



**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Psicomotricidade em Saúde Mental Infantojuvenil –  
Intervenção no Serviço de Pedopsiquiatria de um Hospital de  
Dia**

Tatiana Vanessa Azevedo Ribeiro

Orientador(es) | Maria da Graça Santos

Évora 2023

---

---

---

---



**Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano**

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Psicomotricidade em Saúde Mental Infantojuvenil –  
Intervenção no Serviço de Pedopsiquiatria de um Hospital de  
Dia**

Tatiana Vanessa Azevedo Ribeiro

Orientador(es) | Maria da Graça Santos

Évora 2023

---

---

---

---



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

Presidente | Gabriela Almeida (Universidade de Évora)

Vogais | Guida Veiga (Universidade de Évora) (Arguente)  
Maria da Graça Santos (Universidade de Évora) (Orientador)

## **Agradecimentos**

O percurso realizado desde a concretização do estágio à elaboração do presente relatório só se tornou possível devido a muito trabalho e a todas as pessoas que fizeram parte do mesmo e me apoiaram sempre, por isso quero deixar aqui os meus mais sinceros agradecimentos.

Um agradecimento às orientadoras de estágio Professora Gabriela Almeida e Professora Graça Duarte Santos que nos acompanharam no estágio e na redação do relatório, mostrando-se disponíveis para nos esclarecer todas as dúvidas e nos acompanhar de perto durante todo este percurso.

Ao Dr. José Estrada pela paciência em responder a questões que podiam parecer um pouco óbvias, por vezes, existenciais, pela constante disponibilidade em nos proporcionar um estágio rico em conhecimento, experiências e pela oportunidade de explorarmos a nossa criatividade e de criarmos novas experiências. À Luiza Benatti pela gargalhada de todos os dias, pela abertura a novas possibilidades e pela partilha. À Cláudia Melo pela atenção, carinho e compreensão, pelo colo nos momentos em que mais precisamos e pelos conselhos. À Cláudia Almeida por nos acompanhar todos os dias e nos aturar o mau humor matinal, pela presença e ajuda de todos os dias. Em geral, um agradecimento a toda a equipa do Hospital de Dia que sempre nos recebeu da melhor maneira possível e permitiu sentirmo-nos parte integrante do grupo. Mas também um especial agradecimento a todos/todas os/as crianças e jovens que tornaram este estágio possível, bem como aos seus pais pela oportunidade e confiança.

À minha pequena grande amiga Maria João Roque que foi a minha companheira de todos os dias e esteve presente em todos os momentos desta caminhada, sempre ao meu lado para sermos o apoio uma da outra.

Um especial agradecimento à Professora Ana Rita Bodas que fez questão de estar familiarizada de todo o nosso percurso e de nos apoiar, sempre com um ombro amigo e uma palavra de carinho para nos consular e esteve sempre do nosso lado em todos os momentos com o maior sentido de compreensão.

À Félix, à Serpa, ao Leonel e ao Paulo que mesmo distantes acompanharam o meu percurso, me apoiaram sempre e tornaram a distância a casa mais curta.

À minha família que é a minha grande base de suporte e apoio em todas as circunstâncias, que permitiu o desenrolar de todo este percurso, sempre com uma palavra de incentivo e motivação, acreditando em mim, mesmo quando eu tinha dúvidas, incentivando-me sempre a continuar porque eu sou capaz.

## **Resumo**

### **Psicomotricidade em Saúde Mental Infantojuvenil – Intervenção no Serviço de Pedopsiquiatria de um Hospital de Dia**

O presente relatório de estágio tem como objetivo geral descrever toda a experiência vivida no decorrer do Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade, realizado num Hospital de Dia para Adolescentes. Este estágio teve a colaboração de indivíduos, com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos. O relatório compreende o enquadramento teórico e institucional da prática psicomotora, por forma a salientar a pertinência da Psicomotricidade num contexto de saúde mental infantojuvenil. No decorrer deste relatório serão apresentados os casos acompanhados em terapia psicomotora, sendo dois estudos de caso descritos detalhadamente: um com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção e perturbação explosiva intermitente, e o outro com perturbação de ansiedade, em acompanhamento individual e em grupo, respetivamente. Para cada estudo de caso apresentar-se-á a história pessoal e clínica, os resultados da avaliação, as hipóteses explicativas, o projeto terapêutico e a progressão terapêutica. Conclui-se que a intervenção psicomotora pode ser benéfica, quando realizada num serviço de saúde mental infantojuvenil, especialmente, quando estão presentes perturbações psíquicas.

**Palavras-chave:** infância; adolescência; intervenção psicomotora; psicopatologia; grupos terapêuticos.

## **Abstract**

### **Psychomotricity in Child and Juvenile Mental Health - Intervention in the Child and Adolescent Mental Health Department of a Day Hospital**

This internship report has the general objective of describing all the experience lived during the Curricular Internship of the Master's Degree in Psychomotricity, held in a Day Hospital for Adolescents. This internship had the collaboration of individuals aged between 7 and 18 years old. The report includes the theoretical and institutional framework of psychomotor practice in order to highlight the relevance of psychomotricity in a child and adolescent mental health context. During this report, the cases followed in psychomotor therapy will be presented, being two case studies described in detail: one with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Intermittent Explosive Disorder, and the other with anxiety disorder, in individual and group monitoring, respectively. For each case study, the personal and clinical history, the assessment results, the explanatory hypotheses, the therapeutic project and the therapeutic progression will be presented. We conclude that psychomotor intervention can be beneficial when carried out in a child and adolescent mental health service, especially when psychological disorders are present.

**Key-words:** childhood; adolescence; psychomotor intervention; psychopathology; therapeutic groups.

# Índice

Agradecimentos.....	I
Resumo .....	II
Abstract.....	II
Índice de Tabelas .....	VI
Índice de Figuras.....	VI
Índice de Anexos .....	VI
Lista de Abreviaturas .....	VII
Capítulo I. – Introdução .....	8
Capítulo II. – Enquadramento Teórico da Prática Profissional .....	10
2.1. Psicometricidade.....	10
2.2. Saúde Mental em Portugal .....	12
2.3. Psicometricidade em Saúde Mental Infantojuvenil.....	14
2.4. Metodologias de Intervenção Psicomotora em Saúde Mental.....	15
Capítulo III. – Caracterização Geral da Instituição e da População .....	18
3.1. Instituição.....	18
3.2. Caracterização da População .....	19
Capítulo IV – Organização das Atividades de Estágio .....	23
4.1. Descrição das Atividades de Estágio .....	23
4.1.1. Aspetos Gerais das Atividades .....	24
4.1.2. Calendarização e Horário.....	24
4.2. Experiências Complementares de Estágio .....	26
4.3. Intervenção Psicomotora no Local de Estágio .....	29
4.4. Etapas de Intervenção .....	30
4.4.1. Entrevista.....	30
4.4.2. Observação Informal.....	31
4.4.3. Observação Formal.....	33
4.5. Descrição dos Instrumentos de Avaliação.....	34
4.5.1. Grelha de Observação Psicomotora (adaptada) de João Costa .....	34
4.5.2. Draw a Person.....	34
4.5.3. Bateria Psicomotora – Tonicidade e Noção do Corpo.....	35
4.5.4. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Obseretsky .....	35
4.5.5. Questionário de Capacidades e Dificuldades .....	36
4.5.6. Escala de Autoconceito Piers-Harris .....	36

4.5.7.	The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT) .....	36
4.5.8.	Torre de Londres .....	37
4.5.9.	Estátua de Nepsy .....	37
4.5.10.	Escala de Silhuetas de Collins .....	38
<b>4.6.</b>	<b>Descrição dos Casos Acompanhados</b> .....	<b>38</b>
4.6.1.	Individualmente .....	38
4.6.2.	Grupo .....	44
<b>Capítulo V. – Estudos de Caso</b> .....		<b>53</b>
<b>5.1.</b>	<b>Caso I</b> .....	<b>53</b>
	<b>História Pessoal e Clínica</b> .....	<b>53</b>
	<b>Motivo do Encaminhamento para Psicomotricidade</b> .....	<b>56</b>
	<b>Revisão Teórica</b> .....	<b>56</b>
	<b>Plano de Avaliação</b> .....	<b>58</b>
	<b>Análise Qualitativa dos Resultados</b> .....	<b>63</b>
	<b>Elementos Critério</b> .....	<b>64</b>
	<b>Hipóteses Explicativas</b> .....	<b>64</b>
	<b>Perfil Intraindividual</b> .....	<b>68</b>
	<b>Objetivos terapêuticos</b> .....	<b>69</b>
	<b>Projeto Terapêutico</b> .....	<b>70</b>
	<b>Progressão Terapêutica</b> .....	<b>75</b>
	<b>Discussão</b> .....	<b>81</b>
<b>5.2.</b>	<b>Caso II</b> .....	<b>84</b>
	<b>Resumo</b> .....	<b>84</b>
	<b>Palavras-chave:</b> psicomotricidade; adolescência; fobia social; intervenção em grupo; saúde mental. ....	<b>84</b>
	<b>Abstract</b> .....	<b>84</b>
	<b>Keywords:</b> psychomotricity; adolescence; social phobia; group intervention; mental health. ....	<b>84</b>
<b>1.</b>	<b>Introdução</b> .....	<b>85</b>
<b>2.</b>	<b>Metodologia</b> .....	<b>86</b>
<b>2.1.</b>	<b>Caraterização do participante</b> .....	<b>86</b>
2.1.1.	<i>História Pessoal e Clínica</i> .....	87
2.1.2.	<i>Motivo do Encaminhamento</i> .....	89
2.1.3.	<i>Instrumentos de avaliação (Protocolo de Avaliação)</i> .....	90
2.1.4.	<i>Plano de avaliação</i> .....	91

<b>2.2. Procedimentos</b> .....	94
2.2.1. <i>Elementos critério</i> .....	94
2.2.2. <i>Hipóteses Explicativas</i> .....	94
2.2.3. <i>Perfil Intraindividual</i> .....	96
2.2.4. <i>Objetivos Terapêuticos</i> .....	97
2.2.5. <i>Projeto terapêutico</i> .....	98
<b>3. Resultados</b> .....	104
3.1. <i>Avaliação Informal</i> .....	104
3.2. <i>Avaliação Formal</i> .....	105
<b>4. Progressão Terapêutica</b> .....	109
<b>5. Discussão dos resultados</b> .....	113
<b>6. Conclusões</b> .....	115
<b>7. Referências Bibliográficas</b> .....	116
<b>Capítulo VI. – Conclusão</b> .....	117
<b>Capítulo VII. – Referências Bibliográficas</b> .....	118



## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Calendarização das Atividades Realizadas .....	25
<b>Tabela 2.</b> Horário Semanal de Estágio.....	25
<b>Tabela 3.</b> Descrição dos Casos acompanhados Individualmente .....	38
<b>Tabela 4.</b> Caracterização do Grupo 1.....	44
<b>Tabela 5.</b> Caracterização do Grupo 2.....	46
<b>Tabela 6.</b> Caracterização do Grupo 3.....	51
<b>Tabela 7.</b> Pontuação SDQ: questionário parental e questionário de professores do Rodrigo.....	61
<b>Tabela 8.</b> Perfil Intraindividual do Rodrigo .....	68
<b>Tabela 9.</b> Objetivos de Intervenção do Projeto Terapêutico do Rodrigo .....	69
<b>Tabela 10.</b> Comparação da Avaliação Inicial e Final SDQ do Rodrigo .....	79
<b>Tabela 11.</b> <i>Perfil Intraindividual da Benedita</i> .....	97
<b>Tabela 12.</b> <i>Objetivos de Intervenção do Projeto Terapêutico do Grupo em que se insere a Benedita</i> .....	97
<b>Tabela 13.</b> <i>Avaliação inicial vs. Avaliação final Escala de Louvain da Benedita</i> .....	105
<b>Tabela 14.</b> <i>Pontuação SDQ (inicial): questionário de autoavaliação e questionário parental da Benedita</i> .....	106
<b>Tabela 15.</b> <i>Pontuação SDQ (final): questionário de autoavaliação e questionário parental da Benedita</i> .....	106
<b>Tabela 16.</b> <i>Pontuação PHCSCS-2 (inicial e final) da Benedita</i> .....	107
<b>Tabela 17.</b> <i>Pontuação BOT-2 (inicial e final) da Benedita</i> .....	108

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> <i>Resultados DAP da Benedita (Aval. Inicial)</i> .....	107
<b>Figura 2.</b> <i>Resultados DAP da Benedita (Aval. Final)</i> .....	108

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> – Caracterização do Grupo 1.....	122
<b>Anexo 2</b> – Caracterização do Grupo 2.....	124
<b>Anexo 3</b> – Grelha de Observação Psicomotora (adaptada).....	128
<b>Anexo 4</b> – Resultados DAP do Rodrigo .....	132
<b>Anexo 5</b> – Resultados BOT-2 do Rodrigo.....	132

## **Lista de Abreviaturas**

- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade
- ATL – Atividades de Tempos Livres
- BOT-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks - Oserestky 2
- BPM – Bateria Psicomotora
- DAP – Draw a Person (Desenho da pessoa humana)
- DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5
- EAC – Escala de Autoconceito
- GOP – Grelha de Observação Psicomotora
- LOFOPT – The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy
- NEPSY-II – Developmental Neuropsychological Assessment Battery
- PEI – Perturbação Explosiva Intermitente
- PHCSCS-2 – Escala de Autoconceito de Piers - Harris 2
- PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- SDQ – Strengths and Difficulties Questionnaire
- TOL – Torre de Londres

## **Capítulo I. – Introdução**

A passagem da infância para a idade adulta, acaba por ser uma transição no desenvolvimento designada de adolescência e caracteriza-se por transformações físicas, cognitivas e psicossociais que se correlacionam, podendo ser denominada, por período crítico do desenvolvimento (Papalia & Feldman, 2013). O desenvolvimento durante a adolescência pode não ser alcançado da forma adequada podendo desenvolver-se algumas dificuldades, que poderão originar uma perturbação do foro mental (Meltzer, 2011), como as perturbações depressivas e de ansiedade.

As perturbações depressivas nesta população são descritas por alterações que surgem de uma reação afetiva básica em resposta aos estados de sofrimento com valor de perda ou luto ou então por acontecimentos que podem parecer insignificantes aos olhos dos outros (Marcelli & Cohen, 2011). Já a perturbação de ansiedade quando ocorre durante a adolescência tende a manifestar-se como queixa somática vulgar e sem base física, expressando-se através de sintomas corporais (Marcelli & Braconnier, 2007).

A Psicomotricidade sendo uma práxis que utiliza o corpo em movimento e em relação visa compreender o desenvolvimento psicomotor, socioemocional e cognitivo do indivíduo e permite habitar o corpo, ou seja, cada ser psicomotor é compreendido tendo em conta o seu funcionamento global e sem se descolar as suas vivências passadas (Joly, 2007). De tal modo que num contexto de saúde mental todo o desenvolvimento tem de ser considerado e, por isso, a intervenção psicomotora com esta população poderá ser um auxílio ao nível terapêutico.

O presente Relatório de Estágio tem como objetivo geral: descrever toda a experiência obtida no decorrer do Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, realizado num Hospital de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde mental, ao nível das Perturbações Depressiva e de Ansiedade em jovens, com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos. Os objetivos específicos são enquadrar a prática psicomotora num serviço de Saúde Mental; analisar e retratar os casos encaminhados para a Psicomotricidade; investigar e contextualizar a intervenção psicomotora de todos os casos terapêuticos (individuais ou de grupo) de adolescentes monitorizados no serviço de ambulatório; desenvolver dois estudos de caso individuais com experiência individual ao nível da perturbação depressiva e da perturbação de ansiedade e respetiva análise dos resultados; avaliar a pertinência da Psicomotricidade, em contexto hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; retratar de forma

sistemática, circunstanciada, pormenorizada e detalhada as tarefas e atividades realizadas ao longo do estágio no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, enquanto Psicomotricista.

O presente relatório encontra-se organizado por capítulos, desta forma numa fase inicial será apresentado um enquadramento teórico da prática profissional, onde será exposta uma breve contextualização da psicomotricidade bem como a sua relevância ao nível da saúde mental infantojuvenil. Seguidamente será realizada a caracterização geral da instituição e da população. Logo depois será apresentada a organização das atividades de estágio, onde se encontram incluídas a descrição das atividades realizadas e experiências complementares, as etapas de intervenção, exposição dos instrumentos de avaliação utilizados e a descrição dos casos acompanhados tanto em contexto individual como em contexto de grupo. Seguidamente serão expostos e apresentados detalhadamente dois estudos de caso (um em acompanhamento individual e outro em acompanhamento em grupo), onde serão contemplados: a história pessoal e clínica, motivo do encaminhamento, revisão teórica da patologia apresentada, plano de avaliação, resultados da avaliação inicial e respetiva análise qualitativa, elementos critério, hipóteses explicativas, perfil intraindividual, objetivos terapêuticos, projeto terapêutico e progressão terapêutica, seguida da discussão. Finalmente, será apresentada uma conclusão que contemple as experiências vividas ao longo do estágio e dos conhecimentos adquiridos.

## **Capítulo II. – Enquadramento Teórico da Prática Profissional**

Neste primeiro ponto encontra-se um breve enquadramento teórico da história da Psicomotricidade, sendo também abordada enquanto prática psicomotora. Contém ainda uma contextualização da saúde mental em Portugal, uma alusão à Psicomotricidade em saúde mental infantojuvenil e ainda uma breve referência às metodologias de intervenção psicomotora.

### **2.1. Psicomotricidade**

A origem e evolução do conceito de psicomotricidade estão, de certa forma, ligadas ao estudo e desenvolvimento da conceção de corpo ao longo da história. Esta conceção de corpo até aos dias de hoje sofreu várias transformações sendo influenciada por filósofos, pela religião, neste caso o cristianismo, e pela própria civilização (Fonseca, 2010). No entanto, desde muito cedo, do tempo da Grécia Antiga, que o corpo é registo da beleza física e agilidade do ser humano (Lopes, 2010).

Segundo Fonseca (2010) o termo “psicomotricidade” surge, pela primeira vez, em meados do século XX, no ano 1909, por Dupré, no campo patológico, aquando do surgimento dos seus primeiros estudos sobre a debilidade motora, em que estabelece uma relação entre o motor e o mental.

Na verdade, vários autores contribuíram para o desenvolvimento deste conceito, nomeadamente, entre 1896 e 1980, Piaget um dos autores que, possivelmente, através da sua vasta experiência, mais estudou as inter-relações entre a psicomotricidade e a perceção, dando ênfase ao período sensório-motor e à motricidade como pré-requisitos à aprendizagem da linguagem, durante o desenvolvimento mental e no desenvolvimento da inteligência (Falcão & Barreto, 2009). Entretanto em 1925, o filósofo Henri Wallon, como pai das “técnicas do corpo”, foi potencialmente o grande pioneiro da psicomotricidade no campo científico, aquando do seu trabalho no âmbito do desenvolvimento psicológico da criança, dando origem a um dos estudos primordiais sobre a reeducação psicomotora (Fonseca, 2010).

Por volta de 1960, Ajuriaguerra ao apresentar trabalhos sobre o tónus e ao desenvolver métodos de relaxação veio contribuir, juntamente com a soma dos trabalhos de Wallon e Piaget, para a consolidação dos fundamentos base da psicomotricidade (Falcão & Barreto, 2009). Estas contribuições influenciaram, de certo modo, as linhas de pensamento de alguns autores levando-os a considerar a relação, as emoções e o movimento como objetos da psicomotricidade (Fonseca, 2010). Assim, juntamente com

alguma influência de conceitos psicanalíticos no campo da afetividade foi possível destacar alguns psicanalistas como S. Freud, M. Klein, J. Lacan, W. Reich, P. Schilder, F. Dolto, Samí Alí, D. Winnicott, entre outros (Falcão & Barreto, 2009).

Ainda, Le Boulch e Ramin, mas também Soubiran e Mazo levaram, respetivamente, para o campo educacional e o campo terapêutico a psicomotricidade, através das suas pesquisas nos diversos domínios deixados pelos pioneiros da psicomotricidade (Fonseca, 2010).

Desta forma, a psicomotricidade inicialmente é conhecida por estudar o corpo tendo em conta os seus aspetos neurofisiológicos, anatómicos e motores, preocupando-se com a presença de movimentos descoordenados, assimétricos e dessincronizados tanto no espaço como no tempo (Lopes, 2010).

Entretanto, em maio de 1995, na Alemanha, com o intuito de se desenvolver a psicomotricidade pela Europa, criaram-se as condições necessárias para a constituição da associação europeia com a colaboração de representantes de 15 países, entre eles, Portugal, Espanha, Bélgica, Dinamarca, França, Itália, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Áustria, Suíça, Suécia, Eslovénia, República Checa e Alemanha. A constituição formal do FEP acontece a 18 de setembro de 1996, aquando do 1º Congresso Europeu de Psicomotricidade, realizado em Marburg. Assim, a psicomotricidade, segundo o FEP, assenta numa visão holística do ser humano, tendo em conta o seu corpo e a sua psique, juntamente com as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais, de um contexto biopsicossocial, tendo por base a sua capacidade de ser e agir. Neste feito, os psicomotricistas realizam, em diversos países, as suas intervenções ao nível da prevenção, saúde, (re)educação, reabilitação e investigação, com todas as faixas etárias e durante todo o período vivencial (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

Em Portugal, a psicomotricidade, surge no século XX, na década de 80, aquando da licenciatura em Educação Física na Faculdade de Motricidade Humana, na qual existia uma especialização em Educação Especial e Reabilitação onde estavam incluídos alguns conceitos fundamentais da psicomotricidade. Mais tarde, no início dos anos 90, esta especialização torna-se uma licenciatura independente com três ramos de especialização. E, finalmente, em 2002 evoluiu-se para uma licenciatura especializada em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana. Em 2006 esta licenciatura surge na Universidade Fernando Pessoa. Logo depois, em 2007 surge esta licenciatura em mais três universidades: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Instituto Piaget e

Universidade de Évora. Hoje em dia, a licenciatura em Reabilitação Psicomotora mantém-se ativa como possibilidade formativa da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e da Universidade de Évora, mas também da Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

A Psicomotricidade enquanto prática profissional é uma área científica que estuda o Homem através do seu corpo em movimento e a sua relação com o mundo exterior, tendo em conta os aspetos sensoriais, cognitivos e emocionais, ou seja, contempla o estudo das relações e influências entre o psiquismo e a motricidade. É uma terapia de mediação corporal que através da utilização do corpo, do seu movimento e expressão visa promover o desenvolvimento global do indivíduo, considerando todas as suas particularidades enquanto ser único.

Posto isto, os psicomotricistas podem exercer as suas funções em diferentes estruturas como estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, centros de reabilitação, todo o setor médico-social e escolas, uma vez que a sua intervenção se destinada a diversos grupos etários, desde a gestação, período neonatal, passando pela pediatria e psiquiatria até aos cuidados continuados e paliativos (Giromini et al., 2022). O psicomotricista utiliza diversos mediadores e metodologias, como as técnicas de relaxação e consciência corporal, e realiza as suas intervenções dentro das vertentes terapêutica, reabilitativa, (re)educativa e/ou preventiva e situações relacionadas com problemas do desenvolvimento, da maturação psicomotora, do comportamento, da aprendizagem e ao nível psicoafetivo (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

## **2.2. Saúde Mental em Portugal**

A saúde mental sendo reconhecida como algo além da ausência de doença ou sintomas refere-se a um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social. Portanto, a saúde mental é o estado em que o indivíduo se encontra capaz das suas plenas condições e, por isso, capaz de usufruir das suas próprias aptidões, sendo eficiente a realizar produtivamente as tarefas do quotidiano, tendo em conta todas as adversidades normais da vida, podendo trabalhar ativamente e dar um contributo para a sua comunidade (World Health Organization, 2003, 2018).

A saúde mental é então essencial, enquanto seres humanos pensantes, emocionais e relacionais, para a nossa vida coletiva e individual uma vez que nos permite usufruir da vida de forma plena. Os fatores que determinam o nível de saúde mental de um indivíduo

são múltiplos, nomeadamente, sociais, psicológicos e biológicos, que incluem fatores genéticos, por isso, a promoção, proteção e recuperação da saúde mental torna-se uma preocupação à vitalidade do ser humano. Posto isto, existem alguns fatores psicológicos e do foro da personalidade que tornam os indivíduos muito mais vulneráveis a uma rutura da saúde mental e, por isso, à ocorrência de problemas a esse nível (World Health Organization, 2003, 2018).

Portanto, quando falamos de saúde mental temos obrigatoriamente de falar sobre as doenças mentais, especialmente das perturbações mentais que são particularmente predominantes e frequentemente associadas à incapacidade, mas também à mortalidade prematura, sendo que os indivíduos quando diagnosticados com perturbação mental grave têm uma esperança média de vida 20 anos menor que a restante população. Contudo, a maioria dos indivíduos que sofrem de doença mental acaba por morrer devido a complicações associadas à doença, nomeadamente, problemas de saúde ao nível físico, e não, necessariamente, pela própria doença. A depressão, por exemplo, encontra-se entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo, apresentando valores elevados, cerca de 4,3% no que respeita a carga global da doença (Gomes et al., 2019).

As perturbações mentais ao nível da Europa são amplamente prevalentes e apresentam um impacto substancial na vida das pessoas, mas também na sua integração na sociedade. A nível europeu os valores correspondentes à prevalência de doenças mentais são extremamente preocupantes e Portugal não é exceção, assim sendo, os números são igualmente alarmantes, sendo que 23,8% corresponde às incapacidades vividas por doenças mentais e do comportamento. Por conseguinte, Portugal apresenta uma incidência significativamente elevada em que, segundo o Estudo Nacional de Saúde Mental, cerca de um quarto da população entrevistada respeitava as exigências mínimas para diagnóstico de perturbação mental (Gomes et al., 2019).

Em Portugal, o sistema de saúde mental quando comparado com a evolução da psiquiatria ao nível europeu, sempre esteve protelado no que concerne ao diagnóstico, ao tratamento e até mesmo ao acompanhamento da doença do foro mental. No entanto, nos últimos anos tem-se verificado alguns avanços, mas mesmo assim ainda estamos longe de conseguir oferecer a toda a população os cuidados fundamentais à saúde mental (Gomes et al., 2019). Em meados de 2008 e 2009, as perturbações mentais afetaram mais de um quinto da população, de entre todas destacam-se, com maior incidência, a depressão major, o alcoolismo, perturbação esquizofrénica, perturbação bipolar e



demência. Atualmente, as intervenções ao nível da saúde mental centram-se não apenas em hospitais, psiquiatria e fármacos, mas também em comunidade e terapias complementares (Palha & Palha, 2016).

### **2.3. Psicomotricidade em Saúde Mental Infantojuvenil**

Igualmente à saúde mental abordada de forma generalizada, também a saúde infantojuvenil tem vindo a ser investigada, uma vez que as crianças e adolescentes representam cerca de um quarto da população mundial. Assim, os problemas do foro da saúde mental infantojuvenil afetam em média cerca de 10 a 20% dos indivíduos, por isso, tem-se verificado um certo aumento constante no que respeita a procura de cuidados de saúde mental infantojuvenil (Kieling et al., 2011). Este aumento pode estar diretamente relacionado com diferentes fatores, designadamente, situações de violência, abandono, negligência, episódios de autoflagelação e tentativas de suicídio. Posto isto, apesar do reconhecimento da importância de promover e prevenir a saúde mental, especialmente em crianças e jovens, continua a existir uma ausência de recursos às necessidades de saúde (Novas & Barthe, 2017).

A Psicomotricidade sendo uma práxis que utiliza o corpo em movimento e em relação visa compreender o desenvolvimento psicomotor, socioemocional e cognitivo do indivíduo e permite habitar o corpo, ou seja, cada ser psicomotor é compreendido tendo em conta o seu funcionamento global e sem se descorar as suas vivências passadas (Joly, 2007). Estas, por vezes, de conflitos e traumas experienciados no período maturativo e/ou relacional estão estritamente relacionadas com o aparecimento de perturbações nesta faixa infantojuvenil. Posto isto, numa intervenção psicomotora de vertente relacional abre-se espaço ao retorno, através do jogo espontâneo, a essas primeiras vivências o que permitirá a sua integração através do aperfeiçoamento de mecanismos internos, nomeadamente, do funcionamento psíquico e, por isso, um melhoramento ao nível do desenvolvimento relacional, sendo este mais abrangente e complexo (Almeida, 2005).

A intervenção psicomotora, utilizando o jogo e a relação corporal como mediadores, no contacto com crianças e/ou jovens com necessidades ao nível da saúde mental, prevê a modificação do planeamento psíquico patológico dos indivíduos através de atividades e experiências prazerosas, criando possibilidades representativas, ou seja, objetiva uma reelaboração global do indivíduo (Almeida, 2005). Portanto, a vivência de habilidades motoras desenvolve a mentalização do indivíduo quando integrada pela

experiência do corpo, por isso, a vivência de um corpo em relação permite uma melhoria do funcionamento afetivo, vivencial e relacional (Joly, 2007).

#### **2.4. Metodologias de Intervenção Psicomotora em Saúde Mental**

A Psicomotricidade é especializada na expressão e regulação das funções psíquicas, motoras e sensoriais, mas também engloba as funções afetivas/emocionais tendo em conta a relação com o meio ambiente, materiais e o ser humano (Rodríguez, 2019). Assim, a intervenção psicomotora pode ser direcionada no sentido da (re)educação, prevenção e reabilitação, através do movimento, da ação da comunicação verbal (Rodríguez, 2019), mas também do não verbal, e de representações, auxiliando o indivíduo na capacidade do agir, do ser e do simbolizar, utilizando vários mediadores, técnicas e até modalidades expressivas (Giromini et al., 2022).

Ao nível da saúde mental, a intervenção psicomotora surge com um caráter terapêutico recorrendo aos mediadores, técnicas e modalidades expressivas para apoiar a intervenção.

Um mediador é algo que serve de intermediário, que promove o acordo entre as partes, ou seja, é um suporte que favorece a relação, a comunicação com os outros, sem qualquer intuito de aprendizagem. Os mediadores têm uma função de espelho, ou seja, colocam em forma aquilo que pode estar um pouco deformado ou indecifrável no nosso pensamento (Giromini, 2017). Estes mediadores podem ser impulsionadores da experiência da representação e, por isso, são objetos (Rodríguez, 2019).

Uma técnica é uma conduta com um objetivo bem determinado, por forma a atingir um resultado específico, independentemente da área (ex.: arte, ciência...), ou seja, é um conjunto de regras utilizado para alcançar determinado propósito. As técnicas assumem uma conduta idêntica em situações semelhantes, por forma a ser produzido o mesmo efeito, ou seja, é uma organização das ações. A técnica pode surgir no auxílio à resolução de problemas como apoio no que respeita o tratamento cognitivo comportamental, através de estratégias de antecipação e neutralização de situações que possam provocar recaídas. Portanto, a técnica pode ser utilizada como prevenção através do reconhecimento de aspetos biológicos, comportamentais, afetivos e cognitivos que antecipem e auxiliem nessa prevenção (Freitas et al., 2017).

Na Psicomotricidade são usadas duas técnicas fundamentais: a mediação e as técnicas de relaxação. A primeira é uma técnica estruturada cuja principal função é facilitar a resolução de conflitos entre as pessoas através da utilização de um mediador

(Rodriguez, 2019). Esta técnica possibilita a exploração de soluções que permitam o acordo comum, aproveitando a qualidade relacional do mediador. Este mediador que apela à liberdade e responsabilidade de cada indivíduo através da reflexão integrada sobre práticas e processos criativos (Giromini, 2017). As técnicas de relaxação possuem como principal objetivo melhorar a consciência das alterações dos estados corporais implícitos na consciência emocional. Estas técnicas têm na sua base induções propriocetivas, táteis e verbais que geram alterações tónicas permitindo ao indivíduo uma representação das diferentes partes do seu corpo potenciando uma descontração neuromuscular por forma a que identifique e localize essa descontração tónica nos diferentes segmentos corporais quando em comparação com todo o corpo. Assim, estas técnicas contribuem para a adaptabilidade corporal do sujeito às situações da vida quotidiana (Veiga & Marmeleira, 2018).

Tendo em conta a Psicomotricidade e dentro da mediação podemos destacar a mediação corporal (técnica que utiliza o corpo) (Rodriguez, 2019) e a mediação artística (dança, teatro, música, pintura) (Cologne, 2010).

Quanto às técnicas, fundamentalmente, são utilizadas as diferentes técnicas de relaxação, nomeadamente, Treino Autógeno de Schultz, Relaxação Progressiva de Jacobson, Relaxação Ativa de Maurice Martenot, Concentração e Relaxamento para Crianças de Jacques Choque, Método Jean Bergès, Eutonia e Relaxamento de Gerda Alexander, e Relaxamento Criativo no Trabalho de Grupo de Irene Tubbs. Todas estas técnicas de relaxação são metodologias de intervenção em psicomotricidade, tal como: o jogo, as técnicas gnossopráticas e as modalidades expressivas.

O jogo é um dos principais mediadores em Psicomotricidade e normalmente subentende a criação da relação, como auxílio ao desenvolvimento e, por isso, a intervenção deve ser de carácter terapêutico. Este mediador possibilita à criança o desenvolvimento do sensoriomotor, da cognição e através do seu corpo em relação permite a exploração dos seus desejos e prazeres. Desta forma, o jogo aparece ao longo do desenvolvimento de diversas formas: jogos condicionados por regras que solicitam a exploração de comportamentos condicionados e jogos ilimitados que permitem a expressão por meio de metáforas e metonímias corporais dando espaço ao desenvolvimento e exploração da expressão psíquica inconsciente possibilitando a vivência da fantasia. Assim, o jogo assume uma função de exploração e de (re)criação da subjetividade permitindo a descoberta de diferentes formas de a criança criar e estabelecer

a relação consigo mesma, com o outro e com o meio. Para isso existem diferentes finalidades no jogo: o simbólico, o não simbólico, o sensoriomotor, o funcional, entre outros, no entanto a pertinência destes jogos está na vivência que a criança tem perante as atividades lúdicas quando em relação e, por isso ao jogo em relação (Fernandes et al., 2018).

Neste seguimento o jogo surge como auxílio na aquisição da consciência do próprio corpo, de um corpo único e, por isso, separado do outro, dando abertura à aquisição da consciência de identidade e de pertença. Para que tudo isto ocorra o jogo deve pressupor um espaço potencial e livre composto pela relação com o objeto, o outro, o espaço e o tempo, que permita o desenvolvimento da criatividade (Fernandes et al., 2018).

Desta forma, o terapeuta deve apresentar um olhar participativo no que respeita o jogo espontâneo, o jogo em relação, sendo este um meio favorável à solicitação das funções gnossopráticas, imaginárias, simbólicas e ao próprio prazer de criar, permitindo a criação da própria identidade por meio da vivência do sentimento de ser e existir (Fernandes et al., 2018).

As técnicas gnossopráticas são caracterizadas pela função da sensibilidade e a sua integração neurológica com a função motora, ou seja, partem de uma organização psicomotora. Desta forma, separadamente a gnose refere-se ao reconhecimento e noção dos objetos e dos acontecimentos, portanto à representação, enquanto a praxia se refere às aquisições motoras e habilidades expressivas e, por isso à ação. Portanto, partindo-se do pressuposto que a dimensão motora é indissociável da psíquica, ou seja, a ação subentende sempre uma intencionalidade e as emoções expressas através do pensamento e, por isso, são inseparáveis (Fonseca, 2005). A psicomotricidade desenrola-se a partir de uma integração gnossoprática e tonicoemocional e, então, as técnicas gnossopráticas visam o desenvolvimento de competências psicomotoras e de autorregulação através da associação entre o movimento corporal/ação e a sua representação, portanto, as expressões imaginárias e simbólicas que dão significado ao corpo. Daí as experiências sensoriomotoras (gnosopraxia) serem importantes no sentido de dar um significado ao corpo seja na sua relação ou diálogo com os outros, com os objetos ou com o meio (Fernandes et al., 2018).

As modalidades expressivas surgem como facilitadoras na manifestação psicomotora, na interpretação, na expressão e na exposição de diversos movimentos

corporais associados a diferentes emoções e sentimentos, ou seja, são uma ferramenta muito importante para o indivíduo uma vez que esta percepção interna favorece a aprendizagem e a compreensão do próprio corpo. Estas modalidades permitem ao indivíduo ser trabalhado globalmente e de forma integrada, por meio da valorização de movimentos, sentimentos e expressões (Pereira, 2014).

### **Capítulo III. – Caracterização Geral da Instituição e da População**

O estágio realizado pela estagiária realizou-se num estabelecimento de saúde que será descrito seguidamente, juntamente com a caracterização da população integrante da instituição.

