa por diante” (P4Q19)</p> <p>“o problema do terapeuta é pensar "ah, ok, sou muito má, devo ser muito mau, porque ele não gosta de mim"” (P19Q11)</p>
Falta de vontade	Em situações de incompatibilidade relacional, o psicomotricista sente falta de vontade ou motivação para estar com o cliente e intervir com ele.	<p>“eu antes da sessão já estou a pensar que vou ter sessão com esta criança e [...] não quero, não me apetece” (P1Q19)</p> <p>“também existem pessoas que às vezes só me dá vontade de as ver pelas costas, não é, mas eu acho que isto é normal [...] quando as emoções fluem genuinamente, também existem componentes menos agradáveis” (P5Q4)</p>
Ruturas relacionais		
Circunstâncias desencadeadoras		
Decorrentes de fatores contextuais	As ruturas na relação psicomotricista-cliente podem ser desencadeadas por fatores contextuais, por exemplo a interrupção da terapia ou a relação entre o psicomotricista e a equipa.	<p>“estas alterações da relação também podem estar relacionadas com alguma fase de vida que a criança está, passar alguma mudança, por exemplo, quando há as mudanças de escolas do pré-escolar para o primeiro ciclo [...] em que se perde as referências [...] e há muito medo também de perder a terapeuta, e há maneiras muito diferentes de mostrar isso” (P2Q23)</p> <p>“as próprias condições de trabalho, o ambiente de trabalho, porque se não for um ambiente de trabalho organizador e onde não houver um verdadeiro espírito de equipa, e de entreaajuda e de compreensão dentro da equipa, é muito difícil sentires-te motivada, e estares lá, e dares o teu melhor para os utentes, mesmo sabendo que aquele é o teu trabalho” (P11Q20)</p>
Decorrentes do psicomotricista	As ruturas na relação psicomotricista-cliente podem ser desencadeadas pelo psicomotricista, por exemplo se não	“eu considero em primeiro lugar o meu cansaço, por hipótese. Reflito sobre ele” (P4Q23)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	estiver a fazer a compreensão correta do caso.	“pode ter a ver connosco” (P7Q13)
Decorrentes da família	As ruturas na relação psicomotricista-cliente podem ser desencadeadas pela família, por exemplo se a família transmitir ao cliente insegurança sobre a terapia.	“às vezes também são resistências da família, ou a família não está preparada para aceitar aquele tipo de trabalho e ir embora [...] eu acho que um dos motivos pode ser a resistência da família [...] se for uma questão de resistência, não vão voltar, porque está dependente do outro e não nosso, mas é a experiência que eu tenho” (P2Q22)
Decorrentes do cliente	As ruturas na relação psicomotricista-cliente podem ser desencadeadas pelo cliente, por exemplo pelas características da sua perturbação ou até da medicação.	“percebi que a mãe andava muito cansada da situação” (P4Q22) “não tem que ser uma relação...um problema na nossa relação. Pode ser uma situação da vida da criança que esteja a ser muito difícil de lidar, e nem ela tem consciência que é aquilo que está a fazer com que ela fique daquela forma” (P15Q22) “às vezes, os próprios miúdos desenvolvem alguma resistência às sessões, claro, porque estamos a viver coisas muito intensas, que eles gostariam que não existissem” (P21Q21)
Sentimentos do cliente	Sentimentos do cliente que surgem em situações de rutura relacional, como o abandono.	“parece que as questões do abandono vêm ao de cima e [...] às vezes nós sentimos que a criança sente isso quase como um abandono, essa quebra, como "então eu vinha aqui todos os dias...todas as semanas, e estas semanas não vim, onde é que tu estavas? Onde é que estiveste? Por que é que não vim aqui?"” (P1Q21) “onde é que tu estás que não fazes o teu papel?” (P5Q23)
Sentimentos do psicomotricista	Impotência	Em situações de rutura relacional, o psicomotricista sente-se impotente. “percebo que estou a chover no molhado” (P4Q22) “às vezes, acaba por ser uma bola de neve, que é, a criança mostra esse comportamento durante um mês, nós, se calhar, chegamos ao fim, à quinta sessão, e pensamos "então, mas por que é que ainda venho aqui?"” (P12Q22)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Julgamento de competência	Em situações de rutura relacional, o psicomotricista julga a sua competência profissional.	“um julgamento do meu trabalho, tipo o que é que eu não fiz bem” (P2Q23) “eu questiono, e ponho tudo em causa, e reformulo tudo” (P4Q11)

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do subtema 2.3.

Subtema 2.4 Outros Fatores

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.4. Outros fatores

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Família do cliente		
Relação cliente-família	A relação em terapia é influenciada pela relação que o cliente estabelece com os seus familiares mais próximos.	<p>“são crianças que [...] toda a gente as vê como negativas, como uma coisa má, e os pais estão cansados e estão pouco cooperantes [...] têm pouca aceitação daquilo que se está a passar” (P1Q24)</p> <p>“a mãe tinha um entendimento da criança que não lhe permitia integrar as coisas que eu ia orientando” (P4Q22)</p>
Relação psicomotricista-família		
Acompanhamento	A relação psicomotricista-família é influenciada pelo acompanhamento que o psicomotricista presta à família durante o processo terapêutico.	<p>“eu acho que essa relação não deve ser só estabelecida com a criança, isto quando falo com as crianças, mas também com as famílias, ou seja, essa relação também tem que ser estabelecida logo primeiramente na primeira entrevista que nós temos com a família, deixá-los à-vontade, estar atento àquilo que são as expectativas deles” (P9Q2)</p> <p>“nós acabamos por ter que intervir muito com as famílias, e capacitar as famílias para compreenderem o problema, saberem lidar, saberem dar as respostas mais adequadas” (P17Q10)</p>
Cooperação	A relação psicomotricista-família é influenciada pela cooperação entre a família e o psicomotricista durante o processo terapêutico.	<p>“os pais são elementos fundamentais para podermos fazer alguma coisa com os miúdos e, no geral, eu acho que consigo fazê-lo” (P5Q4)</p> <p>“os pais precisam de poder confiar em nós, para que tenham vontade de levar o filho mais vezes, e para que o filho sinta "não, os meus pais confiam nela, eu também vou poder confiar". Às vezes, é importante que as figuras de vinculação também tenham este papel” (P12Q17)</p>
Empatia	A relação psicomotricista-família é influenciada pela capacidade do	“é a empatia. E esta empatia, em termos profissionais, faz com que eu me desdobre para educar os pais, para fazer deles pessoas diferentes” (P4Q6)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.4. Outros fatores

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	psicomotricista empatizar com a família e as suas preocupações.	“também precisa aqui de muita empatia, às vezes, e do respeito pelos tempos dos pais, que às vezes é quase como eu estou sentada a ver a história dez passos à frente, mas os pais ainda estão dez passos atrás e eu tenho de ficar lá com eles, porque eles não aguentam a rapidez dos dez passos para a frente, não é? Se num passo para a frente gigante, não podem fazer dez” (P16Q16)
Contexto de intervenção		
Relação psicomotricista-equipa		
Valorização profissional	A relação em terapia é influenciada pela valorização profissional do psicomotricista pelos outros profissionais da equipa.	“também estares num local que não te permite fazer o trabalho que achavas que deverias estar a fazer, também pode não ser fácil” (P11Q20) “dão-me muita autonomia, não é, e eu aí tenho...como é que eu hei de dizer, organizo o serviço daquilo que eu acho...da forma que eu acho que seja a melhor para os utentes” (P14Q1)
Articulação	A relação em terapia é influenciada pela articulação entre o psicomotricista e os outros profissionais da equipa.	“temos outra componente que aprendemos com a experiência. Eu também aprendi que algumas coisas não se podem dizer, que temos que ter em atenção quais as áreas profissionais que estão connosco e ter a certeza que trabalhamos em conjunto e não nos sobrepôr uns aos outros” (P10Q5) “relação com a equipa também” (P11Q19)
Setting terapêutico		
Espaço físico	A relação em terapia é influenciada pelas condições do espaço onde decorre a terapia.	“é sempre a trocar, não tens sala fixa, não tens um <i>setting</i> fixo, não tens materiais fixos, não tens nada fixo, portanto é muito estares a trabalhar com os miúdos e dizeres, que qualquer momento, tipo aquele espaço pode já não ser, ou pode já não existir, ou pode...e isso a mim fazia-me muita, muita confusão, muita, muita confusão” (P2Q1) “eu tive muito cuidado de escolher as coisas do meu gabinete. Todas elas dão assim um arzinho, não está...faltam cá muitas coisas, está bem, mas tudo em conjunto, dá

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.4. Outros fatores

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Gestão temporal	A relação em terapia é influenciada pelo compromisso horário das sessões e pela sua duração e gestão temporal.	<p>um arzinho de casa da avó e, portanto, eu acho que isto acaba por tornar a relação muito mais próxima, e ser um espaço frio ou mais médico...arre, não! Não dá. Portanto, acho que o espaço ajuda depois também” (P8Q3)</p> <p>“isto é outra coisa que em termos terapêuticos é muito importante, os dias e as horas, e cumprir, porque depois permite-nos fazer limites” (P6Q14)</p> <p>“a relação terapêutica, quero dizer, o contexto terapêutico pressupõe algumas coisas, não é, que eu esteja naquele dia, àquela hora, disponível para aquela pessoa, não é, e estar disponível com umas pessoas corre muitíssimo bem, não é, nós não temos que definir regras, nem...o <i>setting</i> está perfeitamente construído e assimilado” (P21Q3)</p>

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do subtema 2.4.

Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora		
Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Relações do cliente extra-terapia		
Informação externa		
Família	As relações do cliente fora do contexto terapêutico podem ser fornecidas pela família do cliente.	<p>“na instituição quem referencia os adultos é o médico ou a assistente social, pedimos sempre ao adulto para vir com alguém de referência, a mãe, ou o pai, ou um amigo, e para a sala de entrevista entra a pessoa, o adulto visado, e falamos com essa pessoa” (P6Q17)</p> <p>“nas reuniões ou nas sessões que vou tendo com os pais, esporadicamente, também vamos aferindo essas questões, não é, de como é estão as relações lá fora [...] portanto, tento um bocadinho...tentar...vou sabendo, vou tentando perceber, gerir” (P13Q10)</p>
Outros profissionais	As relações do cliente fora do contexto terapêutico podem ser fornecidas por outros profissionais que acompanham o cliente.	<p>“nós temos os registos hospitalares, temos acesso a isso tudo [...] eu vou sabendo pelos registos dos meus colegas, se eles estão em psicologia ou em pedopsiquiatria, e em que normalmente aí vão acompanhados, e contam esse tipo de coisas [episódios de heteroagressividade], mas ali não costumam mostrar” (P1Q10)</p> <p>“também procuro sempre falar com os educadores, com os professores, para perceber como é que é a relação com eles e com os pares também, como é que é a forma como eles comunicam, como brincam...isso é sempre uma informação que eu tento procurar” (P9Q10)</p>
Observação		
Interação com a família	As relações do cliente fora do contexto terapêutico podem ser compreendidas por observação das interações do cliente com os seus familiares.	<p>“entra a família e a criança, entram todos no espaço de sessão, porque eu acho que depois também é um momento que nós já conseguimos perceber alguns indicadores da relação entre os dois” (P9Q17)</p>

