



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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora em Hospital de Dia num Serviço de  
Pedopsiquiatria: um olhar entre o individual e o grupal**

**Maria João Mota Roque**

Orientador(es) | Maria da Graça Santos

Évora 2023

---

---

---

---



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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora em Hospital de Dia num Serviço de  
Pedopsiquiatria: um olhar entre o individual e o grupal**

**Maria João Mota Roque**

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)

## Resumo

### **Intervenção Psicomotora em Hospital de Dia num Serviço de Pedopsiquiatria: um olhar entre o individual e o grupal**

A adolescência por si só é considerada como um período crítico integrante do desenvolvimento humano. Para além de todas as mudanças físicas, sociais e psíquicas que ocorrem durante esta fase, o sofrimento mental expresso pelo corpo, poderá advir como consequência das dificuldades de (re)adaptação a essas alterações, principalmente quando são conjugadas com um meio envolvente desfavorável. A Psicomotricidade é uma terapia que contém nas suas bases o corpo, a mente e a forma como o meio ambiente nos influencia. Num contexto de saúde mental, é fundamental um programa de intervenção psicomotora, por forma a que os adolescentes desenvolvam a capacidade de reconhecerem as suas próprias emoções, promovendo o autocontrolo e a consciência corporal, potenciando uma maior adaptação às mudanças. O Relatório de Estágio tem como objetivo principal descrever toda a experiência proporcionada e recolhida no decorrer do Estágio Curricular inserido no Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, implementado num Hospital de Dia da Infância e Adolescência. Ao longo do mesmo foi implementada a prática psicomotora tanto em grupos, como em casos individuais de crianças e adolescentes. Posteriormente serão descritos dois casos com maior pormenor, dando ênfase à sua história de vida e à influência que a intervenção psicomotora teve na manutenção dos sintomas descritos no motivo de encaminhamento. Salienta-se que é pertinente que se aplique um programa de intervenção psicomotora numa população adolescente com diagnósticos para perturbações mentais, com o intuito de serem providenciados todos os tipos de ajuda que permitam o desenvolvimento de um sistema de apoio aos mesmos. No final do relatório será apresentada uma reflexão individual relativa às diferentes experiências que as intervenções individuais e de grupo proporcionaram quer ao nível profissional, quer ao nível pessoal, na vida da psicomotricista que redigiu este relatório.

**Palavras-chave:** infância; adolescência; saúde mental; perturbação; psicomotricidade.

## Abstract

### **Psychomotor Intervention in Day Hospital in a Pediatric Psychiatry Service: a look between the individual and the group**

Adolescence in itself is considered a critical period in human development. Adding to all the physical, social and psychological changes that occur during this phase, mental suffering expressed through the body may arise as a consequence of difficulties in (re)adapting to these changes, especially when they are combined with an unfavourable environment. Psychomotricity is a therapy that contains on its base the body, the mind, and the way the environment influences us. In a mental health context, a psychomotor intervention program is essential, so that adolescents develop the ability to recognise their own emotions, promoting self-control and body awareness, boosting greater adaptation to change. The main objective of the Internship Report is to describe all the experience provided and collected during the Curricular Traineeship as part of the Master's Degree in Psychomotricity at the University of Évora, implemented in a Childhood and Adolescence Day Hospital. During the internship, psychomotor practice was implemented both in groups and in individual cases of children and adolescents. Two cases will be described in more detail, focusing on their life history and the influence that psychomotor intervention had on the deterrence of the symptoms described in the referral. It is pertinent to apply a psychomotor intervention program in an adolescent population diagnosed with mental disorders, in order to deliver all kinds of help to develop a support system for them. At the end of the report, an individual reflection will be presented regarding the different experiences that the individual and group interventions provided, both on a professional and personal level, in the life of the psychomotor therapist who wrote this report.

**Key-words:** childhood; adolescence; mental health; disorder; psychomotricity

## **Agradecimentos**

O desafio de realizar um ano de estágio ao mesmo tempo que construo-o um relatório que sintetize todas as experiências e oportunidades que obtive ao longo do mesmo, só foi possível pela força que recebi da minha rede de apoio. Sendo assim, deixo aqui um agradecimento especial a todos.

Começo pelos meus pais, que sempre estiveram presentes e não me deixaram ir abaixo quando o pensamento era mais negativo, que conseguiram sempre compreender-me, dando-me os melhores conselhos como pessoas sábias e com quem consigo sempre aprender tanto.

À minha irmã, por saber quando me fazer rir e, sem perceber, ter as palavras certas, nos momentos certos.

Agradecer aos meus avós e à minha tia por serem um ponto de abrigo.

À professora Graça Duarte Santos e à professora Gabriela Almeida por me guiarem neste percurso, pela disponibilidade e pelas aprendizagens.

À professora Ana Rita Bodas, que mesmo à distância, soube sempre o que dizer, soube sempre compreender e ajudar-me a pensar. Sempre atenta e sempre amiga.

À minha melhor amiga Tatiana Ribeiro, mais conhecida como Tati, por percorrer comigo os caminhos de Portugal, por ser o meu maior apoio, por me permitir criar tantas memórias, pelos risos, pelos choros e pelas palavras de conforto, por ter estado sempre comigo e por me permitir crescer juntamente com ela.

Aos meus amigos: Zé, Francisca, Ivo, Ivan e Mariana, por me ouvirem e serem a distração de tudo o resto, ajudando-me a recarregar baterias para conseguir continuar.

À psicomotricista Cláudia Almeida, com quem aprendi a improvisar e a ter uma visão diferente dos casos. Por ter sido um apoio na descoberta do que é a psicomotricidade e do que sou enquanto psicomotricista.

A todos os técnicos do hospital onde o estágio foi realizado, por me terem acolhido e feito sentir em casa, por me terem ajudado a crescer, quer a nível pessoal, quer a nível profissional e por terem sido uma equipa incrível.

Por fim, resta-me agradecer a mim mesma, por ter acreditado em mim, por ter a força de vontade de me agarrar sempre ao melhor, para conseguir ultrapassar o pior e por enfrentá-lo sempre com um sorriso gigante.