#### **3.1. Instituição**

O estágio desenvolveu-se dentro de um Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Núcleo de Pedopsiquiatria, num Hospital de Dia para Adolescentes. Este Hospital de Dia do Departamento de Psiquiatria conta com algumas modalidades terapêuticas, nomeadamente:

- Psicomotricidade: grupo onde existe uma constante interação entre o corpo e a mente, base do desenvolvimento psicomotor, e se permite por meio de jogos lúdicos, atividades expressivas, de consciencialização corporal, mas também técnicas de relaxação, a livre expressão corporal, a exploração do movimento, a integração gnoscoprática e tonicoemocional. Este grupo oferece ainda a possibilidade de intervir ao nível do desenvolvimento da capacidade de sentir e pensar o corpo;
- Musicoterapia: grupo que possibilita, utilizando a música como mediador e espaço transitivo, o regresso ao ambiente emocional e daí permite uma reconstrução, reformulação e interiorização da própria identidade;
- Atelier Criativo / Arteterapia: grupo em que através da mediação de materiais e da expressão artística são realizadas atividades criativas e é fomentada a comunicação, expressão e imaginação;
- Grupo Criar Imaginar: grupo criado com o intuito de se criar, imaginar e vivenciar as artes plásticas, jogos, por forma a preencher todo o espaço vazio;
- Grupo Gestão das Emoções: grupo onde as/os jovens têm a possibilidade de descobrir, interpretar, aceitar e vivenciar as suas emoções, por forma a que lhes consigam atribuir um significado e por vezes arranjar estratégias para as contornar;

– Grupo de Pais: grupo em que se trabalha com os pais, por forma a fomentar uma parentalidade consciente baseada na comunicação, compreensão e adaptação, é um grupo que dá suporte às famílias no caminho das/dos jovens, com vista a uma coesão na dinâmica familiar.

Desta forma, a Psiquiatria da Infância e Adolescência tem como principal objetivo promover a autonomia e individuação, mas também capacitar para a resolução de problemas e conflitos diários através do treino de competências sociais, facilitando assim a reintegração das/dos jovens nos diferentes contextos da sua vida. Este trabalho quando em conjunto com as famílias, dentro de um setting terapêutico, agregará uma equipa multidisciplinar vocacionada para a Saúde Mental Infantojuvenil. Esta equipa será composta por Pedopsiquiatra, Enfermeiro, Psicólogos e Assistente Social que, tendo em conta esta nova valência, reunirão esforços para contribuir na melhoria da prestação de cuidados nesta população que apresenta grandes vulnerabilidades e riscos, especialmente, de descompensação psiquiátrica.

### **3.2. Caracterização da População**

Os acompanhamentos em Psicomotricidade decorrem em grupo e individualmente, com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade, sendo que os grupos integram uma faixa etária que, maioritariamente, apresentam perturbação de ansiedade e/ou perturbação depressiva.

Esta fase infantojuvenil é constituída pela infância, que consiste num processo de maturação contínuo e permanente. Um período marcado pelo desenvolvimento físico e psicológico através das mudanças graduais no corpo, no comportamento e até mesmo nas aquisições básicas da personalidade, ou seja, é uma fase de grande desenvolvimento apesar de a sua maturidade psicológica ainda estar intacta desde o nascimento (Marcelli & Cohen, 2011). Com a infância decorre também a fase de latência, entre aproximadamente os 6 e os 11 anos de idade, considerada o período de transição para a puberdade, caracterizado pela clivagem entre as fantasias inconscientes e as exigências do ego no que respeita à adaptação ao que é real (Malpique et al., 1998). Nesta fase existe uma dormência pulsional em que os indivíduos vivenciam um intenso conflito devido à angústia de castração, em que os desejos sexuais não são entendidos pelo ego e são reprimidos pelo superego dando origem a atitudes como vergonha, repulsa e valores morais (Viola & Vorcaro, 2013), pressupondo a diminuição da consciência mórbida e resistência ao “*insight*” (Malpique et al., 1998). Assim sendo, estamos perante um

processo de maturação progressiva e formação de novas estruturas psíquicas que supõem uma mudança das crianças na relação com os pais e no modo como direcionam a suas energias para as interações sociais com os pares, mas também para as atividades do seu dia, nomeadamente, atividades escolares e extracurriculares (Steibel et al., 2011).

E pela adolescência que por si só já é um período crítico do desenvolvimento humano, caracterizado pelo progressivo desencadear de processos de amadurecimento, que acarretam mudanças que conduzem à pessoa adulta e, portanto, é uma etapa de autodescoberta (Winnicott, 1993). Esta é uma fase de reestruturação, de inquietações, de procura de uma nova identidade, de uma subsequente consciência de si próprio (Marcelli & Braconnier, 2007). É então uma descoberta e uma construção de si próprio, onde existe a marcação de posição dentro do grupo, uma nova relação consigo mesmo e com os outros ao seu redor (Harris & Meltzer, 2018).

Esta fase de crescimento, da infância (Marcelli & Cohen, 2011) à adolescência (Marcelli & Braconnier, 2007), quando associada a um sofrimento psicoafetivo torna-se um período complexo do desenvolvimento, devido às suas diferentes mudanças (Harris & Meltzer, 2018). Este sofrimento ocorre devido a diversos fatores tanto externos (relação familiar comprometida (Winnicott, 1993); violência física e/ou psíquica; ausência de regras (Marcelli & Braconnier, 2007); carência de relações afetivas; meio social desfavorecido (Marcelli & Cohen, 2011)) como internos (confronto dependência/ autonomia (Harris & Meltzer, 2018); transformação da relação familiar (Winnicott, 1993); consolidação da identidade; vulnerabilidade à crítica) (Harris & Meltzer, 2018).

As perturbações depressivas nesta população são descritas por alterações que surgem de uma reação afetiva básica em resposta aos estados de sofrimento com valor de perda ou luto como a separação dos pais, falecimento de um familiar, ou então por acontecimentos que podem parecer anódinos aos olhos dos outros como uma mudança de casa ou até o afastamento de um colega (Marcelli & Cohen, 2011). Posto isto, esta perturbação pode ser descrita pela presença de perda ou baixa autoestima (Marcelli & Cohen, 2011), instabilidade psicomotora com agitação ou atraso psicomotor (Marcelli & Braconnier, 2007), diminuição ou falta de interesse e prazer por atividades (American Psychiatric Association, 2014), problemas do sono pela presença de insónia ou hipersónia, expressão consciente de sentimentos de inutilidade ou culpa quando excessivos ou inapropriados, desvalorização (Marcelli & Braconnier, 2007; Marcelli & Cohen, 2011), fadiga ou perda de energia frequentes, irritabilidade persistente (American

Psychiatric Association, 2014), alteração inesperada do apetite e/ou perda de peso (Marcelli & Cohen, 2011), diminuição da capacidade de pensamento, concentração ou tomada de decisão, humor disfórico associado a alterações somáticas e cognitivas (Marcelli & Cohen, 2011), isolamento social, ideação suicida recorrente ou pensamento recorrente de morte, alteração do desempenho escolar (Erse et al., 2016). Ou seja, esta perturbação envolve nitidamente alterações relativas ao afeto, cognição e mesmo funções neurovegetativas que afetam claramente o funcionamento do indivíduo.

As perturbações de ansiedade caracterizam-se pela presença de medo e ansiedade excessivos e surgem frequentemente associadas a perturbações do comportamento, sendo o medo uma resposta emocional perante ameaças próximas ou percebidas e, a ansiedade uma antecipação à ameaça futura. Estas perturbações apresentam-se sob a forma de medo ou ansiedade impróprios às situações vivenciadas, preocupação persistente, presença de pesadelos recorrentes, queixas de sintomas somáticos e, frequentes comportamentos de fuga a situações indesejáveis (American Psychiatric Association, 2014). Estas surgem frequentemente associadas a uma queixa somática vulgar e sem base física como náuseas, vertigens, palpitações, cefaleias, dispneia, dores/incómodos ao nível do tórax ou do abdominal, sensação de sufoco, impressão de desmaio, entre outras. Todos estes sintomas quando associados a irritabilidade, insónias e pesadelos noturnos, podem descrever a presença de uma ansiedade aguda ou subaguda, que poderá estar na origem de uma ameaça depressiva (Marcelli & Braconnier, 2007). Portanto, as perturbações de ansiedade conhecidas durante a fase da infância como “neurose infantil” constituem um caminho de acesso a outras patologias sejam elas do foro psíquico, afetivo, comportamental ou somático. Dada a origem destas patologias são alguns exemplos a fobia ou a obsessão no âmbito psíquico, a depressão na esfera afetiva, a agitação ou a instabilidade no domínio comportamental, a perturbação do comportamento alimentar ou a perturbação do sono ao nível somático (Marcelli & Cohen, 2011).

Neste caso, as perturbações depressiva e de ansiedade surgem frequentemente associadas, respetivamente:

- A um sofrimento clinicamente considerável que afeta significativamente o funcionamento do indivíduo ao nível das dimensões importantes da sua vida, nomeadamente, social ou profissional, ao neuroticismo, ou mesmo a experiências adversas na infância, podendo ser consequências de outras perturbações relacionadas com



substâncias, perturbação de pânico, obsessivo-compulsiva, personalidade *borderline*, anorexia nervosa e, bulimia nervosa (American Psychiatric Association, 2014);

– Ao aumento dos períodos de excitabilidade autónomos indispensáveis à luta ou fuga, presença de pensamentos de perigo iminente e comportamentos de escape, frequente ansiedade associada a tensões musculares e excessiva vigilância de preparação ao perigo futuro e comportamentos de alerta ou fuga (American Psychiatric Association, 2014).

Geralmente, estes jovens tendem a apresentar uma expressão psicomotora inadaptada, ou seja, frequentemente a sua capacidade em estabelecer relações emocionais é caracterizada por um contacto apático e inibido sendo revelador de um perfil sub-relacionado. Maioritariamente estes jovens são caracterizados/as pela ligeira ausência de autoconfiança ou mesmo pela ausência total de autoconfiança verificando-se durante a intervenção a falta de iniciativa e independência, mostrando-se muito hesitantes e dependentes da opinião dos outros. Por isso, assumem uma postura passiva durante as tarefas em que necessitam de um encorajamento constante e os seus movimentos são ligeiramente controlados, mostrando-se pouco envolvidos, desatentos e desinteressados, com uma atitude ligeiramente sobre relaxada com diminuição da tensão muscular, ombros pendurados e cabeça ligeiramente para a frente. Desta forma, a expressão corporal manifesta-se ligeiramente apática com a presença de expressões faciais monótonas sem grandes manifestações de prazer, descontentamento ou gesticulações, ligeiramente não comunicativos com respostas muito simples. No entanto, a sua capacidade de regulação social é apropriada (Van Coppenolle et al., 1989).

Por vezes, quando apresentam movimentos cautelosos em demasia, descrevendo movimentos muito pontuais e, normalmente, em grupo. Mas, por outro lado, pode verificar-se, em algumas situações, uma ligeira hiperatividade o que leva a um sobre envolvimento, apresentando-se ligeiramente tensos com uma “super” expressão corporal com muita gesticulação, esquecendo-se dos limites dos outros reflexivos de uma ligeira falta de regras o que conduz a atitudes impulsivas (Van Coppenolle et al., 1989).

Estes comportamentos expressos corporalmente surgem, frequentemente, em condição de queixa somática banal como pedido de ajuda por parte do adolescente, uma vez que tem dificuldade em perceber o que com ele se passa e, por isso, as queixas somáticas, como náuseas, palpitações, cefaleias, mas também o absentismo escolar,

habitualmente encobrem, nomeadamente, problemas depressivos e de ansiedade (Marcelli & Braconnier, 2007).

Todos os elementos nos chegam após uma análise de casos referenciados pela equipa de ambulatório, onde são averiguados os critérios e objetivos que justifiquem a necessidade de encaminhamento para o Hospital de Dia. Todos/todas os/as intervenientes são previamente submetidos a avaliação psicológica e terão um clínico (psicólogo ou pedopsiquiatra) responsável pelo seu seguimento em consulta.

Simultaneamente, o encaminhamento também pode ser externo vindo por parte de equipas terapêuticas com intervenção ao nível das escolas: psicólogo/a ou técnicos responsáveis por projetos que mostraram eficácia na prevenção e tratamento primário em Saúde Mental. Esta seleção é da responsabilidade do Pedopsiquiatra, Psicólogo e Enfermeiro responsável pelo Hospital de Dia.

#### **Capítulo IV – Organização das Atividades de Estágio**

O presente estágio curricular, realizado no âmbito da Psicomotricidade em saúde mental infantojuvenil, possibilitou à estagiária a aquisição de aprendizagens e competências, mas também proporcionou uma preparação direcionada para o exercício da atividade profissional, estando implícita a obtenção de habilitações ao nível da intervenção psicomotora. Posto isto, de seguida será apresentada uma descrição sistemática, circunstanciada, pormenorizada e detalhada das atividades realizadas ao longo de todo o estágio curricular.

##### **4.1. Descrição das Atividades de Estágio**

O estágio curricular, realizado no âmbito da Psicomotricidade ao nível da saúde mental infantojuvenil, ofereceu à estagiária a possibilidade de desempenhar tarefas ao nível da avaliação psicomotora, desenvolver o perfil intraindividual para os casos acompanhados e ainda elaborar os planos terapêuticos desses casos. A par com as intervenções psicomotoras ainda houve a eventualidade de serem realizadas atividades complementares ao estágio, como reuniões com o orientador académico de estágio; reuniões com o orientador institucional de estágio; horas de estudo indispensáveis à planificação das sessões, redação ponderada dos relatórios de sessão, pesquisa, leitura, revisão da literatura, entre outros.

#### 4.1.1. Aspectos Gerais das Atividades

O presente estágio permitiu à estagiária a experiência e vivência da Psicomotricidade em saúde mental infantojuvenil tendo como principais objetivos específicos: enquadrar a prática psicomotora num serviço de Saúde Mental; analisar e retratar os casos encaminhados para a Psicomotricidade; investigar e contextualizar a intervenção psicomotora de todos os casos terapêuticos (individuais ou de grupo) de adolescentes monitorizados no serviço de ambulatório; desenvolver dois estudos de caso individuais com experiência individual ao nível da perturbação depressiva e da perturbação de ansiedade e respetiva análise dos resultados; avaliar a pertinência da Psicomotricidade, em contexto hospitalar, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental; retratar de forma sistemática, circunstanciada, pormenorizada e detalhada as tarefas e atividades realizadas ao longo do estágio no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, enquanto Psicomotricista.

#### 4.1.2. Calendarização e Horário

O estágio curricular teve início a 11 de outubro de 2021 e fim a 30 de junho de 2022. O cronograma seguinte (tabela 1) apresenta a calendarização das atividades realizadas ao longo do estágio.

**Tabela 1.** Calendarização das Atividades Realizadas

Atividades realizadas	2021			2022						
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Integração na equipa										
Avaliações iniciais										
Intervenção psicomotora										
Avaliações finais										
Reuniões clínicas										

No que respeita ao horário semanal das atividades de estágio (tabela 2), este foi delineado de acordo com as horas obrigatórias de estágio e a organização horária dos restantes elementos da equipa. Assim, no que concerne ao Hospital de Dia o grupo 1 e 2 tiveram início em outubro de 2021 e o grupo 3 em fevereiro de 2022, relativamente às sessões de psicomotricidade, o caso individual 1 teve início em novembro de 2021 e o caso individual 2 em fevereiro de 2022. A participação no Projeto Mais Contigo teve início a 13 de janeiro de 2022 com a frequência de duas vezes por mês.

**Tabela 2.** Horário Semanal de Estágio

Hora	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
9:00 – 9:30		Hospital de Dia (Grupo 1)		Projeto Mais Contigo
9:30 – 10:00				
10:00 – 10:15				
10:15 – 10:30		Atividades complementares de estágio		
10:30 – 11:00			Hospital de Dia (Grupo 3)	
11:00 – 11:30			Atividades complementares de estágio	
11:30 – 11:45				
12:00 – 13:00		Almoço	Almoço	Almoço
13:00 – 13:30	Reunião Clínica	Atividades complementares de estágio	Atividades complementares de estágio	Atividades complementares de estágio
13:30 – 14:00		Hospital de Dia (Grupo 2)	Atelier Criativo	Sessão Psicomotricidade (Individual 1)
14:00 – 15:00		Atividades complementares de estágio		
15:00 – 15:30				
15:30 – 16:00				
16:00 – 16:15				
16:15 – 16:30		Sessão Psicomotricidade (Individual 2)		
16:20 – 17:00				
17:00 – 17:05				

Numa fase inicial do estágio, as sessões de Psicomotricidade eram dinamizadas por um terapeuta e um coterapeuta, estando presente também um observador. Estes papéis de coterapeuta e observador eram ocupados pelas estagiárias sendo alterados de acordo

com o grupo em sessão. Com o desenvolvimento das sessões as/os jovens manifestaram a sua vontade de que todos os elementos fossem integrados nas atividades, inclusive o coterapeuta e o observador e, por isso, as sessões começaram a ser dinamizadas por um terapeuta e dois coterapeutas (as estagiárias). Desde o início de outubro até ao final de novembro de 2021, como terapeuta tínhamos a psicomotricista do local de estágio enquanto as estagiárias eram coterapeutas, mas a partir de dezembro de 2021 a cada estagiária foi dada a possibilidade, liberdade e autonomia de assumir o papel de terapeuta num dos grupos. No que respeita os casos individuais iniciados em novembro de 2021 e fevereiro de 2022, cada estagiária ficou encarregue de dois casos autonomamente, numa relação de um para um.

#### **4.2. Experiências Complementares de Estágio**

Adicionalmente às atividades inerentes ao estágio curricular, realizaram-se ainda atividades complementares que contribuíram igualmente para a formação profissional da estagiária.

→ Reunião clínica na unidade de Pedopsiquiatria: as reuniões clínicas eram realizadas todas as segundas-feiras da parte da manhã com toda a equipa da unidade de Pedopsiquiatria, onde se discutiam assuntos internos da unidade e os casos apresentados pelas diferentes áreas. Assim, uma vez que estas reuniões eram restritas à unidade, não foi solicitada a presença das estagiárias nas mesmas, no entanto, foi-lhes dada a oportunidade de comparecerem a uma dessas reuniões, no dia 28 de março de 2022;

→ Reuniões de equipa: as reuniões de equipa decorreram todas as segundas-feiras das 13h30 às 17h com toda a equipa do Hospital de Dia. No total realizaram-se 27 reuniões, onde se discutiram assuntos internos do serviço. Num primeiro momento, eram expostas as informações mais relevantes à cerca do Hospital de Dia e trazidas, por vezes, da reunião clínica. Posteriormente eram expostos e seguidamente discutidos os casos apresentados pela equipa, integrantes dos diferentes grupos, dando-se especial atenção aos mais preocupantes;

→ Atelier criativo: o atelier criativo era constituído por dois grupos dinamizados por duas enfermeiras da equipa que decorria todas as quartas-feiras das 10h30 às 11h45 e das 15h às 16h15. Uma vez que o grupo da manhã integrava poucos elementos foi dada a oportunidade à estagiária de participar em três sessões nos dias 26 de janeiro de 2022, 9 de fevereiro de 2022 e 16 de fevereiro de 2022. O grupo da tarde como era constituído por mais elementos, as enfermeiras solicitaram a participação das

estagiárias com início no dia 26 de janeiro de 2022. Estes grupos através da mediação dos materiais comportavam a realização de atividades criativas e elaboração de trabalhos manuais, nomeadamente, pintura, desenho, colagem, modelagem, etc...;

→ Musicoterapia: a musicoterapia dinamizada por um musicoterapeuta e um estagiário de musicoterapia consiste numa terapia utilizando a música e os instrumentos musicais como mediadores. Assim, no dia 19 de maio de 2022 foi dada oportunidade à estagiária de presenciar e participar na sessão;

→ Grupo de pais: o grupo de pais era um grupo dinamizado pelo pedopsiquiatra de referência do Hospital em conjunto com as duas enfermeiras integrantes da equipa que ocorre quinzenalmente, sendo que as estagiárias foram convidadas a assistir a uma dessas sessões no dia 9 de março de 2022, mas também a dinamizar uma sessão de psicomotricidade com o grupo de pais no dia 15 de março de 2022;

→ Reunião de intervisão: no dia 20 de junho de 2022 foi dada a oportunidade às estagiárias de participarem numa sessão de sociodrama, em conjunto com a equipa hospitalar, dinamizada por um enfermeiro do Hospital Dona Estefânia, com o intuito de se perceber as ligações da equipa, refletir sobre todo o percurso desenvolvido e avaliar as perspetivas futuras quer do projeto desenvolvido e mesmo a nível pessoal;

→ Formações adicionais: ao longo de todo o período de estágio, a estagiária participou em várias formações. No dia 20 de outubro de 2021 participou na 15ª PsicoMotriTalk “Pela Saúde Mental das Nossas Crianças e Jovens”; nos dias 29 e 30 de outubro de 2021 participou no XVI Seminário de Desenvolvimento Motor da Criança realizado em Évora; no dia 13 de janeiro de 2022 participou no *webinar* “Psicopatologia da Criança e do Adolescente” realizado pelo Instituto CRIAP e no Congresso de Reabilitação Psicomotora realizado pelo Núcleo de Estudantes de Desporto da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro; no dia 19 de janeiro de 2022 participou no 1º Encontro Mais Contigo da região de Lisboa; nos dias 20 e 21 de janeiro de 2022 participou nas II Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do local de estágio; no dia 16 de março de 2022 realizou a Formação “Controlo da Agitação em Consulta Externa e Tranquilização em Contexto de Urgência” realizada no auditório do local de estágio; no dia 28 de março de 2022 participou na Formação de Psicanálise Institucional; no dia 7 de abril de 2022 participou no *webinar* “Autogestão da Criança e a sua Promoção em Tempos de Covid” realizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica

Portuguesa; nos dias 2, 3 e 4 de maio de 2022 fez a Formação de Dinamizadores Mais Contigo; no dia 6 de junho de 2022 participou no *webinar* “Agressão Sexual contra Crianças e Adolescentes: fatores explicativos e tipologias de agressores” realizado pelo Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP) da Universidade de Évora; no dia 24 de junho de 2022 participou no III Encontro de Estágios de Musicoterapia realizado pela Universidade Lusíada de Lisboa; no dia 27 de junho de 2022 participou numa formação de “Intervenção Terapêutica Mediada pelo Cinema” realizada no local de estágio.

→ Reuniões de tutoria: foram realizadas três reuniões com o Pedopsiquiatra responsável pelo serviço onde foram expostos os marcos do desenvolvimento da adolescência e uma breve abordagem sobre as patologias apresentadas pelos/as jovens integrantes dos grupos do Hospital de Dia nos dias de 25 de novembro de 2022, 4 de janeiro de 2022 e 24 de junho de 2022;

→ Triagens Hospital de Dia: as triagens eram realizadas pelas duas enfermeiras da equipa com o objetivo de ser feita uma seriação das/dos jovens tendo em conta os critérios tanto de inclusão como de exclusão, posto isto, existiam as triagens para Pedopsiquiatria e do Hospital de Dia. Uma vez sendo estas triagens da competência das enfermeiras, estas deram a possibilidade de a estagiária estar presente no dia 21 de abril de 2022 numa triagem de Pedopsiquiatria e no dia 26 de abril de 2022 numa triagem de Hospital de Dia;

→ Consulta de Pedopsiquiatria: estas consultas são realizadas e dirigidas pelo pedopsiquiatra da equipa tendo o intuito de se focar nas dificuldades emocionais, comportamentais e de socialização de crianças e jovens, favorecendo a articulação com as famílias e acompanhando-as em todo o processo psicoterapêutico. Assim, no dia 9 de junho de 2022 foi dada oportunidade à estagiária de presenciar uma consulta de Pedopsiquiatria dirigida pelo pedopsiquiatra de referência do hospital;

→ Entrevista de Psicomotricidade: no dia 21 de junho de 2022, as estagiárias tiveram a oportunidade de assistir a uma entrevista realizada pela psicomotricista orientadora de estágio de um futuro caso individual encaminhado para a Psicomotricidade;

→ Projetos: os projetos elaborados pelas estagiárias foram propostos pelo Pedopsiquiatra do Hospital sempre com vista à futura empregabilidade das mesmas, assim, elaboraram um projeto direcionado para a Pediatria do Hospital em que realizaram

o estágio, mas também elaboraram outro projeto para as escolas. Posto isto, no dia 13 de abril de 2022 foi-lhes dada a possibilidade de terem uma reunião com a diretora da pediatria do Hospital para apresentarem o seu projeto. Assim, nos dias 27 de maio, 9 de junho e 22 de junho de 2022 foram realizadas a sessão para crianças, sessão para pais-filhos e a sessão para profissionais, respetivamente na Pediatria. Na semana seguinte, no dia 28 de junho de 2022 foi ainda realizada uma sessão de psicomotricidade para profissionais no Hospital de Dia para adolescentes.

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

No Hospital de Dia para Adolescentes do núcleo de Pedopsiquiatria, a Psicomotricidade enquadra-se nas terapias complementares, sendo uma área recente e enquadrada no início do presente estágio. Na Psicomotricidade são realizadas avaliações psicomotoras, seguimentos e sessões individuais e em grupo. Os casos acompanhados são maioritariamente encaminhados pelo Pedopsiquiatra ou Psicólogo que através das características do jovem decidem enviar para o Hospital de Dia ou acompanhamento individual.

Quando encaminhados para Hospital de Dia é feita uma triagem pelas enfermeiras do serviço compreendendo se respeitam os critérios de inclusão em grupo. Se o encaminhamento for para Psicomotricidade é realizada uma entrevista com os responsáveis legais (pais ou tutores). No decorrer desta entrevista é preenchida a anamnese da criança ou jovem, sendo questionados sobre o motivo que os trouxe à consulta, preocupações atuais, história clínica, alguns marcos do desenvolvimento, dúvidas e expectativas relativamente ao serviço. Seguidamente realiza-se uma avaliação psicomotora e é essa avaliação que determina o acompanhamento em Psicomotricidade, sendo posteriormente delineado para início da intervenção.

As sessões de Psicomotricidade em grupo são realizadas no primeiro piso do serviço, na sala de atividades, tendo uma duração de 75 minutos, no período de outubro a junho, das 9h às 17h. No caso dos casos individuais são realizados no segundo piso do serviço, na sala de psicomotricidade ou na sala terapêutica, com uma duração de 45 minutos, num período anual, também das 9h às 17h, sendo enquadrados nos intervalos dos grupos. A sala de atividades é partilhada com as enfermeiras e os musicoterapeutas, pelo que tem de haver uma boa comunicação entre a equipa por forma a que não haja sobreposição de sessões. Entre outubro e maio é realizada a admissão de todos os casos propostos a beneficiar da Psicomotricidade, sendo que depois de maio não são aceites



mais casos, uma vez que terminam os estágios curriculares no final de junho e não permanece a possibilidade de um acompanhamento contínuo, sendo que a sala de atividades é requisitada para os grupos de verão de adolescente decorrentes entre o mês de julho e agosto. Os casos individuais continuam a ser admitidos de acordo com a carga horária disponível da psicomotricista do serviço.

As sessões apresentam uma estrutura adaptada às características de cada indivíduo, mas em todas elas existem vários momentos: diálogo inicial – onde se conversa um pouco sobre o decorrer da semana e algo positivo dessa mesma semana; ativação geral – uma atividade com movimento dirigida para a ativação do corpo e de preparação para a sessão; parte fundamental – em que se realizam as atividades direcionadas às características específicas do indivíduo tendo em conta os objetivos a trabalhar; retorno à calma – uma atividade mais calma, normalmente, é uma atividade de relaxamento; e diálogo final – onde é feita uma reflexão sobre a sessão. Dentro da sala de atividades existe um armário com alguns materiais, nomeadamente, almofadas, alguns instrumentos musicais, tintas e materiais de artes, já no exterior da sala existe uma arrecadação onde se encontram mais materiais, disponibilizados pelo serviço, como: rolos de espuma, bolas, arcos, bastões de madeira, almofadas geométricas e colchões.

#### **4.4. Etapas de Intervenção**

A intervenção psicomotora sendo um processo com alguma complexidade, organização, estrutura e planeamento integra diferentes fases como a entrevista, a avaliação informal, a avaliação formal e a intervenção o que fomenta uma intervenção mais eficiente.

##### **4.4.1. Entrevista**

A entrevista clínica está diretamente ligada a uma prática terapêutica que tem por base uma formação consistente tanto a nível teórico como prático (Aragón, 2012). Posto isto, é parte integrante da introdução à terapia e, normalmente, quando aplicada numa fase mais precoce é respondida pelos responsáveis pela criança, já numa fase mais avançada é realizada com o adolescente e, neste caso, com mais de 16 anos, os pais podem ou não estar presentes de acordo com a vontade e disposição do jovem (Marcelli & Braconnier, 2007).

Esta primeira entrevista consiste no primeiro contacto, face a face, com o indivíduo e a respetiva família onde, por meio da palavra e através de algumas técnicas, nomeadamente, questionamento, esclarecimento, confrontação, ponderação, se pretende

obter alguma informação (Almeida, 2008). Esta relação formal sendo focada na avaliação dos comportamentos apresentados pelos mesmos individualmente e ao nível das interações familiares (Marcelli & Braconnier, 2007). Assim, muitas vezes durante este período de tempo da entrevista podem ser revelados diversos sinais ou sintomas do motivo pelo qual estão a pedir ajuda (Aragón, 2012).

No entanto, a realização desta entrevista subentende, por parte do psicomotricista, uma capacidade empática de se identificar, de manter a distância necessária ao problema e de diferenciar todas as suas intervenções de modo a serem realizadas o mais corretamente possível. Desta forma, a primeira entrevista pode ser uma boa fonte de recolha de dados para a construção da anamnese, fundamental ao procedimento clínico, seja este de carácter investigativo ou compreensivo no que respeita ao funcionamento psíquico, com vista ao desenvolvimento de uma intervenção terapêutica. Assim, este contacto possibilita apurar o normal do patológico por forma a ser determinado o tipo de atendimento, seja terapêutico, (re)educativo ou preventivo. Portanto, uma entrevista orientada pelo psicomotricista permite a construção da anamnese do indivíduo em questão através da recolha de dados do seu desenvolvimento como os marcos do desenvolvimento psicomotor, história clínica, história psicossocial/psicoafetiva, tendo em conta simultaneamente acontecimentos que permitam uma melhor compreensão da eventual presença de disfunção ou problemática, por forma a ser enquadrada no tempo com vista à compreensão da sua instalação e/ou evolução (Almeida, 2008). Ou seja, a anamnese possibilitará a compreensão clínica do caso de uma forma globalizada para compreender a presente situação e, numa perspetiva evolutiva, poder enquadrá-la no percurso desenvolvimental do indivíduo.

A entrevista é encarada então como um instante de avaliação e ao mesmo tempo um momento terapêutico e, por isso, é um momento primordial a todas as decisões de orientação ou tratamento a longo prazo. Portanto, é desde este primeiro contacto que surge a interação entre a criança ou adolescente e o psicomotricista, iniciando-se desde então a relação terapêutica fundamental para o bom desenvolvimento de uma intervenção (Marcelli & Braconnier, 2007).

#### 4.4.2. Observação Informal

A observação informal é fundamental para descrever problemas ou alterações no desenvolvimento psicomotor e apresentar hipóteses para delinear o acompanhamento do indivíduo (Ibáñez, 2022). Neste acompanhamento devem ser tidos em conta diferentes

parâmetros como o contexto em que o indivíduo se insere, o potencial, a autonomia, a capacidade de adaptação à mudança (Aragón, 2012). Esta observação possibilita a escuta, a avaliação e a explicação da atividade psicomotora e, para isso é necessário realizar-se uma observação pormenorizada do indivíduo, a nível individual ou em contexto de grupo, por forma a compreender a atividade espontânea do mesmo perante modelos organizados e a criar a possibilidade de estabelecer uma ligação corporal (Fernandes & Filho, 2012). Esta observação decorre durante toda a intervenção permitindo a formulação de hipóteses e esclarecimento das mesmas nas sessões subsequentes (Ibáñez, 2022). Assim, nestas sessões é realizado um registo descritivo e posteriormente é feita uma análise e reflexão dos requisitos narrados.

De acordo com as teorias do desenvolvimento, no ser humano as estruturas neuromotoras, afetivas e cognitivas interrelacionam-se uniformemente, ou seja, a observação ao centrar-se nestas três dimensões permite a compreensão de informações relativamente ao movimento corporal em relação a si, aos objetos e ao espaço; ao estado emocional, dando-nos informação sobre a história individual do desenvolvimento e das relações prazerosas com o contexto em que se insere; à capacidade de compreender os conceitos de forma, tamanho, cor, espaço, tempo, de modo a entender a esfera envolvente (Sánchez & Martínez, 2000). Enquanto se observa a expressividade psicomotora do indivíduo pode obter-se, ainda, informação da sua forma de ser e a posição adquirida no seu contexto diário, pela forma como se situa e utiliza o espaço de sessão (Rodríguez & Llinares, 2008).

Portanto, a observação psicomotora é um método qualitativo e consiste na leitura e escuta corporal da ação livre no espaço, perante condições estáticas e dinâmicas, através da expressão das capacidades, mas também das dificuldades psicomotoras. Neste método o indivíduo é observado de forma holística, ao nível das componentes corporais objetivas (as capacidades do indivíduo) e latentes subjetivas (manifestadas durante a interação) (*General Information | European Forum of Psychomotricity, 2022*). Por isso, o psicomotricista tem de possuir uma boa capacidade de descrever as dificuldades motoras, perceptivas, socioemocionais, cognitivas, mas também as capacidades que o indivíduo, com quem realiza intervenção, detém (Rodríguez & Llinares, 2008). Pois esta observação e capacidade de descrição será fundamental para o delineamento e desenvolvimento da intervenção, no sentido de auxiliar a aquisição de competências, mas também de se ajustar às exigências e necessidades do indivíduo (Fernandes & Filho, 2012).

#### 4.4.3. Observação Formal

A observação formal, ao contrário da informal, é um método quantitativo que consiste em avaliar os parâmetros delineados por instrumentos e provas de maior precisão que requerem a colaboração do indivíduo em intervenção psicomotora (Fernandes & Filho, 2012). Esta observação tem como principal intuito realçar as capacidades do indivíduo, ou seja, vai em busca da personalidade psicomotora do sujeito (Fonseca, 2010).

As provas utilizadas possibilitam a observação do corpo através de um plano fisiológico e psíquico, logo atenta ao sintoma como uma realidade física e psíquica que ocupa a vida diária do sujeito. Portanto, estes instrumentos incluem a escuta do corpo por meio da sua expressão psicomotora o que permite a avaliação de diversas funções neurológicas, como a precisão, velocidade, inibição e regulação tónica assim como analisa a motricidade de uma forma global, ao nível do espaço e tempo vivenciados e protocolares (Fernandes & Filho, 2012). A expressão psicomotora contempla, assim, a atitude, a postura, o tónus, a motricidade e o envolvimento (Fernandes & Filho, 2012) e, portanto visa a compreensão de um perfil intraindividual com um carácter propenso a modificações e ajustes psicomotores (Fonseca, 2010).

A observação informal, por conseguinte, subentende a procura da personalidade psicomotora do indivíduo através da relação estabelecida entre as componentes objetivas e subjetivas inerentes ao ato motor propriamente dito. Desta forma, com vista à plasticidade cerebral, a intervenção é delineada de acordo com as características potenciais do indivíduo, considerando-o como um ser pensante, com as suas opiniões, convicções, que lhe dão uma certa especificidade única. No entanto, será tida em conta a sua capacidade de aprender, de modo a estabelecer o seu perfil psicomotor, tendo em conta os fatores psicomotores, as condições do processamento da informação, mas respeitando sempre e reforçando o seu estilo psicomotor por forma a serem ampliados os seus critérios de competência psicomotora (Fonseca, 2010).

Logo, a observação psicomotora informal tendo em conta os parâmetros dos instrumentos utilizados foca-se essencialmente nas dificuldades do indivíduo e, por isso, assume-se que as suas capacidades estarão consolidadas podendo dar-se especial atenção aos recursos menos qualificados. Portanto, o ideal seria utilizar os dois métodos em consonância, observação formal e informal, para se dar atenção ao ser como um todo, ou seja, às capacidades e às dificuldades, uma vez que estas capacidades podem funcionar como reforço para a melhoria e decodificação das dificuldades presentes.

#### **4.5. Descrição dos Instrumentos de Avaliação**

Seguidamente serão exibidos os instrumentos de avaliação utilizados pela estagiária para a avaliação inicial e final das crianças e jovens.

##### **4.5.1. Grelha de Observação Psicomotora (adaptada) de João Costa**

A Grelha de Observação Psicomotora (GOP) de Costa é uma grelha que surge em 2008 para auxiliar e suportar a informação retirada da observação realizada durante uma sessão terapêutica. A adaptação do instrumento que vamos usar foi realizada por (Bartolomeu, 2021) e está dividido em diversos fatores, nomeadamente, contacto, aparência física, intenção do movimento, resposta ao estímulo, regulação do esforço, postura, fatores psicomotores, perceção visual e auditiva, interação com o adulto, participação, inclusão, cooperação, observação – reprodução, competitividade, solidariedade, utilização dos materiais, interesse pelo jogo, atenção, intenção, planificação, atitude perante tarefas, linguagem recetiva e expressiva, voz, organização do discurso, pragmática, olhar, sorriso, expressão facial, gesticulação, expressão dos afetos e pensamento simbólico. Cada item é cotado com valores de 1 a 5, sendo que o 1 diz respeito a ausência ou nunca e o 5 sem alteração ou adequado (Costa, 2017).

##### **4.5.2. Draw a Person**

O Teste “desenhar a pessoa” (*Draw a Person – DAP*) concebido por Naglieri em 1988 é um teste de desenho da figura humana, do Homem, da Mulher e do Próprio, que permite perceber a forma como cada indivíduo percebe as pessoas ao seu redor (Mpangane, 2015) através da avaliação do nível de integração do esquema corporal, sendo aplicada a crianças e jovens dos 5 aos 17 anos de idade (Naglieri, 1988). A realização de cada desenho é cronometrada, uma vez que tem um máximo de 5 minutos para a elaboração de cada um. Cada desenho é avaliado de acordo com 64 itens, com o valor de 1 ponto cada, ou seja, a pontuação máxima de cada desenho é de 64 pontos, dando um total máximo do teste de 192 pontos. Este teste sendo projetivo, pode fornecer informações relevantes para a compreensão da interação do indivíduo com os outros e a perceção que tem de si próprio, mas também do seu funcionamento cognitivo. Os resultados brutos obtidos são traduzidos em valores standard e em percentis dando correspondência às seguintes indicações: “muito superior”, “superior”, “superior à média”, “na média”, “inferior à média”, “no limite” ou “deficiente” (Naglieri, 1988).