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Interação com os pares	As relações do cliente fora do contexto terapêutico podem ser compreendidas por observação das interações do cliente com os seus pares.	<p>“posso ver que, às vezes, crianças que são mais...que dava para ver que se encostam aos pais, que "ok, eu tenho medo, mas tenho aqui esta pessoa que me vai confortar, que..." (P12Q18)</p> <p>“eu passo muito tempo nas escolas, a ver recreios. E a ver salas, num canto, tipo fantasma” (P16Q10)</p> <p>“às vezes quando faço visitas às escolas, se bem que é muito raro. É muito raro eu ir à escola, mas aí nós podemos ver como é que a nossa criança e o nosso adolescente está a interagir no seu grupo de pares [...] eu no internamento tenho uma mais-valia, que é, em momentos informais, eles interagem uns com os outros, e aquilo é quase...por exemplo, quando estão na sala da televisão, quando estão a jogar jogos, quando estão em tempo de refeição, eu tenho a possibilidade de os poder observar noutros contextos, que não só o contexto terapêutico” (P20Q10)</p>
Interação com outros profissionais	As relações do cliente fora do contexto terapêutico podem ser compreendidas por observação das interações do cliente com outros profissionais que o acompanham.	<p>“com os idosos, é assim, eu trabalhava em contexto de hospital e, portanto, conseguia ali ver mais ou menos as redes deles, como é que também os outros técnicos interagem com eles, ter atenção à história de vida” (P2Q10)</p> <p>“com os outros técnicos também me vai dizer a forma como ela interage nos outros ambientes” (P7Q10)</p>
Informação fornecida pelo cliente		
Comunicação verbal	As relações do cliente fora do contexto terapêutico podem ser fornecidas verbalmente pelo próprio.	<p>“com os miúdos, às vezes, falamos sobre isso, não é, eu vou perguntando dos amigos, lá fora, etcetera, coisas que eles vão trazendo espontaneamente para a sessão” (P13Q10)</p> <p>“pelo próprio <i>feedback</i> dos miúdos, "ai, sabes que agora já consigo brincar?" (P21Q12)</p>
Comunicação não-verbal	As relações do cliente fora do contexto terapêutico podem ser compreendidas	<p>“a criança transmite-nos sempre o que passa na família e é muito transparente nisso, nós conseguimos, às vezes, pelas dinâmicas, pelos jogos que elas trazem [...] pelo desenho...há sempre aqui uma manifestação muito transparente do que elas estão</p>

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
	pela observação da comunicação não-verbal do cliente.	<p>a sentir [...] se nós a soubermos escutar e quisermos ouvir, nós vamos perceber o que ela nos está a querer dizer” (P2Q10)</p> <p>“muito também por aquilo que elas mostram. Às vezes não dizem, mas mostram. Imagina, uma criança de três anos, vai-te dizer muito pouco, mas mostra-te o corpo dela a agir” (P15Q10)</p>
Pertinência da informação	Opinião do psicomotricista sobre a pertinência da recolha de informação relativa às relações do cliente fora do contexto terapêutico.	<p>“a mãe falou comigo o telefone, falou imenso ao telefone, foi daquelas mães que é muito difícil de parar, e tudo bem, mas tentei que ela não me dissesse muitos pormenores, não é, e falasse muito da relação delas, não queria ficar com isso” (P6Q17)</p> <p>“a linha é muito ténue às vezes [...] para mim é entre a cusquice e o benefício terapêutico. Se calhar, há coisas que são cusquice e que não é relevante, não é relevante. A pessoa tem direito à sua privacidade e à sua integridade, e eu não tenho nada a ver com isso” (P11Q10)</p>
Relação do cliente com o psicomotricista		
Informação externa	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser fornecida pela família do cliente ou outros profissionais que o acompanham.	<p>“aquilo que os pais contam, não é, que acontece, não é, quero dizer, coisas que eles vão dizendo, "ah, ele hoje de manhã acordou e dizia que ia ter consigo logo de manhã" ou "ontem disse que, quando amanhã fosse ter consigo, tinha que levar...", não é, são boas pistas” (P13Q11)</p> <p>“a própria psiquiatra, veio-me dizer que ela não gostava nada de mim [...] saiu da minha sessão e foi dizer à psicóloga que queria terminar comigo” (P19Q22)</p>
Comunicação verbal do cliente	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser fornecida pelo conteúdo da comunicação verbal do cliente.	<p>“pelo que eles vão transmitindo e dizendo [...] se eles me dizem que tiveram saudades minhas, ou se não dizem [...] e pelo que eles dizem” (P1Q11)</p> <p>“começam a partilhar contigo segredos ou histórias, ou vivências, que não partilhavam até então, não é...isto é normalmente uma coisa comum” (P5Q12)</p>
Comunicação não-verbal do cliente		

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Expressão vocal e silêncios	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela expressão vocal e silêncios.	<p>“a palavra só me preocupa mais tarde. Preocupa-me muito mais a prosódia, o ritmo, a entoação, a acentuação, a tonalidade, essas coisas todas” (P4Q14)</p> <p>“um silêncio mais prolongado” (P6Q11)</p>
Expressão emocional	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela expressão emocional.	<p>“ficam mais zangados também nas sessões” (P2Q22)</p> <p>“sempre que havia um momento de stress, entrava em choro” (P5QQ11)</p>
Expressão facial	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela expressão facial.	<p>“a expressão facial [...] todo o conjunto de expressões, não é, faciais [...] toda a parte da expressão não-verbal facial, portanto, toda a expressão [...] as expressões que sejam feitas” (P3Q13)</p> <p>“vemos através da expressão facial que está bem ali, que se sente bem, eu penso que é um sinal de que está à-vontade com o terapeuta, no sentido de ser uma evolução” (P14Q25)</p>
Olhar	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pelo olhar e/ou contacto ocular.	<p>“de uma forma, mais ou menos geral, as pessoas que têm dificuldade em olhar olhos nos olhos, quando conhecem mais as pessoas, conseguem fazê-lo, à medida que vão conhecendo mais e que vão ficando mais à-vontade” (P6Q13)</p> <p>“há sempre uma coisa que nos dá sinal, que é o contacto ocular [...] fugia o olhar, olhava meio de lado, esguio [...] o olhar” (P8Q22)</p>
Tonicidade	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pelas alterações do estado tónico.	<p>“mais tenso, no fundo, significa que também está menos à-vontade com a nossa presença no espaço de sessão. Se estiver com um corpo mais calmo” (P9Q13)</p> <p>“eu acho que, quando é seguro, a criança é capaz de relaxar [...] ou seja, essa questão do relaxares, tem muito a ver com a tonicidade” (P20Q12)</p>
Toque e acesso à passividade	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pelas	<p>“quando já temos ali uma relação bem consolidada, já procuram o toque, já estão mais abertos à relação” (P1Q12)</p>

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Atividade motora	<p>permissões/solicitações de toque e/ou pelo acesso à passividade.</p> <p>A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela sua atividade motora, incluindo excesso/diminuição de atividade e/ou tiques motores.</p>	<p>“o toque [...] o dar as mãos a caminho da sessão [...] acho que é muito as questões do toque, temos aqueles miúdos que se aproximam de nós de mão dada, ou que...não é, que querem muito o nosso contato, nos momentos de ir e vir” (P13Q12)</p> <p>“depois, aqui, começamos a perceber que há aspetos no corpo, no tronco, tiques, muitos tiques que às vezes têm na mão, já para mostrar mais ansiedade, desconforto, que são característicos depois de algumas crianças” (P12Q12)</p> <p>“às vezes, por exemplo, há miúdos muito agitados que, de repente, há uma sessão em que entramos e ele fica ali sentado no chão a contar-me, durante dez minutos, como é que foi o fim-de-semana, eu digo "olha, há uma coisa diferente"" (P21Q12)</p>
Postura corporal	<p>A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela sua postura corporal, por exemplo posição dos membros e/ou afastamento do seu eixo.</p>	<p>“uma criança insegura, que perceciona no seu envolvimento insegurança e, portanto, responde corporalmente fechando-se” (P5Q13)</p> <p>“há coisas que podemos dizer que claramente que um cruzar os braços é uma atitude defensiva” (P7Q13)</p>
Proxémia	<p>A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela relação espacial entre os dois corpos.</p>	<p>“a distância que essas duas pessoas estabelecem entre elas” (P10Q18)</p> <p>“o estarmos virados para aquela pessoa enquanto estamos a falar, ou estarmos...o nosso corpo estar virado para outra coisa” (P18Q7)</p>
Interação com os materiais	<p>A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela sua interação com os materiais e o espaço.</p>	<p>“observo a forma como ela interage com as coisas à volta dela, e que se estiver zangado comigo, por alguma razão, vai ser diferente a forma como ela vai interagir com as coisas à sua volta. Às vezes estão só zangados, e eu não identifico que é comigo, às vezes os miúdos já vêm zangados. E projetam depois para a sessão, e deixam ali a zanga toda [...] [a reatividade] com que interagem com os objetos à volta” (P15Q11)</p> <p>“a criança não estava preparada para isto, e ela destruiu a casa toda que nós tínhamos demorado, sei lá, meio mês de sessões para construir” (P16Q22)</p>

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Tempo e ritmo	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida por indicadores de tempo e ritmo, por exemplo sincronização de ritmos corporais ou repetição de atividades/movimentos.	“há sincronia corporal, quando não há o olhar, mas há ali um ritmo igual de corpo, um dar e receber que é igual, há fluência na sessão...as coisas vão correndo de uma forma muito fluída” (P2Q11) “procura a repetição” (P4Q12)
Pontualidade e assiduidade	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela sua pontualidade e/ou assiduidade, incluindo a reação a eventuais atrasos ou imprevistos na marcação da sessão.	“chegam atrasados [...] a clínica onde eu trabalho é uma casa velha, velhinha, já antiga, remodelada, e a sala de Psicomotricidade é no último andar, portanto, os miúdos têm de subir escadas para chegar lá, e nós percebemos logo se eles querem muito vir ou não, porque se vêm a correr e a subir, querem muito estar, se demoram muito tempo, se param, se ficam, começamos logo a perceber que se calhar” (P2Q22) “ou então sentimos que, por exemplo, desmarca as consultas. E não pede marcação, ou então pede marcação e volta a desmarcar, sentimos que há ali um...aconteceu ali qualquer coisa, não percebemos bem o que é que foi, mas houve ali uma rutura [...] muito mais intolerante pelos tempos de espera ali na sala de espera” (P19Q22)
Disponibilidade	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela sua disponibilidade para realizar as atividades propostas.	“a disponibilidade corporal para com as coisas que apresentamos, isto é, se a disponibilidade corporal para iniciar coisas [...] tentam evitar sugestões nossas e tentam impor as deles [...] a disponibilidade corporal para as coisas” (P8Q22) “eles estarem disponíveis para realizarem as atividades que nós levamos, ou às vezes o desinteresse, acho que é muito pelo desinteresse na sessão” (P18Q11)
Ligação com o psicomotricista	A perspetiva do cliente sobre a relação que estabelece com o psicomotricista pode ser compreendida pela ligação e envolvimento do psicomotricista nas atividades.	“todos os jogos são em parceria, e mesmo no jogo simbólico, ela tenta-nos sempre meter aqui em parceria com ela, e nunca em competição” (P12Q22) “eu sei que ele está em relação comigo, mas, se calhar, pelo número de vezes que diz o meu nome, pelo número de vezes que vai puxar a minha mão, pelo número de vezes que dirige uma bola” (P20Q13)

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Sinais generalizáveis	Os sinais não-verbais utilizados pelo psicomotricista para compreender a perspetiva do seu cliente acerca da relação que estabelecem podem ser generalizados para compreender todas as relações estabelecidas entre psicomotricistas e clientes.	<p>“se calhar, eu cometo um erro generalizar, mas então se cometo o erro, tenho-me dado bem com esse erro. Ou seja, quando eu sinto o olhar ou a disponibilidade corporal a afastar-se, para mim são alertas imediatos, e tenho-me dado bem, porque efetivamente há causa-efeito, não é, portanto, eu sinalizo e voltamos de imediato [...] eu tenho visto como um padrão, posso estar errado, até hoje não me dei mal, portanto, eu vou generalizar e vou pôr como o meu padrão de retirar estas informações” (P8Q13)</p> <p>“há uma ou outra coisa que é generalizável, não é, se a pessoa está retraída, se está muito fechada, à partida está nervosa com a minha primeira visita, por exemplo” (P17Q13)</p>
Ambiguidade comunicativa		
Sinais não generalizáveis	Os sinais não-verbais utilizados pelo psicomotricista para compreender a perspetiva do seu cliente acerca da relação que estabelecem não podem ser generalizados para compreender todas as relações estabelecidas entre psicomotricistas e clientes.	<p>“eu acho que nem sempre o que uma criança nos dá como indicador de uma relação segura, é o que a outra...ou seja, não é igual entre as crianças [...] acho que é muito particular de criança para criança” (P9Q24)</p> <p>“não. Não é. Não é. Jamais! Jamais. Não há generalizações, não é, não há generalizações [...] não há generalizações, não pode haver, não é? Se eu achar que isto quer dizer não sei o quê, quero dizer, eu aceito, eu aceito que como há vários manuais de "conheça o que é que a linguagem não-verbal quer dizer, se fizer isto está disponível, se fizer aquilo não está disponível", há sim umas generalizações, no geral, se estivermos numa conversa entre amigos, se não sei o quê, tudo bem, em contexto terapêutico não há generalizações. Acabou-se, ponto final” (P21Q13)</p>
Sinais não autossuficientes	Os sinais não-verbais utilizados pelo psicomotricista para compreender a perspetiva do seu cliente acerca da relação que estabelecem devem ser entendidos numa contextualização alargada, pois um único sinal não é	<p>“acho que uma coisa isolada é sempre um risco, não é, não ver os vários parâmetros de forma integrada [...] não utilizaria um fator único de interpretação [...] utilizaria sempre um sistema integrado, não é, de várias informações não-verbais” (P3Q13)</p> <p>“é um conjunto de coisas [...] várias peças de <i>puzzle</i>, sim. Se o outro for um <i>puzzle</i>, cada parâmetro é uma peça, e nós temos que juntar várias, e nem sempre</p>