**Obrigada por tudo!**

## Índice

<b>Resumo</b> .....	I
<b>Abstract</b> .....	I
<b>Agradecimentos</b> .....	II
<b>Índice de Tabelas</b> .....	IV
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	V
<b>Capítulo I – Introdução</b> .....	6
<b>Capítulo II – Enquadramento Teórico da Prática Profissional</b> .....	8
2.1. Psicomotricidade .....	8
2.2. Saúde Mental em Portugal .....	9
2.3. Psicomotricidade em Saúde Mental Infantojuvenil.....	10
2.4. Metodologias de Intervenção Psicomotora em Saúde Mental .....	12
<b>Capítulo III – Caracterização Geral da Instituição e da População</b> .....	17
3.1. Caracterização da Instituição .....	17
3.2. Caracterização da População.....	18
<b>Capítulo IV – Organização das Atividades de Estágio</b> .....	20
4.1. Descrição das Atividades de Estágio .....	20
4.1.1. Aspetos Gerais das Atividades .....	20
4.1.2. Calendarização e Horário .....	20
4.2. Experiências Complementares de Estágio .....	22
4.3. Intervenção Psicomotora no Local de Estágio .....	24
4.4. Etapas de Intervenção.....	25
4.4.1. Entrevista.....	26
4.4.2. Observação Informal .....	26
4.4.3. Observação Formal.....	27
4.5. Descrição dos Instrumentos de Avaliação.....	28
4.5.1. Grelha de Observação Psicomotora (adaptada).....	28
4.5.2. Draw a Person.....	29
4.5.3. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Obseretsky .....	29
4.5.4. Questionário de Capacidades e Dificuldades .....	30
4.5.5. Escala de Autoconceito Piers-Harris .....	30
4.5.6. The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy .....	31
4.5.7. Torre de Londres .....	31
4.5.8. Estátua de Nepsy .....	32
4.5.9. Bateria Psicomotora – Tonicidade e Estruturação Espaço-Temporal .....	32
4.5.10. Estruturas Rítmicas de Stambak.....	33
4.6. Descrição dos Casos Acompanhados .....	33
4.6.1. Individualmente.....	33

4.6.2. Grupo.....	35
<b>Capítulo V</b> – Apresentação dos Estudos de Caso .....	45
5.1. Estudo de Caso I.....	45
5.2. Estudo de Caso II .....	69
<b>Capítulo VI</b> – Reflexão Pessoal: Um olhar entre o individual e o grupal.....	100
<b>Capítulo VII</b> – Conclusão .....	102
<b>Capítulo VIII</b> – Referências Bibliográficas .....	103

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Calendarização das Atividades Realizadas .....	21
<b>Tabela 2</b> - Horário Semanal do Estágio.....	21
<b>Tabela 3</b> - Caracterização do Grupo I por elemento (anexo 1) .....	36
<b>Tabela 4</b> - Caracterização do Grupo II (anexo 2) .....	37
<b>Tabela 5</b> - Caracterização do Grupo III.....	42
<b>Tabela 6</b> - Caracterização Geral dos Grupos .....	44
<b>Tabela 7</b> - Objetivos de Intervenção do Projeto Terapêutico dos Grupos I e II .....	45
<b>Tabela 8</b> - Pontuação das diferentes dimensões do BOT-2 .....	53
<b>Tabela 9</b> - Perfil Intraindividual da Ana.....	58
<b>Tabela 10</b> - Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-Terapêutico da Ana.....	59
<b>Tabela 11</b> – Pontuação por dimensões do BOT-2, avaliação inicial vs. Avaliação final .....	66
<b>Tabela 12</b> - Pontuação SQD: questionário de autoavaliação e questionário parental .....	77
<b>Tabela 13</b> - Pontuações da Escala de Autoconceito Piers-Harris.....	78
<b>Tabela 14</b> - Pontuação das diferentes dimensões do BOT-2 .....	80
<b>Tabela 15</b> – Perfil intraindividual da Núria.....	85
<b>Tabela 16</b> - Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-Terapêutico do grupo frequentado pela Núria.....	86
<b>Tabela 17</b> - Pontuação SQD: questionário de autoavaliação e questionário parental .....	91
<b>Tabela 18</b> - Pontuações da Escala de Autoconceito Piers-Harris.....	93
<b>Tabela 19</b> - Pontuação das diferentes dimensões do BOT-2 .....	94

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> - Caracterização do grupo I por elemento (pormenorizada).....	107
<b>Anexo 2</b> - Caracterização do grupo II por elemento (pormenorizada) .....	109
<b>Anexo 3</b> - DAP avaliação inicial da Ana .....	113
<b>Anexo 4</b> - BOT-2 avaliação inicial Ana.....	114
<b>Anexo 5</b> - Representação Topográfica avaliação inicial Ana .....	115
<b>Anexo 6</b> - DAP avaliação final Ana.....	115
<b>Anexo 7</b> - BOT-2 avaliação final Ana .....	116
<b>Anexo 8</b> - Representação Topográfica avaliação final Ana.....	117
<b>Anexo 9</b> - DAP avaliação inicial Núria.....	118
<b>Anexo 10</b> - Interpretação dos Resultados da Escala Piers-Harris 2 .....	118
<b>Anexo 11</b> - BOT-2 avaliação inicial Núria .....	119
<b>Anexo 12</b> - DAP avaliação final Núria .....	120
<b>Anexo 13</b> - BOT-2 avaliação final Núria.....	121

## **Lista de Abreviaturas**

- APA – Associação Americana de Psiquiatria
- BOT - 2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks - Oserestky 2
- BPM – Bateria Psicomotora
- DA – Dificuldades de Aprendizagem
- DAP – Draw a Person
- DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5
- EAC – Escala de Autoconceito Piers-Harris
- EET – Estruturação Espaço-Temporal da Bateria Psicomotora
- ERS – Estruturas Rítmicas de Stambak
- GOP – Grelha de Observação Psicomotora
- HD – Hospital de Dia
- LOFOPT –The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy (Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora)
- PDI – Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
- TOL – Torre de Londres

## Capítulo I – Introdução

O presente documento foi realizado no âmbito do estágio, inserido no 2.º ano do plano curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. O período de estágio decorreu durante o ano letivo 2021/2022, num total de 9 meses, contemplando a área da saúde mental inserida na unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, onde o mesmo foi desenvolvido. Como tal, os objetivos deste estágio centraram-se em: enquadrar a prática psicomotora e os seus benefícios num serviço associado à saúde mental; analisar e descrever os casos encaminhados para a terapia psicomotora; explorar e contextualizar as intervenções realizadas, assim como os seus efeitos; e, descrever as tarefas e atividades executadas como psicomotricistas dentro do hospital, comprovando a conveniência da implementação dos serviços de psicomotricidade neste contexto.

A Psicomotricidade foi definida como a ciência que procura estabelecer uma relação entre o corpo e a mente, integrando a componente do pensamento e toda a função psíquica que o mesmo pressupõe (*What Is Psychomotricity | United States | U. S. Psychomotricity Forum, 2017*).