#### 4.5.3. Bateria Psicomotora – Tonicidade e Noção do Corpo

A Bateria Psicomotora (BPM) foi desenvolvida por Vítor da Fonseca em 1995 é um instrumento observacional que permite descrever o perfil psicomotor das crianças dos 4 aos 12 anos. Através da identificação da capacidade psicomotora do indivíduo, pode ou não, detetar sinais disfuncionais gnósticos e práticos nos sete fatores psicomotores (Fonseca, 2010). Estes podem ser um obstáculo ao desenvolvimento e à capacidade de adaptação ao meio envolvente, desta forma, a BPM engloba atividades que auxiliam na identificação do grau de maturidade psicomotora da criança e, na perceção de sinais desviantes da mesma, permitindo equipará-los às funções básicas dos sistemas do cérebro. A tonicidade é um fator fundamental para o desenvolvimento de todos os outros fatores, pois é responsável pelos padrões anti gravíticos, que se desenvolve desde o nascimento até aos 12 anos de idade. Este integra os subfactores, extensibilidade (membros superiores e inferiores), passividade, paratonia (membros superiores e inferiores), diadococinesias (mão direita e esquerda) e sincinesias (buciais e contralaterais). A noção do corpo é um fator importante responsável pela consciencialização e perceção corporal e reconhecimento do Eu, que se desenvolve dos 3 aos 4 anos de idade. Este integra os subfactores: sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem (face), imitação de gestos e desenho do corpo (Fonseca, 2010).

#### 4.5.4. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky (*Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency – BOT-2*) é um instrumento de diagnóstico individual habitualmente utilizado na avaliação do desenvolvimento psicomotor de indivíduos dos 4 aos 21 anos de idade e avalia de forma global o desempenho motor. O BOT-2 apresenta-se em versão completa (CF) e em versão reduzida (SF) (Jírovec et al., 2019). Esta última, utilizada no presente relatório, está dividida em quatro áreas motoras: (1) Controlo manual fino - precisão motora fina e integração motora fina; (2) Coordenação manual – destreza manual e coordenação nos membros superiores, (3) Coordenação corporal - coordenação bilateral e equilíbrio; (4) Força e agilidade. Há um total de 12 itens a ser avaliados em que a pontuação máxima é de 72 pontos. Os resultados brutos obtidos são traduzidos em valores standard e em percentis dando correspondência às seguintes indicações: “bem acima da média”, “acima da média”, “média”, “abaixo da média” e “bem abaixo da média” (Bruininks & Bruininks, 2010).

#### 4.5.5. Questionário de Capacidades e Dificuldades

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (*Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ*) é um instrumento que identifica problemas do foro da saúde mental em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos. Este questionário apresenta três versões: auto versão (crianças com mais de 11 anos), versão pais/responsáveis e versão professores. Apresenta um total de 25 itens a ser avaliados, divididos em cinco subescalas: sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas com colegas e comportamento pró-social. Neste questionário existem três possibilidades de resposta: não é verdade (0 ou 2 pontos), é um pouco verdade (1 ponto) e é muito verdade (0 ou 2 pontos). Para cada subescala a pontuação pode variar de 0 a 10, sendo que quanto menor a pontuação, melhor será o resultado das escalas de dificuldades, em contrapartida, na escala do comportamento pró-social o melhor resultado equivale a uma maior pontuação (Goodman, 1997, 1999).

#### 4.5.6. Escala de Autoconceito Piers-Harris

A Escala de Autoconceito de *Piers-Harris* (PHCSCS-2) é um instrumento composto por 60 itens que avalia seis fatores: Aspeto Comportamental (AC), Estatuto Intelectual (EI), Aparência Física (AF), Ansiedade (A), Popularidade (P) e Felicidade-Satisfação (FS), dando o Autoconceito Global. A pontuação de cada item é cotada com 1 ponto ou zero, conforme a resposta dada de acordo com a folha de resultados, ou seja, o item só é cotado com 1 ponto se a resposta à pergunta corresponder à resposta da folha de resultados. A pontuação de cada fator é obtida através da soma dos itens que lhe correspondem que depois é traduzida em percentis com base nas escalas de cada nível. A soma total dos fatores é o que permite encontrar o Autoconceito global, sendo que o máximo é 60 pontos. Esta escala dá-nos o conhecimento acerca do autoconceito e da sua relação com o comportamento de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 os 18 anos (Veiga, 2006).

#### 4.5.7. The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (LOFOPT)

A Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora (*The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy – LOFOPT*) é um instrumento de observação que fornece informações sobre características da personalidade em situações de movimento, pertinentes para a terapia psicomotora em grupo. É um teste baseado em objetivos terapêuticos e divide-se em nove categorias:

relações emocionais, autoconfiança, atividade, relaxação, controlo do movimento, focalização, expressão corporal, comunicação verbal e capacidade de regulação social. A pontuação deste instrumento está estabelecida por uma escala de 7 pontos, de -3 a +3, indicando um comportamento excessivo e um comportamento deficitário, respetivamente, sendo ambos comportamentos perturbados. A pontuação 0 atribui-se ao comportamento não perturbado de acordo com o item observado (Van Coppenolle et al., 1989).

#### 4.5.8. Torre de Londres

A Torre de Londres (TOL) é um teste que mede a capacidade de planeamento e os aspetos referentes à resolução de problemas em crianças e jovens entre os 4 e os 13 anos de idade (Anderson et al., 1996). É constituído por um modelo de madeira com três varas de alturas diferentes (vara maior – 3 bolas; vara média – 2 bolas; vara pequena – 1 bola) e três bolas de cor (vermelha, verde e azul), que se colocam nas varas, e cartões com sequências de ação diferentes. Este teste é constituído por 12 itens apresentados na ordem de um número mínimo crescente de movimentos, ou seja, pressupõe o menor número de movimentos possível a realizar da posição inicial para a posição mostrada no cartão, sendo que o grau de dificuldade vai aumentando (Kaller et al., 2011). Uma vez que este teste não se encontra validado para a população portuguesa não existem tabelas de valores normativos, por isso, os resultados são interpretados tendo por base a observação do comportamento do indivíduo durante a realização do teste.

#### 4.5.9. Estátua de Nepsy

A Estátua de Nepsy II é uma prova que integra uma bateria de testes (NEPSY-II: *A Developmental Neuropsychological Assessment Battery*) aplicada individualmente, concebida para avaliar o desenvolvimento neuropsicológico em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos (Davis & Matthews, 2010). Esta prova da estátua da bateria de Nepsy II avalia a inibição da resposta motora ao ruído de interferência através dos parâmetros de distração/erros: nenhum, movimento corporal, abrir os olhos e vocalização, em que o intervalo de resultados é definido pelo número de ações apresentadas a cada 5 segundos dos 75 segundos de duração total da prova, dando um total máximo de 30 pontos. A cotação é atribuída num intervalo de tempo com 2 pontos sem qualquer erro, 1 ponto com apenas um erro e 0 (zero) pontos quando se verificaram dois ou três erros (Kemp & Korkman, 2010).



#### 4.5.10. Escala de Silhuetas de Collins

A Escala de Silhuetas de Collins é um instrumento que permite avaliar a (in)satisfação com a forma corporal, em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos. Esta escala é composta por um questionário pictórico que apresenta uma sequência de sete silhuetas femininas ou masculinas que ilustram o peso corporal, desde o menos volumoso (imagem 1) para o mais volumoso (imagem 7). Este questionário subentende a marcação da silhueta correspondente ao corpo por eles considerado ideal (corpo desejado) e da silhueta do corpo real (corpo observado). A discrepância entre a silhueta real e a silhueta ideal é utilizada como indicador de insatisfação com a imagem corporal, ou seja, se a silhueta real for a mesma que a silhueta ideal, a pessoa está satisfeita com a sua imagem corporal, no entanto se o número da silhueta real for menor ou maior que a ideal, então o participante está insatisfeito devido à sua magreza ou excesso de peso, respetivamente. Portanto, as pontuações mais baixas são indicadoras do desejo de perder peso enquanto as pontuações mais altas indicam o desejo de ganhar peso. No entanto, isto pode ser questionado ao indivíduo se deseja “perder peso”, “ganhar peso”, ou “manter o peso atual” (Collins, 1991).

#### 4.6. Descrição dos Casos Acompanhados

No presente estágio foram realizados cerca de 15 acompanhamentos de indivíduos com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos de idade, centrado nas suas problemáticas. Na sua maioria foram jovens integrados/as em contexto de grupo, no entanto existem algumas exceções em que o seu acompanhamento foi individual. De seguida serão descritos os casos acompanhados, tanto a nível individual (tabela 3) como de grupo, pela estagiária ao longo do estágio curricular.

##### 4.6.1. Individualmente

**Tabela 3.** *Descrição dos Casos acompanhados Individualmente*

<b>Identificação dos casos e Motivo encaminhamento</b>	<b>Número Sessões</b>	<b>Observações</b>
Rodrigo (nome fictício) – 7 anos <b>Sexo masculino</b> Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Perturbação Explosiva Intermitente;	Compareceu a 24 sessões num total de 25 sessões	Caso desenvolvido posteriormente no Caso I
Filipa (nome fictício) – 14 anos <b>Sexo feminino</b> Perturbação do comportamento alimentar.	Compareceu a 14 sessões num total de 18 sessões	Caso descrito de seguida

A Filipa (nome fictício) é uma jovem com 14 anos, nasceu a setembro de 2007 e frequenta atualmente o 9º ano de escolaridade. Foi encaminhada para a consulta de Psicomotricidade pelo pedopsiquiatra responsável pelo caso, dada a sua Perturbação do Comportamento Alimentar com restrição alimentar e dispensa energética com exercício físico excessivo, sem comportamento purgativo. Ao nível da perceção corporal existe insatisfação marcada idealizando um corpo mais próximo do corpo sexuado adulto negando perceção de excesso de peso. Concomitantemente existe afeto depressivo, zanga desde 2019 reativo a contexto de luto familiar (falecimento dos tios maternos; ameaça de separação dos pais). Tem acompanhamento psicológico individual e está medicada. Surge a necessidade de intervenção familiar na consulta de Pedopsiquiatria. A jovem vive com os pais e irmão, a dinâmica familiar será com grande poder na rotina e na comunicação entre os membros da família interferindo nos seus momentos livres. Há também registo de evitamento de conflito com inflexão da agressividade dirigida contra a própria através do comportamento alimentar. A família (pais) apresenta uma certa tendência para evitarem a confrontação e de assumirem uma postura de hiperproteção.

A jovem iniciou a intervenção em Psicomotricidade a fevereiro de 2022, com sessões a decorrer uma vez por semana, mas devido à sua presença irregular havia semanas que só aparecia de 15 em 15 dias e chegou a faltar três semanas consecutivas. Neste caso realizou-se a entrevista com o pai, a observação e as avaliações inicial e final. A fim de melhor delinear uma intervenção para a Filipa, foram aplicados alguns instrumentos de avaliação, como o **Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ)** para avaliar comportamentos que identifiquem dificuldades nos diversos domínios de vida, como sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e de comportamento pró-social; a **Escala de autoconceito (EAC)** para avaliar o autoconceito e as relações interpessoais através do Aspeto Comportamental (AC), Estatuto Intelectual (EI), Aparência Física (AF), Ansiedade (A), Popularidade (P) e Felicidade-Satisfação (FS); o **DAP** a fim de compreender a interação do indivíduo com os outros e a perceção que tem de si próprio, mas também do seu funcionamento cognitivo e, assim avaliar a imagem do corpo; o **BOT-2** com o objetivo de avaliar o perfil psicomotor bem como o grau de maturidade psicomotora através da perceção de sinais desviantes; a **BPM**, mais concretamente o fator noção do corpo; a **Torre de Londres** para avaliar a capacidade de planeamento, execução e resolução de problemas; a estátua de **NEPSY-II** com o intuito de avaliar a inibição,

autorregulação, monitoramento e vigilância da resposta motora da jovem ao ruído de interferência; e, a escala de **Silhuetas de Collins** com o objetivo de avaliar a (in)satisfação com a forma corporal.

A Filipa é uma jovem inteligente que se apresenta numa fase inicial da interação com um contacto adequado, mas um pouco inibido e envergonhado, com uma participação passiva nas sessões. Com o desenvolvimento da interação apresenta maior disponibilidade à participação com um registo muito calmo. Apresenta-se colaborante, com falta de iniciativa, mas com imenso interesse nas atividades propostas. É uma jovem simpática, que apresenta alguma dificuldade ao nível da gestão emocional e do controlo da ansiedade, mas do ponto de vista cognitivo tem bons recursos. No que respeita ao SDQ a Filipa apresenta um comportamento normal apesar de mostrar algumas dificuldades no comportamento pró-social e na gestão dos sintomas emocionais, sendo uma pontuação mais alta. Estas dificuldades incomodam pouco a jovem e estão presentes nas suas tarefas do quotidiano, em casa, na escola e nas brincadeiras/tempos livres. Na EAC apresentou um autoconceito dentro da média apesar de ser uma jovem com baixa autoestima, elevada ansiedade e baixos níveis de aparência física e popularidade. No DAP obteve uma média alta para a idade e durante a realização do desenho apostou muito no rosto e no cabelo dos desenhos, realizando penteados com um estilo próprio e faces muito preenchidas com todos os detalhes e a proporção adequada. No entanto, ultrapassou o tempo estipulado para a tarefa e o seu traço era pouco firme realizado com alguma hesitação. No BOT-2 encontra-se abaixo da média para a idade, apresentando várias reequilibrações e ajustes posturais, tirando as mãos da anca enquanto anda sobre uma linha e no salto em apoio unipedal ainda apoia o pé no chão. Na realização da prova da coordenação bilateral tocou algumas vezes incorretamente na ponta do nariz, utilizando a parte média do dedo e tocando na parte inferior do lábio. A Filipa apresenta alguma dificuldade para apanhar a bola, usando a mão direita e todo o corpo para a apanhar, enquanto a mão esquerda realiza movimentos contralaterais. A Filipa demonstrou-se hipotónica durante a aplicação do instrumento, com os braços descaídos, mas ao mesmo tempo ligeiramente fletidos. Portanto, a Filipa apresenta baixa prestação na rapidez e agilidade, na coordenação dos membros superiores e, especialmente, na força. Durante a aplicação do instrumento notou-se alguma dificuldade em esperar que os tempos terminassem. Na BPM, no que respeita a noção do corpo, apresentou dificuldades na nomeação das diferentes partes do corpo, acertando em 10 de 16 partes do corpo e, por isso, não nomeia o nome dos dedos

manifestando dificuldades na diferenciação da direita e da esquerda; reconhecimento direita-esquerda mostrou dificuldades na reversibilidade; auto-imagem na primeira tentativa consegue tocar quatro vezes exatamente na ponta do nariz, com o movimento eumétrico, preciso e melódico; imitação de gestos reproduz duas das quatro figuras, com distorções de forma, proporção e angularidade, apresentando sinais de hesitação; desenho do corpo considera-se que realizou um desenho completo, organizado, simétrico, geometrizado, com pormenores faciais e extremidades, mas com algumas distorções mínimas. Na TOL apresenta uma boa capacidade de planeamento e, relativamente aos aspetos referentes à resolução de problemas, verificou-se que se encontra dentro da média, apesar de em dois dos problemas apenas ter concluído a tarefa na 2ª tentativa, mostrando despender de algum tempo no planeamento. Na estátua de Nepsy-II exibiu-se com expressão facial neutra, sendo observadas reações tónicoemocionais, como oscilações corporais, algumas reequilibrações e ainda movimentos labiais com alguns sorrisos, ou seja, apresenta uma capacidade de controlo inibitório abaixo da média. Durante a aplicação da escala demonstra alguma insegurança emocional, mantendo os braços fletidos e mexendo com alguma frequência no anel que trazia no dedo indicador da mão direita, rodando-o. Na escala de silhuetas de Collins a jovem apresenta-se insatisfeita com a sua imagem corporal devido à sua magreza.

Perante as avaliações iniciais realizadas, procurou-se trabalhar com a Filipa ao longo das sessões a noção do corpo, a gestão dos sintomas emocionais, alguma insegurança emocional e coordenação através de atividades que permitissem uma maior consciência corporal, o desenvolvimento do autoconceito e a regulação emocional privilegiando-se o movimento expressivo através da mímica, por forma a desenvolver, através das vivências corporais e da consciencialização corporal, mecanismos que poderão ser auxiliares no seu quotidiano. Como progressão terapêutica a Filipa durante o decorrer das sessões apresentou algumas melhorias permitindo-se participar nas sessões de uma forma ligeiramente mais ativa, tentando sempre manter o seu registo calmo. Durante a avaliação final, relativamente ao SDQ a jovem manteve um comportamento normal com algumas dificuldades no comportamento pró-social e na gestão dos sintomas emocionais. Estas dificuldades continuam a incomodar pouco a jovem e interferem pouco em casa, sendo que no momento em nada interferem na escola, com amigos ou até nas brincadeiras/tempos livres. Na EAC mantém um autoconceito dentro da média, com melhor autoestima, apesar de alegar em sessão que gostava de engordar. Ainda apresenta

elevada ansiedade. No DAP mantém-se acima da média para a idade com o mesmo investimento ao nível dos penteados e dos detalhes nos desenhos, mantendo as proporções adequadas. No BOT-2 melhorou em várias provas apresentando-se na média para a idade, com significativas melhorias ao nível da coordenação dos membros superiores, mas também algumas melhorias ao nível da integração motora fina, rapidez, agilidade e força. Na BPM, relativamente à noção do corpo continua a apresentar dificuldades na nomeação das diferentes partes do corpo, na diferenciação da direita e da esquerda e na reversibilidade. Na TOL conserva a sua boa capacidade de planeamento encontrando-se dentro da média nos aspetos referentes à resolução de problemas. Na estatura de Nepsy-II manteve a sua capacidade de controlo inibitório abaixo da média para a idade. Na escala de silhuetas de Collins a jovem permanece insatisfeita com a sua imagem corporal devido à sua magreza, mas com pequenas melhorias. Portanto, numa visão geral a Filipa identifica-se com um elevado nível de ansiedade. Para além disso, verificam-se pequenas melhorias ao nível do comportamento, do estatuto intelectual e da aparência física o que pode significar uma melhoria da autoestima, mantendo um bom nível de felicidade, o que pode significar que se aceita como é, no entanto, a jovem alega estar insatisfeita com a sua imagem corporal devido à sua magreza. Observou-se ainda uma melhoria na coordenação motora.

Após uma análise detalhada da avaliação inicial e final que a Filipa desempenhou pode destacar-se, de uma forma geral, uma pequena evolução. Portanto, no que respeita o seu desempenho nas sessões começa a tornar-se evidente alguma disponibilidade para a criação de uma relação terapêutica, fazendo pequenas partilhas do decorrer da sua semana de forma espontânea, apresentando uma participação ligeiramente menos inibida. Ao longo dos quatro meses de intervenção a sua postura em sessão melhorou demonstrando-se mais disponível para a relação e para a realização de atividades mais corporais e expressivas. Neste tempo denotaram-se algumas alterações na Filipa, especialmente na relação com a psicomotricista, demonstrando uma ligeira abertura para a relação que era pouco visível numa fase mais inicial. Assim, nesta fase a Filipa está mais disponível para a relação e para se entregar à intervenção com o objetivo de melhorar, disponibilizando-se para participar mais ativamente nas sessões. Tendo em conta esta ligeira evolução da jovem é aconselhável que mantenha o acompanhamento ao nível da Psicomotricidade, com intervenção individual, por forma a manter essa evolução e a serem trabalhados outros requisitos para a aceitação de si, do seu corpo, ajudando a

jovem a sair desta dualidade existente entre o que é e o que deseja ser, melhorando e ajustando a sua imagem e consciência corporal.

#### 4.6.2. Grupo

**Tabela 4. Caracterização do Grupo 1**

<b>Grupo 1 – Identificação dos casos e Motivo de encaminhamento</b>	<b>Avaliação Inicial<sup>1</sup></b>	<b>Avaliação Final<sup>1</sup></b>	<b>Progressão Terapêutica<sup>2</sup></b>
<p>Benedita (nome fictício) – 16 anos  <b>Sexo feminino</b>            Perturbação de Pânico e Fobia Social;            Personalidade maioritariamente esquizotípica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Alguma dificuldade na partilha e diálogo com os pares;</li> <li>– Ligeira falta de autoconfiança;</li> <li>– Pouco comunicativa;</li> <li>– Movimentos ligeiramente tensos e controlados;</li> <li>– Baixa autoestima;</li> <li>– Elevados níveis de ansiedade;</li> <li>– Pouca felicidade e satisfação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança;</li> <li>– Ligeiramente passiva;</li> <li>– Relação e movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvimento adequado, mas por vezes, coloca-se de parte no grupo;</li> <li>– Expressiva;</li> <li>– Comunicativa com opiniões construtivas;</li> <li>– Regulação social apropriada;</li> <li>– Ligeiramente tensa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relação apropriada;</li> <li>– Menos passiva nas atividades;</li> <li>– Postura mantém-se ligeiramente tensa, mas os seus movimentos são muito mais apropriados;</li> <li>– Expressiva;</li> <li>– Mais comunicativa, expressando a sua opinião de forma construtiva;</li> <li>– Mais disponível para a relação com o grupo.</li> </ul>
<p>Bárbara (nome fictício) – 16 anos  <b>Sexo feminino</b>            Quadro depressivo com episódios depressivos;            Ansiedade e fuga;            Agitação Psicomotora.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Não interage com o grupo;</li> <li>– Autoconfiança débil;</li> <li>– Ligeiramente passiva nas atividades;</li> <li>– Ligeiramente sobre relaxada com postura hipotónica;</li> <li>– Apática com movimentos controlados;</li> <li>– Registo não comunicativo;</li> <li>– Regulação social apropriada;</li> <li>– Envolvida adequadamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sub-relacionado;</li> <li>– Interação adequada;</li> <li>– Autoconfiança débil, não se propõe a iniciar as atividades;</li> <li>– Ligeiramente passiva;</li> <li>– Ligeiramente sobre relaxada com postura hipotónica;</li> <li>– Ligeiramente apática;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Pouco comunicativa;</li> <li>– Regulação social apropriada;</li> <li>– Envolvida adequadamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Maior disponibilidade para as sessões;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Comunicação mais ativa;</li> <li>– Relações emocionais apropriadas;</li> <li>– Aumento significativo nos aspetos comportamental e aparência física;</li> <li>– Melhorias nas competências motoras grossas;</li> <li>– Regressão ao nível do desenho da figura humana.</li> </ul>

Grupo 1 – Identificação dos casos e Motivo de encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p>Telmo (nome fictício) – 16 anos  <b>Sexo masculino</b>            Perturbação Disruptiva, do Controlo dos impulsos e do Comportamento, sem outra especificação;            Perturbação da Comunicação (articulação das palavras) com necessidade de apoio na socialização.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sobre relacionado, interage com o grupo de forma muito intensa;</li> <li>– Autoconfiança ligeiramente excessiva;</li> <li>– Ligeiramente hiperativo;</li> <li>– Postura sobre relaxada, com tensão muscular diminuída;</li> <li>– Movimentos pouco controlados;</li> <li>– Registo muito comunicativo;</li> <li>– Com falta de regras;</li> <li>– Ligeiramente não envolvido nas atividades.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sobre relacionado, interferindo de uma forma intensa;</li> <li>– Autoconfiança adequada, ainda que com alguns comportamentos impulsivos;</li> <li>– Ligeiramente hiperativo</li> <li>– Ligeiramente sobre relaxado, com uma tensão muscular mais ou menos adequado;</li> <li>– Ligeiramente super-expressivo;</li> <li>– Movimentos ligeiramente descontrolados;</li> <li>– Registo ligeiramente comunicativo;</li> <li>– Regulação social com ligeiramente falta de regras;</li> <li>– Ligeiramente não envolvido;</li> <li>– Agitação psicomotora.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Melhorias ao nível do comportamento, em contexto intra e extra-hospitalar;</li> <li>– Aumento da noção do corpo e imagem corporal;</li> <li>– Desenvolvimento das suas capacidades motoras grossas.</li> <li>– Capacidade de controlo inibitório e atenção, mesmo com a necessidade de haver movimentos adaptativos;</li> <li>– Regressão pouco significativa na capacidade de planificação e resolução de problemas.</li> </ul>

<sup>1</sup>Avaliação decorrente da aplicação da Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora.

<sup>2</sup>Baseada na análise das sessões e da comparação da avaliação inicial e avaliação final.

O Grupo 1 (anexo 1) do Hospital de Dia teve início a 12 de outubro de 2021 e terminou a 14 de junho de 2022, com a duração de oito meses e um total de 30 sessões. Numa fase inicial o grupo era constituído por duas pessoas, sendo que a Bárbara não compareceu nas duas primeiras sessões e dois meses após o início da intervenção começou a ser pouco assídua e, portanto, no espaço de três meses não existia grupo nem par, as sessões eram individuais dinamizadas apenas com a Benedita. Mais tarde, cerca de quatro meses após o início da intervenção é integrado um novo elemento nesta intervenção individual, o Telmo que foi sempre muito assíduo desde o início. Neste sentido, a Benedita numa fase inicial estava pouco recetiva a este novo elemento, mas com o tempo foi aceitando-o, pelo que aquela intervenção individual inicial poderá ter ajudado a esta aceitação posterior. Entretanto a Bárbara manteve-se pouco assídua, mas nas sessões em que compareceu, já na presença do Telmo, houve a criação de uma pequena aliança com a Benedita contra este novo elemento mostrando-se pouco recetivas. No entanto, nas sessões seguintes esta aliança foi facilmente quebrada, existindo uma recetividade e abertura por parte de ambas à integração do Telmo. Numa fase final do grupo já se sentia



uma aceitação por parte de todos os elementos à formação do grupo. Durante esta intervenção a psicomotricista do serviço fez o papel de coterapeuta juntamente com uma das estagiárias enquanto a outra estagiária assumiu o papel de terapeuta, sendo que os objetivos terapêuticos delineados e os planos de sessão para este grupo foram da responsabilidade das estagiárias.

**Tabela 5. Caracterização do Grupo 2**

<b>Grupo 2 – Identificação dos casos e Motivo de encaminhamento</b>	<b>Avaliação Inicial<sup>1</sup></b>	<b>Avaliação Final<sup>1</sup></b>	<b>Progressão Terapêutica<sup>2</sup></b>
<p>Gustavo (nome fictício) – 16 anos  <b>Sexo masculino</b>            Perturbação depressiva;            Funcionamento melancólico;            Comportamentos autolesivos;            Tentativa de suicídio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sub-relacionado;</li> <li>– Autoconfiante;</li> <li>– Ligeiramente hiperativo;</li> <li>– Relaxado;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvido adequadamente;</li> <li>– Ligeiramente apático na expressão do movimento;</li> <li>– Comunicativo e interativo com o grupo;</li> <li>– Regulação social apropriada.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Abandonou o grupo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sub-relacionado;</li> <li>– Autoconfiante;</li> <li>– Ligeiramente passivo;</li> <li>– Relaxado;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvido adequadamente;</li> <li>– Ligeiramente apático na expressão do movimento;</li> <li>– Comunicativo e interativo com o grupo;</li> <li>– Regulação social apropriada.</li> </ul>
<p>Iasmin (nome fictício) – 15 anos  <b>Sexo feminino</b>            Quadro depressivo;            Lentificação psicomotora;            Alterações na alimentação;            Alterações de humor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sub-relacionada;</li> <li>– Sem autoconfiança;</li> <li>– Passiva nas atividades;</li> <li>– Ligeiramente sobre relaxada;</li> <li>– Ligeiramente não envolvida nas tarefas;</li> <li>– Ligeiramente apática e demasiada precaução no movimento;</li> <li>– Ligeiramente não comunicativa;</li> <li>– Regulação social apropriada.</li> </ul>	<p>Não se realizou avaliação final devido à reduzida assiduidade da jovem às sessões.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relação apropriada;</li> <li>– Sem autoconfiança;</li> <li>– Ligeiramente passiva nas atividades;</li> <li>– Relaxada;</li> <li>– Envolvida adequadamente;</li> <li>– Ligeiramente apática;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Comunicativa;</li> <li>– Regulação social apropriada.</li> </ul>

Grupo 2 – Identificação dos casos e Motivo de encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p>Iara (nome fictício) – 16 anos  <u>Sexo feminino</u>            Perturbação da Personalidade Borderline;            Episódios de bulimia;            Comportamentos autolesivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sub-relacionada;</li> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança;</li> <li>– Passiva nas atividades;</li> <li>– Sobre-relaxada;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvida adequadamente;</li> <li>– Excessivamente apática;</li> <li>– Não comunicativa;</li> <li>– Regulação social apropriada.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Abandonou o grupo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sub-relacionada;</li> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança;</li> <li>– Ligeiramente passiva;</li> <li>– Ligeiramente sobre-relaxada;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvida adequadamente;</li> <li>– Apática;</li> <li>– Ligeiramente não comunicativa;</li> <li>– Regulação social apropriada.</li> </ul>
<p>João (nome fictício) – 15 anos  <u>Sexo masculino</u>            Elevado isolamento social;            Muito reservado;            Fase prodrômica psicótica de carácter esquizoide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Muito reservado com postura inibida;</li> <li>– Interesse pelas atividades;</li> <li>– Regulação social apropriada;</li> <li>– Dificuldade em relaxar (muito hipertónico);</li> <li>– Baixa comunicação verbal (resposta dicotómica);</li> <li>– Dificuldade no processamento da informação e resposta rápida;</li> <li>– Assume o “papel de observador”;</li> <li>– Atividade motora ligeiramente passiva;</li> <li>– Apático;</li> <li>– Movimentos demasiado cautelosos;</li> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança;</li> <li>– Sub-relacionado, mas ligeiramente sobre envolvido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sub-relacionado interage pouco com o grupo;</li> <li>– Autoconfiança débil;</li> <li>– Ativo nas tarefas;</li> <li>– Ligeiramente tenso;</li> <li>– Postura ligeiramente hipertónica;</li> <li>– Apático;</li> <li>– Movimentos controlados e, por vezes exagerados no que respeita a aplicação de força nos lançamentos;</li> <li>– Pouco comunicativo;</li> <li>– Regulação social ligeiramente obsessiva com as regras;</li> <li>– Ligeiramente sobre envolvido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mais ativo nas atividades;</li> <li>– Postura menos tensa;</li> <li>– Movimentos, apesar controlados, são realizados com menor precaução;</li> <li>– Pouco comunicativo, mas melhor e consegue expressar a sua opinião;</li> <li>– Regulação social ligeiramente alterada, mais obsessivo com as regras.</li> </ul>

<b>Grupo 2 – Identificação dos casos e Motivo de encaminhamento</b>	<b>Avaliação Inicial<sup>1</sup></b>	<b>Avaliação Final<sup>1</sup></b>	<b>Progressão Terapêutica<sup>2</sup></b>
<p>Leonor (nome fictício) – 15 anos  <u>Sexo feminino</u>            Sintomas de convulsão;            Irritabilidade;            Angústia;            Ansiedade;            Insónias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comportamento apropriado;</li> <li>– Muito reservada e contida;</li> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança;</li> <li>– Sentimento de desconfiança marcado;</li> <li>– Ligeiramente hiperativa;</li> <li>– Controlo apropriado dos movimentos;</li> <li>– Ligeiramente super expressiva;</li> <li>– Ligeiramente desconcentrada;</li> <li>– Ligeiramente não comunicativa;</li> <li>– Com poucas regras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança;</li> <li>– Relação apropriada;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvida adequadamente;</li> <li>– Expressiva;</li> <li>– Comunicativa, necessitando de muita atenção;</li> <li>– Regulação social apropriada;</li> <li>– Ligeiramente hiperativa;</li> <li>– Ligeiramente tensa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relação apropriada;</li> <li>– Postura ligeiramente tensa;</li> <li>– Envolvida adequadamente apesar da sua expressão ligeiramente super expressiva;</li> <li>– Mais comunicativa, expressando-se bem;</li> <li>– Manifestação de uma necessidade imensa de atenção, apesar de não possuir essa capacidade para ouvir os outros.</li> </ul>
<p>Marta (nome fictício) – 16 anos  <u>Sexo feminino</u>            Perturbação disfórica Pré-Menstrual;            História de adoção muito complicada;            Sentimentos de inferioridade, desamparo e abandono.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sub-relacionado;</li> <li>– Ligeiramente apático com pouca relação afetiva;</li> <li>– Pouco contacto ocular;</li> <li>– Sem autoconfiança;</li> <li>– Passiva e sobre relaxada, descreve-se como sedentária;</li> <li>– Presença de manifestações ansiosas através da fricção nas costas da mão abrindo pequenas feridas;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvimento adequado nas atividades;</li> <li>– Comunicativa;</li> <li>– Regulação social apropriada com interações dentro do grupo;</li> <li>– Muito empática aos problemas dos outros.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Abandonou o grupo devido a incompatibilidade de horário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ligeiramente sub-relacionada;</li> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança;</li> <li>– Ligeiramente passiva;</li> <li>– Sobre-relaxada;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Ligeiramente não envolvida;</li> <li>– Ligeiramente apática;</li> <li>– Ligeiramente não comunicativa;</li> <li>– Regulação social apropriada.</li> </ul>

Grupo 2 – Identificação dos casos e Motivo de encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p>Natacha (nome fictício) – 14 anos  <u>Sexo feminino</u>            Suspeita de Perturbação da Personalidade Borderline;            Dificuldade em controlar os impulsos;            Falta de vontade, cansaço, impotência e verbaliza falta de interesse e ânimo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relações emocionais apropriadas;</li> <li>– Com autoconfiança;</li> <li>– Relaxada e com um controlo e expressividade do movimento adequados;</li> <li>– Comunicativa;</li> <li>– Empática para com os restantes elementos do grupo;</li> <li>– Participação ativa nas dinâmicas em grupo;</li> <li>– Ligeira hiperatividade;</li> <li>– Ligeira falta de regras, com necessidade de imposição de limites.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relações emocionais apropriadas, manifesta preocupação com as pessoas próximas;</li> <li>– Ligeiramente sem autoconfiança, necessita de validação dos outros;</li> <li>– Ativa;</li> <li>– Ligeiramente sobre relaxada com manifestações de cansaço;</li> <li>– Movimentos apropriados;</li> <li>– Envolvida adequadamente;</li> <li>– Expressiva;</li> <li>– Comunicativa, por vezes, com verbalização excessiva e muito pormenorizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bom envolvimento na sessão;</li> <li>– (Des)Construção de díade;</li> <li>– Dinâmica com o grupo;</li> <li>– Melhoria do autoconceito;</li> <li>– Aumento da noção do corpo e imagem corporal;</li> <li>– Melhoria da autoestima e reconhecimento das suas capacidades;</li> <li>– Diminuição das capacidades motoras grossas, pouco significativas;</li> <li>– Capacidade de autorregulação e inibição de estímulos permaneceu estável.</li> </ul>
<p>Stela (nome fictício) – 15 anos  <u>Sexo feminino</u>            Situação de abandono e desamparo;            Relações sociais de um para um;            Institucionalizada com difícil adaptação;            Tendências suicidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sub-relacionada;</li> <li>– Passiva e apática não mostrando grandes relações no grupo;</li> <li>– Sem autoconfiança;</li> <li>– Ligeiramente sobre relaxada, com os braços pendentes ao longo do corpo;</li> <li>– Ligeiramente não envolvida apresentando-se desatenta e por vezes desinteressada;</li> <li>– Ligeiramente com falta de regras, presença de comportamentos de oposição;</li> <li>– Movimentos apropriados e discretos;</li> <li>– Comunicativa, por vezes, ligeiramente muito comunicativa sendo exagerada e desadequada ao invadir o espaço pessoal dos outros.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Abandonou o grupo devido a incompatibilidade de horário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Mais participativa, com bom envolvimento na sessão;</li> <li>– Adequada na sua intervenção dentro do grupo, respeitando mais os limites de cada um;</li> <li>– Demonstração de maior abertura à relação com os elementos do grupo;</li> <li>– Manifestação da sua opinião;</li> <li>– Maior interesse e atenção aos assuntos desenvolvidos em sessão;</li> <li>– Partilha de situações diárias que a deixam menos confortável;</li> <li>– Confiança no grupo.</li> </ul>

<sup>1</sup>Avaliação decorrente da aplicação da Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora.

<sup>2</sup>Baseada na análise das sessões e da comparação da avaliação inicial e avaliação final.