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Duplos significados	<p>suficiente para extrair conclusões sobre a relação.</p> <p>Os sinais não-verbais utilizados pelo psicomotricista para compreender a perspectiva do seu cliente acerca da relação que estabelecem podem apresentar mais do que um significado ou interpretação.</p>	<p>conseguimos chegar à resolução desse <i>puzzle</i> e perceber, ou perceber pelo menos a razão ou a causa para aquele comportamento estar a acontecer” (P15Q13)</p> <p>“há sinais do corpo que tem mensagens amplas, difusas, mas são mensagens, e o tónus eu acho que é um desses sinais. Ele tem uma mensagem mais difusa” (P5Q13)</p> <p>“uma coisa é eu poder dizer que uma criança que me olha mais nos olhos, ou um adolescente, está mais ligado, mas também pode olhar mais nos olhos naquele momento numa atitude provocatória” (P21Q13)</p>
Camuflagem	<p>Os sinais não-verbais utilizados pelo psicomotricista para compreender a perspectiva do seu cliente acerca da relação que estabelecem podem ser manipulados pelo cliente, apresentado um significado diferente ou até inverso.</p>	<p>“as crianças <i>borderline</i>, que nos mostram ali umas características mais sedutoras e no fim, vamos a ver, e afinal nós estivemos ali com uma criança que não é nada daquilo” (P1Q13)</p> <p>“normalmente isso não acontece também só porque sim, não é, mas também pode ser uma forma...e também há que distinguir, não é, há crianças que vêm e atuam ruturas relacionais e, na verdade, elas estão ligadas, mas elas precisam de atuar isto para poder viver a reparação dessa rutura de outra forma” (P5Q23)</p>
Monitorização da relação psicomotricista-cliente		
Perceção do psicomotricista	<p>A relação psicomotricista-cliente pode ser monitorizada pela perceção do psicomotricista, ou seja, pelo que o psicomotricista sente, sem critérios objetivos.</p>	<p>“isso tem muito a ver com aquilo que nós percecionamos daquilo que é observável, não é, quando estamos na relação” (P3Q11)</p> <p>“é tão sentido...sentir, que até é difícil [...] porque é. Porque como é que se percebe? Percebe-se” (P15Q22)</p>
Observação e comparação	<p>A relação psicomotricista-cliente pode ser monitorizada pela comparação das observações realizadas no início da intervenção e no momento da rutura relacional. Podem ser comparados</p>	<p>“conforme nós conhecemos o utente, nós já temos noção do que é que é o normal, não é, daquele utente, e o que é que é a evolução, que é o que é que fugiu desde o que nós vimos numa fase inicial, na avaliação inicial” (P14Q13)</p>

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Evolução	<p>fatores como o estilo relacional do cliente e a sua disponibilidade, pela análise dos sinais não-verbais.</p> <p>A relação psicomotricista-cliente pode ser monitorizada pela aquisição dos objetivos terapêuticos e/ou pelo <i>feedback</i> de evolução noutros contextos de vida do cliente, por exemplo dos professores ou familiares.</p>	<p>“a forma de medir é através da avaliação, é o momento inicial, avaliar, perceber como é que ele interage, qual é a postura, e passado seis meses, avaliar de novo, e perceber como é que foi a mudança da postura, e aí perceber” (P20Q11)</p> <p>“mostra-me evolução, mostra-me que as estratégias, o meu funcionamento e o meu processo de comunicação está a dar resultado” (P4Q11)</p> <p>“se não houver estas manifestações não-verbais, portanto, do ponto de vista afetivo as coisas estiverem a correr bem, um dos indicadores muito importantes é a evolução, ou não, de acordo com o plano terapêutico” (P10Q25)</p>
Instrumentos de avaliação	<p>A relação psicomotricista-cliente pode ser monitorizada com recurso a instrumentos de avaliação específicos.</p>	<p>“nós até temos uma escala lá, para utentes que não conseguem verbalizar ou que têm pouco grau de entendimento, que é uma escala analógica de satisfação, que é a EVA-S, e que são carinhas, portanto em que elas conseguem facilmente apontar se estão contentes, se não estão, vai desde o triste até um sorriso muito aberto, pronto, e isso é uma das formas de nós conseguirmos avaliar” (P14Q12)</p> <p>“existem escalas de satisfação da relação, por acaso. Agora não me estou a lembrar de nenhuma, mas há escalas, não sei se...não me estou a lembrar de nenhuma, mas acho que se chama...é uma escala não é satisfação na relação terapêutica, mas é qualquer coisa de aliança terapêutica, que se pode aplicar. Isso poderia ser interessante aplicarmos nas nossas sessões [...] seria interessante podermos perceber como é que é a nossa aliança terapêutica nas sessões, que tipos de relação é que se estabelecem, e os níveis de satisfação relacional, dentro das sessões, como é que a pessoa avalia...há escalas típicas para isso e até acho que podem ser favoráveis, e dão também uma certa orientação à terapia. Acho que essas escalas acabam por ser mais úteis ao terapeuta, para sinalizar, também para perceber o que é que pode...mas vale o que vale, também, não é? Também é a subjetividade do cliente, não é? Eu acho que há outros dados da comunicação” (P19Q25)</p>

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Relações sem padrão	A relação psicomotricista-cliente não pode ser descrita por um padrão comum.	“a relação vai crescendo, e vai moldando, e vai evoluindo, e vai regredindo também” (P11Q14) “cada relação é diferente, sem dúvida, até porque cada utente vai-nos pedir coisas diferente” (P18Q24)
Relações padronizadas	A relação psicomotricista-cliente pode ser descrita por um padrão comum.	“existe um padrão de relação que é para todos os casos” (P4Q24) “acho que se calhar pode haver um padrão, mas com algumas exceções. Ia dizer que todas são diferentes, porque são, não é, mas acho que há uma espinha comum [...] a relação que eu estabeleço com os jovens acaba por ser similar” (P17Q24)

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 3.

Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora		
Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Processo de resposta terapêutica		
Reflexão		
Sobre a situação	As respostas dadas ao cliente envolvem um processo de reflexão sobre a situação em causa.	<p>“primeiro vou tentar perceber, por que é que ele fez aquilo” (P8Q13)</p> <p>“tentar perceber, primeiro, o que é que houve para ter havido esta alteração ou se houve alguma coisa, perceber se foi da nossa parte” (P18Q23)</p>
Sobre as características do cliente	As respostas dadas ao cliente envolvem um processo de reflexão sobre as suas características pessoais e/ou história de vida.	<p>“há utentes que eu já sei que me vão responder sempre assim, sempre, e então eu já levo a estratégia preparada” (P10Q14)</p> <p>“com o facto de conhecer, e já sabemos automaticamente que aquela criança depois vai precisar daquilo” (P12Q8)</p>
Intuição/ imediatismo		
Com base na experiência	As respostas dadas ao cliente no imediato são resultado da experiência do psicomotricista com indivíduos com características similares.	<p>“e se calhar às vezes até já o fazemos [...] de forma não pensada [...] aquilo é uma estratégia, mas não estamos a pensar na lista de estratégias que temos para ultrapassar aquilo. E eu acho que ao longo dos anos e com o trabalho que fazemos, isso passa a ser parte da nossa autenticidade enquanto terapeutas” (P1Q7)</p> <p>“às vezes é preciso ter um bocadinho de sangue-frio, não é, estar suficientemente tranquilo, não entrar em pânico, isto também é uma coisa que se vai ganhando” (P5Q14)</p>
Com base no que o psicomotricista sente	As respostas dadas ao cliente no imediato são resultado do que o psicomotricista sente que é mais adequado fazer naquele momento.	<p>“a primeira noção é aquela em que nós devemos acreditar, e acreditamos não no sentido de ficar por ela, mas ela estar presente na condução da nossa observação e da nossa análise das situações” (P4Q3)</p> <p>“acho que acaba por ser um bocadinho intuitivo” (P13Q14)</p>
Exemplos de respostas terapêuticas		

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Trabalho direto com o cliente		
Definir limites	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode definir limites, por exemplo, estabelecer regras, delimitar o espaço ou repreender uma ação definindo limites de comportamento.	<p>“por exemplo com este menino, o que é que eu devo permitir, o que é que eu não devo, será que devo permitir que ele me toque? Será que não devo permitir? Onde é que eu não devo permitir que ele me toque? Até onde é que ele pode chegar? O que é que eu estou confortável para fazer ou o que é que eu não estou confortável para fazer? [...] eu acho que devemos ter poucas barreiras em Psicomotricidade [...] mas devemos ter barreiras do até onde é que eu me sinto confortável para ir” (P1Q9)</p> <p>“para outras crianças até conseguirmos estabelecer a tal relação terapêutica implica que todas as semanas eu tenho que relembrar as regras, as normas, os limites, relembrar quem somos, o que estamos a fazer” (P21Q3)</p>
Conter e dar espaço	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode gerir a proximidade com o cliente, contendo-o ou dando-lhe mais espaço, com vista a diferentes objetivos, por exemplo confortar, permitir a exploração ou dar autonomia.	<p>“voltar a mostrar que nesse espaço de sessão que nós estamos disponíveis, e que vamos continuar disponíveis para ouvir e para sentir a criança, e continuar a explorar com ela todo o ambiente, e voltar à relação empática de mostrar à criança aquilo que ela está a sentir” (P9Q23)</p> <p>“quando ele quiser e estiver preparado para isso, pode vir falar comigo que eu estou por ali, e é isso, dar-lhe espaço também para ele perceber o que é que é bom para ele, e o que é que ele precisa naquele momento” (P18Q14)</p>
Empoderar	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode empoderar o cliente, pelo momento e pela forma como pode realizar as atividades, por exemplo apresentando-lhe algumas variantes para realizar uma atividade e permitindo que escolha como quer fazer.	“dar várias hipóteses à pessoa para desenvolver uma determinada atividade...“olhe, pode estar em pé, mas também pode estar deitado, olhe, se quiser pode estar virado para ali, pode no entanto vir mais para ao pé de mim, podemos utilizar aqui este objeto, se isso for mais confortável para si, portanto veja lá”...eu deixo muito assim a coisa à-vontade, não é, portanto para a pessoa também escolher [...] dar-lhe algum controlo sobre a sessão, sobre o que é que estamos a fazer-lhe, dar-lhe ferramentas ela, ela ter a perceção de que também está ali como um agente ativo, não é, e que pode escolher aquilo que é mais confortável para ela, em detrimento daquilo que não é confortável, e que isso não tem problema absolutamente nenhum. Portanto,