Ao longo do tempo, tem-se vindo a compreender que, a terapia psicomotora contém nas suas bases o corpo, a mente e, a forma como o meio ambiente nos influencia tanto positivamente como negativamente. Durante a fase do desenvolvimento que engloba a população infantojuvenil, a necessidade de estar rodeado por uma rede de apoio sólida é fundamental e a integração da psicomotricidade no contexto de saúde mental é essencial como alicerce a essa rede. Neste tipo de contexto, a prática psicomotora recorre à utilização do corpo para a resolução e compreensão dos conflitos desenvolvidos enquanto crianças, reestruturando o psiquismo inerente ao desenvolvimento do jovem (Figueira & Freitas, 2017). Para além disso, a Psicomotricidade permitirá analisar o diálogo tonicoemocional, regulando-o por meios lúdicos, e desenvolver as capacidades relacionais, simbólicas, emocionais e expressivas dos jovens com perturbações mentais (Figueira & Freitas, 2017; Probst et al., 2010).

Este relatório apresenta assim o trabalho desenvolvido ao longo do tempo de estágio, através da divisão do mesmo em cinco partes distintas. Primeiramente será feita uma descrição e um enquadramento teórico da prática profissional dentro de um serviço de saúde mental infantojuvenil e o tipo de metodologias utilizadas no mesmo: como o jogo espontâneo, as técnicas gnossopráticas e de relaxação e as modalidades expressivas. Posteriormente será tido em conta a caracterização da instituição, realçando os serviços

disponibilizados na mesma, assim como a caracterização da população atendida no hospital – crianças e adolescentes. De seguida será destacada toda a organização das atividades de estágio, desde o horário estabelecido, experiências complementares oferecidas pelo estágio, intervenção psicomotora dentro deste local, etapas de intervenção, com a descrição do tipo de entrevistas e observações realizadas, descrição dos instrumentos de avaliação utilizados para a análise e o tratamento dos casos, até à apresentação dos casos acompanhados, quer em intervenção de grupo, quer em intervenção individual. A quarta parte será destinada à apresentação dos estudos de caso escolhidos para serem descritos com maior pormenor. E o último capítulo estará reservado para uma reflexão pessoal, com um olhar entre a intervenção individual e a grupal, por parte da psicomotricista estagiária.

## Capítulo II – Enquadramento Teórico da Prática Profissional

### 2.1. Psicomotricidade

O termo Psicomotricidade surgiu em Paris, França 1900-1940, pelas mãos de Ernest Dupré, um psiquiatra e professor da Faculdade de Medicina de Paris, ao colocar em evidência a “síndrome da debilidade motora”. Esta patologia parecia estar completamente relacionada tanto com anomalias do foro psicológico, como anomalias perceptíveis na atividade motora, o que levou Dupré a considerar que o corpo funciona através da recordação de experiências passadas, tendo em conta o presente e sempre com vista a conservar o mesmo corpo para o futuro (Fernandes & Barros, 2015).

Através das suas análises, o psiquiatra compreendeu que não havia forma de separar a dimensão psicológica e, por isso, relacionada com o cérebro, com o comportamento motor que levava à debilidade motora, associando o desenvolvimento motor com o intelectual. Desta forma, contrariou a teoria da separação corpo-mente e descreve os primeiros conceitos base da Psicomotricidade como mente-movimento (Fernandes & Barros, 2015).

Assim, inicia-se a compreensão da dimensão Psicomotora e a construção do conceito de Psicomotricidade. Com esta nova abordagem, surgem vários autores que seguem a etiologia de Dupré, nomeadamente Head, com a apresentação do esquema corporal; Shlider, com a entoação da imagem do corpo; Piaget, enfatizando o desenvolvimento das crianças; e Wallon, associado às primeiras investigações relacionadas com o tónus e a emoção (demonstrou que as emoções são expressas através do corpo e que isso implica os conceitos de tónus muscular e esquema corporal) – Pioneiro da Psicomotricidade (Fernandes & Barros, 2015; *What Is Psychomotricity / United States / U. S. Psychomotricity Forum*, 2017).

Wallon representa uma grande importância no desenvolvimento do conceito e na investigação do que é a Psicomotricidade. Foi um médico que permitiu o progresso do conhecimento relativo à organização biológica do homem, através do estudo da criança e do psiquismo humano e que, por isso, possibilitou a criação de teorias e práticas aplicadas até hoje na intervenção psicomotora e despertou o interesse de outros autores para essa investigação. Destacam-se Ajuriaguerra, Luria, Guilmain, Erickson, Bèrges, Soubiram e Stambak que também tiveram contributos na formação dos primeiros terapeutas psicomotores (Fernandes & Barros, 2015; *What Is Psychomotricity / United States / U. S. Psychomotricity Forum*, 2017).

Ajuriaguerra foi um neuropsiquiatra e psicanalista francês que iniciou a sua investigação na terapia psicomotora no estudo das diferentes perturbações psicomotoras com origem em alterações psicológicas e neurológicas (*What Is Psychomotricity | United States | U. S. Psychomotricity Forum*, 2017).

Sendo assim, depois da contribuição de diversos autores, o conceito de Psicomotricidade foi definido como a terapia que procura estabelecer uma relação entre o corpo e a mente, tendo como esclarecimento principal, o facto do organismo corporal ser visto, primeiramente como pensamento e, por conseguinte, toda a função psíquica que o mesmo pressupõe (*What Is Psychomotricity | United States | U. S. Psychomotricity Forum*, 2017). A palavra psicomotricidade incorpora todas as características psicológicas das quais o indivíduo é dotado, assim como os pequenos acontecimentos psíquicos e mentais do mesmo; para além disso, tem em consideração o conjunto das funções e conexões potenciadas por toda a composição corporal, desde o esqueleto, até ao músculo e ao sistema nervoso que permite o movimento desse mesmo corpo (Figueira & Freitas, 2017; Fonseca, 2005).

Posto isto, a Psicomotricidade tem em conta todos os marcos do desenvolvimento do ser humano, desde a sua gestação, passando pelo seu nascimento, infância, adolescência, fase adulta e velhice, acompanhando o amadurecimento e envelhecimento do mesmo, sendo um alicerce terapêutico para todas as idades, patologias e dificuldades.