O Grupo 2 (anexo 2) do Hospital de Dia teve início a 12 de outubro de 2021 e terminou a 14 de junho de 2022, com a duração de oito meses e um total de 30 sessões. Numa fase inicial da intervenção o grupo era constituído por oito elementos, no entanto, a Iasmin só começou a comparecer às sessões cerca de dois meses após o início das mesmas, mantendo-se pouco assídua ao longo da intervenção. Entretanto, após um mês de intervenção o Gustavo e a Iara começaram a ser pouco assíduos, sendo que ao fim de quatro meses de intervenção abandonaram o grupo. Neste seguimento, ao fim de três meses de intervenção a Marta começou a ser pouco assídua, acabando por abandonar o grupo ao fim de cinco meses de intervenção por incompatibilidade horária, tal como a Stela. Acabando por ficar um grupo de quatro elementos, sendo que apenas três deles eram assíduos. Com o decorrer da intervenção foram notórios os laços criados entre os participantes e, numa fase inicial o Gustavo era um dos elementos mais integrativos do grupo que procurava participar de forma ativa tentando criar relação com todos/todas, já a Iara tinha uma relação de amizade com o Gustavo deixando-se muito ligada ao mesmo e fechando-se um pouco para os restantes elementos. Ainda neste início foi perfeitamente perceptível a rivalidade existente entre as duas figuras masculinas o Gustavo e o João presentes, no entanto acabavam por ser o suporte um do outro. Mais tarde cria-se uma díade entre a Leonor e a Natacha colocando-se numa posição um pouco excluídas do grupo. Entretanto, a ausência do Gustavo no grupo deixou o João um pouco desamparado pelo que nesta fase a Stela tenta criar uma relação de um para um. Nesta altura a Marta é menos assídua e isso faz com que o grupo se divida em duas díades a da Leonor com a Natacha e a do João com a Stela. Mais tarde estas díades acabam por se desmembrar com a ausência da Stela e com o afastamento da Leonor e da Natacha, começando a criar-se um grupo de três que se manteve até então. Durante esta intervenção a psicomotricista do serviço fez o papel de coterapeuta juntamente com uma das estagiárias enquanto a outra estagiária assumiu o papel de terapeuta, sendo que os objetivos terapêuticos delineados e os planos de sessão para este grupo foram da responsabilidade das estagiárias.

Tabela 6. Caracterização do Grupo 3

Grupo 3 – Identificação dos casos e Motivo de encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p>Luís (nome fictício) – 15 anos</p> <p><b><u>Sexo masculino</u></b></p> <p>Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção;</p> <p>Perturbação de oposição e desafio;</p> <p>Necessidade de controlo da impulsividade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contacto inibido, com pouca interação com o grupo;</li> <li>– Pouco comunicativo, respondendo apenas quando questionado;</li> <li>– Participa adequadamente nas atividades;</li> <li>– Movimentos independentes do grupo;</li> <li>– Sem iniciativa e evita o confronto;</li> <li>– Tensão muscular diminuída, ligeiramente sobre-relaxado;</li> <li>– Movimentos demasiado controlados e pouco dinâmicos;</li> <li>– Expressões faciais monótonas;</li> <li>– Pouca expressividade corporal e, por vezes, não é concordante com o diálogo verbal;</li> <li>– Atenção focalizada nas atividades, compreendendo-as e ajustando-se às mesmas;</li> <li>– Respeita as regras e limites estabelecidos.</li> </ul>	<p><b>Abandonou o grupo</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contacto inibido, com ligeira melhoria da interação com o grupo;</li> <li>– Postura de indiferença e desinteresse perante as atividades;</li> <li>– Ligeiramente distraído durante a explicação das atividades;</li> <li>– Ligeiramente sobre-relaxado, com perfil hipotónico;</li> <li>– Movimentos pouco dinâmicos;</li> <li>– Expressão facial monótona e reduzida expressão corporal;</li> <li>– Respeita as regras e limites estabelecidos.</li> </ul>
<p>Martim (nome fictício) – 16 anos</p> <p><b><u>Sexo masculino</u></b></p> <p>Problemas de comportamento;</p> <p>Imaturidade;</p> <p>Dificuldade na relação com os pares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aparência cuidada e investida;</li> <li>– Contacto adequado e interativo;</li> <li>– A interação com a terapeuta é adequada;</li> <li>– Participação ativa nas atividades;</li> <li>– Disponibilidade de cooperação;</li> <li>– Boa capacidade de observação;</li> <li>– Presença de competitividade moderada;</li> <li>– Discurso, por vezes, desorganizado e confuso;</li> <li>– Presença de olhar intencional e expressão facial concordante com a emoção que demonstra;</li> <li>– Elevada agitação psicomotora e comportamentos impulsivos.</li> </ul>	<p>Não se realizou avaliação final devido ao jovem ter faltado na última sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contacto muito familiar e solícito;</li> <li>– Grande necessidade de ser aceite pelas terapeutas e pelo colega, pedindo permissão e evitando o confronto;</li> <li>– Expressão corporal (movimentos, postura e expressões faciais) adequada;</li> <li>– Diálogo verbal mais consistente;</li> <li>– Muito comunicativo, fala constantemente, tendo alguma dificuldade em manter-se em silêncio e por vezes interrompe o os outros ou responde por eles;</li> <li>– Tensão muscular adequada às exigências das atividades;</li> <li>– Movimentos imprudentes e impulsivos;</li> <li>– Mantém a atenção focalizada;</li> <li>– Encara as atividades de forma muito séria, envolvendo-se tanto que se esquece do resto.</li> </ul>

<sup>1</sup>Avaliação decorrente da aplicação da Escala de Observação de Louvain e da Grelha de Observação Psicomotora para Objetivos em Terapia Psicomotora.

<sup>2</sup>Baseada na análise das sessões e da comparação da avaliação inicial e avaliação final.

O Grupo 3 do Hospital de Dia teve início a 16 de fevereiro de 2022 e terminou a 1 de junho de 2022, com a duração de quatro meses e um total de 11 sessões. Numa fase inicial era uma intervenção individual com o Martim, no entanto, surge a necessidade de se criar um grupo e então um mês após o início da intervenção o Luís integra as sessões. Assim, numa fase inicial o grupo manteve-se aberto com o intuito de receber mais jovens, no entanto, ao fim de aproximadamente um mês, o Luís abandona o grupo. Nesta fase da intervenção decide-se em equipa que devido às manifestações de abandono do Martim iria prosseguir a intervenção em formato individual. Durante esta intervenção a psicomotricista do serviço fez o papel de terapeuta e as psicomotricistas estagiárias assumiram o papel de coterapeutas, sendo que os objetivos terapêuticos delineados bem como os planos de sessão para este grupo foram da responsabilidade da psicomotricista do serviço.

Face às características e resultados das avaliações de cada jovem, durante as sessões de psicomotricidade procurou-se com os três grupos através das atividades realizadas atender-se às necessidades dos mesmos, potencializando o autoconceito, a autorregulação comportamental, a regulação dos estados emocionais, o desenvolvimento de competências sociais, através da aceitação do outro e da resiliência à frustração, estimulando a autonomia, a memória, a capacidade de atenção, a comunicação e o raciocínio prático. Assim, foram realizados jogos da memória, atividades gnossopráticas como percursos com estímulos psicomotores, entre outros. Com o intuito de se promover uma melhoria da tonicidade, noção do corpo e estruturação espaciotemporal foram também realizadas atividades de relaxação, mediação corporal, mediação artística (pintura, teatro) e modalidades expressivas, como a mímica.

## **Capítulo V. – Estudos de Caso**

O presente estágio curricular, realizado no âmbito da Psicomotricidade em saúde mental infantojuvenil, permitiu o acompanhamento de vários casos pelo que, seguidamente, serão descritos dois deles de forma pormenorizada.

### **5.1. Caso I**

Nome: Rodrigo (Nome fictício)

Idade: 7 anos

Data de nascimento: abril de 2014

Ano de escolaridade: 2º ano de escolaridade

### **História Pessoal e Clínica**

O Rodrigo é um menino com 7 anos. O Rodrigo foi fruto de uma gravidez planeada pelos pais e muito desejada. A mãe teve uma gravidez tranquila sem qualquer complicação durante a fase da gestação. O Rodrigo é uma criança termo com nascimento às 40 semanas e 3 dias. O parto foi distócico com o auxílio de fórceps, uma vez que durante o parto a criança apresentava o cordão umbilical à volta do pescoço, e o índice de Apgar foi de 7/8/9, tendo nascido com um peso de 2,735 kg. A criança foi amamentada até por volta do seu ano e meio. Segundo a mãe, o Rodrigo começou a gatinhar aos 9 meses, aos 13 meses já se segurava em pé sem apoio e aos 15 meses pronunciou as primeiras palavras. Começou a ter o controlo dos esfíncteres diurno por volta dos 24 meses e os noturnos quase aos 3 anos, no entanto, foram observados episódios de enurese noturna aos 6 anos tendo depois remitido ao fim de algum tempo. O seu padrão de sono cumpre as horas recomendadas deitando-se por volta das 21h/21h30 e acordando às 8h, é descrita como uma criança que dorme bem, após o ritual de deitar em que os pais o aconchegam e lhe dão o beijinho de boa noite, e acompanhado pelos seus peluches (objetos de transição). Atualmente não tem pesadelos, mas já decorreram e era algo que perturbava a criança e a assustava. A mãe refere que o Rodrigo acordava sobressaltado, aos gritos e com a respiração muito acelerada, apresentando imensa dificuldade em expressar o que sentia, mas também em descrever o que acontecera. Estes episódios quando ocorriam, por vezes, a criança ficava a dormir com os pais ou então, depois de se acalmar e de a mãe lhe explicar que estava tudo bem e foi apenas um sonho mau, voltava



para a sua cama acompanhado pela mãe que só se ausentava do quarto quando o Rodrigo já tivesse adormecido.

Sempre viveu com o pai e com a mãe, e desde o nascimento até por volta dos 6 meses esteve ao cuidado dos pais. Iniciou o berçário aos 6 meses não tendo decorrido complicações tendo o pré-escolar também decorrido dentro da normalidade. Os avós maternos sempre auxiliaram na educação da criança, uma vez que moram muito perto e, por isso, têm uma relação muito próxima do Rodrigo que convive ainda regularmente com a família alargada materna. Os avós paternos não têm uma presença tão ativa na vida da criança pela distância a que vivem da mesma, no entanto têm uma boa relação. Esta relação com os avós é definida pelo sentido de autoridade, ou seja, o Rodrigo tem por hábito dar-se melhor com o parente que ele associa que detém maior autoridade. O Rodrigo teve um seguimento psicoterapêutico prévio aos 3 anos, mas o acompanhamento em Pedopsiquiatria só foi iniciado aos 6 anos, aquando do início do 1º ciclo do ensino básico e no verão de 2020 frequentou o ATL. No decorrer deste ano apresentou algumas dificuldades na aceitação por parte do mesmo relativamente à partilha de atenção com a irmã de 1 ano.

Em maio de 2021, iniciou o acompanhamento em Psicologia quinzenalmente na escola e ainda iniciou ensaio medicamentoso de metilfenidato Rubifen 10mg prescrito em Consulta de Pediatria de Desenvolvimento, sujeito a titulação progressiva. Entretanto, em Consulta de Pedopsiquiatria foi feito um ajuste da posologia para 20mg por toma (1 pequeno-almoço + 1 almoço). Atualmente frequenta o 2º ano do ensino básico e mudou de professora, segundo a mãe, para melhor na medida que a atual é mais contentora. Como atividades extracurriculares, frequenta o ATL onde inicialmente se recusava a realizar os trabalhos da escola, mas isso tem-se alterado pois chega com a ansiedade de brincar e sabe que só depois dos trabalhos é que vai brincar. Nestes momentos o pai refere que denota alguma rigidez cognitiva na realização dos exercícios, especialmente de matemática, ou seja, aprende um exercício e realiza todos os exercícios da mesma forma. Durante as brincadeiras tenta sempre assumir a postura de líder que nem sempre é bem aceite pelos restantes elementos; pratica futebol, uma vez que gosta de brincar com bolas e é avançado no clube em que joga, no entanto, o pai alega que o Rodrigo apresenta várias dificuldades no equilíbrio, dificuldades referidas também pelo próprio treinador e, por isso, irá iniciar um treino técnico; retomou a natação em outubro de 2021. Nos seus tempos livres gosta de brincar acompanhado, especialmente com crianças da sua idade

ou mais velhas, apresentando alguma preferência por jogar “monopólio”, “uno”, “mikado” e às escondidas. Durante as brincadeiras é descrito, pela mãe, como enérgico. Como animais de estimação gostava de ter um cão, mas dada a vivência num apartamento, a mãe decidiu oferecer-lhe peixes que a criança adora.

Segundo os pais, perante um problema, mesmo que seja mínimo, costuma apresentar um comportamento exagerado e muito impulsivo, nomeadamente, quando se zanga em casa tende a esbracejar, gritar e questionar tudo, mas não dá espaço para a explicação. No entanto, na escola é habitual partir para a agressividade, pontapés, demonstrando problemas no relacionamento com outras crianças, com lutas frequentes com os colegas, mas ao mesmo tempo é empático e não tem dificuldades em fazer amigos, mas com o desenvolvimento da relação e as suas atitudes destrutivas acaba por perder esses amigos. É uma criança que só expressa as suas necessidades e sentimentos quando questionado. A sua relação com adultos é positiva sendo descrito como uma criança receptiva a afetos do adulto. Nos momentos em família costumam aproveitar o tempo a ver filmes, realizar jogos de tabuleiro, viajar, passear, entre outros.

Segundo os pais, o Rodrigo apresenta uma heteroagressividade contra os pares que apenas se confirma no ambiente escolar, uma vez que aos fins de semana não se verifica essa agressividade mesmo na presença dos mesmos pares. É uma criança descrita como impulsiva e que apresenta dificuldades em esperar pela sua vez e bastante resistência na partilha com os pares. Segundo a mãe, o Rodrigo mantém uma boa relação com a irmã apesar de gostar de se afirmar como mais velho, ao que a criança acrescenta gostar de brincar à apanhada com a mesma. Segundo o pai, esta relação entre ambos é um pouco atribulada visto que o Rodrigo não consegue compreender os limites da irmã e uma “falta de capacidade de se colocar no lugar do outro” (sic) e que também se verifica na relação com os pais em que tenta impor a sua autoridade perante os mesmos. Esta delegação de autoridade surge, como referido anteriormente, também com os avós.

Devido a uma reduzida tolerância à frustração que se costuma manifestar por episódios de crise, a criança durante estes episódios evita o contacto com os adultos de referência e manifesta dificuldades em descer à calma, mas apesar destas dificuldades do ponto de vista cognitivo, tem bons recursos e exhibe bom contacto com a família e técnicos/terapeutas. Neste decorrer foi efetuada uma reunião multidisciplinar no início do ano letivo com professores, psicóloga escolar, mãe, terapeuta familiar e pedopsiquiatra em que todos/todas concordam que para a criança seria benéfico ter intervenção ao nível

a Psicomotricidade devido à sua fuga do pensar. A escola mostrou-se receptiva à adaptação de algumas estratégias comportamentais e lúdicas no recreio e no espaço de sala de aula para ajudar a criança na sua autorregulação. Foi ainda colocada uma proposta de Tutoria e Tutoria de Pares, treino de estratégias sócio emocionais em pequeno grupo dinamizado pela psicóloga escolar.

### **Motivo do Encaminhamento para Psicomotricidade**

O Rodrigo foi encaminhado para a consulta de Psicomotricidade pelo médico pedopsiquiatra, no âmbito do diagnóstico de PHDA e Perturbação Explosiva Intermitente. Segundo o pedopsiquiatra, o Rodrigo é acompanhado em consulta de Pedopsiquiatria por impulsividade, dificuldades na autorregulação emocional e de socialização com os pares. As suas dificuldades estão centradas na gestão dos processos de atenção e do pensamento, problemas emocionais e de comportamento. Perante as dificuldades ao nível da gestão dos sentimentos e consequente manifestação de comportamentos destrutivos, heteroagressivos e, por vezes, de um registo de oposição perante situações que fujam à sua vontade, o pedopsiquiatra propôs o acompanhamento na consulta de Psicomotricidade a fim de se realizar um treino de estratégias comportamentais e narrativas para autorregulação emocional e se intervir sobre as problemáticas identificadas.

### **Revisão Teórica**

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), conhecida pela interferência que tem no funcionamento e desenvolvimento dos indivíduos, é caracterizada por um padrão persistente de desatenção, impulsividade e agitação motora, ou seja, os indivíduos manifestam dificuldade em manter a concentração e, por vezes, divagam nas tarefas que estão a realizar, são indivíduos desorganizados com uma agitação e loquacidade excessivas, apresentando uma impulsividade significativa e, portanto, são frequentes os comportamentos precipitados, consequentes da falta de um momento de premeditação. Os indivíduos podem ainda apresentar características associadas como baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade do humor (American Psychiatric Association, 2014).

Esta perturbação é considerada uma perturbação comportamental complexa que provoca diversas alterações ao nível da vida social, emocional, escolar e familiar sendo

descrita por dificuldades globais no desenvolvimento infantil através das perturbações que provoca a nível motor, cognitivo e comportamental. Os indivíduos que apresentam esta perturbação tendem a apresentar dificuldades em manter a atenção e inibir os impulsos (Antony & Ribeiro, 2004), dificuldades ao nível da memória, apresentar variações consideráveis no que respeita o desempenho escolar, dificuldade em aceitar regras e em obedecer, apresentando comportamentos desafiantes (Costa, 2017) e, em regular a atividade motora nas diferentes situações da vida diária (Antony & Ribeiro, 2004), envolvendo-se em brigas com alguma frequência (Costa, 2017). Todas as alterações apresentadas pelo indivíduo normalmente são inconsistentes e pouco adaptadas com o nível de desenvolvimento da criança (Antony & Ribeiro, 2004).

A Perturbação Explosiva Intermitente (PEI) é caracterizada por episódios de agressividade impulsiva, com um período prodrómico reduzido ou inexistente, despoletados por sentimentos de raiva ou em resposta a algum tipo de provocação. Esta perturbação é conhecida pela incapacidade de controlar adequadamente as emoções e, por isso, em controlar os impulsos manifestando a raiva através de comportamentos desproporcionais à provocação ou ao motivo de stress psicossocial e, habitualmente surge associada a agressão proactiva e predatória grave dirigida a outros. Esta perturbação pode ser uma comorbidade da PHDA, ou seja, pode ser diagnosticado na presença de PHDA, uma vez que compartilham elevados níveis de comportamento impulsivo. Portanto, os indivíduos com PHDA são frequentemente impulsivos e, conseqüentemente, poderão apresentar explosões de agressividade impulsiva, características da PEI (American Psychiatric Association, 2014).

As crianças com este tipo de perturbação apresentam vulgarmente comportamentos temperamentais como instabilidade, agressividade, impulsividade, por vezes recorrem facilmente à mentira ou apresentam mesmo uma mitomania e tendem a ter uma atitude projetiva. De uma forma geral, esta perturbação é a manifestação de uma inadaptação da criança e, por isso, manifesta-se através da expressão de um conflito de personalidade que ainda está em desenvolvimento (Ajuriaguerra, 1996). Desta forma, por vezes manifestam ainda dificuldades em sala de aula e nos relacionamentos, apresentando-se sobre a forma de respostas desadaptadas, como as referidas anteriormente (Sadock & Sadock, 2011).

## **Plano de Avaliação**

Numa fase preliminar à intervenção foi estipulado que se realizaria uma avaliação inicial e uma avaliação final com recurso a alguns instrumentos de avaliação, por forma a verificar o desenvolvimento do indivíduo e se poder comparar a sua prestação pré e pós intervenção, averiguando a pertinência da mesma.

### *Avaliação Inicial*

Com base na contextualização facultada pelo pedopsiquiatra, designadamente no que respeita à presença de dificuldades na regulação emocional, social e ainda na gestão dos processos de atenção e do pensamento pareceu importante investigar e avaliar áreas do desenvolvimento psicomotor e dimensões do funcionamento cognitivo e psicoafetivo tendo em conta o domínio cognitivo – raciocínio prático, planeamento, resolução de problemas e execução de tarefas, mas também funções executivas; o domínio psicomotor - tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, praxia fina e praxia global; o domínio socioemocional – a autorregulação, ou seja, a gestão emocional e social, e a impulsividade, na medida que surge a necessidade de colocar em evidência as dificuldades do indivíduo. Para isso a avaliação foi realizada através de entrevista e observação, recorrendo ao preenchimento da GOP – adaptada (Costa, 2017) referida anteriormente e da aplicação de instrumentos formais, como o SDQ (Goodman, 1997, 1999), o DAP (Naglieri, 1988), o BOT-2 (Bruininks & Bruininks, 2010), a Tonicidade da BPM (Fonseca, 2010), Torre de Londres (Kaller et al., 2011) e a estátua de Nepsy-II (Kemp & Korkman, 2010).

Desta forma, a GOP foi utilizada com o objetivo de entender e registar a expressão e movimento da criança perante as propostas realizadas, percebendo o seu nível de tolerância à frustração, de atenção focalizada, de jogo simbólico, a partir dos seus comportamentos em sessão (Costa, 2017). Uma vez que estas crianças apresentam o seu corpo em contínuo movimento é importante percebermos as mensagens que nos querem transmitir através desse movimento do corpo, das variações tónico-motoras, dos gestos e do esquema corporal que são os melhores indicadores de uma organização psíquica (Antony & Ribeiro, 2004).

O SDQ foi aplicado com o intuito de perceber a gestão emocional e social da criança, ou seja, como é que esta se insere no seu contexto diário e como se sente no mesmo, sendo que a versão dos pais e professores, nos fornece informação da forma como o comportamento da criança é percecionada pelos mesmos (Goodman, 1997). Visto que

estas crianças manifestam alterações ao nível do comportamento apresentando-se impulsivos, instáveis, com atitudes agressivas (Ajuriaguerra, 1996) que poderão condicionar a sua vida social podendo gerar conflitos ao nível do relacionamento com os pares.

O DAP sendo composto por uma vertente gráfica foi concebido com o propósito de perceber o funcionamento cognitivo da criança, fornecendo informação a respeito da relação familiar e interpessoal, ou seja, com os elementos que fazem parte dos ambientes em que se insere (Mpangane, 2015). Estas crianças podem apresentar uma imagem corporal confusa pelo que a aplicação deste instrumento vem auxiliar na compreensão da imagem corporal que a criança apresenta dando informação acerca da mesma (Antony & Ribeiro, 2004). Desta forma através do desenho em geral e especificamente, por exemplo, da qualidade e firmeza do traço, podem ser retiradas informações pertinentes dadas as características do indivíduo, uma vez que, numa criança que apresente agressividade e impulsividade o seu traço poderá apresentar diferentes características como ser mais grosseiro ou mais fino, carregado ou ténue e com maior ou menor pormenor, apresentando ou não continuidade (Arteche, 2006; da Silva et al., 2010).

O BOT-2 foi concebido com o intuito de entender a sua capacidade de controlo manual fino através de habilidades motoras que envolvem o controlo e a coordenação da musculatura distal das mãos e dedos; a coordenação manual: habilidades motoras que envolvem o controlo e a coordenação dos braços e das mãos, especialmente para a manipulação de objetos; a coordenação corporal: envolve o controlo e a coordenação da musculatura usada para manter a postura e o equilíbrio; a força e agilidade: envolve aspetos do fitness e da coordenação envolvidos no brincar, desportos de competição e outros tipos de atividade física (Bruininks & Bruininks, 2010).

A Tonicidade da BPM foi utilizada para que pudesse ser feita a caracterização do perfil psicomotor (Fonseca, 2010) tendo em conta todas as potencialidades e dificuldades da criança, dando suporte para a identificação e intervenção nas dificuldades de aprendizagem psicomotora (Ferreira, 2001). Portanto, a tonicidade sendo o primeiro fator psicomotor quando mal desenvolvido condiciona todos os fatores seguintes, nomeadamente, o equilíbrio.

A TOL utilizada para a realização de uma avaliação neuropsicológica com a intenção de perceber as competências da criança ao nível das funções executivas (Kaller et al., 2011). Nestas crianças com PHDA estas funções executivas podem

apresentar-se deficitárias e, por vezes, manifestar dificuldades ao nível da inibição e da flexibilidade cognitiva (Geurts et al., 2005).

A estátua de Nepsy-II aplicada com o benefício de se poder perceber e registar o nível de atenção da criança, mas também do seu domínio executivo, persistência e inibição motora perante alguns estímulos externos (Kemp & Korkman, 2010). Este instrumento dá-nos também informação à cerca do desenvolvimento neuropsicológico da criança, que nestas situações pode encontrar-se em défice ou alterado.

#### *Avaliação Informal*

No decorrer das primeiras sessões foi possível realizar a avaliação informal através do preenchimento da GOP adaptada (anexo 3). Verificou-se que o Rodrigo é um menino muito inteligente com humor eufímico, indumentária e aparência física cuidada, cordial e colaborante, sem ansiedade latente, que se apresenta numa fase inicial da interação com um contacto adequado, interativo e uma participação ativa e de cooperação nas sessões. Com o desenvolvimento da interação apresenta alguma agitação psicomotora com grande inquietude perante atividade saltuária e, por vezes, um registo de oposição, quando algo não acontece como quer. O Rodrigo é competitivo, mas solidário nas brincadeiras. A resposta ao estímulo motor é frequentemente adequada, mas por vezes precipitada e a intenção do movimento é eficiente, sendo uma criança muito persistente na execução das tarefas, apresentando uma adequada regulação do esforço.

No que respeita a tonicidade em situações de maior esforço físico ou emocional tende a apresentar um perfil hipertónico, mas no dia a dia a sua postura é adequada, apesar de manifestar algumas sincinésias. Relativamente à lateralidade o Rodrigo reconhece a direita e a esquerda em si e no outro, mas por vezes manifesta alguma dificuldade na reversibilidade. As percepções visual e auditiva, a estruturação rítmica e as coordenações óculo-manual e óculo-pedal são adequadas. No equilíbrio estático apresenta várias oscilações e no dinâmico demonstra um certo descontrolo corporal. No que respeita a estruturação espaciotemporal, ao nível da representação topográfica apresenta representações em espelho, o que já não é frequente nesta idade.

Na interação com o adulto consegue reconhecer e aceitar as diferenças e hierarquias. No início de todas as sessões tende a observar a sala e identificar os materiais utilizando-os de forma adequada tendo em conta o seu valor simbólico nas diferentes situações apesar de em situações esporádicas ter utilizado os materiais de forma descuidada. Apresenta especial interesse por jogos direcionados para o exercício do

domínio, mas também na partilha de interesses comuns, manifestando as suas intenções e desejos.

A sua atenção por vezes dispersa, sendo reduzida e não focalizada, apresentando imensa dificuldade ao nível da atenção seletiva. Relativamente à planificação é semiestruturada, ou seja, não vai até ao fim e é muito precipitado. A sua linguagem recetiva e a expressiva são adequadas tal como a voz e a organização do discurso, mostrando algum pragmatismo ao compreender a intenção do discurso do emissor e a sua gesticulação acompanha maioritariamente o discurso de forma coerente. O seu olhar é intencional e aceitante, tal como o seu sorriso e a sua expressão facial é concordante com a emoção. No que respeita a expressão de afetos, não foi muito evidente durante a sessão e o seu pensamento simbólico está pouco desenvolvido, apresentando alguma dificuldade em realizar atividades dentro de contextos hipotéticos.

Este é um menino que apresenta alguma dificuldade ao nível da gestão emocional e do comportamento, manifestando instabilidade, intolerância à frustração, inquietude e impulsividade, com alguma dificuldade em esperar, especialmente, durante a explicação de um jogo ou atividade. Do ponto de vista cognitivo tem bons recursos, sem sintomas da linha psicótica.

#### *Avaliação Formal*

As avaliações formais foram realizadas nos dias 2 e 9 de dezembro de 2021, uma semana após o início das sessões de Psicomotricidade.

No que respeita ao SDQ os resultados obtidos no questionário preenchido pela mãe do Rodrigo e pela professora encontram-se na tabela 7.

**Tabela 7.** Pontuação SDQ: questionário parental e questionário de professores do Rodrigo

<b>Pontuação</b> \ <b>Questionário</b>	<b>Perceção da Mãe (questionário parental)</b>	<b>Perceção da Professora (questionário professores)</b>
<b>Total de dificuldades</b>	18 pontos – Anormal	20 pontos – Anormal
<b>Sintomas Emocionais</b>	1 pontos – Normal	4 pontos – Normal
<b>Problemas de Comportamento</b>	5 pontos – Anormal	6 pontos – Anormal
<b>Hiperatividade</b>	8 pontos – Anormal	8 pontos – Anormal
<b>Problemas com os Colegas</b>	4 pontos – Anormal	2 pontos – Normal
<b>Comportamento Pró-social</b>	8 pontos – Normal	6 pontos – Normal

No SDQ na versão dos pais o total de dificuldades corresponde ao anormal e, portanto, o total de impacto é  $6 \geq 2$ , ou seja, anormal. No entanto na versão dos professores existiram algumas diferenças com a versão dos pais, mas a pontuação total é também anormal, em que o total de impacto sendo  $5 \geq 2$  é também anormal. Portanto, isto



significa que o Rodrigo apresenta um comportamento deficitário com bastantes dificuldades ao nível das relações interpessoais e da gestão dos sintomas emocionais, o que se reflete numa hiperatividade e num comportamento anormal. Estas dificuldades incomodam e fazem sofrer muito a criança, interferindo muito no seu quotidiano, na aprendizagem na escola, mas especialmente na relação com os amigos e durante as brincadeiras/tempos livres.

No que respeita a avaliação inicial do DAP, os desenhos referentes à avaliação encontram-se no anexo 4. No DAP exibiu uma pontuação de 12 para os totais brutos do Homem, 14 para os totais brutos da Mulher, 21 para os totais brutos do Próprio, dando uma classificação total de 47, que corresponde a um valor standard 59 e percentil 1, ou seja, está muito imaturo para a idade. Nesta tarefa realizou desenhos muito rudimentares, unidimensionais com poucos pormenores, nomeadamente, sem cabelo, orelhas, mãos, pés, vestuário, dedos, mas também um desenho com pouca ou nenhuma proporção.

No BOT-2 (anexo 5) apresentou os seguintes valores: Precisão motora fina = 7; Integração motora fina = 9; Destreza manual = 4; Coordenação bilateral = 1; Equilíbrio = 4; Rapidez e agilidade = 3; Coordenação dos membros superiores = 12; Força = 0, atingindo um total de 40, ou seja, encontra-se na média para a idade no que respeita a categoria descritiva, com um *standard score* de 44 e um *percentil rank* de 27. Durante a aplicação deste instrumento o Rodrigo apresentou várias reequilibrações e ajustes posturais, tirando as mãos da anca enquanto anda sobre uma linha e no salto em apoio unipedal ainda se apoia na parede. Na realização da prova da coordenação bilateral tocou incorretamente na ponta do nariz, utilizando a parte média do dedo e na rotação dos dedos apenas rodava um par de dedos. O Rodrigo apresenta alguma dificuldade para apanhar a bola, usando a mão direita e todo o corpo para a apanhar, enquanto a mão esquerda realiza movimentos. O Rodrigo demonstrou-se muito hipotónico durante a aplicação do instrumento, com os braços descaídos e as mãos descaídas. Portanto, o Rodrigo apresenta baixa prestação na coordenação bilateral, na força, na rapidez e agilidade e algumas dificuldades no que respeita a destreza manual e o equilíbrio.

Na BPM – tonicidade obteve nível 3 de pontuação, apresentando boa extensibilidade apesar de ser visível alguma dificuldade na mão esquerda. No que respeita os exercícios da passividade apresentou alguma rigidez nos membros inferiores, mas com a repetição acabou por descontraír. Durante as tarefas da paratonia fez algumas perguntas, mas não apresentou qualquer resistência. Nos exercícios referentes às sincinésias

apresentou algumas caretas, sendo visíveis sincinésias bucais, linguais e alguns tremores ao apertar a bola.

Na TOL obteve um total de 29 em 36, ou seja, apresenta uma boa capacidade de planeamento e, relativamente aos aspetos referentes à resolução de problemas verificou-se que se encontra acima da média, apesar de nos problemas 1, 5, 6, 11 e 12 ter necessitado de utilizar a 2ª tentativa e no problema 9 utilizar a 3ª tentativa.

Na estátua de Nepsy-II exibiu-se com expressão facial neutra, sendo observadas reações tónico emocionais, como oscilações corporais e algumas reequilibrações, sendo cotada com 15 pontos num máximo de 30, ou seja, apresenta uma capacidade de inibição da resposta motora ao ruído de interferência abaixo da média, o que poderá estar relacionado com a faixa etária em que se encontra e também devido à sua agitação psicomotora.

### **Análise Qualitativa dos Resultados**

Realizada a avaliação formal, tendo em conta a análise dos resultados juntamente com a avaliação informal, no geral, observaram-se algumas dificuldades ao nível das relações interpessoais e da gestão dos sintomas emocionais. O Rodrigo apresentou alguma hiperatividade e problemas no comportamento, baixa coordenação bilateral, força, rapidez e agilidade e algumas dificuldades no que respeita a destreza manual e o equilíbrio.

O Rodrigo beneficiou de uma intervenção em Psicomotricidade de carácter terapêutico, que visou desenvolver novas estratégias no sentido de melhorar a sua gestão emocional, as relações interpessoais, mas também a coordenação bilateral, a destreza manual e o equilíbrio. Este trabalho foi pertinente uma vez que permitiu o desenvolvimento de uma maior consciência corporal, que privilegiou o desenvolvimento do autoconceito e da regulação emocional, e coordenação dos movimentos.

Assim, foi benéfico para o Rodrigo iniciar um acompanhamento individual de Psicomotricidade, por forma a desenvolver, através das vivências corporais, mecanismos que podem ser auxiliares no seu quotidiano. As sessões de Psicomotricidade tiveram a duração de 45 minutos cada, a decorrer uma vez por semana, com reavaliação prevista para junho de 2022, altura em que terminou o acompanhamento.

## **Elementos Critério**

Após a realização da avaliação formal e informal delinear-se alguns elementos critério que são determinantes para pensar o caso, ou seja, para a sua compreensão seja para determinar a avaliação, seja para construir as hipóteses explicativas, e assim fazer o planejamento da intervenção:

- Perfil hipertónico;
- Presença de sincinésias;
- Elevada agitação psicomotora;
- Elevada impulsividade;
- Dificuldades na atenção;
- Pouca tolerância à frustração;
- Dificuldades no equilíbrio;
- Dificuldades na representação topográfica;
- Reduzido pensamento simbólico;
- Presença de rigidez cognitiva - alteração no funcionamento executivo;
- Dificuldades nas relações interpessoais e gestão dos sintomas emocionais.

## **Hipóteses Explicativas**

No sentido de melhor perceber a história do Rodrigo e, por conseguinte, delinear o projeto terapêutico para a intervenção, tornou-se indispensável formular hipóteses explicativas que auxiliassem numa melhor compreensão do caso. Com esta finalidade, foram considerados os fatores que pareceram ter maior impacto ao nível do desenvolvimento da criança.

Numa esfera familiar em que a criança é única e tem a atenção dos pais maioritariamente, dirigida a si, ocorre o desenvolvimento de um objeto que permite a criação de um *self* ideal grandioso, que o protege da ansiedade (Ferreira, 2002). Durante esta fase cria-se um vínculo fraterno entre mãe-bebé composto por amor que cria uma certa homogeneidade de autodefesa relativamente ao mundo exterior. Esta coesão existente entre o núcleo familiar constituído pelos pais e pela criança poderá sofrer alterações e ativar um princípio de rivalidade, em que os irmãos acabam por nascer como inimigos do elemento já existente. Nesta fase em que a criança deseja que a mãe seja exclusivamente sua, quando partilhada com outro elemento, poderá ser geradora de frustração e inveja (Ajuriaguerra, 1996). No caso do Rodrigo, aquando do nascimento da

sua irmã surge alguma alteração familiar onde a atenção familiar teve de ser dividida, que juntamente com a entrada na escola gera um enorme conjunto de mudanças na vida da criança, nomeadamente, uma certa insegurança, instabilidade e até ambivalência ao nível da vinculação, que podem gerar alguma ansiedade, frustração e hiperatividade na criança. Posto isto, esta integração da irmã fez com que houvesse uma menor disponibilidade e dispêndio de atenção para o Rodrigo, o que poderá ter gerado alguns comportamentos de testar os limites e assim ter favorecido o terreno para a evolução da sua imaturidade.

Os episódios de enurese podem decorrer de situações de maior agitação, de imaturidade afetiva, ou mesmo devido a alterações familiares, no entanto são diversos os fatores que poderão desencadear uma enurese (Ajuriaguerra, 1996). No presente caso, uma vez que esses episódios decorreram aos 6 anos, idade correspondente à entrada para a escola e ao nascimento da irmã, poderão estar relacionados com esta época de maior agitação na vida da criança juntamente com algumas alterações familiares.

A agressividade surge como resultado da desorganização dos impulsos, gerada por diversos fatores internos e externos, juntamente, por vezes, com a falta de controlo. Portanto, a agressividade não é mais que o resultado da privação ou anomalia no que respeita a desarmonias evolutivas que alteram os impulsos internos de energia que canalizam o comportamento do indivíduo para algo produtivo. A agressividade é então uma reação à falta de afeto e pode ser desencadeada por sentimentos de frustração. Para além da frustração também o isolamento pode levar ao aumento da agressividade (Ajuriaguerra, 1996). Portanto, dada a situação de pandemia que se atravessou, especialmente no que concerne aos dois anos de isolamento vivenciados poderá perceber-se que também este não é um fator favorável ao desenvolvimento de determinados comportamentos.

O Rodrigo tende a apresentar um perfil hipertónico o que poderá estar relacionado com o diagnóstico da perturbação de hiperatividade e défice de atenção, uma vez que segundo Antony e Ribeiro (2004) a hiperatividade, enquanto comportamento desorganizado dá origem a sentimentos de contrariedade o que gera a vivência de conflitos internos que podem ser expressos através de estados constantes de tensão e ansiedade. A presença de sincínésias, tendo em conta os 7 anos apresentados pelo Rodrigo, pode dever-se ao facto de o sistema nervoso periférico ainda se encontrar pouco maturado, uma vez que o desaparecimento total das mesmas decorre normalmente entre os 10 e os 12 anos, aquando da maturação neurológica (Fonseca, 2010).