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Validar e confrontar	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode validar os sentimentos do cliente, e confrontá-lo com a sua mudança na forma de estar e de agir naquela relação.	<p>não há expectativas [...] não existe a questão da performance, eu acho que é importante para as pessoas” (P3Q14)</p> <p>“é um direito que as pessoas têm, é um direito de escolha, "olhe, parece-me que as coisas não estão bem, não estão aqui a fluir bem. Há outros terapeutas", dar o direito de escolha à pessoa, e às vezes isto é transformador, porque a outra pessoa pensa "Ok, mas a outra pessoa respeita-me mesmo, porque está-me a dar hipótese de escolha"" (P7Q23)</p> <p>“há uma questão que eu estou a sentir, eu acho que no momento tenho que transmitir isso e tentarmos perceber [...] nós temos que ser espelhos, não é e, portanto, eu acho que dando este espelho de "eu estou a sentir isto e acho que alguma coisa se passa ou alguma coisa mudou"...sendo este espelho, a pessoa vai reagir, isto é como uma pessoa estar-se a ver ao espelho e não gosta do cabelo que está mal, não é, faz assim para acertar, eu tento por provocar isto na dinâmica, portanto, tento provocar que "vê aí que o cabelo não está muito bem, queres consertar o cabelo?", e ele vai-me dizer que sim ou que não, se quiser acertamos, senão continuamos. No dia a seguir, quando ele vem outra vez ao espelho, eu vou-lhe dizer a mesma coisa se eu continuar a sentir que aquilo não está bem” (P8Q23)</p> <p>“levantando se calhar algumas hipóteses do que possa ter acontecido, e perceber o que é que está a afetar e impossibilitar a relação” (P20Q23)</p>
Esclarecer o sucedido e reconhecer o erro	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode esclarecer a situação que levou à rutura e reconhecer se o erro foi cometido por si.	<p>“se cometeste um erro tremendo, tens de te corrigir, não é, tens de corrigir” (P5Q23)</p> <p>“aí, temos que ser capazes de lhes dizer, quero dizer, que fizemos isto só porque nos assustámos, porque achámos que ele se ia magoar, ou que nos ia magoar a nós, mas sabemos que não era...quero dizer, que no fundo sabemos que ele não fez por mal [...] ou seja, tentar um bocadinho...ou que fez por mal, que às vezes também pode acontecer, não é, de serem meninos que fazem qualquer coisa por mal [...] de alguma maneira, fazer a leitura daquilo” (P13Q23)</p>

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Promover dinâmicas relacionais	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode promover dinâmicas relacionais, que exijam contacto, interação e/ou relação.	<p>“se a pessoa tiver mais défices e não for capaz de nos transmitir isto nem de uma forma verbal, nem de uma forma não-verbal, então temos que tentar entrar por outro caminho, ou fazer atividades que nós sabemos de antemão que são muito significativas para essa pessoa, para ver se a conseguimos outra vez resgatar desse seu estado interior, ou se por outro lado” (P10Q11)</p> <p>“isso depende da criança e depende das características da criança. Eu naquele caso soube que tinha de voltar ao chão. Voltar ao chão que é uma coisa mesmo muito primitiva, não é, que é voltar simplesmente a termos o corpo em contacto com o chão, a haver o fugir, o fugir-apanhar, o esconder-encontrar, não é? Voltámos para depois passarmos outra vez aos médicos” (P16Q23)</p>
Ir ao encontro dos interesses	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode propor atividades que vão ao encontro dos interesses do cliente.	<p>“a partir do primeiro ciclo, já são crianças que se nós conseguirmos brincar um bocadinho com elas, ou pedir para fazer um desenho, falar sobre os desenhos animados, já se entregam totalmente” (P14Q17)</p> <p>“uma pessoa com uma depressão grave não se vai motivar intrinsecamente, tem de se procurar qualquer coisa extrínseca que vá criar novas experiências, novos sucessos e, aí, sim, acaba por a motivação reaparecer” (P17Q3)</p>
Redefinir o projeto terapêutico	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode redefinir o projeto terapêutico, revendo objetivos, propostas e estratégias.	<p>“temos que repensar tudo outra vez, como é que vamos inserir isto, de outra forma, para que ele goste” (P12Q24)</p> <p>“temos que repensar o projeto terapêutico. Pensamos com a pessoa, voltamos a falar com a pessoa para analisar e ver o que é que podemos fazer de diferente, etecetera” (P19Q25)</p>
Pausar ou cessar a intervenção	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode propor realizar uma pausa na intervenção. Se não for possível recuperar a relação em	“e se eu chegar a esta conclusão, destas duas coisas, eu falo com os pais no sentido de fazermos uma paragem, depois dou um tempo para fazer uma reavaliação da situação e logo veremos se continuamos ou não continuamos. E os pais aderem muito bem a isto” (P4Q21)

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora

Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Reencaminhar	<p>terapia, o psicomotricista pode propor o término da intervenção.</p> <p>Se não for possível recuperar a relação em terapia, o psicomotricista pode reencaminhar o cliente para outro profissional que lhe pareça mais competente para o caso.</p>	<p>“se ela não atende, se ela não aparece, nós temos de fazer esse luto, temos de pôr o ponto final” (P6Q23)</p> <p>“também temos que ser humildes ao ponto de passar o caso para um colega que achemos que esteja mais disponível para trabalhar aquele tipo de caso” (P2Q19)</p> <p>“mais vale, se calhar, ser outro técnico a trabalhar aquela pessoa” (P17Q19)</p>
Trabalho direto com a família		
Conversar	<p>Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode conversar com a família, para empatizar e melhor compreender as preocupações.</p>	<p>“e também falar com eles [pais] e tentar perceber e empatizar com as preocupações deles e com as resistências deles sem julgar, mas tentar dar significado emocional a essa resistência” (P2Q23)</p> <p>“se a criança, efetivamente, não nos diz...isto está a começar a ser frequente, ela não me diz o que é que se está a passar, diz que não...se calhar, falávamos com a família, perceber se houve aqui algum episódio em casa ou na escola, que esteja a mudar o comportamento. Ou antes de dizer que a criança já está cansada de ir lá, perceber "então, mas como é que está o comportamento? Vamos fazer uma reunião só para perceber como é que está o comportamento da criança"...assim uma coisa sem motivo e, se calhar, depois os pais até me dizem "ah, mas aconteceu isto". Acho que aí pode surgir ver essas diferenças” (P12Q22)</p>
Trabalhar a família	<p>Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode trabalhar competências da família que se revelem frágeis e/ou trabalhar o modo como esta olha para o cliente.</p>	<p>“depois um dia expliquei à mãe que para mim não existe essa coisa do portar bem e do portar mal, porque se ele se porta mal nalguns sítios ele vem cá para que eu o ajude a portar-se bem. De maneira que não faz sentido para mim ele portar-se bem ou portar-se mal na minha sessão” (P4Q19)</p> <p>"depois tenho outra frente, que é ajudar estes pais a entenderem o seu perfil evitante, e a transformarem esse perfil em algo mais securizante e que responde às necessidades do seu filho [...] trabalhar com quem está com este miúdo a maior parte das vezes, e fazê-los entender isto, não é, esta será a forma. E transforma-se, não é</p>

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora		
Categoria		
Subcategoria primária	Operacionalização	Exemplos de unidades de registo
Subcategoria secundária		
Trabalho interno do psicomotricista		
Ajustar expectativas	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode ajustar as suas expectativas para com o cliente e a sua possível evolução.	<p>uma coisa que vá perpetuando, digamos assim, o processo, e que o vá contaminando” (P8Q20)</p> <p>“há casos que às vezes se transformam, em que a coisa parece uma coisa num primeiro momento, e de repente temos um bicho-papão por trás, e percebemos que eh pá, isto é do piorio, não é, e aí temos que fazer alguma transformação em nós” (P8Q19)</p> <p>“ajustar expectativas é muito importante, as expectativas que tens para o serviço, e arranjar estratégias, acho que também é fundamental” (P11Q20)</p>
Ajustar disponibilidade	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode ajustar a sua disponibilidade relacional, em sessão no trabalho direto com o cliente e/ou quando termina a sessão para conseguir distanciar-se.	<p>“eu tenho que fazer este trabalho em mim, que é "ok, o meu click está a baixar, eu tenho de me colocar disponível” (P6Q18)</p> <p>“se eu sou capaz enquanto terapeuta de me organizar, me reestruturar e criar estratégias para trabalhar com essa pessoa? Eu penso que sim, na maioria das vezes” (P10Q20)</p>
Pedir ajuda a outros profissionais	Para (re)ajustar a relação em terapia, o psicomotricista pode pedir ajuda a outros profissionais, por meio de supervisão, intervisão ou terapia pessoal, por exemplo para entrar em relação com o cliente, compreender melhor o caso ou potenciar a sua competência relacional.	<p>“discuto em equipa antes de mais [...] tentar perceber com o resto da equipa também, como é que as coisas vão [...] se for numa equipa, acho que podemos sempre recorrer à equipa [...] um caso no privado, não há equipa [...] em qualquer uma das situações acho que se pode recorrer a supervisão, porque eu acho que isso ajuda muito” (P3Q19)</p> <p>“nesse caso, eu iria procurar aquilo que eu pudesse, honestamente, com pessoas muito mais experientes do que eu...se com algumas ferramentas que me pudessem dar, eu pudesse conseguir chegar à pessoa de uma outra forma” (P15Q19)</p>

Nota. Esta tabela apresenta a operacionalização das categorias e exemplos de unidades de registo que foram incluídas nas respetivas categorias do tema 4.

Anexo 4

Categorização das Unidades de Registo

Tema 1 Fatores de Influência para o Perfil Relacional do Psicomotricista**Subtema 1.1 Percurso Profissional**