## 2.2. Saúde Mental em Portugal

Segundo a OMS (2018), o conceito de saúde engloba três grandes grupos essenciais à vida humana, por outras palavras, “saúde é o termo utilizado para o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Como é perceptível, a saúde mental faz parte de um todo que permite ao indivíduo definir se está bem, ou não, definindo-se como um “estado de bem-estar onde o indivíduo é capaz de realizar as suas próprias tarefas, conseguindo lidar com o stress normal da vida e podendo trabalhar de forma produtiva, sendo capaz de contribuir para a sua comunidade”. A saúde mental é um complemento essencial para o desenvolvimento e evolução quer a nível individual, quer ao nível da comunidade, não só porque nos permite pensar, ser emotivos e relacionarmo-nos uns com os outros, mas também porque é a base para a qualidade de vida e a aproveitamento da mesma (World Health Organization, 2018).

De um modo geral, em Portugal, os dados relativos às questões da prevalência dos problemas relacionados com a saúde mental são escassos, pelo que as perturbações foram

categorizadas consoante o nível de morbilidade ao nível dos serviços de psiquiatria, assim destacam-se as perturbações depressivas (21,5%), a esquizofrenia (36,2%) e as perturbações associadas ao álcool (21,3%) como as mais comuns. Para além disso, Portugal identifica, assim como a maioria dos países da Europa, mulheres, idosos e indivíduos com baixo poder económico, como sendo os grupos mais vulneráveis para o desenvolvimento de doença mental, principalmente em idades entre os 18 e os 34 anos (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007; Conselho Nacional de Saúde, 2019; Ministério da Saúde et al., 2008).

Em Portugal existem, desde 1963, após a criação da lei nacional, centros de saúde mental destacados por todos os distritos que implicaram o desenvolvimento de movimentos importantes como a psiquiatria social e a sua ligação aos cuidados de saúde considerados primários, possibilitando apoio a populações mais isoladas e chegando a um maior número de sujeitos. Apesar dos esforços reunidos, Portugal, ao nível europeu, está inserido num grupo de países que menor apoio e esforços dedica ao tratamento e prevenção da saúde mental (Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, 2007).

### 2.3. Psicomotricidade em Saúde Mental Infantojuvenil

A Psicomotricidade cresceu e desenvolveu-se através da aprendizagem de diversas disciplinas, constituindo-se por ação de uma abordagem multidisciplinar rodeada de conceitos da psicologia, psiquiatria ou da pedagogia. De um modo geral, a Psicomotricidade foi definida como sendo uma terapia que tem em conta o ser humano como um ser holístico e englobando-o de todas as suas formas – cognitiva, emocional e fisicamente, conjugando a capacidade de o indivíduo ser e agir num contexto psicossocial (Probst et al., 2010).

Desde cedo que a atividade começou a ser vista como um alicerce terapêutico durante o tratamento psiquiátrico, não só porque a atividade física permitia a libertação de hormonas reguladoras do humor e, por isso, do bem-estar, mas também porque eram responsáveis pela melhoria da qualidade de vida e da gestão emocional dos doentes psiquiátricos. Aquando do aparecimento da psicomotricidade e tendo em conta os seus objetivos e resultados, também esta foi sendo vista como uma terapia complementar a ser integrada em diversos contextos psicoterapêuticos (Probst et al., 2010).

Numa fase como a transição da infância para a adolescência, onde a criança deixa de ser criança e o adolescente ainda não é adulto, são diversas as mudanças físicas, psicológicas e emocionais a que o ser humano está sujeito. Tendo em conta o ambiente

onde cresce, mais fácil ou mais difícil será ultrapassar todas essas mudanças. O corpo cresce numa velocidade que o cérebro não é capaz de acompanhar e há todo um envolvimento que pode tornar mais suscetível a origem de uma perturbação mental (Probst et al., 2010; Winnicott, 1960).

As perturbações mentais estão relacionadas com incoerências ao nível cognitivo, da regulação das emoções ou do comportamento do indivíduo e, põem em causa o bom funcionamento dos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento implícitos à saúde mental (American Psychiatric Association, 2014). Ou seja, por um lado temos um período que por si só já é um desafio ao ser humano e, por outro lado, uma série de complicações que podem estar na origem de uma perturbação mental. É neste momento que a intervenção psicomotora deve surgir, não só como terapia preventiva, mas também como alicerce do processo terapêutico farmacológico (Probst et al., 2010).

No geral, a aprendizagem está relacionada com diversos aspetos: sejam cognitivos, emocionais, orgânicos, psicossociais ou até culturais, sendo que todos devem ser tidos em conta aquando do diagnóstico para dificuldades de aprendizagem. Num ambiente relacionado com saúde mental, é importante realçar que, nem sempre, as dificuldades estão relacionadas com a compreensão do que é ensinado, mas sim por questões emocionais e motivacionais. Ou seja, as dificuldades não estão associadas a uma incapacidade de aprender a nível cognitivo, mas relacionam-se com uma incapacidade de aprender derivada à existência de bloqueios mentais que desmotivam essa aprendizagem (Rosa et al., 2021; Tabile & Jacometo, 2017).

A fase do desenvolvimento que engloba a população infantojuvenil, nem sempre tem os apoios necessários, assim, a prática psicomotora num contexto de saúde mental direcionado a essa população é fundamental para a resolução e compreensão dos conflitos internos enquanto crianças, através da utilização do corpo como recurso à terapia para fins de construção e reestruturação do psiquismo inerente ao desenvolvimento do indivíduo (Figueira & Freitas, 2017). Para além disso, a Psicomotricidade permitirá analisar o diálogo tonicoemocional, regulando-o por meios lúdicos e onde a relação terapêutica é essencial (Probst et al., 2010).

Conforme descrevem Figueira e Freitas (2017) a intervenção psicomotora vai permitir o desenvolvimento de capacidades relacionais, simbólicas, emocionais e expressivas, em falta nos jovens com perturbações mentais. A Psicomotricidade destaca-se por conseguir abranger os campos da prevenção, reeducação e terapêutico, conjugando-se com atividades lúdicas e técnicas expressivas e de relaxação e dentro de

um serviço de saúde mental, poderá ser uma mais valia para a organização das expressões corporais que estão desajustadas, contribuindo para a descodificação das emoções e dos sentimentos, fornecendo estratégias para a resolução de conflitos relacionais e funcionais, assim como, ter um papel fulcral no desenvolvimento da autonomia e independência por parte de crianças e adolescentes com perturbações mentais.

No contexto de saúde mental, a intervenção psicomotora é desenvolvida, na sua maioria, através do modelo terapêutico. Este está relacionado, em parte, com a área reeducativa da psicomotricidade e compreende aspetos direcionados aos procedimentos da comunicação, socioafetivos, compreensivos e expressivos, das emoções, sentimentos e desejos. De um modo geral, abrange toda a dimensão afetiva e relacional, fundamental ao longo da intervenção em saúde mental (Almeida, 2013).