De acordo com o descrito por Costa (2008) as crianças com PHDA tendem a apresentar uma excessiva atividade motora, como se observa no Rodrigo, dado que apresenta uma elevada agitação psicomotora pois, em certos casos, a passagem ao ato permite a defesa e a gestão da sua angústia por meio da ação. Mas, ainda devido ao diagnóstico da própria PHDA o Rodrigo apresenta dificuldades na atenção, hiperatividade e elevada impulsividade. Assim, ao nível da atenção, segundo Sadock e Sadock (2011) esta perturbação é assinalada por um reduzido nível de atenção sustentada e elevados níveis de impulsividade apresentados pela criança. Esta desatenção manifestada pelas crianças, por vezes, é descrita por pais e professores como uma sensação de falta de escuta e concentração, conhecida pela presença de distração constante (Antony & Ribeiro, 2004). A PHDA apresenta comorbilidade com outras perturbações, neste caso perturbação explosiva intermitente, como verificado por Olvera (2002) em que os indivíduos com esta perturbação tendem a apresentar pontuações altas ao nível da desatenção e hiperatividade/impulsividade. Relativamente à hiperatividade, esta pode surgir como forma de expressão através da rejeição do pensamento no que respeita as ações menos desejadas e pouco toleradas quando provenientes do meio exterior, do ambiente que o rodeia, dando origem a um estado contínuo de tensão e ansiedade suportado pela criança (Antony & Ribeiro, 2004).

Já ao nível da elevada impulsividade esta pode estar também associada à PEI apresentada pelo Rodrigo, uma vez que Olvera (2002) verificou que indivíduos com esta perturbação apresentam valores mais altos nas medidas da impulsividade. Assim, aquando do diagnóstico de PEI são característicos da própria perturbação os comportamentos inadequados, nomeadamente, atitudes impulsivas e agressivas (Coccaro et al., 1998). Portanto, a hiperatividade é uma característica fundamental ao diagnóstico de PHDA e surge frequentemente associada à impulsividade, o que diferencia uma criança por apresentar uma movimentação corporal constante, durante a realização de atividades ou tarefas, e por agir impulsivamente (Antony & Ribeiro, 2004).

A pouca tolerância à frustração apresentada pelo Rodrigo pode estar relacionada com o facto de crianças com PHDA mostrarem alguma dificuldade em esperar pela vez e períodos curtos de atenção, o que se pode dever à sua instabilidade, impulsividade e hiperatividade (Costa, 2008).

O Rodrigo apresenta dificuldades no equilíbrio o que pode dever-se às dificuldades de atenção ostentadas pela criança, uma vez que é através do equilíbrio que

se compreende os estados de vigilância, de alerta e de atenção, mas também o nível de integração vestibular e propriocetiva que os gerem (Fonseca, 2010). Os sujeitos com PHDA apesar de serem distraídos podem apresentar dificuldades na coordenação motora em que os seus movimentos são sistematicamente aleatórios e desajeitados, tudo isso, juntamente com a sua impulsividade e falta de atenção pode condicionar o seu equilíbrio (Costa, 2017).

Relativamente às dificuldades na representação topográfica pode referir-se que a PHDA pode fazer acompanhar-se por dificuldades na orientação no espaço (Costa, 2017), considerando que a representação topográfica engloba a capacidade espacial semiótica e de interiorização, para a execução de uma trajetória espacial através do seu levantamento topográfico, então enquadra-se na estruturação espacial (Fonseca, 2010).

O reduzido pensamento simbólico apresentado pelo Rodrigo pode dever-se à PHDA, uma vez que esta perturbação beneficia de diferentes raízes e diversos fatores, sendo que estando dependente dessa origem o pensamento simbólico pode encontrar-se comprometido ou resguardado (Costa, 2008). Por exemplo, se a criança apresentar uma organização borderline a sua organização espaciotemporal tende a ser desadequada e o pensamento simbólico estar comprometido, mas se apresentar uma organização depressiva a sua organização espaciotemporal mantém-se preservada e o pensamento simbólico resguardado (Costa, 2008). Considerando que o Rodrigo apresenta uma organização explosiva intermitente o seu pensamento simbólico encontra-se reduzido e pouco desenvolvido.

A presença de rigidez cognitiva devido a alteração no funcionamento executivo, pode estar relacionada com a PHDA e a sua associação a carências da função executiva por alguma insuficiência do controlo inibitório o que abrange diferentes propriedades metacognitivas (Geurts et al., 2005). Portanto, com a PHDA surge frequentemente alguma dificuldade no processamento da informação o que pode dificultar o normal desempenho escolar da criança, dando origem a algum desinteresse por parte da criança aos estudos (Antony & Ribeiro, 2004). Assim, o sentimento de incompetência cognitiva é gerador de grande ansiedade na criança pela impotência que sente em dar resposta às exigências apresentadas pelo ambiente escolar (Antony & Ribeiro, 2004). Num estudo realizado por Brocki e Bohlin (2006) foi possível perceber que o desenvolvimento tardio e as funções executivas mais complexas estariam intimamente ligadas com os sintomas de PHDA, distintamente, com as dificuldades de atenção. Assim sendo, percebeu-se que

o desempenho cognitivo tende a ser mais baixo quando os níveis dos sintomas de PHDA são mais altos (Brocki & Bohlin, 2006). Desta forma, tem existido uma grande preocupação com as dificuldades cognitivas subjacentes à PHDA (Young et al., 2003).

Perante as dificuldades nas relações interpessoais e gestão dos sintomas emocionais manifestadas pelo Rodrigo refere-se que poderão estar associadas à PHDA e à PEI. Ambas as perturbações são conhecidas por afetar o normal funcionamento do desenvolvimento social (Sadock & Sadock, 2011), especialmente por darem origem à expressão de dificuldades nos relacionamentos com os pares (Costa, 2008), o que parece estar na origem de uma danificação da compreensão social (Thapar et al., 2013). A PHDA apesar do comprometimento na vida social do indivíduo também é considerada uma agravante ao nível emocional, escolar e familiar podendo, devido aos elevados níveis de agitação do organismo, desencadear complicações de origem orgânica e funcional, geralmente associadas a componentes de ordem emocional (Antony & Ribeiro, 2004). Os indivíduos com PEI quando se encontram em situação de confronto apresentam uma reduzida capacidade de autorregulação dos seus sentimentos de exaltação e das suas emoções, especialmente da raiva (Young et al., 2003). De uma forma geral, tanto a PHDA como a PEI sugerem uma desregulação emocional, apresentando-se sob a forma de labilidade emocional e irritabilidade, mas também de hiperagitação e distração (Barra et al., 2020).

### **Perfil Intraindividual**

Consequentemente foi possível verificar que o Rodrigo apresenta algumas dificuldades no que respeita a regulação emocional e comportamental o que condiciona negativamente a sua integração social e as suas vivências diárias (tabela 8).

**Tabela 8.** Perfil Intraindividual do Rodrigo

<i>Pontos/Áreas fortes</i>	<i>Pontos/Áreas intermédias</i>	<i>Áreas a desenvolver</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cooperação</li> <li>- Disponibilidade</li> <li>- Coordenação membros superiores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlo postural</li> <li>- Noção do Corpo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regulação socioemocional</li> <li>- Equilíbrio</li> <li>- Atenção</li> <li>- Raciocínio prático</li> <li>- Praxia Global</li> <li>- Praxia Fina</li> </ul>

Com base na tabela 8 apresentada acima podemos verificar que o Rodrigo apresenta áreas fortes como o facto de estar em colaboração com a técnica, ser cooperante

e disponível, mas também apresenta algumas áreas intermédias, ou seja que necessitam de algum acompanhamento como o controlo postural, pelo que as áreas predominantes a desenvolver seriam a regulação tanto social como emocional, a atenção, o raciocínio prático. Nesse sentido alguns dos objetivos gerais centrar-se-ão em melhorar o equilíbrio, melhorar a praxia global e promover a praxia fina.

### Objetivos terapêuticos

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pelo Rodrigo os objetivos terapêuticos vão ao encontro do trabalho das mesmas por forma a serem melhoradas (tabela 9).

**Tabela 9.** *Objetivos de Intervenção do Projeto Terapêutico do Rodrigo*

<i>Domínios</i>	<i>Objetivos Gerais</i>	<i>Objetivos Específicos</i>
<b>Psicomotor</b>	Adequar a tonicidade	- Aumentar a consciência dos estados tónicoemocionais; - Identificar o estado tónico nos diferentes segmentos corporais; - Adaptar a capacidade de diálogo tonicoemocional; - Diminuir sincinésias;
	Melhorar o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico em pontas de pés, a pés juntos, pé-ante-pé e apoio unipedal; - Aperfeiçoar o equilíbrio durante a realização de ações motoras; - Melhorar o equilíbrio estático de olhos fechados;
	Promover a noção do corpo	- Estimular a consciência corporal através da simbolização e verbalização; - Compreender a noção de esquema corporal; - Adequar a expressão corporal;
	Melhorar a praxia global	- Melhorar a coordenação dinâmica geral; - Ajustar os movimentos corporais às atividades propostas; - Planear adequadamente o movimento de acordo com as tarefas;
	Promover a praxia fina	- Melhorar a destreza manual; - Realizar atividades minuciosas (e.g. enfiamentos, encaixes);
<b>Socioemocional</b>	Promover a autorregulação comportamental	- Aumentar a tolerância à frustração;
	Regular os estados emocionais	- Identificar as próprias emoções e sentimentos; - Expressar medos e preocupações; - Diminuir comportamentos desajustados (e.g. agressividade);
	Desenvolver competências sociais	- Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites; - Aumentar a capacidade de aceitação do desconhecido;
	Diminuir a impulsividade	- Diminuir a agitação;
<b>Cognitivo</b>	Melhorar a capacidade de atenção	- Aumentar a capacidade atencional; - Manter o foco de atenção nas atividades propostas; - Aumentar o tempo de permanência nas atividades;
	Estimular a memória	- Melhorar a memória de trabalho e curto prazo;
	Desenvolver o raciocínio prático	- Definir estratégias de resolução de problemas e tomada de decisão; - Estimular a capacidade de planeamento;
<b>Técnicas e mediadores terapêuticos</b> Música, jogos, palavra, corpo, material (bolas, tintas...) e técnicas de relaxação.		



## **Projeto Terapêutico**

Indo ao encontro da avaliação realizada e ao perfil intraindividual do Rodrigo foram delineadas diretrizes de intervenção com a respectiva fundamentação, onde consta uma breve descrição da intervenção a ser desenvolvida. Neste ponto serão ainda apresentadas as estratégias específicas de intervenção e alguns exemplos de atividades a realizar.

### *Diretrizes e fundamentação da intervenção*

O plano terapêutico desenvolvido para o Rodrigo previu um acompanhamento individual realizado com a regularidade de uma vez por semana, à quinta-feira, e a duração média de 45 minutos, das 15h30 às 16h15. As sessões de psicomotricidade foram concebidas com o intuito de trabalhar os objetivos terapêuticos anteriormente descritos, por via da realização de atividades dinâmicas, jogos lúdicos, técnicas expressivas, técnicas de relaxação e com recurso a diversos materiais, como arcos, bolas, colchões, almofadas, rolos de espuma e alguns materiais elaborados pela terapeuta. Os materiais por apresentarem diferentes características: forma, textura, densidade, permitem a sua exploração através do tato e, por isso, potenciam o enriquecimento da experiência corporal. Para além disso, podem ser atribuídas novas funções a um determinado material além da original, pois enquanto mediador procura favorecer a relação terapêutica (*General Information / European Forum of Psychomotricity*, 2022).

As sessões quando realizadas individualmente, numa relação de um para um, permitem ao terapeuta dispor de maior predisposição e atenção para a criança, possibilitando um melhor conhecimento da mesma. Assim, torna possível desenvolver uma terapia mais aprofundada e específica atendendo às necessidades da criança e abre espaço a uma maior participação da mesma dentro da sessão (Aragón, 2012).

As sessões foram semiestruturadas, ou seja, existiram atividades delineadas pela psicomotricista e atividades escolhidas pelo Rodrigo, enquadradas na estrutura prevista: diálogo inicial, ativação geral, parte fundamental, retorno à calma e diálogo final. O diálogo inicial e o diálogo final foram ambos momentos de partilha. O diálogo inicial consistiu no primeiro momento em que a criança partilhara um pouco da sua semana e algo positivo sucedido da mesma, ou seja, era feita uma pequena reflexão sobre a semana decorrida entre duas sessões. Na ativação geral foi realizada uma atividade de introdução à terapia, início ao movimento e, tal como o próprio nome indica de ativação do corpo para a fase seguinte. Na parte fundamental foram realizadas atividades com vista ao

desenvolvimento dos objetivos específicos e será realizada uma atividade à escolha da criança com o intuito de incentivar ao jogo espontâneo, livre e criativo.

No retorno à calma foi realizada uma atividade de consciencialização corporal através da aplicação de técnicas de relaxação, por forma a possibilitar à criança uma diminuição do tónus muscular e o regresso ao seu estado eutónico. A relaxação é um importante contributo para a regulação dos afetos e das emoções, mas também para o desenvolvimento da imagem corporal (Aragón, 2012). Estas técnicas tiveram por base o método de relaxação de Jacques Choque, que consiste na realização de exercícios de preparação do corpo, respiração, relaxação, concentração, visualização e prevenção, com o objetivo de melhorar o esquema corporal, o autoconhecimento, a autorregulação, a autonomia e independência, a integração na escola, a receptividade a regras, a comunicação com a família (adequar o diálogo ao pretendido), a disponibilidade, receptividade e lucidez para a execução de tarefas (Choque, 2016).

E no diálogo final, segundo momento de partilha, era feita uma reflexão sobre o decorrer da sessão, em que a criança relembrava o que sentiu, as maiores dificuldades, as atividades mais prazerosas ou preferidas e possíveis sugestões de atividades para a sessão seguinte. Este foi um momento onde fora estimulada a capacidade de a criança dialogar, de expressar os sentimentos e emoções, em que a psicomotricista, como elemento contendor, auxiliou na sua compreensão, o que possibilitou a organização da imagem corporal (Martins, 2015), mas muitas vezes é através da palavra que se cria a possibilidade de atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo corpo (Maximiano, 2004).

A intervenção com o Rodrigo foi orientada para as suas dificuldades tendo em conta a PHDA e a PEI apresentadas pela criança. Assim, o Rodrigo beneficiou de uma abordagem mais relacional, uma vez que possibilita a criação de uma relação terapêutica empática e o estabelecimento de um sentimento de confiança dando abertura a uma expressão espontânea, livre e criativa (Costa, 2011). Neste sentido, pretendeu-se desenvolver aspetos relacionados com a melhoria da atenção, a inibição dos impulsos, a regulação da atividade motora nas diversas situações diárias (Antony & Ribeiro, 2004), a relação com o terapeuta, a exploração e manipulação de objetos (Aragón, 2012), bem como a consciencialização (Cologne, 2010) e intencionalidade do movimento (Costa, 2017), com o intuito de promover alterações no indivíduo tanto a nível emocional, cognitivo como social.

No início da intervenção a criação da relação terapêutica padecera de maior investimento, em que a psicomotricista assumiu uma atitude empática, compreensiva e de aceitação, por forma a criar uma relação tranquilizadora (Maximiano, 2004), ou seja, estabelecer um vínculo desejado, o que possibilitou a vivência de novas formas de expressão, a resolução de conflitos, a melhoria da regulação emocional e comportamental, mas também a promoção das funções executivas, como a atenção, a memória de trabalho, o planeamento e a inibição de impulsos (Martins, 2015). A relação terapêutica deve ser empática, segura e estável constituindo uma base sólida, por forma a favorecer o sucesso da intervenção (Costa, 2011), uma vez que o estabelecimento de um ambiente seguro e contentor (Martins, 2015) permitiu à criança a vivência dos seus estados emocionais sem barreiras ou impedimentos, aproveitando o espaço como sendo seu e utilizando-o como deseja (Maximiano, 2004). A criação deste espaço possibilitou a expressão da criança, a construção da sua identidade, do simbólico, das suas representações (Maximiano, 2004), a transformação de emoções e a alteração da forma como estabelece a relação consigo e com os outros (Cologne, 2010). Assim, a intervenção com o Rodrigo teve o propósito de potenciar a sua capacidade de reconhecer e adequar os seus comportamentos desajustados.

Posto isto, foi igualmente importante iniciar o trabalho do corpo através da consolidação de alguns fatores psicomotores com dificuldade, nomeadamente, tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, praxia global e praxia fina, para posteriormente desenvolver as capacidades cognitivas, como atenção, memória e raciocínio prático, uma vez que é necessário, para estabelecer a regulação do comportamento, integrar os componentes tónicos, posturais, somatognósticos, organização praxica e habilidades finas, de modo a organizar as ações (Fonseca, 2010). Logo, a integração das aquisições motoras posturais, está condicionada por um sistema somatognóstico de vivências corporais, enquadradas no tempo e espaço, conduzindo à composição e planeamento de respostas motoras adaptativas, transformando os processos percetivos e cognitivos do comportamento e a detenção de impulsos emocionais e relacionais (Fonseca, 2010). Assim, o terapeuta deve criar diversas atividades que potenciem o total e global desenvolvimento da criança. Para isso, foram realizadas atividades de expressão corporal, de expressão emocional e atividades gnosopraxicas, tendo sempre em conta uma vertente lúdica. Esta vertente de jogo é importante enquanto mediador da relação sendo capaz de solicitar a sensorialidade, a motricidade, a cognição e, sobretudo, os desejos e prazeres

pertencentes a este corpo que se encontra em constante relação (Fernandes et al., 2018). O Rodrigo fala através do seu corpo, das suas representações psíquicas por meio de variações tónicas, gestos, esquema corporal e do contínuo movimento (Antony & Ribeiro, 2004) e, assim, a expressão de vivências, sentimentos e emoções, mas também a sua representação e interpretação foram permitidas através do jogo (Fernandes et al., 2018).

O Rodrigo sendo uma criança em constante busca de novos estímulos, o jogo possibilitou a mobilização do excesso de energia, apresentada pela criança, para a execução da tarefa (Antony & Ribeiro, 2004), então através da agressividade e impulsividade apresentada possibilitou-se através do jogo uma transformação dessa energia agressiva em energia neutra disponível para usufruto da criança, promovendo a autorregulação comportamental, a regulação dos estados emocionais, a tolerância à frustração, o desenvolvimento de competências sociais e uma diminuição da impulsividade (Ajuriaguerra, 1996).

Tendo em conta a elevada agitação psicomotora apresentada pelo Rodrigo, a comunicação verbal foi um requisito da própria criança e quando acompanhada pelos diversos materiais da sessão podia ser um estímulo excessivo, por isso, durante toda a intervenção foi dada especial importância à comunicação não verbal no sentido de beneficiar a observação, atendendo mais facilmente às necessidades da criança.

#### *Estratégias específicas*

As estratégias agora apresentadas foram concebidas considerando as características individuais do caso acima referido e que se antevê serem uma mais valia durante todo o processo terapêutico: proporcionar um ambiente securizante, contendor e de confiança por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica empática; elaboração de um calendário onde era possível pintar os dias referentes à presente sessão e fazer uma previsão do número de sessões até ao final da intervenção; definir limites e regras dentro da sessão; realizar atividades que vão ao encontro dos gostos e preferências da criança; participação da psicomotricista em todas as atividades com o intuito de reduzir o sentimento de exposição da criança; apresentar pouco material na sala de sessão por forma a direcionar e focar a atenção da criança e manter a sua cooperação nas atividades; utilização do reforço positivo para aumentar a autovalorização e fomentar a capacidade crítica; intervenção baseada numa conjugação entre as áreas fortes e a progressão das áreas a desenvolver para manter a motivação da criança; manter uma estruturação da sessão promovendo a rotina e a previsibilidade; promover situações seguras,

fomentadoras da criatividade, possibilitando a expressão de diferentes formas; utilização de objetos mediadores na promoção da interação e da relação, mas também como auxílio ao toque/contacto corporal tornando-o menos invasivo; estruturação de atividades lúdicas tendo em conta as solicitações da criança promovendo a liberdade de expressão, a autonomia e o poder de decisão.

#### *Exemplos de atividades*

Na perspetiva de alcançar os objetivos terapêuticos delineados e mencionados anteriormente foram desenvolvidas várias atividades. Desta forma, com o intuito de desenvolver uma relação terapêutica e ser feito um reconhecimento do espaço de sessão foi realizado o “jogo da exploração” em que tanto a criança como a psicomotricista padecem de um minuto para observar os objetos dispostos pela sala. Após esse tempo, a criança é vendada e a psicomotricista escolhe um dos objetos do espaço e através, exclusivamente, do tato a criança tenta descobrir que objeto tem nas suas mãos.

Relativamente à promoção do domínio psicomotor, nomeadamente, da noção do corpo, foi realizada a atividade do “desenho do corpo” que compreende o contorno do corpo da criança em posição de estrela (decúbito dorsal com braços e pernas afastados) e posterior exploração do mesmo, de acordo com as seguintes variáveis: preencher a mão com que escreve; o pé com que chuta a bola; a parte do corpo que ouve música; a parte do corpo que cheira as flores; a parte do corpo que conta segredos; a parte do corpo que vê o parque; rodear no desenho o joelho em que está a ser tocado; rodear o braço em que está a sentir peso. A atividade termina quando o desenho estiver corretamente preenchido tendo em conta as orientações da psicomotricista.

Tendo em vista a regulação dos estados emocionais foi realizado o jogo “batalha campal” que consiste na construção de fortes individuais que são utilizados como abrigo, local onde estão protegidos da batalha. A batalha decorre entre os elementos que apenas se podem tocar com os objetos disponíveis, bolas e rolos de espuma. Com o desenvolvimento da batalha tentam destruir o forte adversário enquanto protegem o seu. O jogo termina quando um dos fortes for destruído.

Com o intuito de desenvolver as competências sociais realizou-se o “jogo da mímica”. Neste jogo, foram utilizados cartões com ilustrações de animais, objetos e alimentos. À vez, é retirado um cartão do baralho e realizada a sua representação, através de mímica, com o intuito de que o outro consiga adivinhar a ilustração presente no cartão.

É proibido o uso da palavra, sendo apenas possível utilizar o corpo para se expressar. O jogo termina quando as cartas do baralho forem todas utilizadas.

Para se desenvolver a consciência corporal foi criado um tempo de retorno à calma por meio da estimulação do corpo e do pensamento, do controlo da respiração (inspirações e expirações profundas), da aplicação de massagens terapêuticas com o auxílio de objetos mediadores, de relaxações imagéticas e ainda da aplicação do método de relaxação de Jacques Choque.

### **Progressão Terapêutica**

A intervenção psicomotora realizada com o Rodrigo decorreu entre novembro de 2021 e junho de 2022. Num total previsto de 28 sessões de psicomotricidade realizaram-se 24 sessões. O número previsto de sessões não foi possível ser realizado devido a alguns contratempos, nomeadamente, em fevereiro de 2022 que a terapeuta faltou à sessão por motivo de doença; as férias da Páscoa, que ocuparam uma semana, não sendo realizada uma sessão de abril; e numa sessão de maio, o Rodrigo não compareceu por motivos de doença, mas com aviso prévio.

De uma forma geral, considera-se que o Rodrigo foi um menino pontual e assíduo. Durante a intervenção apresentou-se maioritariamente cooperante e disponível, com motivação para participar nas sessões e realizar as atividades propostas.

Como estabelecido no plano terapêutico, a intervenção psicomotora previa o estabelecimento de dois momentos de partilha, uma ativação geral, uma parte fundamental e um retorno à calma. No entanto, poucas foram as vezes que o Rodrigo aceitou ao momento de retorno à calma conforme planeado, sendo realizado algumas vezes um momento de relaxação através da massagem com uma bola, envolvido por um colchão ou por um lençol, sendo algumas vezes realizados exercícios do método de Jacques Choque, mas nem sempre aceites pela criança.

Ao longo da intervenção, as sessões foram planeadas, de acordo com as diretrizes de intervenção, tendo por base jogos lúdicos, técnicas expressivas e de relaxação. Porém nem todas as atividades foram realizadas devido à presença de atitudes de oposição por parte do Rodrigo ou por apresentar pouca disponibilidade e cooperação para a atividade. As primeiras três sessões foram reservadas estritamente à aplicação dos instrumentos de avaliação, sendo disponibilizado algum tempo para a realização de jogo espontâneo livre, exploração do espaço e materiais expostos.

Durante os diálogos o Rodrigo apresentou-se pouco comunicativo com reduzidas verbalizações acerca do decorrer da sua semana, no entanto partilhou sempre os seus interesses e gostos com a psicomotricista.

A primeira sessão propriamente dita, com a organização estipulada e o projeto terapêutico delineado em que o Rodrigo foi inteirado sobre o plano de desenvolvimento da sessão, sendo explicada a organização estabelecida para as sessões e será delimitado um tempo entre 5 e 10 minutos dentro de cada sessão destinado à realização de uma atividade ao seu gosto. Durante esta sessão o Rodrigo mostrou-se disponível para a realização das atividades e bastante cooperante, apesar de apresentar alguma agitação psicomotora característica e algumas irregularidades, ou seja, numas atividades apresentava maior agitação comparativamente com outras. Manifestou a sua opinião no que respeita a organização e utilização do material de algumas atividades e a sua preferência por realizar um jogo de futebol no decorrer da mesma sessão, mostrando bastante interesse em explorar os materiais disponibilizados. Nesta primeira sessão permitiu que se realizasse a atividade de retorno à calma, mantendo-se bastante tranquilo e colaborante, auxiliando na massagem com a bola ao realizar movimentos circulatorios pelo próprio corpo, especialmente nas pernas. No final da sessão o Rodrigo apresentou alguns comportamentos de oposição, querendo prolongar a sessão, e mesmo de saturação, mexendo-se pela sala, pegando na bola e lançando-a contra a parede.

Ao fim da sexta sessão, o Rodrigo apresentou-se ativo e participativo durante toda a sessão e, pela primeira vez, fez vários desenhos de forma livre e prazerosa. No final ainda ajudou de livre e espontânea vontade a psicomotricista a arrumar o material e ainda se voluntariou a auxiliar no transporte de alguns materiais até à arrecadação.

Na décima segunda sessão, no início da sessão o Rodrigo apresentou-se comunicativo, no diálogo inicial, descrevendo com algum entusiasmo o seu fim de semana, na ativação geral realizou a tarefa de forma disponível e colaborante e na atividade fundamental apesar de inicialmente ter apresentado uma postura muito passiva e pouco empenhada na realização da tarefa, com o desenvolvimento da mesma mostrou mais empenho e disponibilidade para a sua execução. No entanto, na atividade à sua escolha quis realizar um jogo de futebol e numa primeira fase de construção tudo corria de acordo com a vontade do Rodrigo, mas depois de construídas as balizas a psicomotricista deitou os pinos e mudou-os de posição contrariando o menino, o que fez com que ficasse inquieto e até aborrecido, com uma expressão facial de zangado. Mesmo

assim, o Rodrigo quis jogar com toda a vontade, sem grandes conversas, a olhar para o chão e sem resposta, sempre que a psicomotricista se dirigia a ele. No final da sessão, rasurou o retângulo do calendário correspondente ao dia atual e deu um chute aos ténis, descalçando as meias noutra canto da sala, voltado para a parede. Portanto, esta sessão acabou por ser um teste à frustração da criança, que demonstrou uma atitude ponderada apesar de chateado com o facto de as coisas não correrem à sua vontade.

Na décima sétima sessão, em comparação à sessão anterior em que se realizou a mesma atividade, o jogo “batalha campal” - que consiste em construir fortes individuais que desempenham a função de abrigo da batalha e que acabarão por ser destruídos com o desenvolvimento dessa batalha - o Rodrigo apresentou-se mais organizado, com uma sequência de acontecimentos, enquanto que na sessão anterior o seu pensamento estava mais desorganizado e orientado no sentido apenas da destruição, enquanto que na presente sessão apesar de objetivar a destruição também quis construir e organizar.

No início de junho, após cinco meses de intervenção, decorreu uma reunião multidisciplinar com a escola em que foi debatida a prestação do Rodrigo, na qual foi dada a devolução de que o Rodrigo apresentou uma melhoria franca ao nível da capacidade de autorregulação com remissão dos episódios de agressividade interpares. Mais disponível para as aprendizagens e para as recomendações das diferentes figuras de autoridade. Melhor ao nível da tolerância à frustração tendo sentimento de maior competência. Começa a aceder melhor aos diferentes estados emocionais recorrendo menos ao “agir” como fuga ao pensamento. Na relação com os pares demonstra ainda a necessidade de controlo nos papéis e da temática da brincadeira.

Na vigésima segunda sessão, a última, preparou-se a criança para a ausência da psicomotricista. Nesta sessão, o Rodrigo, durante o diálogo inicial falou um pouco mais sobre a sua semana referindo que teria a festa da escola e teria uma apresentação de dança. Durante a realização da atividade estabelecida pelo Rodrigo, fez questão de delinear as regras à medida que o jogo decorria e, durante o mesmo denotou-se alguma agitação, mas várias manifestações de alegria com sorrisos. Ao longo do jogo, ainda foram observadas algumas estratégias de esconderijo, por forma a salvar-se da bola, escondendo-se atrás de alguns objetos que se encontravam pela sala. No final mostrou alguma resistência em ajudar a arrumar a sala lançando objetos para a psicomotricista e tentando alcançar as bolas que já estavam arrumadas, demonstrando uma agitação motora bastante acentuada com comportamentos de desafio e oposição.



De uma forma geral, ao longo da intervenção denotaram-se alterações no Rodrigo, especialmente na sua participação que se foi tornando adequada às atividades decorrentes das sessões, demonstrando maior aceitação pela organização da própria sessão, o que se revelou um desafio para a criança numa fase inicial da intervenção. Portanto, nesta fase final das sessões o Rodrigo apresenta-se mais disponível para colaborar na intervenção com o objetivo de melhorar, disponibilizando-se para participar mais ativa e adequadamente nas sessões. De salientar ainda que a sua postura em intervenção está mais ponderada, apesar de ainda serem observadas algumas manifestações de contrariedade para com algo que vá contra a sua vontade.

#### *Avaliação Inicial vs. Final*

Com a finalidade de compreender melhor a evolução do Rodrigo será apresentada uma comparação entre a avaliação inicial e final realizadas.

No que respeita a avaliação informal foi possível observar algumas melhorias significativas. O Rodrigo é um menino com maior capacidade de cumprir regras, mantendo um contacto adequado e uma participação ativa nas sessões. A sua agitação psicomotora mantém-se, mas devido à administração da medicação apresenta-se muito mais controlada. Por vezes, ainda manifesta algum registo de oposição, mas de forma mais moderada e com maior predisposição para a negociação. Mantém-se colaborante apesar de conservar a sua competitividade, num termo saudável, nas atividades continuando solidário, na grande maioria das brincadeiras. Este é um menino que mantém alguma dificuldade ao nível da gestão emocional e do comportamento, demonstrando-se igualmente impulsivo, apesar de se notarem pequenas melhorias no que respeita a sua instabilidade e inquietude. No que respeita a intolerância à frustração mesmo manifestando esse sentimento, acaba por se autocontrolar de forma mais adequada. No entanto, mantém a sua dificuldade em esperar, especialmente, durante a explicação de um jogo ou atividade. Do ponto de vista cognitivo mantém uns bons recursos.

No que concerne a avaliação formal, com a aplicação do SDQ foi possível realizar a comparação apresentada abaixo na tabela 10:

**Tabela 10.** Comparação da Avaliação Inicial e Final SDQ do Rodrigo

Avaliação	Perceção da Mãe		Perceção da Professora	
	Inicial	Final	Inicial	Final
<b>Total de dificuldades</b>	18 pontos – Anormal	18 pontos – Anormal	20 pontos – Anormal	18 pontos – Anormal
<b>Sintomas Emocionais</b>	1 pontos – Normal	2 pontos – Normal	4 pontos – Normal	2 pontos – Normal
<b>Problemas de Comportamento</b>	5 pontos – Anormal	4 pontos – Anormal	6 pontos – Anormal	6 pontos – Anormal
<b>Hiperatividade</b>	8 pontos – Anormal	7 pontos – Anormal	8 pontos – Anormal	8 pontos – Anormal
<b>Problemas com os Colegas</b>	4 pontos – Anormal	5 pontos – Anormal	2 pontos – Normal	2 pontos – Normal
<b>Comportamento Pró-social</b>	8 pontos – Normal	9 pontos – Normal	6 pontos – Normal	8 pontos – Normal

Com base na observação da tabela 10, tendo em conta a perceção parental, da mãe, e a perceção da professora verificam-se ligeiras melhorias relativamente à hiperatividade na perspetiva da mãe e ao comportamento pró-social tanto na perspetiva da mãe como da professora, mas pelo contrário apresentou ligeiras alterações ao nível dos problemas de comportamento e com os colegas, segundo a perspetiva da mãe.

No que respeita ao DAP podemos perceber que nos desenhos realizados durante a avaliação final, o Rodrigo apresentou um melhor desempenho comparativamente com os da avaliação inicial. Portanto, na avaliação inicial realizou desenhos muito imaturos para a idade, enquanto que na avaliação final os seus desenhos se encontram no limite para a idade. Sendo que desenhar, especialmente quando condicionado e sob pedido de alguém, é algo que a criança alega não gostar muito o que poderá ter condicionado, de certa forma, esta avaliação. De qualquer forma, os desenhos realizados durante a avaliação final foram elaborados com maior investimento, a cores e apresentam maior pormenor apresentando cabelo, pés e vestuário algo inexistente nos desenhos da avaliação inicial.

Relativamente ao BOT-2 durante a avaliação inicial a criança esteve mais disponível e colaborante, o que não se verificou no decorrer da aplicação da avaliação final com uma postura de desinteresse e maior resistência à realização dos exercícios, mas apesar disso a sua pontuação manteve-se a mesma com um total de 40, ou seja, na média para a idade no que respeita a categoria descritiva, com um *standard score* de 42 e um *percentil rank* de 21. Posto isto, alguns dos parâmetros apresentam menor pontuação como a precisão e a integração motora fina em que, por exemplo, na tarefa de traçar o caminho iniciou o percurso com uma linha única, mas depois de terminar a linha intuitivamente começou a preencher o espaço vazio entre as linhas do percurso, no sentido inverso. Na cópia dos círculos um dos círculos nem pode ser considerado um círculo,

apresentando extremidades. No entanto, em compensação na coordenação bilateral e na rapidez e agilidade apresentou valores mais elevados. No caso da coordenação bilateral, na primeira tarefa de tocar no nariz, conseguiu realizar o movimento corretamente, mas por vezes, encostava o dedo apenas numa das narinas em vez de na ponta do nariz e nas primeiras tentativas abria os olhos; na rotação dos dedos, realizou a tarefa bastante bem, cumprindo todos os parâmetros e a cada rotação elevava os braços mantendo-os numa posição superior relativamente à rotação anterior, ou seja, foi subindo os braços a cada rotação. No equilíbrio, ao andar sobre uma linha apresentou várias reequilibrações iniciando com o pé direito e, na segunda tentativa, chegou a sair da linha alterando para o pé esquerdo. No salto em apoio unipedal ao fim de alguns saltos começou a apresentar comportamentos de desafio, retirando as mãos da cintura, dando voltas sobre si mesmo e fechando os olhos. Na atividade de driblar a bola durante a primeira tentativa parou a tarefa e deixou cair a bola. Durante a realização das flexões optou por realizar as completas, no entanto, apenas mexia a zona pélvica e apesar das ajudas e observações da psicomotricista, manteve a mesma postura e acabou por desistir de realizar a tarefa.

Tal como na avaliação anterior, também durante a aplicação da BPM – tonicidade, na avaliação final, se verificou uma postura resistente e de desinteresse para com a realização das atividades, recusando mesmo executar algumas, nomeadamente, a extensibilidade e a paratonia. Esta postura e recusa fez com que a pontuação deste instrumento reduzisse ligeiramente. Por exemplo, durante os exercícios das diadococinésias realizou movimentos de pronação e supinação descoordenados e de forma desleixada, mostrando-se contrariado durante a realização da tarefa e nos exercícios referentes às sincinésias apresentou algumas caretas, sendo visíveis sincinésias bucais, linguais e alguns tremores ao apertar a bola, sendo visíveis movimentos contralaterais e uma agitação psicomotora elevada. No entanto, de uma forma geral, manteve a sua prestação apesar de uma maior agitação comparativamente com a avaliação inicial.

Na TOL a sua postura durante a avaliação final foi muito idêntica à apresentada na avaliação inicial e conseguiu realizar a tarefa muito mais rápido, de forma que aumentou ligeiramente a pontuação, para acima da média, apresentando menos erros e maior eficácia na resolução dos problemas. Durante a realização desta avaliação utilizou a segunda tentativa em apenas três exercícios, enquanto na avaliação inicial utilizou em cinco exercícios.

No que respeita a estátua de Nepsy-II a sua pontuação na avaliação final manteve-se a mesma que na avaliação inicial, abaixo da média, mas a sua postura foi muito menos adequada na avaliação final, saindo mesmo das normas estipuladas como a postura correta. Portanto, apesar de apresentar uma expressão facial neutra, foram observadas reações tónico emocionais, como sorrisos, oscilações corporais e algumas reequilibrações, sendo que ao minuto 41 sentou-se e ao minuto 56 acabou mesmo por se deitar, mantendo-se nessa posição até se completar o minuto e meio da conclusão da tarefa.