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista			
1.1. Percurso profissional			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Escolha profissional			
Motivação			
Saúde	(P1Q1) (P9Q1) (P11Q1) (P12Q1)	(P7Q1) (P10Q1) (P18Q1) (P19Q1)	(P4Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Corpo e movimento	(P17Q1)		(P4Q1) (P13Q1)
Outra	(P17Q1)	(P16Q1)	(P6Q1)
Descoberta da Psicomotricidade	(P9Q1) (P11Q1) (P12Q1) (P17Q1)	(P7Q1) (P10Q1) (P18Q1) (P19Q1)	(P5Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Representação da Psicomotricidade pré- formação	(P1Q1) (P9Q1) (P12Q1)	(P7Q1) (P16Q1) (P19Q1)	(P3Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Planeamento	(P11Q1) (P17Q1)	(P2Q1) (P10Q1) (P16Q1) (P19Q1)	(P4Q1) (P5Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Formação			
Psicomotricidade	(P8Q2) (P9Q1) (P17Q1)	(P10Q1) (P16Q1) (P18Q1) (P19Q1)	(P4Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Outras formações	(P8Q1) (P8Q26) (P9Q1) (P11Q1)	(P7Q5) (P10Q26) (P15Q14) (P20Q16) (P20Q26)	(P4Q1) (P14Q26)
Prática profissional			
Representação da Psicomotricidade pós- formação			
Áreas de intervenção		(P10Q2)	(P5Q1) (P6Q1) (P14Q15)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria	< 5 anos n = 6	5 - 10 anos n = 8	> 10 anos n = 7
Subcategoria primária			
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Compreensão pela latência		(P2Q1) (P7Q2) (P15Q2) (P19Q24)	(P4Q1) (P4Q3) (P4Q4) (P4Q10) (P14Q15)
Intervenção relacional	(P1Q1) (P8Q26) (P8Q2) (P9Q2) (P9Q14) (P11Q2) (P11Q18) (P12Q1) (P12Q2) (P17Q2)	(P10Q2) (P10Q3) (P15Q1) (P15Q2) (P15Q3) (P16Q2) (P16Q3) (P16Q15) (P18Q2) (P19Q2) (P20Q2)	(P3Q2) (P4Q1) (P4Q2) (P5Q2) (P6Q2) (P6Q26) (P14Q3) (P21Q2)
Mediação corporal	(P8Q1)	(P2Q1) (P15Q1) (P15Q2) (P16Q7)	(P4Q2) (P4Q3) (P5Q1) (P6Q1)
Crítica à intervenção dicotômica instrumental- relacional		(P2Q1) (P10Q2) (P15Q2) (P20Q2)	(P4Q2) (P4Q3) (P5Q1)
Incerteza	(P8Q1)	(P2Q1) (P15Q1) (P20Q1)	(P14Q15)
Profissionais de referência			
Agentes ativos no percurso formativo ou profissional		(P16Q1) (P20Q1)	(P4Q1) (P6Q9)
Obra significativa			(P4Q1) (P4Q2) (P6Q2) (P6Q22) (P21Q20)
Contextos			
Academia	(P11Q1)		(P3Q1) (P4Q1) (P6Q1)
Hospital	(P1Q1) (P9Q1) (P12Q1) (P17Q1)	(P2Q1) (P7Q1) (P10Q1) (P15Q1) (P19Q1) (P20Q1)	(P3Q1) (P4Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P21Q1)
Clínica	(P8Q1) (P12Q1) (P17Q1)	(P2Q1) (P7Q1) (P10Q1) (P16Q1) (P20Q1)	(P3Q1) (P4Q1) (P5Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Instituição	(P8Q1) (P9Q1) (P11Q1) (P12Q1) (P12Q3) (P17Q1)	(P2Q1) (P7Q1) (P16Q1) (P18Q1)	(P6Q1) (P6Q3) (P14Q1)
Outros		(P7Q1) (P15Q1) (P19Q1)	(P14Q1)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria	< 5 anos n = 6	5 - 10 anos n = 8	> 10 anos n = 7
Subcategoria primária			
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Faixas etárias			
Infância	(P8Q1) (P9Q1) (P12Q1) (P17Q1)	(P2Q1) (P7Q1) (P15Q1) (P19Q1)	(P4Q1) (P5Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Adolescência	(P9Q1) (P12Q1) (P17Q1)	(P7Q1) (P15Q1)	(P5Q1) (P14Q1) (P21Q1)
Adulterez	(P8Q1) (P9Q1) (P11Q1) (P12Q1)	(P7Q1) (P10Q1) (P15Q1) (P19Q1) (P19Q17)	(P3Q1) (P6Q1) (P14Q1)
Geriatrics		(P2Q1) (P10Q1) (P16Q16) (P19Q1)	(P3Q16) (P14Q1)
Caráter de intervenção e problemáticas			
Prevenção		(P2Q1) (P7Q1)	(P14Q1)
Reabilitação psicossocial	(P11Q1) (P11Q10) (P17Q1)	(P15Q1)	
Perturbações mentais, comportamentais ou de desenvolvimento neurológico	(P1Q1) (P8Q1) (P9Q1) (P11Q1) (P11Q3) (P12Q1) (P17Q1)	(P2Q1) (P7Q1) (P10Q1) (P15Q1) (P16Q1) (P19Q1)	(P3Q1) (P4Q1) (P4Q5) (P5Q1) (P6Q1) (P13Q1) (P14Q1)
Outras condições de saúde	(P11Q1)	(P2Q1) (P10Q1)	(P4Q1)
Fatores contextuais		(P2Q1) (P7Q1) (P16Q1)	(P4Q5) (P14Q1)
Características de intervenção			
Sessões individuais	(P1Q1) (P8Q1) (P11Q10)	(P15Q1) (P20Q1)	(P4Q1) (P6Q3) (P21Q1)
Sessões de grupo	(P1Q1) (P1Q16) (P11Q3)	(P2Q1) (P15Q1) (P20Q1)	(P4Q1) (P6Q3) (P14Q1) (P21Q1)
Intervenção espontânea	(P1Q3)	(P2Q1) (P15Q9) (P16Q17) (P16Q16) (P20Q8)	(P4Q9) (P4Q15) (P14Q14)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.1. Percurso profissional

Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Intervenção relacional	(P8Q1) (P11Q2)	(P2Q1) (P2Q8) (P7Q1) (P16Q11) (P4Q1) (P14Q2) (P14Q3) (P16Q17) (P19Q2)	
Intervenção em equipa multidisciplinar	(P1Q16) (P11Q1) (P11Q19) (P11Q9) (P17Q1)	(P2Q1) (P15Q1) (P18Q26) (P19Q17) (P14Q1) (P14Q17) (P21Q17) (P19Q26)	

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do subtema 1.1.

Subtema 1.2 Perspetiva Concetual da Relação

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista									
1.2. Perspetiva concetual da relação									
Categoria	< 5 anos			5 - 10 anos				> 10 anos	
Subcategoria primária	n = 6			n = 8				n = 7	
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)			(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)				(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)	
Fatores de influência nas relações interpessoais									
Decorrentes de cada indivíduo									
Personalidades	(P1Q6)	(P9Q5)	(P11Q10)	(P12Q6)	(P2Q6)	(P15Q6)	(P16Q6)	(P18Q6)	(P14Q6)
	(P17Q6)				(P19Q5)	(P20Q6)			
Contextos de vida e vivências pessoais	(P9Q5)	(P9Q1)	(P11Q5)		(P2Q5)	(P7Q6)	(P16Q8)	(P18Q6)	(P19Q6)
					(P20Q6)				(P3Q6)
									(P4Q1)
									(P4Q5)
									(P5Q5)
									(P6Q5)
									(P13Q5)
									(P13Q6)
									(P14Q5)
									(P14Q6)
									(P21Q6)
Disponibilidade genuína	(P9Q6)	(P11Q6)	(P12Q4)	(P17Q5)	(P2Q5)	(P7Q4)	(P10Q5)	(P10Q6)	(P15Q4)
					(P16Q4)	(P19Q4)	(P19Q6)	(P20Q4)	(P3Q5)
									(P4Q4)
									(P4Q5)
									(P14Q4)
									(P14Q5)
									(P21Q4)
Decorrentes da interação indivíduo-indivíduo e do contexto									
Conhecimento e aceitação do outro	(P11Q6)				(P7Q6)	(P16Q6)	(P16Q16)	(P18Q6)	(P4Q6)
					(P19Q6)	(P20Q4)			(P13Q6)
Trocas e reações	(P9Q7)				(P7Q6)	(P10Q6)	(P16Q6)	(P16Q7)	(P4Q6)
					(P19Q6)				
Comunicação	(P1Q7)	(P9Q7)	(P11Q7)	(P11Q8)	(P12Q7)	(P2Q7)	(P10Q7)	(P15Q7)	(P16Q6)
	(P17Q7)					(P16Q7)	(P18Q7)	(P19Q7)	(P20Q7)
									(P3Q7)
									(P4Q1)
									(P4Q18)
									(P4Q6)
									(P5Q2)
									(P5Q7)
									(P5Q6)
									(P6Q7)
									(P13Q7)
									(P14Q7)
									(P21Q7)
Contexto relacional	(P17Q6)				(P18Q7)	(P19Q6)			(P3Q6)
									(P21Q6)
Possibilidade de selecionar relações	(P12Q6)				(P2Q6)	(P16Q19)	(P16Q6)	(P16Q8)	(P6Q5)
					(P19Q4)				

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria	< 5 anos n = 6	5 - 10 anos n = 8	> 10 anos n = 7
Subcategoria primária			
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Sinais de escuta empática	(P1Q18) (P8Q18) (P9Q18) (P11Q18) (P17Q18)	(P2Q18) (P7Q18) (P10Q18) (P15Q18) (P16Q18) (P18Q18) (P19Q18) (P20Q18)	(P4Q18) (P13Q18) (P21Q18)
Relação nas profissões de cuidado			
Transversal	(P1Q2) (P8Q2)	(P7Q2) (P19Q2)	(P4Q2) (P6Q2) (P21Q2)
Diferenciada			
Perspetiva	(P1Q2) (P8Q2) (P9Q2)	(P2Q1)	(P4Q2) (P13Q2) (P21Q24)
Abordagem e/ou prática clínica	(P1Q2) (P1Q9) (P8Q2) (P9Q2)	(P2Q3) (P7Q2) (P15Q1) (P16Q2)	(P4Q2) (P6Q2) (P13Q2)
Relação psicomotricista-cliente			
Características			
Intimidade e confiança	(P1Q8) (P1Q10) (P1Q15) (P1Q21) (P12Q3) (P12Q15) (P17Q24)	(P2Q15) (P7Q8) (P10Q15) (P18Q15) (P20Q11)	(P3Q15) (P4Q24) (P5Q23) (P6Q15) (P21Q3) (P21Q23) (P21Q15)
Singularidade	(P1Q8) (P1Q15) (P17Q8)	(P7Q8)	(P13Q8) (P21Q13)
Intencionalidade	(P1Q1) (P8Q3) (P12Q3) (P12Q15) (P17Q8) (P17Q15)	(P2Q8) (P10Q15) (P16Q15) (P19Q15) (P20Q15)	(P3Q8) (P4Q2) (P4Q24) (P5Q3) (P14Q8) (P14Q15) (P21Q15)
Características por comparação com relações pessoais			
Características transversais	(P8Q8) (P12Q8)	(P10Q8) (P16Q7) (P16Q8) (P18Q8) (P19Q8)	(P3Q8) (P3Q15) (P4Q24) (P6Q6)
Menor reciprocidade	(P1Q8) (P11Q8) (P17Q8)	(P7Q8) (P10Q8) (P16Q8) (P16Q15) (P18Q8) (P19Q8) (P19Q15)	(P3Q8) (P3Q15) (P4Q8)
Menor efetividade		(P10Q8) (P16Q8)	(P21Q8)

1. Fatores de influência para o perfil relacional do psicomotricista

1.2. Perspetiva concetual da relação

Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Menor intimidade	(P1Q8) (P8Q6) (P11Q8) (P12Q8)	(P7Q8) (P15Q8) (P19Q8)	(P3Q8) (P6Q8) (P13Q8) (P14Q8) (P21Q8)
Maior disponibilidade	(P8Q8) (P9Q8) (P12Q5)	(P2Q8)	
Maior compromisso	(P12Q4) (P12Q8) (P17Q8)	(P2Q8) (P2Q20) (P7Q3) (P16Q19) (P16Q6) (P19Q15)	(P3Q8) (P4Q8) (P4Q22) (P4Q19) (P6Q3) (P13Q8) (P14Q9)
Maior consciência	(P8Q9) (P11Q8) (P12Q4) (P12Q8) (P17Q8)	(P2Q8) (P7Q8) (P10Q8) (P15Q19) (P15Q8) (P16Q22) (P18Q8) (P20Q8)	(P3Q8) (P4Q24) (P5Q8) (P6Q3) (P6Q8) (P13Q8) (P14Q9) (P21Q8)
Objetivos			
Acolher	(P1Q3) (P1Q15) (P9Q3) (P11Q3)	(P15Q1) (P15Q15) (P18Q3) (P19Q17) (P19Q15) (P20Q15)	(P5Q14) (P5Q23) (P13Q3) (P13Q15) (P14Q15) (P21Q3)
Empoderar	(P11Q1) (P11Q8)	(P7Q2) (P15Q15) (P16Q8) (P16Q15) (P19Q11)	(P4Q2) (P14Q15)
Transformar	(P1Q8) (P8Q3) (P9Q14) (P9Q15) (P17Q3)	(P2Q26) (P2Q3) (P2Q8) (P2Q15) (P15Q1) (P15Q2) (P15Q15) (P16Q20) (P19Q15)	(P3Q3) (P3Q15) (P13Q3) (P13Q15) (P14Q3) (P21Q3) (P21Q19) (P21Q20)

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do subtema 1.2.