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

A mediação constitui o ato de servir de intermediário entre duas pessoas, ou grupos de pessoas. Encontra-se associada à Psicomotricidade quando falamos da construção de uma relação e é essencial para o bom funcionamento da intervenção psicomotora. Esta permite estruturar as sessões de Psicomotricidade e assegurar que as teorias, técnicas e práticas dinamizadas sejam transmitidas ao utente da melhor forma possível, dada a sua capacidade de compreensão (Giromini, 2017).

De um modo geral, a especificidade da mediação e a compreensão da sua importância permitiu o pensamento e a construção de processos terapêuticos que estivessem mais aproximados dos problemas que o utente com quem intervimos tem. Assim, quando pensamos numa intervenção e na iniciação de um plano terapêutico, a escolha do tipo de mediação, mediador e técnica como auxiliador da construção da relação utente-terapeuta, implica uma articulação de acordo com as necessidades do funcionamento psicocorporal do nosso utente (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

Designa-se de mediador ao objeto que é utilizado como meio intermediador entre um ou vários utentes e o terapeuta, este possibilita o desenvolvimento de uma relação, tanto ao nível terapeuta-utente, como entre utentes. Este tem como principais funções: expressiva, significativa e relacional. Os mediadores estão divididos em duas categorias: objeto mediado ou atividade mediadora, sendo que podem ser utilizados jogos, desportos, animais, ou até mesmo materiais relacionados com as artes como música ou pintura. No caso da psicomotricidade, o principal mediador é o corpo (Chouvier, 2016; Giromini, 2017).

Por sua vez, os objetos mediadores podem ser categorizados como desenvolvidos – ou seja, através de criações já existentes, o indivíduo é capaz de aprender e descobrir a sua própria sensibilidade e processo associativo, funcionam como facilitadores da expressão; e por desenvolver – relacionados com os processos criativos de cada utente, é ele que forma o objeto, através de barro, tintas, música e o papel do terapeuta centra-se no acompanhamento do processo, desde o início ao fim, procurando estratégias para que o objetivo do utente seja alcançado (Chouvier, 2016).

Os objetos mediadores possibilitam ainda o transporte do que é formado no nosso pensamento para o exterior, permitindo dar uma significação dos nossos medos, apreensões, angústias e colocá-los em forma, dando-lhes a oportunidade de serem interpretados e compreendidos. Este tipo de objetos funciona, então, como um espelho no sentido interior-exterior, mente-corpo, mente-objeto e a sua interpretação (Giromini, 2017).

Para além disso, a escolha do objeto mediador é essencial para afetar o utente de um modo positivo, ou seja, colocando-o na disposição ideal para que seja possível ativar ou reativar dadas experiências corporais. A escolha do objeto está então relacionada com a zona de contacto que o psicomotricista pretende focar a sua intervenção (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

A Psicomotricidade é vista como uma terapia que utiliza a educação psicomotora e a reeducação psicomotora como um meio que permite o desenvolvimento global do ser psicomotor, tendo em conta todas as fases desse desenvolvimento e perpetuando sempre que só se avança para o próximo passo quando o anterior está bem consolidado. Dentro da sua vertente (re)educativa, a Psicomotricidade é investida na aquisição dos fatores psicomotores, essenciais para uma boa organização do indivíduo, tanto em relação a si mesmo, como no domínio das suas relações pessoais e interpessoais, e a vida quotidiana (Medeiros, 2018). Para além disso, a Psicomotricidade pretende compreender o indivíduo como um todo, observando-o em diversos contextos, e destacando a importância da componente psicoafetiva em relação às manifestações corporais.

As técnicas de mediação utilizadas em psicomotricidade, estão relacionadas com a mediação corporal e a mediação expressiva. Estas técnicas têm como principal objetivo interferir naquele que é o ato intencional e provocar uma mudança no mesmo, através de diferentes estímulos, para tal, são utilizados mediadores que, por conseguinte, permitem o desenvolvimento de uma relação terapêutica e a criação de uma ligação entre a atividade corporal e a expressão simbólica desse mesmo ato (Alves, 2007).

Dentro de um contexto de saúde mental, de entre os diversos mediadores disponíveis, podemos ter em conta o jogo espontâneo, as técnicas gnosopráticas, de relaxamento e as modalidades expressivas.

O **jogo espontâneo** é um mediador utilizado em psicomotricidade que tem sempre em conta a relação do outro, com o outro, o objeto mediador, o espaço e o tempo necessário para que a criatividade seja estimulada, dando lugar a todo um jogo fundamentado. Este tipo de jogo permite que o indivíduo encontre o prazer de jogar, de construir o jogo, de protagonizar o papel do outro e de o vivenciar através de gritos, saltos, correrias, tentando compreender todos os estímulos que recebe, pensando sobre eles, observando e explorando o que está a criar. Durante o incentivo ao jogo espontâneo, é essencial que sejam dispostos materiais que permitam impulsionar a criatividade de cada criança, para que os limites definidos sejam apenas aqueles que a sua criatividade impõe, sendo dada a oportunidade de destruir o que constrói sem um peso negativo, e posteriormente voltar a construir. Para além disso, o jogo espontâneo permite a combinação do corpo real, com o corpo imaginário, necessários à estruturação e ao desenvolvimento psicomotor e psicocorporal do indivíduo (Fernandes et al., 2018).

As **técnicas gnosopráticas** resultam da relação entre os processos gnóstico – relacionados com a integração das perceções que permitem reconhecer os estímulos e dar-lhe uma resposta adequada; e prático – referente à programação e formulação do gesto em si, seja ele simples ou complexo. Dentro da terapia psicomotora, as técnicas de educação e reeducação gnosopráticas pretendem promover o desenvolvimento das competências psicomotoras e a autorregulação de dados comportamentos; estas são estabelecidas por uma ação relacional entre a ação e a sua representação (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017; Batlle, 2009)

As **técnicas de relaxação** potenciam a consciencialização da função tónica através de uma experimentação essencial ao desenvolvimento da maturação psicológica, ou seja, a aptidão para estar sozinho e conseguir estabelecer um contacto real entre a psique e o corpo. Quando observamos o movimento de uma pessoa, conseguimos ter a perceção de que todo ele é construído em volta de um conjunto de tensões e relaxamento que provocam uma corrente contínua e harmoniosa. Por outras palavras, enquanto a tensão é indicadora de uma resposta emocional ao perigo, à incerteza e ao medo, a relaxação envolve estados emocionais mais dirigidos à felicidade, paz e ao concreto eliminar de tensões (Kim et al., 2016; Maximiano, 2004).