## **Discussão**

A presente discussão será baseada na intervenção realizada tendo em conta o projeto terapêutico, a progressão terapêutica e as avaliações formal e informal.

Como referido na avaliação inicial observaram-se algumas dificuldades ao nível das relações interpessoais e da gestão dos sintomas emocionais. O Rodrigo apresentou alguma hiperatividade e problemas no comportamento, baixa coordenação bilateral, força e agilidade e algumas dificuldades no que respeita a destreza manual e o equilíbrio. Desta forma, a intervenção em Psicomotricidade de carácter terapêutico seria benéfica para o Rodrigo uma vez que tivesse em vista o desenvolvimento de novas estratégias no sentido de melhorar a sua gestão emocional, as relações interpessoais, mas também a coordenação bilateral, a destreza manual e o equilíbrio. Este trabalho seria pertinente dado que permite o desenvolvimento de uma maior consciência corporal, privilegia o desenvolvimento do autoconceito e da regulação emocional, e coordenação dos movimentos. Assim, esta intervenção permitiria que o Rodrigo desenvolvesse, através das vivências corporais, mecanismos auxiliares no seu quotidiano.

A intervenção psicomotora desenvolvida com o intuito de colmatar as necessidades do Rodrigo previa, aquando da elaboração do plano terapêutico, consolidar e desenvolver as competências psicomotoras, socioemocionais e cognitivas. Neste sentido, a intervenção foi concebida centrando-se na mediação corporal, uma vez que segundo Maximiano (2004) o corpo reflete, através dos seus movimentos e expressões, as transformações, tanto a nível psíquico como afetivo, decorridas das interações que o indivíduo estabelece com o ambiente em que se insere.

No início da intervenção, deu-se especial importância ao estabelecimento de uma boa relação terapêutica, dado que é através da criação desta relação estável, segura, fiável

e sólida que o indivíduo ficará disponível à exploração e, assim, contribuirá em concordância com o desenvolvimento de uma intervenção benéfica às suas necessidades (Frémond, 2016). O estabelecimento desta relação possibilitou ao Rodrigo o desenvolvimento da confiança o que o tornou disponível para a exposição e manifestação das suas carências, permitindo um favorável desenrolar da intervenção no sentido de melhorar as competências do mesmo e colmatar as suas limitações.

Durante as sessões foram realizados jogos e atividades lúdicas com o intuito de potenciar a vivência e diversificação de experiências, porque é também através do jogo que a criança se expressa e se predispõe para a vivência da fantasia (Fernandes et al., 2018). Através do jogo, da brincadeira cria-se um espaço de liberdade, de exploração da criatividade e de vivência da própria personalidade, possibilitando a exploração e descoberta do próprio eu (self) (Winnicott, 1975). O Rodrigo aderiu bastante às brincadeiras apresentando ao longo da intervenção uma evolução da sua criatividade e exploração da brincadeira, aproveitando muito mais os materiais disponíveis, a vivência do jogo, trazendo para a sessão jogos mais dinâmicos, com regras criativas, muitas vezes improvisadas durante o próprio desenvolvimento do jogo e foi criando uma comunicação com a psicomotricista através das suas brincadeiras.

Ainda no projeto terapêutico estaria prevista a aplicação de técnicas de relaxação, aplicadas no momento de retorno à calma, porém esta metodologia nem sempre foi bem aceite pela criança e muitas das vezes era mesmo negada pela mesma, acabando por não se realizar. Mesmo assim foram realizadas algumas atividades mais calmas que promoviam o relaxamento, como o deslocamento/vaguear calmo pela sala e o toque (e.g. massagem) que augura ajudar o Rodrigo na diminuição dos seus níveis de agitação bem como na obtenção de um estado de bem-estar e conforto. As técnicas de relaxação são promotoras da consciência corporal e respetivas transformações, implícitas da consciência emocional (Veiga & Marmeleira, 2018). As emoções manifestam-se através de determinadas alterações dos estados corporais e, uma vez que as técnicas de relaxação permitem adaptar as respostas fisiológicas e motoras à situação geradora da emoção, quando executadas com sucesso, contribuem para a favorável adaptação do indivíduo (Veiga & Marmeleira, 2018). O toque, além do relaxamento facilitará a tomada de consciência corporal (Maximiano, 2004) e é através do mesmo que se produzem, psiquicamente, emoções permitindo o acesso a experiências sensoriais, sentimentos e pensamentos (Sarda, 2002).

Ao longo da intervenção foi notada uma evolução. Portanto, no que respeita o seu desempenho nas sessões tornou-se evidente a criação de uma relação terapêutica, partilhando as suas situações diárias apesar de não pormenorizar muito as situações mais incomodativas ao próprio. De uma forma geral, a sua postura em sessão melhorou demonstrando-se mais disponível para a relação, para as atividades e para a execução e participação nas mesmas.

Numa visão geral o Rodrigo apesar do seu elevado nível de hiperatividade e problemas do comportamento, apresentou algumas melhorias ao nível da consciência corporal o que levou ao desenvolvimento de um melhor autoconceito e de uma melhoria da regulação emocional, e coordenação dos movimentos. Observou-se ainda uma melhoria na aceitação e cumprimento das regras bem como na participação adequada nas atividades.

Tendo em conta a evolução da criança seria então aconselhável que mantivesse o acompanhamento ao nível da Psicomotricidade, com intervenção individual, por forma a manter e até aumentar essa evolução e a serem trabalhados outros requisitos para a aceitação do outro e das regras sociais, melhorando a sua tolerância à frustração e, posteriormente, a sociabilidade com os pares. Além disso, seria importante implementar estratégias com o intuito de serem aceites as técnicas de relaxação pelo Rodrigo, uma vez que seriam uma mais-valia para o sucesso da intervenção.

## 5.2. Caso II

### Intervenção Psicomotora na Perturbação de Ansiedade Social e de Pânico: Estudo de Caso

#### Resumo

As perturbações de ansiedade quando ocorrem durante a adolescência tendem a manifestar-se como queixa somática vulgar e sem base física, expressando-se corporalmente através de náuseas, vertigens, batimento cardíaco acelerado, entre outras. Desta forma, através das metodologias e técnicas utilizadas em psicomotricidade, nomeadamente técnicas de relaxação e jogo lúdico, poderão auxiliar o adolescente com estas perturbações, no que respeita o autoconhecimento e o desenvolvimento de estratégias auxiliares no autocontrolo bem como na regulação da ansiedade. Ao longo deste artigo pretende-se refletir e analisar os benefícios da psicomotricidade perante perturbações do foro psíquico. Este artigo consiste na apresentação e análise do caso de uma jovem de 16 anos de idade, com um diagnóstico de perturbação de ansiedade social e de pânico. Esta jovem usufruiu de uma intervenção psicomotora em contexto de grupo no espaço de aproximadamente oito meses. Após a intervenção obteve-se uma evolução ao nível da expressão e comunicação da jovem, com demonstrações de maior aceitação pelo outro, disponibilidade e tolerância à relação. Conclui-se que a intervenção psicomotora pode ser benéfica, quando realizada em contexto de grupo, quando há perturbações psíquicas.

**Palavras-chave:** psicomotricidade; adolescência; fobia social; intervenção em grupo; saúde mental.

#### Abstract

When anxiety disorders occur during adolescence, they tend to manifest as a common somatic complaint with no physical basis, expressed bodily through nausea, dizziness, rapid heartbeat, among others. Thus, through the methodologies and techniques used in psychomotricity, namely relaxation techniques and playful games, they can help adolescents with these disorders, with regard to self-knowledge and the development of strategies to help self-control and anxiety regulation. Throughout this article we intend to reflect on and analyze the benefits of psychomotricity for mental disorders. This article consists of the presentation and analysis of the case of a 16-year-old girl, diagnosed with social anxiety and panic disorder. This young girl had a psychomotor intervention in a group setting for approximately eight months. After the intervention, there was an evolution in the expression and communication of the young girl, with demonstrations of greater acceptance by the other, availability and tolerance to the relationship. We conclude that psychomotor intervention can be beneficial, when done in a group context, when there are psychological disorders.

**Keywords:** psychomotricity; adolescence; social phobia; group intervention; mental health.

## **1. Introdução**

A adolescência sendo considerada uma transição no desenvolvimento, é a passagem da infância para a idade adulta e caracteriza-se por transformações ao nível físico, cognitivo e psicossocial que se relacionam entre si, podendo ser denominada, muitas vezes, por período crítico do desenvolvimento (Papalia & Feldman, 2013). O desenvolvimento durante a adolescência pode não ser alcançado da melhor forma e, por isso, desenvolver-se algumas anomalias, que poderão dar origem a uma perturbação do foro mental (Meltzer, 2011), como as perturbações de ansiedade.

A perturbação de ansiedade quando ocorre durante a adolescência tende a manifestar-se como queixa somática vulgar e sem base física, expressando-se corporalmente através de náuseas, vertigens, batimento cardíaco acelerado, enxaquecas, dispneia, dores/incómodos ao nível torácico ou abdominal, sensação de sufoco ou de desmaio, entre outras (Marcelli & Braconnier, 2007). Aquando dos relacionamentos interpessoais muitos indivíduos sentem-se um pouco desconfortáveis e constrangidos podendo ser um desconforto de maior ou menor intensidade. Se os sintomas evoluírem de tal modo que se chegue ao ponto de condicionar e até evitar diversas situações sociais, então muito possivelmente estaremos na presença de uma Perturbação de Ansiedade Social (Ramos, 2016).

Ainda dentro das perturbações de ansiedade, os ataques de pânico são descritos como uma resposta específica ao medo, mas quando ocorridos de forma recorrente e inesperada poderão alertar para a presença de uma Perturbação de Pânico. Esta perturbação é caracterizada por ataques de pânico que provocam uma constante apreensão e preocupação no indivíduo o que pode desenvolver novos ataques de pânico ou variações desadequadas no seu comportamento. Estes ataques abruptos são exaltados pelo medo ou



desconforto intensos e podem fazer-se acompanhar de sintomas físicos ou cognitivos (American Psychiatric Association, 2014).

A Psicomotricidade é a ciência que estuda o Homem através do seu corpo em movimento e a sua relação com o mundo exterior, tendo em conta os aspetos sensoriais, cognitivos e emocionais, ou seja, contempla o estudo das relações e influências entre o psiquismo e a motricidade. Neste sentido, aquando do desenvolvimento de uma perturbação do foro psíquico, a psicomotricidade pode ser uma mais-valia, uma vez que encara o indivíduo como um ser único e holístico.

Este artigo tem como principal objetivo refletir e analisar os benefícios da Psicomotricidade perante perturbações do foro psíquico, nomeadamente perturbação de ansiedade social e perturbação de pânico. Desta forma será apresentado um caso diagnosticado com ambas as perturbações, fobia social e de pânico, acompanhado em contexto multidisciplinar, beneficiando de seguimento em pedopsiquiatria e psicomotricidade, ao nível de Hospital de Dia com a duração de nove meses de intervenção. A intervenção psicomotora foi desenvolvida após a elaboração de um plano de intervenção que teve por base a recolha de dados através da realização da avaliação formal e informal.

## **2. Metodologia**

### **2.1. Caraterização do participante**

A Bedita (nome fictício) iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade em outubro de 2021, tendo integrado o grupo 1 do Hospital de Dia para Adolescentes constituído por mais dois elementos.

As informações apresentadas de seguida foram recolhidas através da consulta do processo, da troca de informações com o médico pedopsiquiatra e das avaliações realizadas.

### *2.1.1. História Pessoal e Clínica*

A Benedita tem atualmente 16 anos, encontrando-se a frequentar o 11.º ano de escolaridade. Desde criança que a Benedita apresenta um funcionamento reservado, mas sempre conseguiu ir à escola e brincar com as outras crianças até por volta dos 12 anos, altura em que mudou de um colégio para uma escola pública e perdeu praticamente toda a sua rede de referência. Desde então que começou a apresentar muitos receios em ser criticada ou não ser entendida pelos outros, acabando por se fechar nela própria – situação que se agravou com os episódios de bullying vivenciados no 8.º ano e que ainda no presente, aquando da revivência desses momentos, lhe provocam crises de angústia. O medo antecipatório que possa voltar a sofrer esses momentos são causa de evitamento. Na sequência destes acontecimentos, entretanto, por volta dos seus 11/12 anos ocorreu a separação conjugal dos pais que, segundo o pai, não foi vivido como traumatizante para a jovem, tendo os pais ainda um bom entendimento entre si. Após esta separação o pai, com quem Benedita tem uma ótima relação considerando-o como o seu “melhor amigo” (sic), encontrou outra pessoa, a madrasta, com quem a jovem refere manter uma boa relação e defender que “ela é um pouco esquecida, mas boa pessoa” (sic) e que foi bom para o pai, uma vez que este “não gosta de estar sozinho” (sic). Já a sua relação com a mãe, segundo a jovem, parece ter melhorado após o divórcio, uma vez que “a mãe antes não tinha muito tempo, mas agora já tem mais disponibilidade” (sic). Após o divórcio dos pais e sendo filha única, a jovem refere viver com ambos os progenitores passando uma semana em casa de cada um.

Três meses antes de iniciar o acompanhamento em psicomotricidade, após solicitação da família e encaminhamento da Pedopsiquiatria no privado, iniciou o acompanhamento em Pedopsiquiatria na equipa multidisciplinar no público, com indicação de um quadro sugestivo de Perturbação de Pânico e Perturbação de Ansiedade

Social com início há 1 ano e 6 meses com impacto na assiduidade escolar, existindo indícios, após recolha da história pregressa e do exame objetivo, de funcionamento esquizotípico da personalidade, apresentando uma maneira própria de ver o mundo. Nesta altura verificou-se algum contacto social, sempre no registo de um para um, tendo grande dificuldade na relação em triangulação. Essa interação parte principalmente da iniciativa dos pais que, por vezes, estão também presentes nesses momentos de convívio. Posto isto, e com vista a colmatar a abstinência escolar, ao longo do presente ano letivo serão operacionalizadas medidas universais e seletivas pedagógicas para reduzir o impacto da Fobia social na aquisição das aprendizagens.

No período de férias escolares, aquando da suspensão da toma de Ansiten devido a resposta parcial, foi introduzido o Escitalopram 10mg/dia. Em agosto notaram-se melhorias significativas com remissão dos ataques de pânico e remissão parcial da ansiedade, no entanto o período de férias acaba por ser menos exigente, pelo que aguardando pela retoma das aulas se verificará a permanência ou ausência de melhorias. Durante este período, a Benedita manteve atividades com grupo de amigas (sempre de um para um de forma rotativa e com iniciativa dos pais). A Benedita apresenta humor eufórico apesar do registo de aplanamento afetivo. Em situações de crise está aconselhada a tomar o SOS (Victan 2mg).

A Benedita expõe, com base num livro de ficção, que se identifica com alguém que tem uma visão própria e muito diferente dos outros e que tal é gerador de sofrimento. A jovem refere ainda, que sente desinteresse pelos/as outros/as jovens, adultos e crianças, no entanto, consegue consentir que os colegas mais solidários são exceção à regra. A mãe corrobora que a jovem não tem interesse na escola nem nos temas lecionados, apesar de toda a mobilização feita pela escola com auxílio da Tutoria do Diretor de Turma no ano

letivo anterior. A jovem apresenta um funcionamento de oposição marcado inerente à sua Perturbação de Personalidade.

O contexto pandémico veio consolidar ainda mais as respostas desadaptativas de evitamento da jovem e atualmente a Benedita tem inclusivamente receio de ser perseguida por algum estranho na rua ou de alguém a observá-la através da webcam do computador.

Esteve o ano letivo anterior praticamente sem ir à escola e o intuito é que regresse às aulas e consiga permanecer nas mesmas o maior tempo possível. A Benedita é uma jovem que exige muita calma para se lidar e quando as suas crises ocorrerem necessita de *coaching*. Uma intervenção com a Benedita teria de se focar na gestão da angústia e no desenvolvimento de estratégias que a ajudem com as interações sociais. Neste sentido, o médico pedopsiquiatra decide encaminhar para consulta de Psicologia e para o Hospital de Dia para Adolescentes, sendo ainda feita a proposta de Tutoria de Pares a nível escolar.

Só quatro meses após ter integrado o acompanhamento em psicomotricidade iniciou suporte psicoterapêutico em regime público mantendo o suporte da psicóloga na escola apenas em momentos de crise. Mais tarde foi proposto aos pais que iniciassem o acompanhamento em contexto de grupo de pais, por forma a conseguirem entender melhor a sua filha e a arranjam estratégias para lidar com a mesma. Os pais aceitaram a proposta frequentando o grupo à vez, com uma frequência quinzenal.

### *2.1.2. Motivo do Encaminhamento*

A Benedita foi encaminhada para a consulta de Psicomotricidade pelo médico pedopsiquiatra, no âmbito do diagnóstico de Perturbação de Pânico e Fobia Social. Segundo o pedopsiquiatra, a Benedita é acompanhada em consulta de Pedopsiquiatria por quadro sugestivo de Perturbação de Pânico e Perturbação de Ansiedade Social com impacto na assiduidade escolar apresentando longos períodos de evitamento escolar. As suas dificuldades estão centradas na interação social, especialmente no modo relacional

em triangulação, uma vez que os seus escassos contactos sociais ocorrem sempre no registo de um para um. Perante as dificuldades ao nível da gestão emocional e das relações sociais, o pedopsiquiatra propôs o acompanhamento na consulta de Psicomotricidade a fim de se realizar um treino de estratégias comportamentais e narrativas para autorregulação emocional e social, por forma a se intervir sobre as problemáticas identificadas.

### *2.1.3. Instrumentos de avaliação (Protocolo de Avaliação)*

O LOFOPT é um instrumento de observação que fornece informações sobre características da personalidade em situações de movimento, pertinentes para a terapia psicomotora em grupo (Van Coppenolle et al., 1989).

O SDQ é um instrumento que identifica problemas do foro da saúde mental em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos. Este questionário apresenta três versões: auto versão (crianças com mais de 11 anos), versão pais/responsáveis e versão professores (Goodman, 1997, 1999).

A PHCSCS-2 é um instrumento composto por 60 itens que avalia seis fatores: Aspeto Comportamental (AC), Estatuto Intelectual (EI), Aparência Física (AF), Ansiedade (A), Popularidade (P) e Felicidade-Satisfação (FS), dando o Autoconceito Global. Esta escala dá-nos o conhecimento acerca do autoconceito e da sua relação com o comportamento de crianças e jovens com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos (Veiga, 2006).

O DAP concebido por Naglieri em 1988 é um teste de desenho da figura humana, do Homem, da Mulher e do Próprio, que permite perceber a forma como cada indivíduo perceciona as pessoas ao seu redor (Mpangane, 2015) através da avaliação do nível de integração do esquema corporal, sendo aplicada a crianças e jovens dos 5 aos 17 anos de idade (Naglieri, 1988).

O BOT-2 é um instrumento de diagnóstico individual habitualmente utilizado na avaliação do desenvolvimento psicomotor de indivíduos dos 4 aos 21 anos de idade e avalia de forma global o desempenho motor (Bruininks & Bruininks, 2010).

A Estátua de Nepsy-II é uma prova que integra uma bateria de testes NEPSY-II aplicada individualmente, concebida para avaliar o desenvolvimento neuropsicológico em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos (Davis & Matthews, 2010). Esta prova da estátua da bateria de Nepsy II avalia a inibição da resposta motora ao ruído de interferência através dos parâmetros de distração/erros (Kemp & Korkman, 2010).

#### 2.1.4. Plano de avaliação

Numa fase preliminar à intervenção foi estipulado que se realizaria uma avaliação inicial e uma avaliação final com recorrência a alguns instrumentos de avaliação, por forma a verificar o desenvolvimento de cada indivíduo e, assim, se poder comparar a sua prestação pré e pós intervenção, averiguando a pertinência da mesma.

Tendo por base a informação facultada pelo médico pedopsiquiatra, nomeadamente no que respeita a presença de dificuldades na regulação emocional e social pareceu importante investigar e avaliar áreas do desenvolvimento psicomotor e dimensões do funcionamento cognitivo, mas também do psicoafetivo com vista ao domínio cognitivo – raciocínio prático, atenção e memória, mas também funções executivas; o domínio psicomotor - tonicidade, noção do corpo e estruturação espaciotemporal; o domínio socioemocional – a autorregulação, ou seja, a gestão emocional e social, e as relações interpessoais, na medida que surge a necessidade de colocar em evidência as dificuldades do indivíduo.

Para isso a avaliação foi realizada através de entrevista e observação, recorrendo ao preenchimento da LOFOPT (Van Coppenolle et al., 1989) referida anteriormente e da

aplicação de instrumentos formais, como o SDQ (Goodman, 1997, 1999), o PHCSCS-2 (Veiga, 2006), o DAP (Naglieri, 1988), o BOT-2 (Bruininks & Bruininks, 2010) e a estátua de Nepsy-II (Kemp & Korkman, 2010).

Desta forma, a LOFOPT foi utilizada com o objetivo de entender e registrar as características da personalidade da jovem, bem como a expressão e movimento nas diversas situações e propostas realizadas, percebendo a sua postura quanto aos seguintes pontos: relações emocionais, autoconfiança, atividade, relaxação, controlo do movimento, focalização, expressão corporal, comunicação verbal e capacidade de regulação social (Van Coppenolle et al., 1989), a partir dos seus comportamentos em sessão dentro do grupo. Uma vez que estes/as jovens se apresentam afetados a nível emocional, tornando-se vulneráveis à crítica, com fracas habilidades sociais, baixa autoestima (Ramos, 2016) e ainda apresentam dificuldades nas relações interpessoais, apresentando algum desconforto perante desconhecidos (Baptista et al., 2005), torna-se imprescindível descodificar as mensagens que nos trazem através do seu comportamento, do movimento corporal, das variações tónico-motoras e dos gestos.

O SDQ foi aplicado com o intuito de perceber a gestão emocional e social da jovem, ou seja, como é que esta se insere no seu contexto diário e como se sente no mesmo, sendo que a versão dos pais, nos fornece informação da forma como o comportamento da jovem é percebida pelos mesmos (Goodman, 1997). Visto que estes/as jovens manifestam alterações ao nível das relações interpessoais apresentando-se apreensivos, ansiosos (Ramos, 2016), com atitudes de evitamento (Baptista et al., 2005) que condicionam a sua vida social podendo gerar alterações e até conflitos ao nível do relacionamento com os pares.

O PHCSCS-2 foi utilizado com o objetivo de facultar conhecimento acerca do autoconceito e a sua relação com o comportamento da jovem (Veiga, 2006). Os

indivíduos com esta problemática tendem a apresentar uma baixa autoestima e elevados níveis de ansiedade, apresentando um imenso receio de ser julgados e acabando por se autodestruírem dando demasiada importância a pensamentos negativos e, por vezes, até deturpados da realidade (Ramos, 2016), ou seja, tendem a apresentar um baixo autoconceito e é importante perceber de que forma este interfere com o comportamento do indivíduo.

O DAP sendo composto por uma vertente gráfica foi concebido com o propósito de perceber o funcionamento cognitivo do sujeito, fornecendo informação a respeito da relação familiar e interpessoal, ou seja, com os elementos que fazem parte dos ambientes em que se insere (Mpangane, 2015). Estes/as jovens tendem a apresentar uma autoimagem negativa (Ramos, 2016) pelo que a aplicação deste instrumento vem auxiliar na compreensão da imagem corporal que a jovem apresenta facultando informação acerca da mesma e na compreensão das suas relações interpessoais que tendem a encontrar-se deficitárias.

O BOT-2 foi concebido com o intuito de entender a sua capacidade de controlo manual fino através de habilidades motoras que envolvem o controlo e a coordenação da musculatura distal das mãos e dedos; a coordenação manual: habilidades motoras que envolvem o controlo e a coordenação dos braços e das mãos, especialmente para a manipulação de objetos; a coordenação corporal: envolve o controlo e a coordenação da musculatura usada para manter a postura e o equilíbrio; a força e agilidade: envolve aspetos do fitness e da coordenação envolvidos no brincar, desportos de competição e outros tipos de atividade física (Bruininks & Bruininks, 2010).

A estatura de Nepsy-II aplicada com o benefício de se poder perceber e registar o nível de atenção da jovem, mas também do seu domínio executivo, persistência e



inibição motora perante alguns estímulos externos (Kemp & Korkman, 2010), ou seja, à cerca do seu desenvolvimento neuropsicológico.

## **2.2. Procedimentos**

### *2.2.1. Elementos critério*

Após a realização da avaliação delinear-se-iam alguns elementos critério que são determinantes para a compreensão do caso, seja para determinar a avaliação, seja para construir as hipóteses explicativas, e assim fazer o planeamento da intervenção:

- Perfil hipertónico;
- Baixa autoestima;
- Reduzido autoconceito;
- Elevada ansiedade;
- Dificuldades na gestão dos sintomas emocionais;
- Dificuldades nas relações interpessoais;
- Elevada agitação psicomotora.

### *2.2.2. Hipóteses Explicativas*

No sentido de entender melhor a história da Benedita e posteriormente delinear o projeto terapêutico para a intervenção, torna-se fundamental formular hipóteses explicativas que auxiliem na adequada compreensão do caso. Com esta finalidade, foram considerados os fatores que parecem ter maior impacto ao nível do desenvolvimento da jovem.

A Benedita tende a apresentar um perfil hipertónico o que poderá estar relacionado com o diagnóstico da perturbação de ansiedade social, uma vez que esta surge frequentemente associada a uma sintomatologia caracterizada por elevada ansiedade, dor abdominal, tensão muscular (Ramos, 2016) e algum desconforto perante determinadas situações de exposição social (Moura et al., 2018). Assim, quando ocorre a antecipação

de uma ameaça futura, a tensão muscular tende a aumentar (Dyanny et al., 2020) podendo apresentar comportamentos mais tensos e rígidos (Muller et al., 2015). Em situações de desconforto, o indivíduo tende a inibir a sua forma de expressão e as suas qualidades (Dyanny et al., 2020) sendo abarcado por um sentimento de insegurança, que afetará a sua autoestima (Ramos, 2016) e dará origem a uma redução da autoconfiança (Dyanny et al., 2020). Alguns destes aspetos foram observados em contexto de sessão como o receio de ser o foco de atenção ou de o seu desempenho ser frequentemente avaliado, evidenciando a sua baixa autoestima e demonstrando alguma insegurança ao nível do seu valor pessoal, desvalorização e reduzido autoconceito, características comuns em indivíduos com fobia social (Ramos, 2016).

No que respeita a presença de elevada ansiedade por parte da jovem, esta poderá estar associada às perturbações de ansiedade social e de pânico, uma vez que ambas são descritas por estados ansiosos (American Psychiatric Association, 2014). A ansiedade sendo definida como um mecanismo de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais (Muller et al., 2015), pode ser considerada um sintoma, mas também uma antecipação da ameaça (Dyanny et al., 2020), consequente da ambiguidade da informação do desconhecido (Rouxinol, 2018) e da ausência da ação de estímulos externos claros (Baptista et al., 2005), dando origem à manifestação de sinais corporais que podem ser subjetivos ou evidentes (Rouxinol, 2018). Portanto, isto poderá estar ainda relacionado com a origem das dificuldades apresentadas pela Benedita ao nível da gestão dos sintomas emocionais, já que a ansiedade é uma disfunção emocional relacionada com as reações exageradas e desproporcionais relativamente ao estímulo apresentado, podendo afetar o sujeito no seu desempenho diário e bem-estar emocional, interferindo na qualidade de vida do mesmo (Moura et al., 2018).

A Benedita apresenta ainda dificuldades nas relações interpessoais, estas dificuldades poderão ser explicadas pela presença de ansiedade social, uma vez que segundo Ramos (2016) esta perturbação torna o estabelecimento e preservação de relações consistentes e prolongadas complexo. Muitas vezes, a incapacidade de se envolver e de criar relações com os outros é apresentada pelos indivíduos com fobia social e pode desencadear défices sociais, caracterizados por dificuldades acentuadas na interação social e elevados níveis de ansiedade (Teiga, 2014).

De acordo com o referido anteriormente a elevada agitação psicomotora apresentada pela Benedita poderá ser uma consequência da exposição a um acontecimento considerado como ameaça (Castillo et al., 2000) por exemplo, a mudança do colégio para a escola pública ou os episódios de bullying sofridos pela jovem, ou então, à expressão e manifestação da sua ansiedade, característica das perturbações de ansiedade social e de pânico.

### *2.2.3. Perfil Intraindividual*

Consequentemente foi possível verificar que a Benedita apresenta algumas dificuldades no que respeita a regulação emocional e a integração social o que condiciona negativamente a sua prestação comportamental e as suas vivências diárias.

Na tabela 11 abaixo apresentada podemos verificar que a Benedita apresenta áreas fortes como o facto de estar em colaboração com a técnica, ser cooperante e disponível, mas também apresenta algumas áreas intermédias, ou seja, que necessitam de algum acompanhamento como a destreza manual, a agilidade e a rapidez pelo que as áreas predominantes a desenvolver seriam a gestão emocional, as relações interpessoais, a ansiedade, a autoestima.

**Tabela 11. Perfil Intraindividual da Benedita**

<i>Pontos/Áreas fortes</i>	<i>Pontos/Áreas intermédias</i>	<i>Áreas a desenvolver</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cooperação</li> <li>- Disponibilidade</li> <li>- Controlo inibitório</li> <li>- Precisão e integração motora fina</li> <li>- Coordenação bilateral</li> <li>- Equilíbrio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destreza manual</li> <li>- Agilidade</li> <li>- Rapidez</li> <li>- Força</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consciência corporal</li> <li>- Gestão emocional</li> <li>- Relacionamentos interpessoais</li> <li>- Autoconceito</li> <li>- Autoestima</li> <li>- Ansiedade (controlo)</li> </ul>

Nesse sentido alguns dos objetivos gerais centraram-se em promover o autoconceito, regular os estados emocionais e desenvolver competências sociais.

#### 2.2.4. Objetivos Terapêuticos

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pela Benedita e uma vez que estava inserida no grupo 1 os objetivos terapêuticos (tabela 12) vão ao encontro do trabalho das necessidades de todos os elementos integrantes do mesmo, por forma a serem melhoradas.

**Tabela 12. Objetivos de Intervenção do Projeto Terapêutico do Grupo em que se insere a Benedita**

<i>Domínios</i>	<i>Objetivos Gerais</i>	<i>Objetivos Específicos</i>
<b>Psicomotor</b>	Adequar a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a consciência dos estados tónicoemocionais;</li> <li>- Identificar o estado tónico nos diferentes segmentos corporais;</li> <li>- Adaptar a capacidade de diálogo tónicoemocional;</li> </ul>
	Promover a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a consciência corporal através da simbolização e verbalização;</li> <li>- Compreender a noção de esquema corporal;</li> <li>- Melhorar a perceção da imagem corporal;</li> <li>- Adequar a expressão corporal;</li> </ul>
	Melhorar a estruturação espaciotemporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a capacidade de retenção e memorização de sequências;</li> <li>- Adequar a orientação espacial;</li> <li>- Melhorar a organização temporal;</li> </ul>
<b>Socioemocional</b>	Promover o autoconceito	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a autoestima;</li> <li>- Aumentar os sentimentos de valorização;</li> </ul>
	Promover a autorregulação comportamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a tolerância à frustração;</li> </ul>
	Regular os estados emocionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as próprias emoções e sentimentos;</li> <li>- Reconhecer emoções em si e no outro;</li> <li>- Expressar medos e preocupações;</li> </ul>
	Desenvolver competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a capacidade de relação e interajuda entre o grupo;</li> <li>- Potenciar a partilha e coesão entre o grupo;</li> <li>- Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites;</li> <li>- Aumentar a capacidade de aceitação do desconhecido;</li> </ul>
	Estimular a autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a tomada de iniciativa;</li> </ul>
<b>Cognitivo</b>	Melhorar a capacidade de atenção	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a capacidade atencional;</li> <li>- Manter o foco de atenção nas atividades propostas;</li> </ul>
	Estimular a memória	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a memória de trabalho, curto e longo prazo;</li> </ul>
	Promover a comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a capacidade de organização e coerência do diálogo verbal;</li> </ul>
	Desenvolver o raciocínio prático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir estratégias de resolução de problemas e tomada de decisão;</li> <li>- Estimular a capacidade de planeamento;</li> </ul>
<b>Técnicas e mediadores terapêuticos</b>		
<b>Música, jogos, palavra, corpo, material (bolas, tintas...) e técnicas de relaxação.</b>		

### 2.2.5. Projeto terapêutico

Atendendo à avaliação realizada e ao perfil intraindividual da Benedita foram delineadas diretrizes de intervenção com a respectiva fundamentação, onde consta uma breve descrição da intervenção desenvolvida. Neste ponto serão ainda apresentadas as estratégias específicas de intervenção e alguns exemplos de atividades realizadas.

#### i. Diretrizes e fundamentação da intervenção

O plano terapêutico desenvolvido para a Benedita previa um acompanhamento em grupo, inserido no Hospital de Dia para Adolescentes, que contou com a presença de três terapeutas e mais dois jovens, um do sexo masculino e outro do sexo feminino, realizado com a regularidade de uma vez por semana, à terça-feira, e a duração média de 75 minutos, das 9h às 10h15. As sessões de psicomotricidade foram concebidas com o intuito de trabalhar os objetivos terapêuticos anteriormente descritos, por via da realização de atividades dinâmicas, jogos lúdicos, técnicas expressivas, técnicas de relaxação e com recurso a diversos materiais, como arcos, bolas, colchões, almofadas, rolos de espuma e alguns materiais elaborados pela terapeuta.

As sessões foram semiestruturadas, ou seja, houve atividades delineadas pela psicomotricista e atividades propostas pelos elementos do grupo, nomeadamente da Benedita, enquadradas na estrutura prevista: diálogo inicial, ativação geral, parte fundamental, retorno à calma e diálogo final. O diálogo inicial e o diálogo final foram ambos momentos de partilha com o intuito de se criar oportunidades de interação que potenciem a sensação de pertença ao grande grupo o que permite o estabelecimento da relação e, por isso, da comunicação (Schinca, 2011). O diálogo inicial consistiu no primeiro momento em que os/as jovens partilhavam um pouco da sua semana fazendo uma pequena reflexão sobre o decorrer da mesma. Na ativação geral foi realizada uma atividade de introdução à terapia, início ao movimento e, tal como o próprio nome indica

de ativação do corpo para a fase seguinte, nesta introdução puderam ser realizadas as propostas feitas pelos/as jovens. Na parte fundamental foram realizadas atividades com vista ao desenvolvimento dos objetivos específicos podendo haver espaço para a realização de alguma atividade proposta pelos/as jovens que se enquadrassem nos objetivos ou pudessem ser ajustadas aos mesmos. No retorno à calma foi realizada uma atividade de consciencialização corporal através da aplicação de técnicas de relaxação, por forma a possibilitar-lhes uma diminuição do tónus muscular e o regresso ao seu estado eutónico. A relaxação é um importante contributo para o desenvolvimento global do jovem ao reunir os aspetos físicos com os psíquicos, para a regulação dos afetos e das emoções (Aragón, 2012), mas também para o desenvolvimento da comunicação uma vez que é através da função tónica que surge a expressão emocional (Martins, 2015). Estas técnicas tiveram por base a relaxação ativa de Maurice Martenot, que consiste em realizar movimentos com o intuito de encontrar o bem-estar interior e promover a sua interiorização e sabedoria. Os principais pressupostos desta técnica são o sentimento de abertura e recetividade, a consciência de si, a utilização de energia em atividades do quotidiano, os estados tónicos e a respiração (Martenot & Saito, 2015). Portanto, além deste método foram ainda realizadas algumas atividades de *mindfulness*, baseadas nas instruções do RESCUR - Currículo Europeu para a Resiliência e adaptadas à faixa etária dos/das jovens, com o intuito de promover a consciencialização da respiração e do próprio corpo, a atenção, o autoconhecimento e a autorregulação.

E no diálogo final, segundo momento de partilha, foi feita uma reflexão sobre o decorrer da sessão, em que os/as jovens relembavam o que sentiram, as maiores dificuldades, as atividades mais prazerosas ou preferidas e possíveis sugestões de atividades para a sessão seguinte. Este foi um momento onde se estimulou a capacidade de comunicação entre os/as jovens, através da expressão de sentimentos e emoções,

promovendo a interação, uma vez que, segundo Maximiano (2004) muitas vezes, é através da palavra que se cria a possibilidade de atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo corpo.

A intervenção com a Benedita foi orientada para as suas necessidades tendo em conta a Perturbação de Ansiedade Social e a Perturbação de Pânico apresentadas pela jovem, pelo que beneficiou de uma intervenção em grupo. As sessões quando realizadas em grupo permitem uma maior estimulação (Aragón, 2012) devido à existência de uma alargada diversidade de interações aquando da convivência com os pares (Costa, 2017), o que favorece a comunicação, permite uma maior espontaneidade do indivíduo, uma vez que se sente menos observado (Aragón, 2012), e estando num espaço seguro e contentor possibilita a reelaboração das relações familiares e sociais, sejam entre pares ou com adultos (Carvalho et al., 2013).