Tema 2 Fatores de Influência no Desenvolvimento da Relação em Terapia Psicomotora**Subtema 2.1 Decorrentes do Psicomotricista**

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora			
2.1. Decorrentes do psicomotricista			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Competência relacional			
Autopercepção (contexto pessoal)			
Boa capacidade	(P1Q4) (P8Q1) (P8Q5) (P11Q4) (P17Q4)	(P2Q4) (P10Q4) (P16Q4) (P19Q4) (P20Q4)	(P3Q4) (P4Q6) (P5Q4) (P6Q4) (P13Q4) (P14Q4) (P21Q4)
Capacidade de adaptar	(P1Q4) (P11Q4)	(P15Q4) (P18Q6)	(P4Q24)
Capacidade de empatizar	(P8Q1) (P9Q4) (P9Q5)	(P2Q4) (P7Q4) (P15Q4) (P19Q4) (P20Q4)	(P4Q4) (P4Q19) (P5Q19) (P6Q5)
Capacidade de entrega	(P1Q4) (P1Q2)	(P2Q4) (P10Q5)	(P3Q4) (P6Q9) (P6Q17) (P13Q4)
Capacidade de refrear	(P11Q4)	(P2Q4) (P16Q5)	(P4Q22) (P5Q4) (P6Q4)
Fragilidades	(P11Q4)	(P16Q4) (P18Q4) (P19Q4) (P20Q4)	(P5Q4) (P6Q4) (P13Q4)
Disponibilidade			
Autenticidade	(P1Q3) (P1Q7) (P1Q15) (P11Q16) (P12Q8) (P12Q9) (P12Q16)	(P7Q6) (P7Q3) (P16Q6) (P16Q15) (P20Q3)	(P3Q8) (P3Q15) (P3Q16) (P5Q4) (P5Q8) (P21Q5) (P21Q15) (P21Q18)
Corporal	(P1Q2) (P9Q3) (P9Q15) (P12Q3)	(P2Q1) (P15Q2) (P16Q3) (P16Q7) (P19Q19) (P20Q26)	(P3Q16)
Contenção	(P1Q3) (P1Q8) (P1Q7) (P9Q7)	(P15Q15) (P20Q15)	(P3Q3) (P5Q14) (P6Q3) (P21Q4)
Empatia	(P1Q19) (P11Q18) (P11Q15) (P12Q15)	(P2Q18) (P7Q2) (P7Q3) (P7Q6) (P10Q19) (P15Q4) (P15Q3) (P15Q15) (P16Q2) (P16Q3) (P16Q19) (P16Q7) (P16Q15) (P18Q3) (P19Q3)	(P3Q18) (P4Q19) (P5Q18) (P6Q3) (P6Q6) (P14Q3) (P21Q18)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Respeito			
Aceitação do cliente	(P9Q3) (P11Q19) (P11Q18) (P11Q10) (P11Q15) (P12Q5)	(P15Q15) (P16Q6) (P16Q15)	(P4Q3) (P4Q19) (P6Q6)
Respeito pelo ritmo do cliente	(P8Q19) (P8Q9) (P11Q10) (P17Q17)	(P16Q3) (P16Q7) (P16Q14) (P16Q15) (P18Q13) (P19Q12) (P20Q15)	(P13Q3) (P13Q14) (P21Q7)
Aceitação das decisões do cliente	(P11Q8)	(P7Q3) (P15Q15)	(P6Q3)
Não subestimação do cliente	(P11Q3) (P11Q8) (P11Q17)	(P7Q3) (P7Q17) (P10Q17) (P18Q16) (P18Q17) (P19Q17)	(P6Q17)
Comunicação			
Não-verbal	(P9Q7) (P12Q7) (P17Q7)	(P2Q3) (P2Q16) (P2Q8) (P10Q19) (P15Q2) (P20Q8)	(P3Q3) (P5Q3) (P5Q9) (P6Q3) (P6Q7)
Verbal	(P8Q7) (P17Q7)	(P2Q3) (P16Q7) (P16Q15) (P19Q20)	(P4Q14) (P6Q3) (P21Q7)
Adaptação às necessidades do momento	(P11Q10) (P12Q3) (P12Q5)	(P2Q1) (P2Q3) (P2Q8) (P7Q2) (P7Q18) (P15Q9) (P20Q8) (P20Q16) (P20Q26)	(P3Q14) (P4Q15) (P5Q14) (P6Q7) (P6Q17) (P14Q11) (P14Q14) (P21Q4)
Adaptação às características individuais			
Propostas	(P1Q16) (P11Q3)	(P7Q16) (P15Q1) (P15Q16) (P19Q16) (P19Q24) (P20Q16)	(P3Q16) (P4Q16) (P14Q2) (P14Q16) (P21Q18)
Disponibilidade e interação corporal	(P1Q16) (P8Q16) (P9Q3)	(P2Q16) (P10Q16) (P19Q16)	(P3Q16) (P3Q5) (P4Q16) (P6Q16) (P21Q4) (P21Q6) (P21Q16)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria	< 5 anos n = 6	5 - 10 anos n = 8	> 10 anos n = 7
Subcategoria primária			
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Comunicação	(P1Q16) (P9Q16) (P11Q10) (P17Q16)	(P2Q16) (P7Q2) (P15Q16) (P18Q8)	(P3Q8) (P3Q16) (P4Q16) (P6Q16) (P6Q16) (P14Q7) (P14Q16) (P21Q7) (P21Q16)
Atitude terapêutica	(P1Q13) (P8Q16) (P9Q16) (P11Q10) (P11Q16) (P12Q16) (P17Q16)	(P7Q16) (P10Q16) (P15Q16) (P16Q14) (P16Q16) (P18Q9) (P19Q3) (P19Q16)	(P3Q16) (P5Q9) (P5Q8) (P6Q14) (P13Q17) (P13Q14) (P13Q16) (P14Q16) (P14Q17) (P21Q19)
Aspetos transversais	(P9Q16) (P11Q16) (P12Q16) (P17Q3)	(P2Q16) (P7Q16) (P15Q16) (P16Q16) (P18Q16) (P19Q16)	(P13Q16) (P14Q3) (P14Q16) (P21Q16)
Processo de elaboração individual (introspeção¹ e atividade psicocorporal²)			
Capacidade de reflexão autónoma ¹			(P4Q26) (P4Q9) (P5Q9)
Importância			
Introspeção	(P1Q9) (P9Q4) (P12Q9) (P17Q9)	(P2Q9) (P7Q3) (P7Q5) (P7Q9) (P10Q6) (P10Q9) (P15Q9) (P15Q25) (P15Q26) (P16Q26) (P18Q26) (P20Q19) (P20Q9) (P20Q26)	(P4Q9) (P5Q9) (P13Q11)
Atividade psicocorporal		(P7Q5) (P19Q5) (P20Q26)	
Foco em si (psicomotricista)			
Autoconhecimento e desenvolvimento pessoal		(P7Q3) ¹ (P7Q16) ¹ (P7Q5) ² (P16Q14) ¹ (P19Q5) ²	(P13Q9) (P21Q13) ¹
Sentimentos ¹		(P2Q9) (P2Q20) (P7Q3) (P10Q9) (P15Q9) (P16Q20)	

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria	< 5 anos n = 6	5 - 10 anos n = 8	> 10 anos n = 7
Subcategoria primária			
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Atitude terapêutica	(P8Q9) ¹ (P9Q4) ¹ (P11Q9) ¹ (P12Q5) ¹ (P12Q9) ¹	(P2Q9) ¹ (P7Q5) ¹ (P10Q5) ¹ (P15Q9) ¹ (P19Q5) ² (P19Q9) ¹ (P20Q9) ¹ (P20Q26) ²	(P3Q9) ¹ (P5Q9) ¹ (P13Q9) ¹ (P21Q5) ¹
Foco no cliente ¹			
Acontecimentos e história de vida	(P11Q9)	(P19Q9)	(P3Q9) (P3Q19) (P6Q9) (P14Q8)
Bem-estar e comportamento	(P9Q4) (P11Q9) (P17Q9)	(P7Q9)	(P3Q9) (P4Q9) (P5Q9) (P13Q9)
Foco na terapia ¹			
Planeamento e evolução do cliente	(P11Q9) (P17Q9)	(P2Q9) (P7Q5) (P7Q9) (P19Q9)	(P3Q9) (P4Q9) (P6Q9) (P14Q9) (P21Q5)
Compreensão de acontecimentos	(P9Q9) (P17Q9)	(P2Q9) (P2Q20) (P7Q5) (P7Q23) (P15Q9) (P18Q9) (P19Q9) (P20Q9)	(P4Q4) (P5Q9) (P5Q23) (P13Q25) (P21Q5)
Processo de elaboração acompanhado (terapia pessoal ³ , supervisão e intervisão ⁴)			
Importância			
Terapia pessoal	(P1Q26)	(P2Q26) (P7Q5) (P16Q26) (P19Q26) (P20Q3) (P20Q26)	(P3Q26) (P6Q3)
Supervisão e intervisão	(P8Q5) (P9Q26) (P11Q26) (P12Q26)	(P2Q26) (P7Q5) (P10Q26) (P15Q26) (P16Q24) (P16Q6) (P16Q26) (P18Q26) (P19Q3) (P19Q26) (P20Q3) (P20Q26)	(P3Q26) (P4Q26) (P5Q9) (P6Q3) (P13Q26) (P14Q26) (P21Q5) (P21Q9) (P21Q26)
Desenvolvimento pessoal			
Suporte emocional	(P1Q5) ³ (P11Q9) ⁴	(P2Q23) ⁴ (P15Q26) ⁴ (P16Q6) ⁴ (P19Q3) ⁴ (P19Q26) ^{3,4} (P20Q1) ⁴	(P3Q26) ⁴ (P4Q26) ⁴ (P6Q3) ⁴ (P6Q5) ³ (P14Q19) ⁴ (P21Q9) ⁴

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.1. Decorrentes do psicomotricista

Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Gestão de vivências pessoais e autoconhecimento	(P1Q5) ³ (P1Q26) ³ (P8Q5) ⁴ (P11Q5) ⁴ (P12Q26) ⁴	(P2Q26) ^{3,4} (P7Q5) ³ (P16Q20) ^{3,4} (P16Q6) ⁴ (P16Q26) ⁴ (P20Q3) ³	(P3Q5) ³ (P3Q19) ^{3,4} (P6Q3) ⁴ (P13Q5) ³ (P21Q5) ⁴
Reflexão profissional			
Desenvolvimento da competência profissional	(P1Q5) ³ (P8Q23) ⁴ (P8Q3) ⁴ (P11Q26) ⁴ (P12Q25) ⁴	(P2Q26) ⁴ (P2Q23) ⁴ (P16Q2) ^{3,4} (P16Q26) ⁴ (P18Q26) ⁴ (P19Q26) ³ (P20Q5) ⁴	(P3Q26) ⁴ (P6Q3) ⁴ (P6Q9) ⁴ (P6Q10) ⁴ (P13Q26) ⁴ (P21Q5) ⁴
Opções terapêuticas ⁴	(P1Q26)	(P16Q26)	(P3Q26) (P6Q3) (P14Q26)
Compreensão dos casos	(P1Q25) ⁴ (P1Q26) ⁴ (P11Q5) ⁴ (P11Q26) ⁴ (P12Q26) ⁴	(P2Q26) ^{3,4} (P2Q10) ⁴ (P7Q5) ⁴ (P16Q6) ⁴ (P16Q26) ⁴ (P19Q26) ⁴	(P3Q26) ⁴ (P4Q26) ⁴ (P5Q9) ⁴ (P6Q3) ⁴ (P6Q9) ⁴ (P21Q9) ⁴
Distanciamento dos casos	(P1Q19) ^{3,4} (P1Q26) ⁴ (P9Q26) ^{3,4} (P11Q5) ⁴ (P11Q9) ⁴ (P12Q26) ⁴	(P2Q1) ^{3,4} (P2Q6) ⁴ (P2Q8) ⁴ (P2Q18) ⁴ (P7Q5) ³ (P16Q20) ^{3,4} (P19Q3) ⁴ (P20Q3) ³	(P3Q5) ³ (P3Q26) ⁴ (P4Q26) ⁴ (P6Q3) ⁴ (P21Q5) ⁴ (P21Q9) ⁴

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do subtema 2.1.

Subtema 2.2 Decorrentes do Cliente

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.2. Decorrentes do cliente

Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Motivações internas			
Disponibilidade relacional	(P1Q16) (P9Q3) (P17Q3)	(P15Q1) (P16Q3) (P19Q11)	(P21Q7)
Interesses e expectativas	(P1Q16) (P11Q1) (P17Q3)		(P14Q10)
Conceitos e preconceitos			
Representação do psicomotricista	(P1Q16) (P1Q3) (P8Q6) (P9Q9) (P12Q9)	(P7Q14)	(P3Q24) (P6Q8) (P14Q8)
Representação da Psicomotricidade	(P11Q1) (P12Q3)		(P3Q14)

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do subtema 2.2.