O relaxamento psicomotor permite que o indivíduo vivencie uma mudança dos seus estados de consciência através da redução do seu estado vígil, regulando e equilibrando todas as funções fisiológicas e psicológicas afetas ao estado emocional do mesmo. Este tipo de atividade é constituído por um conjunto de exercícios que irão permitir alcançar um estado de relaxamento essencial para evidenciar a vinculação de dadas experiências corporais, sejam tónicas, sensoriais ou propriocetivas, e emocionais do indivíduo. Dentro da Psicomotricidade, a relaxação é integrada na compreensão do que é emocional através da regulação corporal – envolvendo o tónus e a respiração – por forma a chegar a uma regulação emocional e cognitiva (Giromini et al., 2022; Rodríguez, 2019; Veiga & Marmeleira, 2018).

A Psicomotricidade utiliza a disponibilidade corporal que o indivíduo possibilita quando o seu estado de relaxamento é passivo, de entrega e consequente de um estado de confiança voltada ao terapeuta, para representar sem expressão motora as suas experiências mais traumáticas, fixadas numa memória tónica corporal. Veiga e Marmeleira (2018) sistematizam os métodos de relaxação através da seguinte categoria: métodos focalizados numa descontração que ocorre ao nível neuromuscular – como por exemplo a relaxação progressiva desenvolvida em 1938 por Jacobson ou a relaxação psicomotora dinâmica de Dupont, sistematizada no final do século XX ; e métodos que estão intimamente relacionados com a condicionante de uma sugestão – como por exemplo o Treino Autógeno de Schultz, desenvolvido no final dos anos 50, a relaxação terapêutica de Jean Bergès, desenvolvida nos anos 80, ou a reeducação psicotónica de Ajuriaguerra de 1964 (Maximiano, 2004).

As **modalidades expressivas** estão presentes na psicomotricidade como auxiliaadoras no processo de transformação dos processos internos em externos. A utilização da expressividade funciona como um “contar de histórias” que de uma forma verbal, seria muito mais difícil de chegar. Se observarmos bem, a sua prática traz benefícios mesmo quando é feita isoladamente, portanto, em conjunto com a psicomotricidade, o seu recurso acaba por funcionar como mediação dentro das sessões. Dentro destas modalidades estão incluídas: a dança, o teatro, a pintura, a terapia aquática, entre outras (Boscaini & Saint-Cast, 2010).

A terapia psicomotora, nos diversos contextos de intervenção, pode ser realizada quer em grupo, quer individualmente. Ambos os métodos têm os seus benefícios e repercutem-se em resultados diferenciados ao longo da intervenção. Por um lado, a terapia em grupo, é fundamental para o desenvolvimento do sentimento de pertença, para

um acompanhamento baseado numa rede de apoio, que potencia a interajuda, o desenvolvimento da empatia e um possível meio de transferência dos processos externos à sessão, para o interior da mesma. O grupo permite ainda, a criação de um espaço dentro do mesmo para cada um dos indivíduos, assim como, o desenvolvimento de competências emocionais associadas à dinâmica cooperativa, construtiva e reflexiva do mesmo (Veiga Moutinho, 2012). Por outro lado, a intervenção individual, permite trabalhar objetivos mais específicos do indivíduo, tendo em atenção as suas maiores necessidades, podendo ser realizada como uma preparação para a inserção num grupo.

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

#### 3.1. Caracterização da Instituição

A unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência, local onde foi desenvolvido o presente estágio, compreende uma população alvo constituída por crianças e jovens, dos 7 aos 18 anos, que apresentem sinais de sofrimento psicoafetivo ou em fase prodrômica com graves repercussões ao nível da sua autonomia e inserção social, obedecendo a alguns critérios de inclusão como: perturbações depressivas, perturbações de ansiedade, dificuldades de socialização ou absentismo escolar.

A urgência de fornecer apoios a esta população tem na sua base a grande vulnerabilidade e risco de descompensação psiquiátrica característicos da mesma. Como tal, foram definidos objetivos principais, como: a promoção da autonomia e individuação; a capacitação para resolução de conflitos e problemas do quotidiano; o treino de competências sociais e a facilitação de reintegração nos diferentes sistemas de vida do jovem, trabalhando em conjunto com as famílias dentro de um *setting* terapêutico, dinamizados por uma equipa multidisciplinar composta por: Pedopsiquiatra, Enfermeiro, Psicomotricista, Musicoterapeuta, Psicólogos e Assistente Social.

Para além disso, é ainda esperado que esta Unidade seja articulada com outras infraestruturas, entre elas, a sua respetiva Administração Regional de Saúde.

O Hospital de Dia (HD) tem ainda o intuito de fornecer aos jovens os mecanismos necessários para uma boa passagem pelo secundário, nunca deixando de parte, o que é intrínseco ao diagnóstico de cada adolescente. Para tal, o HD integra os seguintes serviços:

- *Psicomotricidade*: onde através de atividades psicomotoras e expressivas ocorre a construção de uma consciencialização corporal e técnicas de relaxação. Promovendo uma perceção adequada da imagem corporal de cada um, bem como, a liberdade de expressão e libertação corporal, dentro de um espaço securizante;
- *Expressão Psicodramática*: passa por colocar em cena episódios que permitam aos jovens ver o seu “espelho” e o explorem;
- *Atelier Criativo/Arteterapia*: com a mediação de materiais e através de atividades criativas, há a promoção da comunicação e expressão dos afetos. Permite a chegada ao imaginário e fomenta a materialização das emoções, assim como a sua externalização;

- *Musicoterapia*: onde a música é o elemento transitório que facilita e assegura o retorno ao ambiente emocional definida por Winnicott, permitindo a reestruturação da sua identidade em relação ao outro;
- *Psicopedagogia*: potencializa um encontro perante o adolescente e as suas dificuldades;
- *Atelier Sociocultural*: favorece a discussão de temas atuais e a curiosidade e atitude pró-ativa nas atividades socioculturais;
- *Grupo de Pais*: estimula uma parentalidade consciente das dificuldades dos seus educandos, melhorando a coesão e flexibilidade na dinâmica familiar, através de partilhar das suas próprias perspetivas.