Com o estabelecimento de um grupo tende a nascer uma identidade que se desenvolve com o desenrolar do percurso de crescimento e, por isso, é considerado como unidade contentora (Costa, 2017). No entanto, no momento da inserção no grupo ocorre um confronto com a presença corporal, a exposição e a representação do outro, podendo existir um sentimento controverso entre igualdade/rivalidade. Porém, com o desenvolvimento da relação, o grupo adquire uma função continente em que garante a segurança fundamental aos riscos característicos da evolução de cada elemento pertencente ao grupo. E então, aqueles comportamentos apresentados inicialmente, como a inibição, a ansiedade e até a oposição, vão conduzindo a um sentimento de pertença, de integração e consciência de grupo (Carvalho et al., 2013).

Neste sentido, a intervenção em grupo permite a melhoria das competências sociais, o desenvolvimento pessoal e social, a motivação e a capacidade de resolver problemas, a formação de opiniões e atitudes, o surgimento de maior variedade de

situações-problema, a contextualização dos conflitos e a possibilidade de apreciação, reflexão e juízo crítico (Costa, 2017).

A intervenção psicomotora privilegia a criação de um ambiente lúdico, no qual é através da mediação, por recorrência ao objeto ou atividade/jogo, que se cria uma ligação entre vários elementos. A mediação facilita o acesso à mentalização e simbolização, sendo indicada para situações em o sujeito seja inibido e apresente dificuldades na socialização, uma vez que compreende atividades lúdicas e expressivas que permitem a utilização de diversos recursos artísticos, por forma a serem criadas novas experiências ou então a serem reformuladas/melhoradas experiências vivenciadas, de acordo com novas percepções e pontos de vista (Carvalho et al., 2013). Assim, na intervenção com a Benedita foi benéfica a utilização desta mediação por meio de atividades/jogos, visto que é através do jogo que o movimento adquire maior expressão e até significado (Vidigal, 2005), sendo a atividade criativa que possibilita a libertação do indivíduo.

Posto isto, além do jogo foi igualmente importante utilizar técnicas de relaxação como metodologia de intervenção, pois o relaxamento e os exercícios de respiração preveem o alívio dos sintomas físicos característicos da ansiedade (Ramos, 2016) através da libertação da tensão, possibilitando a relaxação do corpo, por forma a alcançar um estado de calma mental e física, o que permitirá a redução dos sentimentos indutores de ansiedade (Moura et al., 2018). O relaxamento permite ainda, através de vivências corporais mais primitivas, explorar e descobrir formas de representação mais elaboradas (Baranes, 2009). Portanto, uma intervenção psicomotora, que prevê uma abordagem global do indivíduo, ao utilizar o relaxamento centra-se no desenvolvimento e vinculação das experiências tanto corporais como emocionais do indivíduo (Rodriguez, 2019).

## ii. Estratégias específicas



As estratégias agora apresentadas foram concebidas considerando as características individuais do caso acima referido e que se antevê serem uma mais valia durante todo o processo terapêutico: proporcionar um ambiente securizante, contentor e de confiança por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica empática; definir limites e regras dentro da sessão; fornecer previamente instruções claras e simples das tarefas; demonstrar ações e tarefas; realizar atividades que vão ao encontro dos gostos e preferências da jovem; participação da psicomotricista nas atividades com o intuito de reduzir o sentimento de exposição da jovem; utilização de feedbacks positivos, verbais ou não verbais, descritivos ou corretivos, para aumentar a autovalorização e fomentar a capacidade crítica; intervenção baseada numa conjugação entre as áreas fortes e a progressão das áreas a desenvolver, criando um progresso gradual e crescente de dificuldade, para sustentar e/ou aumentar a motivação da jovem; manter uma estruturação da sessão promovendo a rotina e a previsibilidade; promover situações seguras, fomentadoras da criatividade, possibilitando a expressão de diferentes formas; utilização de objetos mediadores na promoção da interação e da relação, mas também como auxílio ao toque/contacto corporal tornando-o menos invasivo; estruturação de atividades lúdicas tendo em conta as solicitações dos/das jovens promovendo a liberdade de expressão, a autonomia, o poder de decisão e a criação de interações e relações interpessoais favoráveis.

### iii. Exemplos de atividades

Na perspetiva de alcançar os objetivos terapêuticos delineados e mencionados anteriormente foram desenvolvidas várias atividades. Desta forma, com o intuito de desenvolver uma relação terapêutica e ser feito um reconhecimento de todos os elementos pertencentes ao grupo foi realizado o “quebra-gelo” em que os participantes depois de formarem um círculo se apresentam individualmente dizendo o primeiro nome e fazem

um gesto à sua escolha. Por sua vez, a pessoa seguinte, diz o próprio nome, repetindo o gesto do participante anterior e complementando com um gesto seu. Isso deve repetir-se até que todos/todas os/as participantes se apresentem, aumentando o nível de dificuldade a cada nova apresentação, o que exige maior atenção e capacidade de memorização.

Relativamente à promoção do domínio psicomotor, nomeadamente, da adequação da tonicidade, foi realizada a atividade “sapintando” que compreende a representação do sentimento que determinada música os faz sentir, ao longo de um papel de cenário utilizando tintas e os pés. Depois de algum tempo de exploração são inseridas variantes como: música mais forte – pegadas mais fortes; música mais calma – pegadas mais leves; música com ritmo acelerado – pegadas mais rápidas; música com um ritmo mais lento – pegadas mais lentas. No final da sequência de músicas, atribuem uma palavra a cada música, através de um momento de reflexão. Foi proposto que o resultado da atividade fosse um moral do grupo, onde cada um pudesse deixar o seu nome.

Tendo em vista a regulação dos estados emocionais foi realizado o jogo “há uma Linha que separa e uma Ponte que une!” em que dispostos pela sala, na parede, se encontram alguns pés e mãos com situações do quotidiano, pré-definidas pelas psicomotricistas e, outros pés e mãos em branco para os/as jovens preencherem. No chão da sala os/as jovens com lã marcam a linha do centro, esta linha separa as coisas boas das coisas más. Depois, devem dividir os pés e mãos de acordo com o local que a representam. No final, reflete-se sobre todas as situações apresentadas e questiona-se o local em que passam mais tempo? Explora-se esse tema até que percebam que o quotidiano é feito de ambas as coisas, boas e más, constrói-se uma ponte que as ligue e, por fim, dá-se um nome à linha de lã (e.g. vida).

Com o intuito de desenvolver as competências sociais realizou-se o jogo da “corda humana”. Neste jogo é escolhido um elemento do grupo que assume a função de “caçar”

os restantes, que devem fugir para não serem apanhados, num espaço limitado. O elemento que “caça”, corre atrás dos restantes e aqueles que consegue apanhar devem dar as mãos entre si, assumindo a função de “caçar” para as pontas da “corda” que se vai formando. Estas “pontas” só podem apanhar alguém se a “corda” estiver unida, tendo de trabalhar em conjunto. O jogo termina quando todos/todas são apanhados/as.

Para se desenvolver a consciência corporal foi criado um tempo de retorno à calma por meio da estimulação do corpo e do pensamento, do controlo da respiração (inspirações e expirações profundas), da aplicação de massagens terapêuticas com o auxílio de objetos mediadores, da realização de relaxamento muscular progressivo, de movimentos de Tai Chi e Pilates e ainda da aplicação do método de relaxação ativa de Maurice Martenot.

### **3. Resultados**

#### ***3.1. Avaliação Informal***

A Benedita é uma jovem muito inteligente que se apresenta numa fase inicial da interação com postura de oposição, frequentemente hipertónica, com os braços descaídos e os ombros ligeiramente curvados, mas realizando tensão nessa posição, com pouca expressão corporal. Numa fase final a sua postura torna-se adequada, apesar de ligeiramente hipertónica, mantendo pouca expressão corporal.

Na escala de Louvain (tabela 13), durante a avaliação inicial, a Benedita apresentava-se com uma postura frequentemente hipertónica, ligeiramente tensa e com os movimentos controlados, pouca expressão corporal, ligeiramente apática, pouco comunicativa e reduzida autoconfiança, relacionando-se pouco com os restantes elementos do grupo, com um contacto inibido e recuado. A sua participação nas atividades era passiva, mas a sua regulação social é apropriada e encontra-se envolvida adequadamente, compreendendo facilmente o solicitado adequando-se à situação.

**Tabela 13.** *Avaliação inicial vs. Avaliação final Escala de Louvain da Benedita*

<b>Parâmetros Escala de Louvain</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>1. Relações emocionais</b>	-2 (sub relacionado)	0 (apropriada)
<b>2. Autoconfiança</b>	-1 (ligeiramente sem autoconfiança)	-1 (ligeiramente sem autoconfiança)
<b>3. Atividade</b>	-2 (passivo)	-1 (ligeiramente passivo)
<b>4. Relaxação</b>	+1 (ligeiramente tenso)	+1 (ligeiramente tenso)
<b>5. Controlo do movimento</b>	+1 (movimentos controlados)	0 (movimentos apropriados)
<b>6. Atenção Focalizada</b>	0 (envolvido adequadamente)	0 (envolvido adequadamente)
<b>7. Expressividade do movimento</b>	-1 (ligeiramente apático)	0 (expressivo)
<b>8. Comunicação verbal</b>	-1 (ligeiramente não comunicativo)	0 (comunicativo)
<b>9. Regulação social</b>	0 (apropriada)	0 (apropriada)

Já na segunda avaliação apesar de se manter ligeiramente tensa e com pouca autoconfiança, considera-se que neste último parâmetro a jovem se encontra melhor, ou seja, ainda é cedo para considerar que a jovem seja autoconfiante, mas está ligeiramente mais confiante que no início da intervenção. No que respeita os restantes parâmetros, manteve uma regulação social apropriada e um envolvimento adequado, apesar de por vezes se colocar de parte e se recusar a realizar as atividades e verificou-se uma melhoria considerável ao nível da relação e dos movimentos que estão mais apropriados, auxiliando os restantes elementos do grupo e demonstrando mais empatia e afeição pelos mesmos, tornando-se uma jovem expressiva e comunicativa, manifestando a sua opinião de forma construtiva.

### *3.2. Avaliação Formal*

No que respeita ao SDQ os resultados obtidos durante a avaliação inicial (tabela 14) demonstram que na versão de autorrelato tanto o total de dificuldades como o total de impacto ( $8 \geq 2$ ) correspondem ao anormal. Na versão dos pais apesar de existirem algumas diferenças com a versão de autorrelato, a pontuação total acaba por ser igualmente anormal, tal como o total de impacto ( $9 \geq 2$ ).

**Tabela 14.** Pontuação SDQ (inicial): questionário de autoavaliação e questionário parental da Benedita

Pontuação \ Questionário	Perceção da Benedita (autoavaliação)	Perceção do Pai (questionário parental)
<b>Total de dificuldades</b>	23 pontos – Anormal	18 pontos – Anormal
<b>Sintomas Emocionais</b>	9 pontos – Anormal	8 pontos – Anormal
<b>Problemas de Comportamento</b>	1 pontos – Normal	2 pontos – Normal
<b>Hiperatividade</b>	7 pontos – Anormal	5 pontos – Normal
<b>Problemas com os Colegas</b>	6 pontos – Anormal	3 pontos – Limítrofe
<b>Comportamento Pró-social</b>	7 pontos – Normal	2 pontos – Anormal

Isto significa que a Benedita apresenta um comportamento deficitário com bastantes dificuldades ao nível das relações interpessoais e da gestão dos sintomas emocionais, o que se reflete em alguma hiperatividade. Durante a avaliação final os resultados do SDQ (tabela 15) demonstram que na versão de autorrelato o total de dificuldades corresponde ao limítrofe e o total de impacto ( $4 \geq 2$ ) ao anormal. Na versão dos pais existiram ligeiras diferenças nos valores, mas a pontuação total foi igualmente limítrofe e o total de impacto ( $8 \geq 2$ ) anormal.

**Tabela 15.** Pontuação SDQ (final): questionário de autoavaliação e questionário parental da Benedita

Pontuação \ Questionário	Perceção da Benedita (autoavaliação)	Perceção do Pai (questionário parental)
<b>Total de dificuldades</b>	16 pontos – Limítrofe	16 pontos – Limítrofe
<b>Sintomas Emocionais</b>	8 pontos – Anormal	7 pontos – Anormal
<b>Problemas de Comportamento</b>	1 ponto – Normal	1 ponto – Normal
<b>Hiperatividade</b>	4 pontos – Normal	4 pontos – Normal
<b>Problemas com os Colegas</b>	3 pontos – Normal	4 pontos – Normal
<b>Comportamento Pró-social</b>	8 pontos – Normal	4 pontos – Normal

Portanto, verificam-se ligeiras melhorias relativamente à hiperatividade, na perspetiva da jovem, aos problemas com os colegas na perspetiva de ambos e ao comportamento pró-social na perspetiva do pai. De uma forma geral, tanto a jovem como o pai notaram ligeiras melhorias ao nível do total de dificuldades, melhorando de uma pontuação anormal para uma limítrofe.

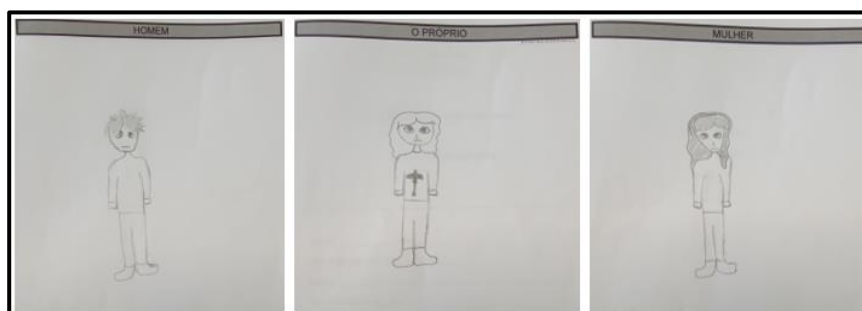
Na PHCSCS-2 (tabela 16), durante a avaliação inicial, a Benedita apresentou um autoconceito muito baixo, sendo uma jovem com muito baixa autoestima, elevada ansiedade e baixos níveis de felicidade e satisfação.

**Tabela 16.** Pontuação PHCSCS-2 (inicial e final) da Benedita

Parâmetros PHCSCS-2	Valores padrão	Avaliação Inicial	Avaliação Final
Aspeto comportamental	13	6	9
Estatuto intelectual	13	3	11
Aparência Física	8	0	4
Ansiedade	8	1	1
Popularidade	10	3	4
Felicidade – Satisfação	8	3	7
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>16</b>	<b>36</b>

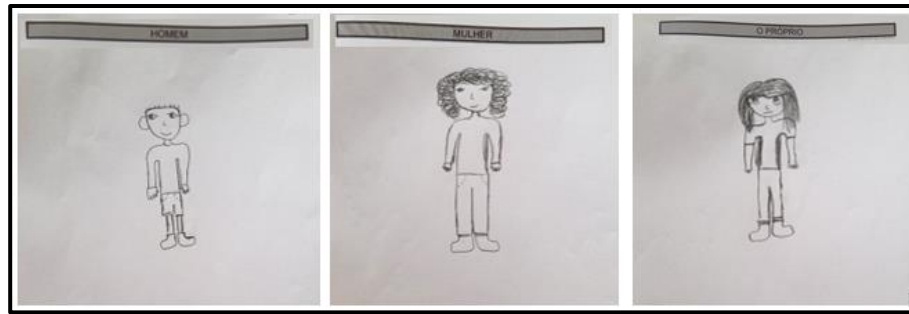
Já na avaliação final, a Benedita apresentou um autoconceito num nível médio baixo. Portanto, verificou-se que os valores melhoraram ao nível do autoconceito, com uma melhoria da autoestima, apesar de se manterem os elevados níveis de ansiedade. No que respeita a popularidade encontra-se abaixo da média, mas melhor comparativamente à avaliação inicial e em compensação é uma jovem mais feliz.

No DAP (figura 1), avaliação inicial, exibiu uma pontuação de 46 para os totais brutos do Homem, 49 para os totais brutos da Mulher, 46 para os totais brutos do Próprio, dando uma classificação total de 141, que corresponde a um valor standard 103 e percentil 58, ou seja, está dentro da média para a idade.



**Figura 1.** Resultados DAP da Benedita (Aval. Inicial)

Na avaliação final (figura 2) exibiu uma pontuação de 54 para os totais brutos do Homem, 47 para os totais brutos da Mulher, 45 para os totais brutos do Próprio, dando uma classificação total de 146, que corresponde a um valor standard 107 e percentil 68, ou seja, está dentro da média para a idade.



**Figura 2.** Resultados DAP da Benedita (Aval. Final)

Assim, apesar de se manter na média, o desenho correspondente ao Homem, apresentado na avaliação final destaca-se comparativamente com o apresentado na avaliação inicial, uma vez que se encontra num nível acima da média, devido aos pormenores apresentados como o ténue bigode, pois a jovem refere que vai desenhar o seu pai por ser careca, acrescentando-lhe pequenos cabelos no cimo da cabeça.

No BOT-2 (tabela 17), durante a avaliação inicial, a Benedita apresentou um total de 47, ou seja, encontra-se abaixo da média para a idade no que respeita a categoria descritiva, com um *standard score* de 31 e um *percentil rank* de 3. Durante a aplicação deste instrumento a jovem necessitou de demonstração de tarefas e apresentou algumas reequilibrações e ajustes posturais. Na realização de algumas provas abriu os olhos e na tarefa da coordenação dos membros superiores apanhou a bola com as mãos e com o corpo, encolhendo-se ao realizar este movimento, debruçando o tronco sobre as pernas. A jovem demonstrou-se desanimada com a tarefa da força efetuando apenas uma flexão completa.

**Tabela 17.** Pontuação BOT-2 (inicial e final) da Benedita

<b>Parâmetros do BOT-2</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>
<b>Precisão motora fina</b>	10	9
<b>Integração motora fina</b>	11	11
<b>Destreza manual</b>	5	4
<b>Coordenação bilateral</b>	7	7
<b>Equilíbrio</b>	4	4
<b>Rapidez e agilidade</b>	2	5
<b>Coordenação dos membros superiores</b>	7	12
<b>Força</b>	1	4
<b>Total</b>	47	56

Já na avaliação final, a Benedita apresentou um total de 56 pontos, ou seja, encontra-se abaixo da média para a idade no que respeita a categoria descritiva, com um *standard score* de 39 e um *percentil rank* de 14. Mesmo assim, durante a avaliação final verificaram-se algumas melhorias ao nível da rapidez e agilidade, coordenação dos membros superiores e força. No que respeita a integração motora fina, a coordenação bilateral e o equilíbrio, os valores mantiveram-se os mesmos comparativamente com a avaliação inicial. Mas ao nível da precisão motora fina e da destreza manual a Benedita apresentou pequenas descidas na avaliação final relativamente à avaliação inicial.

Na estátua de Nepsy-II, na avaliação inicial, exibiu-se com expressão facial neutra, não sendo observadas reações tónico emocionais, mantendo-se em equilíbrio, sendo cotada com 30 pontos num máximo de 30, ou seja, apresenta uma boa capacidade de controlo inibitório. No entanto, durante a avaliação final, apesar de manter a sua expressão facial neutra e o equilíbrio, apresentou a boca ligeiramente aberta e nos minutos 41'- 45' apresentou um movimento facial, fechando e abrindo a boca, sendo cotada com 29 pontos num máximo de 30, ou seja, apresentou uma capacidade de controlo inibitório ao ruído de interferência ligeiramente abaixo da média.

#### **4. Progressão Terapêutica**

A intervenção psicomotora realizada com a Benedita decorreu entre outubro de 2021 e junho de 2022. Num total previsto de 32 sessões de psicomotricidade realizaram-se 26 sessões. O número previsto de sessões não foi possível ser realizado devido a alguns contratempos, nomeadamente, nos meses de março, abril, maio e junho que a jovem faltou a quatro sessões sem justificação ou aviso prévio; as férias da Páscoa, que ocuparam uma semana, não sendo realizada uma sessão em abril; e numa sessão do dia 3 de maio de 2022, em que não pode ser realizada a sessão devido a uma formação do serviço. De uma forma geral, considera-se que a Benedita foi uma jovem razoavelmente pontual e assídua.



Na quinta sessão não houve tantos silêncios como nas sessões anteriores talvez pela confiança e disponibilidade que ambas as jovens, a Benedita e a Bárbara, apresentam para a relação uma com a outra, também trocaram mais sorrisos dinâmicos, não só sociais e chegaram mesmo a rir-se. Na sessão seguinte, a Benedita mencionou conseguir permanecer mais tempo nas aulas quando acompanhada nas aulas (tutoria de pares) e acrescenta que os colegas são “fixes”, no entanto continua a não gostar de ir à escola.

Ao terceiro mês de intervenção a Benedita demonstra atitude de mudança ao querer estabelecer novas amizades ao contrário do desinteresse passado. Nesse sentido consegue objetivar quais as mudanças que deve operacionalizar para ser bem-sucedida, consegue compreender a resposta constante de evitamento que tem abraçado e qual a relação de utilidade/prejuízo. No entanto, na décima segunda sessão, a Benedita durante os tempos de pausa decorrentes da sessão e da organização das tarefas a jovem caminhava pela sala em linha reta de um lado para o outro referindo que era uma prática que gostava e já costumava fazer porque a fazia sentir-se bem.

Ao quarto mês da intervenção apresentou um humor neutro com melhoria ao nível dos outros sintomas depressivos. Com menos comportamento de evitamento acabando por se focar mais na concretização e menos no planeamento tendo menos antecipações ansiogénicas. Tem conseguido frequentar um período mais longo de aulas. A Benedita padece de algum suporte para pensar no futuro sem que seja sentido como ameaçador denotando que talvez os pais necessitem de suporte para valorizarem as pequenas mudanças construtivas da filha de forma a mantê-la no processo de mudança em vez de se focarem no que ainda está por recuperar. Ao longo deste mês, na décima sexta sessão, a Benedita expressa que se sente um pouco invadida com a presença de outro elemento o Telmo no grupo, sem grande espaço para se expressar. Na décima oitava sessão, a Benedita ao longo da atividade fundamental sente necessidade de se retirar da sessão para

falar com a psicomotricista e refere que se sente cansada e tudo parece contribuir para esse cansaço, nomeadamente, o Telmo nas sessões que é muito invasivo, mas também em casa e na escola, referindo que se sente sobrecarregada de trabalho. A jovem sente que apesar de realizar todos os esforços possíveis, os pais não os reconhecem e pedem que tente esforçar-se mais. Desta forma, a jovem menciona que chega a ter “ataques” por tanto esforço que realiza acabando por ficar frustrada e não conseguir continuar os trabalhos ou as tarefas, por não conseguir organizar o seu tempo. Ao pedir ajuda aos pais, perante esta aflição, acrescenta que acaba por ficar ainda mais frustrada, sentindo-se incompreendida pelos mesmos. Com o auxílio da psicomotricista tentam encontrar algumas estratégias com fazer mais pausas e tentar manter um diálogo com os pais sem confronto, por forma a fazer-lhes entender como se sente. Depois desta conversa a jovem aparenta estar mais calma e disponível para voltar à sessão, mas propõe-se a realização de alguns exercícios de respiração antes. No final da sessão a Benedita refere que se sente melhor que no início da sessão. Na sessão seguinte a jovem recusou-se a realizar as atividades em que tivesse de manter diálogo ou uma relação com o Telmo.

No quinto e sexto mês de intervenção verificou-se uma evolução positiva ao nível do contacto, com maior disponibilidade para a relação, com menos ansiedade social e com assiduidade na escola. Posto isto, na vigésima segunda sessão, apesar das diferenças apresentadas pelos três elementos integrantes do grupo foi possível notar-se a entajuda entre todos/todas e ao ajudarem-se mutuamente conseguiram alcançar os objetivos propostos para a sessão. Na vigésima quinta sessão, a Benedita mostrou-se mais disponível para o Telmo conseguindo, por vezes, contê-lo por forma a que este ajustasse alguns comportamentos, como pensar antes de falar ou dar oportunidade e vez à Benedita de participar, por exemplo, ler o papel que remetia à estação seguinte da atividade fundamental ou dar-lhe espaço para ver a imagem. O Telmo apesar de manter a sua

agitação psicomotora conseguia realizar as tarefas desejadas auxiliando e deixando-se ajudar pela Benedita na realização das mesmas.

Ao sétimo mês de intervenção, continuação de uma boa evolução clínica quer ao nível do humor, com boa ressonância afetiva, quer ao nível do pensamento, que se observa mais flexível com impacto na disponibilidade para a relação (pares e família). Tem mantido assiduidade na escola. A jovem tem partilhado mais sobre as suas representações dos pais e sobretudo da mãe o que poderá ser interessante devolver à relação na próxima consulta terapêutica familiar – processo importante na construção identitária. Na vigésima sétima sessão, a Benedita manteve a sua postura habitual com uma maior aceitação da presença do Telmo mostrando alguma afinidade e disponibilidade para o mesmo.

No decorrer da última sessão, notou-se uma saudável interação entre o Telmo e a Benedita e foi notória uma partilha amigável entre ambos, estando em estreita relação. A Benedita manteve-se calma durante todo o momento dando também alguns feedbacks ao Telmo para que se mantivesse adequado, mas tudo num discurso muito amigável. De uma forma geral, foi uma sessão agradável para todos/todas, com bastantes reflexões e partilhas.

De uma forma geral, ao longo da intervenção denotaram-se alterações positivas na Benedita, especialmente na sua participação que se foi tornando mais expressiva e comunicativa durante as sessões, demonstrando maior aceitação pelo outro, o que se revelou um desafio para a jovem numa fase inicial da intervenção. Portanto, nesta fase final das sessões a Benedita apresentou-se mais disponível e tolerante para a relação, disponibilizando-se para participar mais ativamente nas sessões, dando mais a sua opinião e expressando o que sente.

## **5. Discussão dos resultados**

A presente discussão será baseada na intervenção realizada tendo em conta o projeto terapêutico, a progressão terapêutica e as avaliações formal e informal.

Como referido anteriormente, no decorrer da primeira avaliação, a Benedita apresentou algumas dificuldades ao nível das relações interpessoais, da gestão dos sentimentos e das emoções. A jovem descreveu alguma agitação psicomotora, apresentou uma baixa autoestima, elevados níveis de ansiedade, pouca felicidade e satisfação, baixa destreza manual e algumas dificuldades no que respeitava a força, a rapidez e a agilidade.

A intervenção de carácter terapêutico destinada à Benedita teve em vista o desenvolvimento de uma maior consciência corporal e uma adaptação de estratégias que promovessem uma melhoria ao nível da gestão emocional e das relações interpessoais. Para além disso, foi tida em conta a diminuição da agitação psicomotora, a melhoria da autoestima e a regulação da ansiedade com recorrência à relaxação, sendo esta um bom auxílio na regulação afetiva e emocional (Aragón, 2012). Assim, a jovem apresentou, de uma forma geral, uma evolução significativa e positiva.

No que respeita o seu desempenho nas sessões foi apresentando uma relação apropriada, demonstrando-se menos passiva nas atividades, apesar de manter a sua postura ligeiramente tensa, o que poderia ter condicionado a sua expressão emocional uma vez que esta surge por meio da função tónica e condiciona a comunicação (Martins, 2015). No entanto, os seus movimentos tornaram-se muito mais apropriados, demonstrando-se uma jovem expressiva e mais comunicativa, com manifestações da sua opinião de uma forma construtiva. Estas características podem estar relacionadas com a sua integração num contexto de grupo, já que como refere Costa (2017) este estimula a formação de opiniões e atitudes, mas também a reflexão e juízo crítico.

Numa visão geral, a Benedita continua a identificar-se com um elevado nível de ansiedade e agitação, sendo por vezes visível em sessão alguns movimentos de autocontrolo, por exemplo, quando anda pela sala de um lado para o outro, quando puxa os dedos insistentemente ou se encolhe, colocando a cabeça entre os joelhos, e realiza movimentos oscilatórios, balançando para a frente e para trás, sendo referido pela jovem como algo que realiza em situação de maior ansiedade. Para além disso, verificam-se melhorias ao nível do comportamento, do estatuto intelectual e da aparência física, mas também um significativo aumento da sua felicidade, aceitando-se e gostando de ser exatamente como é, o que pode significar uma melhoria da autoestima.

De acordo com o delineado no projeto terapêutico estaria prevista a intervenção em formato de grupo desde o início, no entanto devido à pouca assiduidade de alguns elementos, a Benedita beneficiou de uma intervenção mais individualizada, direcionada para si e para as suas necessidades, o que fez com que estivesse melhor preparada para a receção dos novos elementos, aceitando-os com as suas diferentes características. O grupo terapêutico tal como o Aragón (2012) referiu promove a maior espontaneidade do indivíduo e Costa (2017) acrescenta que estimula a melhoria das competências sociais, o desenvolvimento pessoal e social, e a motivação. Por isso, a integração da Benedita num grupo pareceu incentivar o desenvolvimento das suas competências sociais, de modo que numa fase mais avançada da intervenção, a jovem estando mais disponível para a relação, demonstrou-se bastante adequada na interação com os restantes elementos do grupo aceitando-os e tentando ajudar com feedbacks verbais, dando a sua opinião de forma autónoma, mantendo-se em colaboração e cooperação com os pares, através da implementação de um espírito cordial entre a Benedita e os restantes elementos do grupo.

Em conclusão, tendo em conta a evolução e desenvolvimento da jovem é aconselhável que mantenha o acompanhamento ao nível da Psicomotricidade, sendo que

continuará a beneficiar do contexto de grupo, por forma a manter a evolução e a serem consolidados alguns requisitos. No entanto, apesar de numa fase inicial da intervenção a Benedita ter usufruído de sessões mais individualizadas, poderia ser interessante perceber a evolução desta jovem numa intervenção de carácter individual, uma vez que apresenta fobia social e as suas dificuldades se centram fundamentalmente ao nível das relações interpessoais e, portanto, entender o seu progresso com objetivos mais específicos às suas necessidades e uma atenção mais dirigida a si com vista à melhoria das suas dificuldades, anteriormente à exposição num grupo.

## **6. Conclusões**

A intervenção psicomotora prevê a estimulação e a aquisição ou desenvolvimento de determinadas capacidades, nomeadamente, perceção e simbolização, tendo por base a consciência e controlo do próprio corpo para o desenvolvimento de outras competências (Schinca, 2011). Desta forma, foi possível verificar uma melhoria no caso apresentado anteriormente após a intervenção em psicomotricidade, sendo que a utilização do jogo foi uma mais valia para a desinibição da jovem, uma vez que segundo Vidigal (2005) é através do jogo que o movimento adquire maior expressão e até significado. O jogo e a atividade lúdica permitem a criação de novas experiências, e ainda, de acordo com novas perceções e pontos de vista, a melhoria de experiências vivenciadas (Carvalho et al., 2013).

Neste decorrer, apesar de numa fase inicial a intervenção ser mais individualizada pareceu trazer benefícios à integração da jovem num grupo terapêutico, possibilitando a criação de uma base mais contentora e, assim tornar positiva a sua integração num grupo terapêutico tendo em conta a sua posterior evolução e melhoria devido, como refere Costa (2017), ao nascimento de uma identidade capaz de proteger e conter os indivíduos que a integram.

No entanto, seria importante perceber como seria a sua intervenção em grupo e a sua postura em sessão sem este suporte prévio, na medida que colocaria a descoberto os componentes básicos e de defesa invocados pela jovem em circunstâncias imprevisíveis. Seria ainda benéfico poder observar a jovem em outros contextos da sua vida diária como na escola e em casa, para melhor dirigir e planear a intervenção, com vista a melhores resultados e com maior brevidade.

## 7. Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª). Artmed Editora.
- Aragón, M. B. de Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención* (Vol. 20).
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1–2), 267–277.
- Baranes, C. P. (2009). Adolescence et Relaxation: Le Groupe, un Contenant Thérapeutique Privilégié à L'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2010). *BOT-2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Second Edition Brief Form MANUAL and ADMINISTRATION EASEL*. Pearson.
- Carvalho, I., Pereira, I., Zaragoza, P., Ramos, V., & Pires, P. (2013). Intervenção psicoterapêutica em grupo de adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 91–104. Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA).
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de Ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 20–23.
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Trilhos Editora.
- Davis, J. L., & Matthews, R. N. (2010). NEPSY-II Review: Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2007). NEPSY—Second Edition (NEPSY-II). San Antonio, TX: Harcourt Assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(2), 175–182.
- Dyanny, D. K. dos S. F., Jaqueline, J. D. K. T., & Francesa, F. S. T. (2020). Adversidade da Ansiedade Social Aplicada na Fase da Adolescência. *Revista Científica FAGOC-Multidisciplinar*, 4(1).
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791–799.
- Kemp, S. L., & Korkman, M. (2010). *Essentials of NEPSY-II Assessment*. John Wiley & Sons.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e Psicopatologia-6ª Edição*. Artmed Editora.
- Martenot, M., & Saito, C. (2015). *La relaxation active-Le corps, expression de l'être*. Courier du Livre.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: O diálogo tónico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34–43.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- Meltzer, D. (2011). Chapter Five: The Psychopathology of Adolescence. Em *Adolescence: Talks and Papers by Donald Meltzer and Martha Harris* (pp. 61–74).
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, 9(1), 423–441.
- Mpangane, E. (2015). *Draw a Person test*. [https://www.researchgate.net/publication/281241824\\_Draw\\_a\\_Person\\_test](https://www.researchgate.net/publication/281241824_Draw_a_Person_test)
- Muller, J. de L., Trentini, C. M., Zanini, A. M., & Lopes, F. M. (2015). Transtorno de Ansiedade Social: Um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, 8(1), 67–78.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person*.
- Ramos, V. A. B. (2016). A perturbação de ansiedade social o evitamento em situações sociais. *Revista Psicologia. pt, dezembro/2016*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos A, 1039>.

- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Em A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.
- Rouxinol, F. (2018). *Ansiedade e Psicopatologia do Desenvolvimento: A Fobia Social na Adolescência*.
- Schinka, M. (2011). *Manual de psicomotricidad, ritmo y expresión corporal*. Wolters Kluwer España.
- Teiga, R. (2014). Perturbações de ansiedade e perturbação de stress pós-traumático. P. Monteiro (Cord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, 183–203.
- Van Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted physical activity quarterly*, 6(2), 145–153.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHSCS-2). *Psicologia e Educação*, 39–48.
- Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (1ª). Trilhos.

## Capítulo VI. – Conclusão

O presente Relatório de Estágio teve como objetivo geral: descrever toda a experiência obtida no decorrer do Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, realizado num Hospital de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde mental. Desta forma, a participação da estagiária neste estágio possibilitou o enriquecimento da mesma a nível pessoal – pela experiência do contacto com diversas pessoas, histórias e vivências – e profissional – pela intervenção realizada com diversas patologias do foro mental, pela possibilidade de estudar os casos, realizar avaliações, elaborar projetos terapêuticos, planear sessões, criar hipóteses explicativas, definir objetivos, recorrer a diversos mediadores, nomeadamente, o jogo lúdico e a relaxação. Tudo isto possibilitou à estagiária a aplicação e aprofundamento do conhecimento teórico, mas também prático adquirido ao longo de toda a formação enquanto psicomotricista.

Desta forma, ao longo dos oito meses de estágio realizados pela estagiária foi possível acompanhar dois grupos, em regime de coterapia, integrados no projeto de Hospital de Dia para Adolescentes e dois casos em intervenção individual. No presente relatório deu-se maior destaque aos dois estudos de caso, o primeiro em contexto individual e o segundo em grupo, sendo que ambos foram encaminhados para acompanhamento em psicomotricidade pelo pedopsiquiatra. Um dos casos foi encaminhado pelas dificuldades de autorregulação, agitação psicomotora, impulsividade, dificuldades de atenção e alterações do comportamento decorrentes de um diagnóstico de PHDA e Perturbação Explosiva Intermitente, enquanto o outro foi por elevada ansiedade, dificuldade na interação social, dificuldades na gestão emocional e baixa autoestima decorrentes de um quadro de perturbação de ansiedade social e perturbação do pânico. Ambas as intervenções assentaram no estabelecimento de uma relação terapêutica securizante e a recorrência a técnicas de mediação corporal.



A colaboração e o suporte da equipa multidisciplinar foram fundamentais durante todo o período de estágio, no sentido de elucidar a importância de se considerarem e aproveitarem diversas visões e pensamentos sobre o mesmo caso, tendo em conta as características de cada indivíduo. Assim, este trabalho permitiu a partilha de experiências, o esclarecimento de dúvidas e a aceitação de diferentes perspetivas, para além de toda a autonomia que nos foi dada, através da realização de projetos e novas oportunidades, o que implicou um maior investimento e crescimento enquanto profissionais.

Portanto, este foi um percurso marcado pela aquisição e aprofundamento do conhecimento, pela exploração e vivência da prática psicomotora, pela experiência do trabalho em equipa. Em suma, no final deste relatório de estágio levamos um sentimento de completa satisfação por todas as experiências e oportunidades que nos foram dadas e nos enriqueceram tanto, pois permitiram-nos interagir com familiares e cuidadores dos indivíduos acompanhados podendo levar todo este conhecimento para o nosso futuro. Toda esta experiência permitiu que se refletisse acerca da pertinência e relevância da psicomotricidade ao nível da saúde mental infantojuvenil, verificando-se a importância e a mais-valia que é ter esta prática enquadrada num hospital de dia. Ou seja, de acordo com as melhorias verificadas nos indivíduos acompanhados podemos confirmar que a Psicomotricidade é uma terapia benéfica num contexto de hospital de dia, podendo chegar a um maior número de indivíduos. Especialmente quando enquadrada em saúde mental uma vez que, tal como Almeida (2005) refere, a intervenção psicomotora através da relação corporal, do jogo e de atividades prazerosas prevê uma reelaboração global do indivíduo.