Subtema 2.3 Decorrentes do Par Psicomotricista-Cliente

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora			
2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
(In)compatibilidade relacional psicomotricista-cliente			
Vivências pessoais	(P1Q6) (P1Q19) (P17Q20)	(P7Q19) (P10Q24) (P15Q20) (P15Q24) (P16Q3) (P16Q19) (P16Q6) (P19Q19) (P20Q20)	(P5Q19) (P6Q2) (P6Q20) (P14Q20)
Personalidades e comportamentos	(P1Q20) (P8Q5) (P11Q26) (P12Q3) (P17Q20)	(P10Q20) (P15Q20) (P15Q24) (P16Q19) (P16Q14) (P18Q19) (P20Q20)	(P4Q19) (P4Q24) (P6Q2) (P6Q18) (P14Q19)
Conhecimento do outro	(P8Q6)	(P7Q16) (P10Q3) (P16Q8) (P16Q16) (P16Q15) (P18Q25)	(P6Q14) (P13Q19)
Transferência e contratransferência	(P1Q6) (P1Q8) (P1Q19) (P11Q3) (P17Q19)	(P2Q6) (P2Q12) (P2Q19) (P15Q19) (P16Q19) (P19Q3) (P19Q20)	(P3Q16) (P3Q19) (P14Q20) (P21Q19)
Sentimentos do psicomotricista			
Julgamento e desorientação	(P1Q19) (P12Q3) (P12Q20)	(P2Q19) (P15Q24) (P19Q11)	(P4Q19) (P13Q19) (P21Q19)
Falta de vontade	(P1Q19)	(P16Q19) (P16Q6)	(P4Q8) (P4Q19) (P5Q4) (P14Q19)
Ruturas relacionais			
Circunstâncias desencadeadoras			
Decorrentes de fatores contextuais	(P1Q21) (P11Q20) (P12Q22) (P12Q24)	(P2Q23) (P15Q22)	(P4Q22) (P5Q6)
Decorrentes do psicomotricista	(P8Q3) (P9Q20) (P9Q23) (P11Q20) (P11Q8) (P12Q22)	(P2Q23) (P7Q5) (P7Q19) (P7Q13) (P10Q22) (P10Q23) (P16Q21) (P19Q20)	(P3Q23) (P4Q23) (P5Q23) (P6Q23) (P13Q8) (P13Q20) (P13Q23) (P14Q19) (P14Q11) (P14Q22) (P21Q21)

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora

2.3. Decorrentes do par psicomotricista-cliente

Categoria	< 5 anos n = 6	5 - 10 anos n = 8	> 10 anos n = 7
Subcategoria primária			
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Decorrentes da família		(P2Q22) (P2Q21) (P2Q23) (P10Q21)	(P4Q21) (P4Q11) (P4Q20) (P4Q19) (P4Q23) (P4Q22) (P5Q6) (P5Q19) (P13Q20)
Decorrentes do cliente	(P8Q20) (P11Q2) (P12Q22)	(P7Q13) (P7Q21) (P7Q23) (P10Q22) (P10Q11) (P10Q14) (P15Q22) (P19Q20) (P19Q22)	(P3Q23) (P4Q11) (P4Q19) (P4Q21) (P5Q23) (P6Q23) (P13Q20) (P13Q23) (P14Q3) (P14Q19) (P14Q11) (P14Q23) (P21Q21)
Sentimentos do cliente	(P1Q21)		(P5Q23)
Sentimentos do psicomotricista			
Impotência	(P12Q22)	(P2Q23)	(P4Q22)
Julgamento de competência		(P2Q23)	(P4Q11)

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do subtema 2.3.

Subtema 2.4 Outros Fatores

2. Fatores de influência no desenvolvimento da relação em terapia psicomotora			
2.4. Outros fatores			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Família do cliente			
Relação cliente-família	(P1Q24)	(P19Q17)	(P4Q2) (P4Q22) (P4Q20) (P14Q10)
Relação psicomotricista-família			
Acompanhamento	(P1Q23) (P8Q3) (P9Q2) (P9Q17) (P12Q17) (P17Q10) (P17Q17)	(P2Q1) (P2Q11) (P7Q3) (P10Q17) (P10Q22) (P15Q17) (P16Q17) (P16Q16) (P18Q17) (P19Q10) (P19Q17)	(P4Q22) (P5Q8) (P6Q17) (P13Q10) (P14Q17) (P21Q17)
Cooperação	(P1Q24) (P8Q19) (P12Q17)	(P10Q3) (P15Q23) (P16Q14) (P18Q10)	(P5Q4) (P5Q6) (P14Q10)
Empatia		(P16Q16)	(P4Q5) (P4Q6) (P4Q8) (P4Q9) (P4Q19) (P5Q19) (P14Q22)
Contexto de intervenção			
Relação psicomotricista-equipa			
Valorização profissional	(P11Q20)	(P2Q1) (P15Q1) (P19Q1)	(P4Q1) (P14Q1) (P14Q11)
Articulação	(P11Q1) (P11Q19) (P11Q5) (P12Q6)	(P10Q5) (P16Q7)	(P13Q4) (P14Q20) (P14Q6) (P14Q10) (P14Q11) (P21Q17)
Setting terapêutico			
Espaço físico	(P8Q2) (P8Q3) (P12Q18)	(P2Q1) (P2Q8) (P15Q1)	(P4Q22) (P5Q1) (P5Q3) (P5Q9) (P14Q6) (P14Q8)
Gestão temporal	(P12Q3)	(P2Q1)	(P5Q5) (P6Q14) (P6Q18) (P21Q3)

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do subtema 2.4.

Tema 3 Indicadores do Evoluir da Relação em Terapia Psicomotora

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Relações do cliente extra-terapia			
Informação externa			
Família	(P1Q10) (P11Q17) (P12Q10)	(P2Q10) (P7Q10) (P15Q10) (P20Q10)	(P3Q10) (P4Q10) (P6Q17) (P13Q10) (P21Q10) (P21Q12)
Outros profissionais	(P1Q10) (P9Q10) (P12Q10)	(P2Q10) (P7Q10) (P7Q17) (P15Q10) (P16Q10)	(P4Q10) (P14Q10) (P14Q17) (P21Q10) (P21Q13)
Observação			
Interação com a família	(P1Q10) (P1Q17) (P9Q10) (P9Q17) (P11Q17) (P12Q18) (P17Q10)	(P15Q17) (P16Q10)	(P6Q10) (P14Q10)
Interação com os pares		(P7Q10) (P10Q10) (P16Q10) (P20Q10)	(P14Q10)
Interação com outros profissionais	(P12Q10)	(P2Q10) (P7Q10) (P20Q10)	
Informação fornecida pelo cliente			
Comunicação verbal	(P1Q10) (P8Q10) (P11Q10) (P11Q17) (P12Q10)	(P2Q10) (P7Q10) (P15Q10) (P18Q10) (P19Q10) (P20Q10)	(P3Q10) (P6Q10) (P13Q10) (P14Q10) (P14Q17) (P21Q10) (P21Q12)
Comunicação não-verbal	(P9Q10)	(P2Q10) (P7Q10) (P15Q10) (P20Q10)	
Pertinência da informação	(P11Q10)	(P7Q10) (P15Q22) (P19Q10)	(P6Q10) (P6Q17) (P14Q10) (P21Q17)
Relação do cliente com o psicomotricista			
Informação externa		(P19Q11) (P19Q22)	(P13Q11)

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora												
Categoria	< 5 anos				5 - 10 anos				> 10 anos			
Subcategoria primária	n = 6				n = 8				n = 7			
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)				(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)				(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)			
Comunicação verbal do cliente	(P1Q11)	(P1Q25)	(P8Q3)	(P11Q18)	(P2Q11)	(P2Q22)	(P10Q11)	(P16Q11)	(P3Q11)	(P4Q12)	(P5Q12)	(P14Q18)
	(P17Q11)				(P18Q11)	(P18Q22)	(P18Q25)	(P19Q8)	(P14Q9)	(P21Q12)		
					(P20Q11)							
Comunicação não-verbal do cliente												
Expressão vocal e silêncios	(P9Q12)	(P11Q11)	(P11Q12)	(P11Q22)	(P7Q11)	(P10Q12)	(P10Q16)	(P15Q11)	(P3Q22)	(P4Q14)	(P6Q11)	(P13Q13)
	(P12Q12)				(P16Q7)	(P19Q22)	(P20Q22)		(P14Q11)			
Expressão emocional	(P1Q11)	(P12Q18)	(P12Q22)		(P2Q11)	(P2Q22)			(P4Q12)	(P5Q11)	(P14Q12)	
Expressão facial	(P12Q11)								(P3Q13)	(P5Q3)	(P14Q12)	(P14Q25)
Olhar	(P8Q22)	(P8Q11)	(P9Q25)	(P11Q18)	(P2Q11)	(P10Q11)	(P10Q13)	(P15Q11)	(P3Q12)	(P5Q3)	(P6Q11)	(P6Q13)
	(P11Q11)	(P11Q23)	(P12Q13)	(P12Q11)	(P16Q12)	(P18Q18)			(P13Q13)	(P21Q12)		
	(P12Q12)	(P17Q12)										
Tonicidade	(P1Q22)	(P9Q18)	(P9Q13)	(P12Q18)	(P15Q13)	(P16Q12)	(P18Q13)	(P20Q12)	(P5Q13)	(P13Q13)	(P14Q13)	(P21Q12)
					(P20Q22)							
Toque e acesso à passividade	(P1Q12)	(P9Q25)			(P16Q12)				(P3Q13)	(P5Q24)	(P13Q12)	(P21Q12)
Atividade motora	(P1Q25)	(P9Q13)	(P9Q24)	(P9Q25)	(P16Q22)	(P19Q13)			(P13Q12)	(P13Q22)	(P14Q13)	(P21Q12)
	(P12Q7)	(P12Q12)	(P17Q12)									
Postura corporal	(P1Q12)	(P9Q13)	(P9Q25)	(P11Q12)	(P7Q13)	(P10Q12)	(P15Q11)	(P16Q22)	(P3Q11)	(P5Q3)	(P5Q13)	(P5Q11)
	(P11Q22)	(P12Q12)	(P12Q18)	(P17Q12)	(P19Q12)	(P19Q13)	(P20Q13)	(P20Q16)	(P14Q13)			
Proxémia	(P1Q12)	(P8Q2)	(P8Q22)	(P8Q11)	(P7Q11)	(P7Q13)	(P10Q18)	(P15Q11)	(P3Q11)	(P5Q3)	(P5Q24)	(P6Q11)
	(P9Q22)	(P11Q18)	(P11Q22)	(P12Q12)	(P16Q7)	(P16Q12)	(P18Q7)	(P18Q13)	(P14Q12)	(P21Q12)		
	(P17Q22)				(P18Q22)							
Interação com os materiais	(P1Q22)	(P8Q13)	(P9Q9)	(P9Q13)	(P2Q11)	(P15Q11)	(P16Q22)	(P16Q12)	(P4Q12)	(P13Q22)		
	(P9Q25)	(P9Q22)										
Tempo e ritmo					(P2Q11)				(P4Q12)	(P5Q12)	(P13Q13)	