### 3.2. Caracterização da População

O desenvolvimento humano é caracterizado por períodos críticos que se traduzem em mudanças e transformações do indivíduo, seja ao nível físico, psicológico ou social, moldando-o perante uma nova realidade. Considera-se infância o período de crescimento desde o nascimento até à fase da puberdade, onde ocorrem grandes mudanças, como o início da fala, do andar, correr ou mesmo da criação de vínculos afetivos. A infância é vista como a maturação da criança, num processo contínuo e permanente que necessita de bases sólidas para que ocorra dentro de um parâmetro dito “normal”. Este período pode ser dividido em diferentes etapas tendo em conta o nível de maturação da criança e o que é esperado alcançar com determinada idade; sendo assim, considera-se a primeira infância (0-3 anos), o período pré-escolar (3-6 anos) e o período escolar (7-11 anos) (Cancian et al., 2019; Papalia et al., 2006).

A Adolescência, acompanhada da puberdade, é definida como sendo um período crítico do desenvolvimento humano, e conseqüentemente de inúmeras mudanças ao nível psicológico, emocional e, principalmente, físico. Nesta fase o adolescente vive sentimentos contraditórios em relação ao “corpo novo” e ao “novo eu” e há uma grande necessidade de procura pela sua própria identidade, autonomia e independência (Papalia et al., 2006; Winnicott, 1960).

Visto de uma perspetiva geral, esta fase do desenvolvimento humano dá início a um percurso, o qual não se conhece o destino, é uma fase em que a grande libertação de hormonas implica a transformação de um novo corpo quer ao nível sexual, quer ao nível das atitudes praticadas. Durante a adolescência, a transformação do corpo é um processo

relativamente rápido, ao passo que, a maturação cerebral é um processo mais lento, com maior necessidade de trabalho e atenção. Posto isto, a adolescência funciona como uma descoberta pessoal inerente a todos/todas, mas que causa um sofrimento extremo durante a sua passagem e, que por vezes deixa marcas associadas a perturbações do foro mental (Marcelli & Braconnier, 2016).

No contexto hospitalar onde o estágio decorreu, a população atendida compreende idades que englobam a infância e a adolescência, pelo que, ao nível da psicopatologia destacam-se problemáticas relacionadas com a depressão e a definição da personalidade.

Ao longo da infância, podem ser perceptíveis alguns sintomas depressivos, no entanto, é importante realçar que, num dado momento, esses sintomas podem ser considerados patológicos, como por exemplo: humor disfórico, autodepreciação, comportamentos agressivos, perturbação do sono, alteração do rendimento escolar, diminuição da socialização, queixas somáticas, perda de motivação ou modificação dos comportamentos alimentares, que permanecem até à adolescência, onde há uma maior vulnerabilidade neurobiológica, tendo em conta as mudanças inerentes a este período do desenvolvimento, e são demonstradas de uma forma muito semelhante – com preocupações ao nível da imagem corporal, dores corporais que se vão intensificando ou comportamentos agressivos. Todas estas evidências dão suporte a um possível diagnóstico para a perturbação depressiva, em correlação com a história de vida de cada elemento (Marcelli & Braconnier, 2016; Marcelli & Cohen, 2011).

Relativamente aos estados-limites (podem ser indicadores de *Borderline*), estes têm semelhanças entre alguns fatores da adolescência e, por vezes, podem ser difíceis de distinguir, como por exemplo: a existência de mecanismos de defesa próprios da adolescência, onde o adolescente tenta ao máximo preservar as imagens parentais conforme as presenciou durante a infância; a oscilação nas questões relacionadas com a criação de identidade; e, por fim, a tolerância ou intolerância às frustrações provocadas pela construção e adaptação ao seu novo corpo (Marcelli & Braconnier, 2016).

Desta forma, as crianças e jovens acompanhados poderão apresentar uma postura relativamente aos outros da seguinte forma: no que respeita às relações emocionais e à atividade, um nível sub-relacionado é tido em conta, já que, estão associadas a relações com um contacto apático, inibido, imparcial, recusado, inacessível e muito formal, que estará evidenciado na forma como se movem, ou seja, ligeiramente passivos. Relativamente à autoconfiança, por vezes, poderão apresentar sinais ligeiros de pouca autoconfiança e de sobre relaxamento no que toca à relaxação, dado que o adolescente

mostra uma tensão muscular diminuída com uma postura apática. No que concerne o controlo do movimento, por norma é ligeiramente descontrolado, com uma atenção focalizada ligeiramente não envolvida – os movimentos são desconcentrados e desinteressados, parecendo que o adolescente permanece com os seus pensamentos – ou seja, uma expressividade do movimento apático e monótono. Por fim, a comunicação verbal é feita através do essencial para manter um diálogo coerente, sem muita informação e por isso ligeiramente não comunicativo; para além disso a regulação social revela-se um pouco com falta de regras (American Psychiatric Association, 2014; Van Coppenolle et al., 1989).

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

### 4.1. Descrição das Atividades de Estágio

#### 4.1.1. Aspetos Gerais das Atividades

O estágio curricular foi desenvolvido no âmbito da integração da terapia psicomotora num serviço de saúde mental infantojuvenil e teve como principais objetivos: enquadrar a prática psicomotora e os seus benefícios num serviço associado à Saúde Mental; analisar e descrever os casos que poderão ser encaminhados para a Terapia Psicomotora; explorar e contextualizar a intervenção psicomotora implementada em casos individuais, bem como em grupos terapêuticos direcionados para a população adolescente abrangida pelo serviço de ambulatório; analisar os efeitos da intervenção psicomotora aplicada em dois estudos de casos individuais com experimentação individual; compreender a conveniência da implementação de serviços da Psicomotricidade no Hospital de Dia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, em contexto hospitalar; e, enumerar, descrever e redigir as tarefas e atividades executados, como Psicomotricistas, no decorrer do Estágio.

Posto isto, no contexto apresentado foi possível desenvolver atividades como a avaliação psicomotora, o perfil intraindividual de cada caso acompanhado e o respetivo plano terapêutico. Foram ainda proporcionadas diferentes atividades complementares ao estágio desenvolvido, como a oportunidade de participar nas reuniões de equipa, semanais, assim como, a experiência de compreender como funcionam as diferentes terapias oferecidas pelo hospital.

#### 4.1.2. Calendarização e Horário

O estágio curricular teve início a 11 de outubro de 2021 e terminou a 30 de junho de 2022. O cronograma apresentado de seguida transpõe a calendarização das atividades realizadas no decorrer do mesmo.