## **Capítulo VII. – Referências Bibliográficas**

- Ajuriaguerra, J. de. (1996). *Manual de Psiquiatria Infantil* (4ª). Masson.
- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*, 6, 56–64.
- Almeida, G. (2008). O Contacto com as Famílias no Contexto de Observação/Intervenção Psicomotora. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 11.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª). Artmed Editora.
- Anderson, P., Anderson, V., & Lajoie, G. (1996). The tower of London test: Validation and standardization for pediatric populations. *The Clinical Neuropsychologist*, 10(1), 54–65. <https://doi.org/10.1080/13854049608406663>
- Antony, S., & Ribeiro, J. P. (2004). A criança hiperativa: Uma visão da abordagem gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 127–134.
- Aragón, M. B. de Q. (2012). *Psicomotricidad: Guia de evaluacion e intervencion* (Vol. 20).
- Arteche, A. X. (2006). *Indicadores emocionais do desenho da figura humana: Construção e validação de uma escala infantil*.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). Psicomotricidade. *APP - Associação Portuguesa de Psicomotricidade*. <https://www.apppsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1–2), 267–277.

- Baranes, C. P. (2009). Adolescence et Relaxation: Le Groupe, un Contenant Thérapeutique Privilégié à L'adolescence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53.
- Barra, S., Turner, D., Müller, M., Hertz, P. G., Retz-Junginger, P., Tüscher, O., Huss, M., & Retz, W. (2020). ADHD symptom profiles, intermittent explosive disorder, adverse childhood experiences, and internalizing/externalizing problems in young offenders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1–13.
- Bartolomeu, J. A. (2021). *Intervenção psicomotora em saúde infanto-juvenil numa Unidade de Pedopsiquiatria: Dois estudos de caso* [Master's Thesis]. Universidade de Évora.
- Brocki, K. C., & Bohlin, G. (2006). Developmental change in the relation between executive functions and symptoms of ADHD and co-occurring behaviour problems. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 15(1), 19–40.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2010). *BOT-2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Second Edition Brief Form MANUAL and ADMINISTRATION EASEL*. Pearson.
- Carvalho, I., Pereira, I., Zaragoza, P., Ramos, V., & Pires, P. (2013). Intervenção psicoterapêutica em grupo de adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 91–104. Associação Portuguesa de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (APPIA).
- Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de Ansiedade. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 22, 20–23.
- Choque, J. (2016). *Concentration et relaxation pour les enfants*. Albin Michel.
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Berman, M. E., & Lish, J. D. (1998). Intermittent explosive disorder-revised: Development, reliability, and validity of research criteria. *Comprehensive psychiatry*, 39(6), 368–376.
- Collins, M. E. (1991). Body figure perceptions and preferences among preadolescent children. *International Journal of eating disorders*, 10(2), 199–208.
- Cologne, S. (2010). Corps, jeu et émotion dans un groupe thérapeutique à médiation artistique. *Enfances Psy*, 4, 89–99.
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança. Psicomotricidade Relacional* (1ª). Trilhos Editora.
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser*. Trilhos.
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Trilhos Editora.
- da Silva, R. B. F., Pasa, A., Castoldi, D. R., & Spessatto, F. (2010). O desenho da figura humana e seu uso na avaliação psicológica. *Psicologia Argumento*, 28(60).
- Davis, J. L., & Matthews, R. N. (2010). NEPSY-II Review: Korkman, M., Kirk, U., & Kemp, S. (2007). NEPSY—Second Edition (NEPSY-II). San Antonio, TX: Harcourt Assessment. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28(2), 175–182.
- Dyanny, D. K. dos S. F., Jaqueline, J. D. K. T., & Francesa, F. S. T. (2020). Adversidade da Ansiedade Social Aplicada na Fase da Adolescência. *Revista Científica FAGOC-Multidisciplinar*, 4(1).
- Erse, M. P. Q. de A., Simões, R. M. P., Façanha, J. D. N., Marques, L. A. F. A., Loureiro, C. R. E. C., Matos, M. E. T. S., & Santos, J. C. P. (2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto+ Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 37–45.
- Falcão, H. T., & Barreto, M. A. M. (2009). Breve histórico da psicomotricidade. *Ensino, Saúde e Ambiente*, 2(2).
- Fernandes, J. M. G. de A., & Filho, P. J. B. G. (2012). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*. Manole.
- Fernandes, J. M. G. de A., Gutierrez Filho, P. J. B., & Rezende, A. L. G. de. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: Contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702–709.
- Ferreira, H. S. (2001). Testes psicomotores na educação infantil-bateria psicomotora (BPM): Um estudo de caso em crianças de uma escola particular. *Monografia (Especialização em Psicomotricidade)*. Centro de Educação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Ferreira, T. (2002). *Em Defesa da Criança: Teoria e prática psicanalítica da criança*. Assírio & Alvim.
- Fonseca, V. da. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus fatores* (3ª). Âncora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Âncora.
- Freitas, J. A. de, Pepece, J., & Cozza, J. C. (2017). *Aplicações de Técnicas de Psicomotricidade em Crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade*.
- Frémond, J. (2016). *La Relation Therapeutique Psychomotrice: Réflexion sur l'approche du psychomotricien face*. *General Information | European Forum of Psychomotricity*. (2022). <https://psychomot.org/psychomotricity/general-information/>

- Geurts, H. M., Verté, S., Oosterlaan, J., Roeyers, H., & Sergeant, J. A. (2005). ADHD subtypes: Do they differ in their executive functioning profile? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(4), 457–477.
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances Psy*, 4, 51–60.
- Giromini, F., Robert-Ouvray, S., Pavot-Lemoine, C., & Vachez-Gatecel, A. (2022). *La Psychomotricité. Que sais-je.*
- Gomes, D., Estrela, M., & Ferreira, P. L. (2019). Saúde Mental em Portugal. *Observatório Português dos Sistemas de Saúde*, 89.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(5), 791–799.
- Harris, M., & Meltzer, D. (2018). *Adolescence: Talks and Papers by Donald Meltzer and Martha Harris*. ISD LLC.
- Ibáñez, B. R. (2022, Fevereiro 18). Revista de Psicomotricidad: Señales y Observación en Psicomotricidad. *Revista de Psicomotricidad*. <https://revistadepsicomotricidad.blogspot.com/2022/02/senales-y-observacion-en-psicomotricidad.html>
- Jírovec, J., Musálek, M., & Mess, F. (2019). Test of Motor Proficiency Second Edition (BOT-2): Compatibility of the Complete and Short Form and Its Usefulness for Middle-Age School Children. *Frontiers in Pediatrics*, 7, 153. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00153>
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73–86.
- Kaller, C. P., Unterrainer, J. M., Kaiser, S., Weisbrod, M., & Aschenbrenner, S. (2011). *Manual Tower of London—Freiburg Version*. Schuhfried.
- Kemp, S. L., & Korkman, M. (2010). *Essentials of NEPSY-II Assessment*. John Wiley & Sons.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rohde, L. A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A. (2011). Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. *The Lancet*, 378(9801), 1515–1525.
- Lopes, V. G. (2010). *Fundamentos da Educação Psicomotora*. Fael.
- Malpique, C., Cabral, F., Flores, F., & Soares, I. (1988). Psicoterapia de grupo no período da latência (2ª parte). *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 6, 69-96.
- Marcelli, D., & Braconnier, A. (2007). *Adolescência e Psicopatologia-6ª Edição*. Artmed Editora.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2011). *Infância e Psicopatologia-8ª Edição*. Artmed Editora.
- Martenot, M., & Saito, C. (2015). *La relaxation active-Le corps, expression de l'être*. Courrier du Livre.
- Martins, R. (2015). O corpo como primeiro espaço de comunicação: O diálogo tónico-emocional no nascimento da vida psíquica. *Psilogos*, 13(1), 34–43.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- Meltzer, D. (2011). Chapter Five: The Psychopathology of Adolescence. Em *Adolescence: Talks and Papers by Donald Meltzer and Martha Harris* (pp. 61–74).
- Moura, I. M., Rocha, V. H. C., Bergamini, G. B., Samuelsson, E., Joner, C., Schneider, L. F., & Menz, P. R. (2018). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada. *Revista Científica Da Faculdade De Educação E Meio Ambiente*, 9(1), 423–441.
- Mpangane, E. (2015). *Draw a Person test*. [https://www.researchgate.net/publication/281241824\\_Draw\\_a\\_Person\\_test](https://www.researchgate.net/publication/281241824_Draw_a_Person_test)
- Muller, J. de L., Trentini, C. M., Zanini, A. M., & Lopes, F. M. (2015). Transtorno de Ansiedade Social: Um estudo de caso. *Contextos Clínicos*, 8(1), 67–78.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person*.
- Novas, S. V., & Barthe, M. G. (2017). El hospital y las urgencias de la época. *Salud Mental de niños y adolescentes*. *V Xerte*, 48.
- Olvera, R. L. (2002). Intermittent explosive disorder. *CNS drugs*, 16(8), 517–526.
- Palha, J., & Palha, F. (2016). Perspetiva sobre a Saúde Mental em Portugal: Perspective on Mental Health in Portugal. *Gazeta Médica*. <https://doi.org/10.29315/gm.v3i2.110>
- Pereira, E. D. B. (2014). Manifestação da psicomotricidade em técnicas de educação corporal e somática da atualidade. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 14(2).
- Ramos, V. A. B. (2016). A perturbação de ansiedade social o evitamento em situações sociais. *Revista Psicologia. pt, dezembro/2016*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos A, 1039>.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Aljibe.

- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Em A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc, *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.
- Rouxinol, F. (2018). *Ansiedade e Psicopatologia do Desenvolvimento: A Fobia Social na Adolescência*.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). *Manual Conciso de Psiquiatria da Infância e da Adolescência: Kaplan & Sadock*. Artmed.
- Sánchez, P. A., & Martínez, M. J. B. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*.
- Sarda, J. (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances Psy*, 4, 86–95.
- Schinca, M. (2011). *Manual de psicomotricidad, ritmo y expresión corporal*. Wolters Kluwer España.
- Steibel, D., Hallberg, A. E., Sanchotene, B., von Mengden Campezzato, P., da Rosa Silva, M., & Nunes, M. L. T. (2011). A latência na atualidade: considerações sobre crianças encaminhadas para psicoterapia. *Aletheia*, (35-36), 51-68.
- Teiga, R. (2014). Perturbações de ansiedade e perturbação de stress pós-traumático. P. Monteiro (Cord.), *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, 183–203.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3–16.
- Van Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted physical activity quarterly*, 6(2), 145–153.
- Veiga, F. H. (2006). Uma nova versão da escala de autoconceito: Piers-Harris Children's Self-Concept Scale (PHCSCS-2). *Psicologia e Educação*, 39–48.
- Veiga, G., & Marmeleira, J. (2018). Regulação Emocional: Contributos das técnicas de relaxação. *Multiple approaches to the study and intervention in stress. Proceedings of the International Seminar*. Évora, Portugal.
- Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes (1ª)*. Trilhos.
- Viola, D. T. D., & Vorcaro, Â. M. R. (2013). Latência, adolescência e saber. *Estilos da Clínica*, 18(3), 461-476.
- Winnicott, D. W. (1975). *O Brincar & a Realidade*. Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1993). A família e o desenvolvimento individual. *São Paulo: Martins*.
- World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Young, S., Gudjonsson, G., Ball, S., & Lam, J. (2003). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in personality disordered offenders and the association with disruptive behavioural problems. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 14(3), 491–505.

## Anexos

### Anexo 1 – Caracterização do Grupo 1

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>Benedita (nome fictício) – 16 anos <u>Sexo feminino</u> Perturbação de Pânico e Fobia Social; Não frequentou as aulas no ano anterior (2020); personalidade maioritariamente esquizotípica.</p>	<p>No que respeita as relações emocionais e à atividade, encontra-se num nível sub-relacionado e passivo, apresentando algumas dificuldades na partilha e diálogo com os pares. Apresenta uma ligeira falta de autoconfiança sendo pouco comunicativa, mas com movimentos ligeiramente tensos e controlados. Descreve alguma agitação psicomotora (pouco observada em sessão), apresenta uma baixa autoestima, elevados níveis de ansiedade, pouca felicidade e satisfação no que respeita o autoconceito, baixa destreza manual e algumas dificuldades no que respeita a força e a agilidade.</p>	<p>Identifica-se com um elevado nível de ansiedade, sendo por vezes visível em sessão alguns movimentos de autocontrolo, por exemplo, quando anda pela sala de um lado para o outro, sendo referido pela jovem como sendo algo que realiza em situação de maior ansiedade. Para além disso, verificam-se melhoras ao nível do comportamento, do estatuto intelectual e da aparência física o que pode significar uma melhoria da autoestima, mas também houve um significativo aumento da sua felicidade, aceitando-se e gostando de ser exatamente como é. Observou-se ainda uma melhoria na coordenação motora.</p>	<p>Ao longo da intervenção denotaram-se várias alterações na Benedita, sendo que foi muito benéfico para a jovem, numa fase inicial, a intervenção ser mais individualizada, direcionada para si e para as suas necessidades, na ausência de elementos para a constituição de um grupo, o que fez com que estivesse melhor preparada para a receção dos novos elementos, aceitando-os com as suas diferentes características. Portanto, nesta fase, a Benedita está bastante adequada nas relações com os restantes elementos do grupo aceitando-os e tentando ajudar com feedbacks verbais os demais elementos, dando a sua opinião de forma autónoma.</p>
<p>Bárbara (nome fictício) – 16 anos <u>Sexo feminino</u> Quadro depressivo com episódios depressivos, ansiedade e fuga; Agitação Psicomotora.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais, encontra-se num estado sub-relacionado, não interage com o restante grupo, a não ser para o essencial. Revela uma autoconfiança débil e não se propõe a iniciar as atividades, sendo ligeiramente passiva quando as realiza. A sua apresentação é maioritariamente ligeiramente sobre-relaxada, uma vez que mantém uma postura hipotónica, apática e os seus movimentos são controlados. Salientar mantém um registo não comunicativo, com uma regulação social apropriada e com uma atenção focalizada envolvida adequadamente.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais, encontra-se num estado ligeiramente sub-relacionado, interagindo adequadamente com os elementos do grupo. Revela uma autoconfiança débil e não se propõe a iniciar as atividades, sendo ligeiramente passiva quando as realiza. A sua apresentação é ligeiramente sobre-relaxada, uma vez que mantém uma postura hipotónica, um pouco apática e os seus movimentos são apropriados. Salientar que mantém um registo pouco comunicativo, com uma regulação social apropriada e com uma atenção focalizada envolvida adequadamente.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais, da sua disponibilidade para a sessão, como movimentos apropriados e uma interação mais comunicativa com os restantes elementos; ao nível do autoconceito, com um aumento significativo no aspeto comportamental e aparência física, podendo relacionar-se com uma evolução na sua autoestima, ainda que permaneça baixa. Para além disso, ao nível das competências motoras grossas também são observadas melhorias na maioria dos parâmetros avaliados. Destaca-se que houve uma regressão ao nível do desenho da figura humana, o que poderá significar algumas mudanças relacionadas com a sua imagem corporal.</p>

<b>Caso e Motivo de Encaminhamento</b>	<b>Avaliação Inicial</b>	<b>Avaliação Final</b>	<b>Progressão Terapêutica</b>
<p>Telmo (nome fictício) – 16 anos  <a href="#">Sexo masculino</a>            Iniciou o grupo a 1/02/2022            Perturbação Disruptiva, do Controlo dos impulsos e do Comportamento, sem outra especificação e Perturbação da Comunicação (articulação das palavras) com necessidade de apoio na socialização.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais, encontra-se num estado ligeiramente sobre-relacionado, interagindo com o grupo de uma forma muito intensa, com elevada interferência no mesmo. Revela uma autoconfiança ligeiramente excessiva querendo ser sempre o primeiro na realização das atividades e afirmando que “é o melhor em tudo”, sendo ligeiramente hiperativo quando as realiza. A sua apresentação é observada como sobre-relaxada, uma vez que mantém uma postura com tensão muscular diminuída, ombros pendurados, arrastando-se no andar, super expressiva e os seus movimentos são realizados com pouco controlo. Salientar que mantém um registo muito comunicativo, com uma regulação social com falta de regras e com uma atenção focalizada ligeiramente não envolvida.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais, encontra-se num estado ligeiramente sobre-relacionado, interagindo com o grupo de uma forma muito intensa, com elevada interferência no mesmo. Revela uma autoconfiança adequada, ainda que com alguns comportamentos impulsivos para a realização das atividades querendo ser sempre o primeiro na realização das atividades e afirmando que “é o melhor em tudo”, sendo ligeiramente hiperativo quando as realiza. A sua apresentação é observada como ligeiramente sobre-relaxada, mantendo uma postura com tensão muscular mais ou menos adequada, ligeiramente super expressiva e os seus movimentos são realizados ligeiramente descontrolados. Salientar que mantém um registo ligeiramente comunicativo, com uma regulação social com uma ligeira falta de regras e com uma atenção focalizada ligeiramente não envolvida, o que não implica a compreensão das tarefas, mesmo que se apresente com alguma agitação psicomotora.</p>	<p>Apresenta melhoras ao nível: do comportamento, tanto dentro da sessão, como em contexto extra-hospitalar; da noção do corpo e da imagem do corpo, ainda que apresente poucos detalhes na elaboração dos seus desenhos; das capacidades motoras, com maior pontuação nas atividades dirigidas à motricidade grossa, mesmo estando colocado num patamar bem abaixo da média para a sua idade; do controlo inibitório e atenção, necessitando de movimentos adaptativos para conseguir realizar as tarefas.</p> <p>Denota-se que ao nível do autoconceito o jovem apresentou uma regressão pouco significativa, na tarefa de planificação e resolução de problemas destacou maior dificuldade.</p>

## Anexo 2 – Caracterização do Grupo 2

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>Gustavo (nome fictício) – 16 anos  <b>Sexo masculino</b>                      Perturbação depressiva; funcionamento melancólico, comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais apresenta-se ligeiramente sub-relacionado, autoconfiante e ligeiramente hiperativo. É um elemento do grupo envolvido adequadamente e que consegue mover o grupo para a realização das atividades, sendo comunicativo e interativo com o grupo. É relaxado, mantendo movimentos apropriados, mesmo que com um nível ligeiramente apático na sua expressão. Por fim, tem uma regulação social apropriada.</p>	<p><b>Abandonou o grupo</b></p>	<p>Não foi possível observar muitas mudanças pelo que: ao nível das relações emocionais apresenta-se ligeiramente sub-relacionado, autoconfiante e ligeiramente passivo. É um elemento do grupo envolvido adequadamente e que consegue mover o grupo para a realização das atividades, sendo comunicativo e interativo com o grupo. É relaxado, mantendo movimentos apropriados, mesmo que com um nível ligeiramente apático na sua expressão. Por fim, tem uma regulação social apropriada.</p>
<p>Iasmin (nome fictício) – 15 anos  <b>Sexo feminino</b>                      Quadro depressivo com IMV; Acompanhada na pedopsiquiatria desde dezembro de 2020; Anedonia, anergia, lentificação psicomotora, alterações relacionadas com a comida, alterações de humor, ideias megalómanas.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais apresenta-se sub-relacionada, sem autoconfiança e a sua atividade é passiva. No que respeita a relaxação apresenta-se ligeiramente sobre relaxada, quanto à atenção focalizada, por vezes, encontra-se ligeiramente não envolvida. Mostra-se ligeiramente apática no que respeita a expressividade do movimento e, por isso, apresenta demasiada precaução no controlo do movimento. No entanto, apesar de se apresentar ligeiramente não comunicativa relativamente à comunicação verbal, apresenta uma regulação social apropriada. Neste sentido, durante as sessões apesar de se confirmar esta inibição da expressividade no grupo, sendo visível um enorme controlo do movimento e das próprias atitudes, sem grande manifestação voluntária da opinião.</p>	<p>Não se realizou avaliação final devido à reduzida assiduidade da jovem às sessões.</p>	<p>Dado que a jovem foi muito pouco assídua às sessões não foi possível observar muitas mudanças. Pelo que as alterações destacadas de seguida são baseadas nas devoluções descritas pela jovem decorridas fora do contexto terapêutico, como por exemplo ter aderido a um partido de acordo com os seus ideais e alterações no contexto familiar, demonstrando mais entusiasmo e apresentando-se comunicativa. De acrescentar ainda que ao nível das relações emocionais se apresentou apropriada, mantendo-se sem autoconfiança, ligeiramente passiva nas atividades, mas envolvida adequadamente. Apresentava-se relaxada e ligeiramente apática, com movimentos apropriados. Ao longo do tempo foi-se tornando mais comunicativa, mantendo uma regulação social apropriada.</p>

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>Iara (nome fictício) – 16 anos</p> <p><b>Sexo feminino</b></p> <p>Perturbação da Personalidade Borderline; internamento por episódios de bulimia; comportamentos autolesivos.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais apresenta-se sub-relacionada, mantendo apenas contacto com o Gustavo, no entanto, tem uma regulação social apropriada. É passiva nas atividades, sobre-relaxada e ligeiramente sem autoconfiança; mantém os seus movimentos apropriados e é envolvida adequadamente. Ao nível comunicação, esta é quase nula e é excessivamente apática.</p>	<p><b>Abandonou o grupo</b></p>	<p>Dado que deixou o grupo, não foi possível observarem-se grandes mudanças, pelo que: Ao nível das relações emocionais apresenta-se sub-relacionada, mantendo apenas contacto com o Gustavo, no entanto, tem uma regulação social apropriada. É ligeiramente passiva nas atividades, sobre-relaxada e ligeiramente sem autoconfiança; mantém os seus movimentos apropriados e é envolvida adequadamente. Ao nível comunicação, esta é não comunicativa e apática.</p>
<p>João (nome fictício) – 15 anos</p> <p><b>Sexo masculino</b></p> <p>“Menino Autista”; isola-se das pessoas; muito reservado; fase prodrómica psicótica de carácter esquizoide.</p>	<p>Muito reservado, sempre longe do grupo, mas com grande intenção de participar nas atividades e com uma regulação social apropriada. Manteve uma postura inibida, com grande dificuldade em relaxar (um corpo muito hipertónico), tem uma baixa comunicação verbal (resposta dicotómica), do tipo não comunicativo. Nas atividades onde é requerido um maior processamento da informação e resposta rápida, é visível a sua dificuldade em devolver a resposta, no entanto, após o tempo necessário para a formular, as respostas dadas têm valor intencional e provém de um grande estado de observação detalhada (“papel de observador”). Apesar de no seu estado normal, a atividade motora ser ligeiramente passiva/apática e acompanhada por movimentos executados com demasiada precaução, é capaz de corresponder agilmente, com movimentos dinâmicos e controlados perante as atividades motoras. Este aspeto realça a sua autoconfiança, uma vez que, se categoriza num patamar de “ligeiramente sem autoconfiança”, no entanto, neste tipo de atividades, compreende-se que reconhece as suas capacidades. Ao nível das relações emocionais é sub-relacionado, não sendo capaz de iniciar ou manter uma conversa, não procura os restantes elementos do grupo e mantém-se a observar. Relativamente aos seus estados de atenção, encontra-se num patamar ligeiramente sobre envolvido, mesmo que as suas repostas evidenciem uma demora do processamento da informação, consegue-se destacar a sua eficácia na realização das tarefas.</p>	<p>O João identifica-se com um elevado nível de hiperatividade, mesmo que isso não seja visível em sessão. Para além disso, verificam-se melhoras ao nível da ansiedade e da popularidade, ou seja, os níveis de ansiedade reduziram muito e tornou-se menos tímido e mais integrado junto dos pares, no entanto, ao nível da aparência física encontra-se num nível mais reduzido o que pode significar uma baixa autoestima. Observou-se um maior investimento nos seus desenhos evoluindo de um nível abaixo da média para acima da média, o que poderá significar uma maior consciência da imagem corporal e dos processos cognitivos inerentes à noção do corpo.</p>	<p>Ao longo da intervenção denotaram-se várias alterações no João, numa fase inicial da intervenção a receção/processamento de informação e execução da tarefa eram mais lentos, mas com o desenvolvimento das sessões foram-se verificando melhoras ao nível da verbalização da sua opinião e até mesmo na execução das atividades, sendo que a sua resposta ao estímulo se tornou mais rápida. No entanto, nas últimas sessões denotou-se uma diferença significativa no João, voltando a ter um processamento mais lento como inicialmente, e as suas reações apresentaram-se mais desajustadas.</p>



Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>Leonor (nome fictício) – 15 anos  <u>Sexo feminino</u>            Sintomas de convulsão, irritabilidade, angústia, ansiedade e insónias.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais revela um comportamento apropriado, estabelecendo ligação com diferentes membros do grupo, ainda que muito reservada. Inicialmente muito contida, apresentando um nível de autoconfiança ligeiramente baixo, com um sentimento de desconfiança relativamente marcado por a consecutiva observação ao seu redor, quando realiza qualquer tipo de atividade. No entanto, observa-se que ao nível da atividade, considera-se um pouco hiperativa, realizando movimentos relacionados com a arte marcial que pratica. No geral, apresenta um nível de relaxação normal, assim como um controlo apropriado dos movimentos corporais, mesmo que a sua expressividade do movimento seja ligeiramente super expressivo. Salienta-se que no que concerne à sua atenção focalizada, é visível que nem sempre consegue manter a sua concentração, sendo necessário explicar diversas vezes o conteúdo da atividade. Relativamente à sua comunicação verbal, esta é ligeiramente não comunicativa e a sua regulação social é apresentada com poucas regras.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais revela um comportamento apropriado, apesar de se apresentar ligeiramente sem autoconfiança. Na sessão apresenta uma atividade ligeiramente hiperativa apresentando por vezes uma postura ligeiramente tensa. Os seus movimentos são apropriados, envolve-se adequadamente nas atividades propostas e é expressiva nos seus movimentos. É uma jovem comunicativa com uma imensa necessidade de atenção dirigida a si e ao seu discurso. A sua regulação social é apropriada cumprindo melhor as regras estipuladas.</p>	<p>Ao longo da intervenção denotaram-se várias alterações na Leonor, sendo que numa fase inicial da intervenção apresentava-se com elevada agitação psicomotora, e numa fase intermédia da intervenção quando se estavam a denotar melhoras significativas pareceu haver um retrocesso, chegando às sessões menos colaborante e com atitudes de oposição, numa tentativa de testar os limites. Mais tarde, voltaram a notar-se melhoras, pelo que numa fase final da intervenção a Leonor já se encontrava bastante melhor, mais adequada, colaborante e participativa.</p>
<p>Marta (nome fictício) – 16 anos  <u>Sexo feminino</u>            Perturbação disfórica Pré-Menstrual; história de adoção muito complicada.</p>	<p>Relativamente às relações emocionais e à expressividade do movimento encontra-se no nível ligeiramente sub-relacionado e ligeiramente apático, respetivamente e, por isso, estabelece pouca relação afetiva e pouco contacto ocular. Pode verificar-se que se mostra sem autoconfiança, passiva e sobre relaxada, uma vez que se descreve como sedentária. No entanto tem algumas manifestações ansiosas quando fricciona a parte das costas da mão fazendo pequenas feridas. Apesar disso, os seus movimentos são apropriados, envolve-se adequadamente, é comunicativa e tem uma regulação social apropriada, ou seja, interage com quase todos os elementos do grupo mesmo que não crie relação com eles e mostra-se muito empática ao problemas dos outros.</p>	<p><b>Abandonou o grupo devido a incompatibilidade de horário</b></p>	<p>Como o elemento teve pouco tempo de intervenção, não foram observadas muitas mudanças, no entanto: ao nível das relações emocionais permanece ligeiramente sub-relacionada. É ligeiramente passiva e sobre-relaxada, com movimentos apropriados. Demonstrou-se ligeiramente sem autoconfiança e ligeiramente não envolvida, não comunicativa e apática, apesar de manter a sua regulação social apropriada.</p>

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
<p>Natacha (nome fictício) – 14 anos  <u>Sexo feminino</u>            Perturbação da Personalidade Borderline; dificuldade em controlar os impulsos; conflituosa com os professores.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais, autoconfiança, relaxação, controlo e expressividade do movimento e comunicação verbal, encontra-se num patamar apropriado. É a adolescente que mais revela empatia para com os restantes elementos do grupo, participando ativamente nas dinâmicas em grupo e integrando-se no mesmo rapidamente. Salienta-se a sua ligeira hiperatividade na realização dos movimentos, sendo necessário um constante reajuste por parte das técnicas – nomeadamente a imposição de limites, sinónimo da sua ligeira falta de regras ao nível da sua regulação social e da sua atenção focalizada.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais, atividade, controlo e expressividade do movimento, comunicação verbal, regulação social e atenção focalizada, encontra-se num patamar apropriado. Apresenta-se ligeiramente sem autoconfiança, necessitando da validação dos seus elementos de referência; ligeiramente sobre-relaxada, manifestando diversas vezes cansaço.</p>	<p>No início da intervenção foi visível a construção de uma díade com um dos elementos do grupo, no entanto, no final, observa-se a quebra da mesma, sem deixar de haver contacto entre os elementos.            A Natacha foi um elemento dinâmico dentro do grupo, dando opiniões construtivas, havendo evoluções ao nível do autoconceito, noção e imagem do corpo e no reconhecimento das suas capacidades e autoestima. Ao nível das capacidades motoras grossas houve uma diminuição das capacidades, mesmo que pouco significativas. A capacidade de autorregulação e inibição de estímulos permaneceu estável.</p>
<p>Stela (nome fictício) – 15 anos  <u>Sexo feminino</u>            Situação de abandono e desamparo; socialmente funciona de 1 para 1 e não admite que os amigos tenham amigos; institucionalizada com difícil adaptação; tendências suicidas.</p>	<p>Apresenta-se sub-relacionada mantendo-se um pouco de parte dentro do grupo, passiva e apática não mostrando grandes relações com os restantes elementos e sem autoconfiança. Mostra-se ainda ligeiramente sobre relaxada com os braços sempre pendentes ao longo do corpo e ligeiramente não envolvida apresentando-se desatenta e por vezes desinteressada, mas também ligeiramente com falta de regras, uma vez que mostra alguns comportamentos de oposição. Os seus movimentos são apropriados não se exhibe muito e passa quase despercebida. No entanto, é comunicativa e por vezes ligeiramente muito comunicativa visto que por vezes a sua comunicação é exagerada e desadequada, invadindo o espaço pessoal dos outros.</p>	<p><b>Abandonou o grupo devido a incompatibilidade de horário</b></p>	<p>Ao longo da intervenção notaram-se algumas melhorias na jovem tornando-se mais participativa, envolvida e adequada na sua intervenção dentro do grupo, respeitando mais os limites de cada um.            A Stela demonstrou, aos poucos, uma ligeira abertura à relação com outros elementos do grupo sem se focar num só elemento. Manifesta a sua opinião de forma mais interessada e com atenção aos assuntos desenvolvidos em sessão. Aos poucos foi trazendo para a sessão e partilhando com os demais situações diárias que a deixam menos confortável, demonstrando confiança perante os elementos do grupo.</p>

**Anexo 3 – Grelha de Observação Psicomotora (adaptada)**

**GRELHA DE OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA**

**(versão adaptada)**

Nome: \_\_\_\_\_

Data da Observação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_ anos

Observadores: \_\_\_\_\_

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

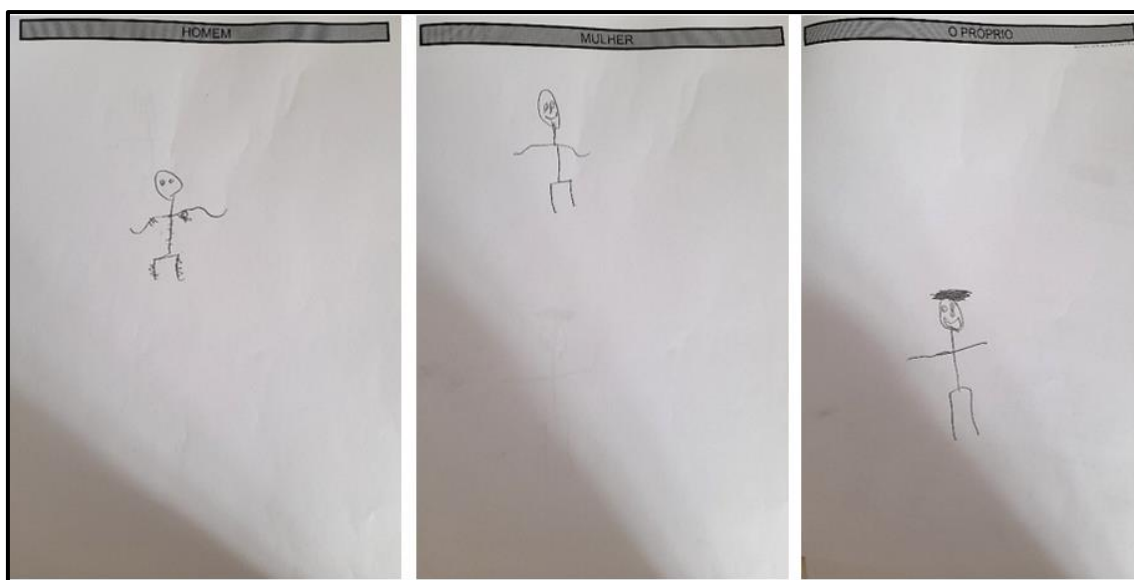
		Distónico			
Sincinésias	Apresenta				
	Não apresenta				
Paratonias	Apresenta				
	Não apresenta				
Lateralidade	Reconhecimento D-E	Reconhece	Em si		
			No outro		
	Não reconhece				
	Utilização de um lado dominante	Definido			
		Cruzada			
Indefinido					
Equilíbrio	Estático	Adequado			
		Oscilações			
		Não adquirido			
	Dinâmico	Adequado			
		Desadequado	Descontrolo corporal		
			Dificuldades de percepção		
Percepção visual	Adequada				
	Desadequada				
Percepção auditiva	Adequada				
	Desadequada				
Orientação do espaço	Adequada				
	Imatura				
	Desorganizada				
	Ausente				
Estruturação rítmica	Adequada				
	Imatura				
	Arrítmica				
Coordenação motora	Oculomanual	Adequada			
		Imatura			
		Insuficiente			
		Ausente			
	Oculopedal	Adequada			
		Imatura			
		Insuficiente			
		Ausente			
Interação com o adulto	Gestão da distância (reconhecim das diferenças e hierarqu	Reconhece	Aceita		
			Não aceita		
Não reconhece					
Participação	Ativa				
	Passiva				

	Sintónica			
	Não sintónica			
	Inclusiva			
	Exclusiva			
Inclusão	Incluído no grupo			
	Excluído do grupo	Exclui o grupo		
		O grupo exclui-o		
Cooperação	Disponibilidade			
	Aceitação			
	Recusa			
Observação/Reprodução	Observa	Sim		
		Não		
	Faz réplica	Sim		
		Parcialmente		
		Distorcida		
	Não			
Competitividade	Competitivo (moderado)			
	Excessivamente competitivo			
	Não competitivo	Indiferente		
		Indisponível		
Solidariedade	Solidário			
	Não solidário	Indiferente		
		Indisponível		
Utilização dos materiais	Adequada	De acordo com o valor simbólico do material		
		De acordo com o valor simbólico na situação		
	Desadequada	Não compreensão do material		
		Utilizada descuidada		
		Utilização disruptiva		
Interesse pelo jogo	Interesse pelo outro	Para o exercício do domínio		
		Na partilha de interesses comuns		
	Desinteresse no outro			
	Acomodação ao ritmo do outro (“pega a vez”)			
	Dessincronia			
Atenção	Concordante			
	Discordante	Atenção reduzida		
		Atenção não focalizada		
Privilegia a atenção periférica				
Intenção	Desejo	Manifesta		
		Não manifesta		
	Antecipa	Sim	Indiferente	
			Perseverante	
Obsessivo				

		Desistente		
		Não		
Planificação	Ausente			
	Semiestruturada (não vai até ao fim)			
	Elaborada			
	Espontânea			
Atitude perante as tarefas	Participativa	Passiva		
		Em colaboração		
		Em imposição		
	Não participativa	Desistência	Falta de motivação	
			Sentimento de incapacidade	
		Indiferente		
		Por oposição		
Linguagem recetiva	Alheada			
	Adequada			
	Duvidosa			
	Desinteressada			
	Com compreensão			
	Sem compreensão			
Linguagem expressiva	Adequada			
	Excessiva (verborreica)			
	Demasiado elaborada face à idade			
	Imatura			
	Insuficiente			
Voz	Adequada			
	Falsete			
	Surdina			
	Evasiva			
Organização do discurso	Adequado			
	Desadequado	Incoerente		
		Ineficiente		
		Inexistente		
Pragmática	Compreende a intenção do discurso			
	Compreende parcialmente a intenção do discurso			
	Não compreende a intenção do discurso			
Olhar	Intencional			
	Direto			
	Aceitante			
	Intrusivo			
	Evitante			
Sorriso	Concordante			
	Discordante	Por dificuldade de leitura ou de compreensão		

		Por ansiedade	
		Por medo	
Expressão facial	Concordante com a e emoção		
	Discordante	Inexpressivo	
		Paradoxal	
Gesticulação	Coerente com o discurso e com a situação		
	Incoerente		
	Retraída		
	Excessiva		
	Exuberante		
Expressão dos afetos	Verbalização dos afetos		
	Bloqueio		
	Excessiva		
Pensamento simbólico	Adequado		
	Desadequado		

#### Anexo 4 – Resultados DAP do Rodrigo



#### Anexo 5 – Resultados BOT-2 do Rodrigo