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Pontualidade e assiduidade		(P2Q22) (P7Q11) (P19Q11) (P19Q13) (P19Q25) (P19Q22)	
Disponibilidade	(P1Q11) (P1Q25) (P8Q22) (P8Q13) (P9Q11) (P9Q13) (P9Q25) (P11Q22) (P12Q13) (P12Q22) (P17Q11)	(P2Q22) (P18Q11) (P18Q12) (P18Q22) (P19Q11) (P19Q12) (P19Q13) (P19Q22) (P20Q12) (P20Q22)	(P3Q11) (P3Q13) (P3Q22) (P4Q22) (P5Q3) (P14Q11) (P14Q25) (P21Q12)
Ligação com o psicomotricista	(P1Q11) (P1Q18) (P9Q9) (P9Q11) (P9Q25) (P11Q11) (P11Q12) (P12Q22)	(P2Q11) (P10Q11) (P16Q12) (P18Q22) (P19Q25) (P20Q13)	(P3Q13) (P5Q11) (P5Q24) (P13Q11) (P14Q3) (P14Q18) (P14Q11)
Sinais generalizáveis	(P8Q13) (P17Q13)	(P19Q13)	
Ambiguidade comunicativa			
Sinais não generalizáveis	(P1Q13) (P1Q14) (P8Q13) (P9Q13) (P9Q24) (P11Q13) (P12Q13) (P12Q18) (P17Q12)	(P7Q13) (P15Q13) (P16Q7) (P16Q12) (P16Q13) (P18Q13) (P19Q13) (P19Q22) (P20Q13)	(P5Q13) (P6Q13) (P13Q13) (P14Q13) (P21Q13)
Sinais não autossuficientes	(P9Q13) (P12Q13)	(P15Q13) (P16Q22)	(P3Q13) (P5Q9)
Duplos significados	(P1Q13) (P9Q13) (P11Q11)	(P2Q13) (P7Q13) (P15Q13) (P16Q7) (P19Q22) (P19Q13) (P20Q13)	(P5Q13) (P14Q13) (P21Q13) (P21Q18)
Camuflagem	(P1Q11) (P1Q13) (P1Q14) (P12Q11) (P17Q11)	(P16Q7) (P16Q11) (P19Q11)	(P5Q23) (P13Q13)
Monitorização da relação psicomotricista-cliente			
Percepção do psicomotricista	(P1Q13) (P1Q14) (P8Q25) (P9Q24) (P11Q25) (P12Q11) (P12Q25)	(P7Q25) (P15Q22) (P16Q11) (P20Q11) (P20Q13) (P20Q4)	(P3Q11) (P3Q25) (P6Q13) (P13Q13) (P13Q25) (P14Q11) (P21Q11) (P21Q25)
Observação e comparação	(P11Q25) (P12Q22) (P17Q11) (P17Q25)	(P2Q25) (P15Q22) (P15Q25) (P16Q11) (P16Q25) (P19Q22) (P20Q11) (P20Q22) (P20Q25)	(P3Q23) (P14Q13) (P14Q22) (P14Q25) (P21Q12)

3. Indicadores do evoluir da relação em terapia psicomotora			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Evolução	(P8Q3) (P11Q25)	(P10Q25) (P19Q25)	(P3Q25) (P4Q11) (P4Q12) (P4Q22) (P5Q11) (P5Q24) (P13Q11) (P14Q3) (P14Q11) (P14Q12) (P21Q11) (P21Q25)
Instrumentos de avaliação		(P19Q25)	(P14Q12) (P21Q11)
Relações sem padrão	(P8Q24) (P9Q24) (P11Q14) (P11Q24) (P12Q24) (P17Q24)	(P2Q16) (P7Q24) (P15Q24) (P16Q3) (P16Q19) (P16Q8) (P16Q24) (P18Q24) (P19Q24) (P20Q24)	(P3Q24) (P6Q24) (P13Q24) (P21Q24)
Relações padronizadas	(P8Q24) (P17Q24)	(P2Q24) (P7Q24) (P16Q24) (P18Q24) (P19Q24)	(P3Q24) (P4Q24) (P5Q24) (P14Q24) (P21Q22) (P21Q24)

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema 3.

Tema 4 Práticas de (Re)Ajustamento da Relação em Terapia Psicomotora

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Processo de resposta terapêutica			
Reflexão			
Sobre a situação	(P8Q13) (P11Q23) (P12Q20) (P12Q9) (P12Q22) (P17Q19) (P17Q23)	(P2Q14) (P7Q21) (P7Q24) (P7Q22) (P10Q11) (P10Q24) (P15Q23) (P16Q22) (P18Q23) (P19Q13) (P20Q23)	(P13Q8)
Sobre as características do cliente	(P1Q14) (P11Q13) (P12Q8) (P12Q14)	(P10Q14)	(P5Q14) (P6Q14) (P13Q14)
Intuição/ imediatismo			
Com base na experiência	(P1Q7) (P11Q26) (P12Q8)	(P2Q14) (P15Q5) (P16Q23) (P18Q14) (P19Q3) (P19Q24) (P20Q3)	(P4Q3) (P5Q5) (P5Q14) (P6Q14) (P13Q14) (P14Q14)
Com base no que o psicomotricista sente	(P1Q14) (P1Q16) (P11Q14)	(P2Q14) (P10Q14) (P16Q23) (P18Q9)	(P3Q14) (P4Q3) (P6Q17) (P13Q14)
Exemplos de respostas terapêuticas			
Trabalho direto com o cliente			
Definir limites	(P1Q9) (P1Q16) (P11Q8)	(P19Q3)	(P4Q24) (P14Q19) (P21Q3)
Conter e dar espaço	(P1Q22) (P1Q23) (P8Q20) (P9Q23) (P17Q23)	(P2Q16) (P10Q11) (P18Q14) (P19Q11) (P19Q13) (P20Q23)	(P3Q9) (P4Q19) (P5Q14) (P21Q19) (P21Q23)
Empoderar		(P7Q23) (P18Q14) (P19Q13) (P20Q14)	(P3Q14)
Validar e confrontar	(P8Q23) (P8Q13) (P9Q19) (P9Q14) (P11Q19) (P11Q3) (P11Q8) (P11Q23) (P12Q13) (P12Q26) (P12Q18) (P17Q14)	(P2Q23) (P7Q11) (P7Q13) (P7Q22) (P7Q23) (P10Q11) (P10Q23) (P16Q7) (P18Q23) (P20Q23)	(P3Q9) (P3Q23) (P4Q19) (P6Q18) (P6Q23) (P13Q23) (P14Q22) (P21Q22)

4. Práticas de (re)ajustamento da relação em terapia psicomotora			
Categoria	< 5 anos	5 - 10 anos	> 10 anos
Subcategoria primária	n = 6	n = 8	n = 7
Subcategoria secundária	(P1, P8, P9, P11, P12, P17)	(P2, P7, P10, P15, P16, P18, P19, P20)	(P3, P4, P5, P6, P13, P14, P21)
Esclarecer o sucedido e reconhecer o erro	(P11Q8)	(P7Q21)	(P5Q14) (P5Q23) (P13Q23) (P13Q22)
Promover dinâmicas relacionais	(P8Q3)	(P10Q11) (P16Q23) (P16Q14)	(P14Q23)
Ir ao encontro dos interesses	(P17Q3)	(P20Q23)	(P13Q3) (P13Q14) (P14Q17)
Redefinir o projeto terapêutico	(P11Q19) (P12Q24) (P17Q19)	(P10Q3) (P19Q19) (P19Q25)	(P6Q19)
Pausar ou cessar a intervenção		(P19Q20) (P19Q11)	(P4Q21) (P4Q22) (P6Q19) (P6Q23)
Reencaminhar	(P8Q19) (P9Q19) (P11Q19) (P17Q19)	(P2Q19) (P7Q3) (P10Q19) (P15Q19) (P18Q19) (P19Q19) (P19Q20)	(P3Q19) (P4Q19) (P4Q22) (P5Q19) (P6Q19) (P14Q22)
Trabalho direto com a família			
Conversar	(P12Q22)	(P2Q23) (P7Q23)	(P4Q11) (P4Q19)
Trabalhar a família	(P8Q19) (P8Q20)		(P4Q19)
Trabalho interno do psicomotricista			
Ajustar expectativas	(P8Q19) (P11Q20)		(P4Q22)
Ajustar disponibilidade		(P10Q20) (P19Q19)	(P4Q22) (P6Q9) (P6Q18) (P14Q19) (P14Q8)
Pedir ajuda a outros profissionais	(P9Q19) (P11Q19) (P11Q8) (P12Q19) (P12Q9)	(P2Q19) (P7Q19) (P10Q11) (P15Q19) (P19Q19) (P20Q19)	(P3Q19) (P4Q19) (P5Q23)

Nota. Esta tabela apresenta a codificação das unidades de registo incluídas em cada categoria do tema 4.

Anexo 5

Caminhar na(em) Relação: Um Aide-Mémoire para o Psicomotricista

Quais os objetivos do *aide-mémoire*?

O *aide-mémoire* é uma ferramenta pensada para o psicomotricista tomar consciência das suas competências relacionais, reconhecendo as suas forças e identificando as suas fragilidades. Quanto às forças, queremos potenciá-las; quanto às fragilidades, vamos pensar como as podemos contornar ou minimizar. Além disso, o *aide-mémoire* propõe-se orientar a observação das relações em terapia psicomotora sugerindo estratégias de reflexão que ajudem à melhoria da ação para o psicomotricista. Pode utilizá-lo uma e outra vez, e é um instrumento de reflexão íntima, não precisa de partilhá-lo com ninguém. Pretende-se que ele o ajude a entrar na sua verdade.

Como utilizar o *aide-mémoire*?

A utilização do *aide-mémoire* pressupõe que já tenha acedido à sessão de apresentação deste projeto, em formato vídeo. Acreditamos que assistir à referida sessão seja essencial para que se disponibilize a realizar o trabalho reflexivo que o *aide-mémoire* pretende proporcionar. Se necessário, sinta-se à vontade para nos enviar um e-mail.

Sugerimos que utilize o *aide-mémoire* em três momentos diferentes: (i) leitura, (ii) auto-observação no quotidiano e (iii) reflexão.

No primeiro momento, convidamo-lo a ler e explorar o *aide-mémoire*. Depois desta primeira exploração, procure compreender as questões apresentadas na secção I. as minhas competências relacionais. Pedimos-lhe que não escreva neste primeiro momento. Deixe antes que a sua mente seja invadida por questões para as quais pode ainda não ter resposta, o que será natural. Mas lembre-se: não escreva.

É neste enleio que se inicia o segundo momento. A leitura do *aide-mémoire* pode ainda não ter alterado em nada o seu dia-a-dia. Convidamo-lo agora a observar as suas relações quando interagir com familiares e amigos. Nesta observação, experimente adotar as três seguintes perspetivas: (i) observe-se a si e à relação, com os seus olhos, colocando-se dentro do enredo; (ii) observe-se a si e à relação, como se fosse a outra pessoa com quem interage; (iii) observe-se a si e à relação, colocando-se fora do enredo, como se fosse alguém que o conhece a si e/ou à outra pessoa com quem interage, ou um desconhecido para ambos. Durante a observação, tente encontrar as respostas para as perguntas que permanecem na sua mente.

Depois, poderá reler a secção I. as minhas competências relacionais, refletir e responder. Escusado será dizer a um psicomotricista que as respostas podem ter várias formas que não só letras (por exemplo, escutar a tensão do seu corpo, vaguear com as imagens que lhe surjam na mente, expressar-se através do movimento ou eventualmente fazer um role-play em frente ao espelho). Responda como se sentir mais confortável. Não existe uma resposta certa, nem uma resposta errada, apenas existem respostas que ecoam mais em si do que outras, ou que lhe fazem mais sentido do que outras. Encontre a sua melhor resposta.

Uma vez concluído este caminho, pode reiniciá-lo para responder às restantes secções (II. a relação que construo em terapia e III. a minha ação). O processo é o mesmo, mas agora vai observar as suas relações quando interage com outros profissionais e colegas de equipa, e com os seus clientes.

O *aide-mémoire* apresenta também algumas sugestões que resultaram da informação recolhida em artigos científicos e dos testemunhos de alguns psicomotricistas portugueses. Por este motivo, a terceira secção apresenta estratégias para (re)ajustar a relação em terapia, que pode utilizar se lhe fizerem sentido, e algumas sugestões de práticas que poderão potenciar o seu desenvolvimento profissional e pessoal.

Após realizar o seu processo de reflexão conduzido pelo *aide-mémoire*, e apenas se lhe fizer sentido, poderá agendar um momento connosco para ampliar ou partilhar a sua reflexão.

Contacto para agendamento ou para esclarecer qualquer questão que surja durante o processo: aidememoire.pm@gmail.com.

Índice

Introdução	1
Quais os objetivos do <i>aide-mémoire</i> ?	4
Como utilizar o <i>aide-mémoire</i> ?	5
I. as minhas competências relacionais	9
Como me relaciono em contexto pessoal	10
Como comunico nas minhas relações pessoais	12
Como me sinto nas minhas relações pessoais	14
II. a relação que construo em terapia	17
Como o cliente comunica comigo	18
O que penso que o cliente sente quando está comigo	20
Como o cliente me faz sentir	22
III. a minha ação	25
Como construímos a nossa relação	26
Que estratégias posso utilizar	28
Posso beneficiar de supervisão, terapia pessoal e atividade psicocorporal	30
1. Supervisão	30
2. Terapia pessoal	31
3. Atividade psicocorporal	31
Referências bibliográficas	34