**Tabela 1 - Calendarização das Atividades Realizadas**

Atividades realizadas	2021					2022							
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.
Integração na equipa													
Avaliações Iniciais													
Intervenção Psicomotora													
Avaliações Finais													
Reuniões Clínicas													
R.E.	Redação do R.E.												
	Revisão geral												

No que diz respeito à elaboração do horário semanal das atividades de estágio, este foi elaborado tendo em conta todos os acompanhamentos, quer em formato de grupo, quer em formato individual. Salienta-se que o grupo 1 e o grupo 2 tiveram início a 12 de outubro de 2021, o grupo 3 a 16 de fevereiro de 2022, o caso individual<sup>1</sup> a 16 de fevereiro de 2022, o caso individual<sup>2</sup> a 2 de dezembro de 2022 e o atelier criativo a 13 de outubro de 2021 e as sessões do projeto +Contigo foram dinamizadas nos dias 13 e 19 de janeiro, 24 de fevereiro, 10 e 31 de março, 19 e 21 de abril e 19 de maio do ano 2022.

**Tabela 2 - Horário Semanal do Estágio**

Hora	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
9:00 – 9:30		Sessão Psicomotricidade (Grupo 1)		Dinamização do Projeto +Contigo
9:30 – 10:00				
10:00 – 10:15				
10:15 – 10:30		Atividades Complementares de Estágio	Sessão Psicomotricidade (Grupo 3)	
10:30 – 11:00			Atividades Complementares de Estágio	
11:00 – 11:15				
11:15 – 12:00				
12:00 – 13:00		ALMOÇO	ALMOÇO	
13:00 – 13:30				
13:30 – 14:00	Reunião Clínica	Atividades Complementares de Estágio	Atividades Complementares de Estágio	
14:00 – 15:00				
15:00 – 15:30		Sessão Psicomotricidade (Grupo 2)	Atelier Criativo	Sessão Psicomotricidade (Individual <sup>2</sup> )
15:30 – 16:00				
16:00 – 16:15				
16:15 – 16:30			Sessão Psicomotricidade (Individual <sup>1</sup> )	
16:30 – 17:00				

Inicialmente, as sessões de psicomotricidade eram dinamizadas com um terapeuta, um coterapeuta e um observador, mudando consoante o grupo em sessão, no

entanto, os/as jovens acompanhados/as demonstraram a vontade de que todos/todas fossem integrados nas atividades pelo que, as sessões, começaram a ser dinamizadas com um terapeuta e dois coterapeutas. Do início de outubro ao final de novembro de 2021, a orientadora no local de estágio fez o papel de terapeuta, enquanto as estagiárias foram coterapeutas e, a partir de dezembro de 2021, cada estagiária começou a ser terapeuta num dos grupos. Relativamente aos casos individuais, as intervenções só começaram em janeiro e fevereiro de 2022.

#### 4.2. Experiências Complementares de Estágio

No decorrer do estágio curricular, para além das atividades intrínsecas ao mesmo, foram realizadas atividades complementares no sentido de contribuir para o bom funcionamento do mesmo e formação pessoal da estagiária.

➤ **Reunião clínica na unidade de pedopsiquiatria:** realizada no dia 28 de março de 2022, esta reunião teve como objetivo a discussão dos casos mais preocupantes ao nível da pedopsiquiatria abrangida pelo hospital, englobando os pedopsiquiatras do serviço, gestores de caso e outros profissionais que estejam a acompanhar o mesmo, como psicomotricistas e enfermeiras.

➤ **Reuniões de equipa:** As reuniões clínicas realizaram-se todas as segundas-feiras ao longo do ano letivo 2021/2022, onde compareceram todos os membros da equipa do HD, salvo raras exceções. No total foram realizadas 27 reuniões, onde foram discutidos assuntos internos da unidade e por conseguinte discutidos e analisados os casos apresentados pela equipa.

➤ **Atelier criativo:** Teve início a 13 de outubro de 2021 e permitiu às estagiárias que se integrassem num grupo para além das sessões de psicomotricidade. Os objetivos deste atelier são o treino da criatividade, promoção das competências sociais, autoestima, autoconceito e introspeção através de materiais expressivos como tintas, representações teatrais, desenhos, barro, como forma de mediação. Neste atelier o mais importante é o processo de representação e não o produto final.

➤ **Musicoterapia:** foi dada a possibilidade de a estagiária de psicomotricidade assistir a uma sessão de musicoterapia dinamizada no hospital, por um musicoterapeuta e um estagiário de musicoterapia. Estes recorrem a instrumentos musicais como objetos mediadores da sua sessão por ação da sua utilização em contacto com o corpo. Os adolescentes foram previamente avisados e a sessão realizou-se no dia 12 de maio de 2022.

➤ **Atelier Criar e Imaginar:** dentro do contexto terapêutico, foi desenvolvido um grupo mediado pelas estagiárias de animação sociocultural em conjunto com a professora de educação especial, por forma a proporcionarem aos adolescentes vivências experienciadas através das artes plásticas, tendo em conta as suas problemáticas do dia-a-dia; sendo assim, a estagiária teve a oportunidade de assistir a uma sessão deste atelier, no dia 02 de junho de 2022.

➤ **Grupo de pais:** Foi dada a oportunidade de as estagiárias estarem presentes numa sessão de grupo de pais no dia 9 de março de 2022, com o intuito de compreenderem a dinâmica do mesmo. No dia 15 de março de 2022, as estagiárias dinamizaram uma sessão de Psicomotricidade com este grupo, por forma a oferecer aos pais uma visão do que os seus filhos têm como terapia, assim como, proporcionar um momento em que o “cuidador também é cuidado”.

➤ **Formações adicionais:** No decorrer do período do estágio houve a oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, sendo assim, a estagiária participou nas seguintes formações: 15<sup>a</sup> PsicoMotriTalk “Pela saúde mental das nossas crianças e jovens”- 20 de outubro de 2021; Webinar CRIAP “Psicopatologia da Criança e do Adolescente” – 13 janeiro de 2022; Congresso de Reabilitação Psicomotora – 13 de janeiro de 2022; Projeto Mais Contigo: 1º Encontro Mais Contigo da região de Lisboa – 19 de janeiro de 2022; II Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo – 20 e 21 de janeiro de 2022; Formação “Controlo da Agitação em Consulta Externa e Tranquilização em Contexto de Urgência” – 16 de março de 2022; Formação de Psicanálise Institucional – 28 de março de 2022; Webinar “Autogestão da Criança e a sua Promoção em Tempos de Covid” – 7 de abril de 2022; Formação +CONTIGO – 2, 3 e 4 de maio de 2022; Webinar “A agressão sexual contra crianças e adolescentes: fatores explicativos e tipologia de agressores” – 6 de junho de 2022.

➤ **Reuniões de tutoria:** ao longo do tempo de estágio foram realizadas três reuniões dinamizadas pelo pedopsiquiatra do HD, por forma a elucidar a estagiária relativamente aos marcos do desenvolvimento da típicos da adolescência, à relação entre adolescente e figura parental e às perturbações com fase prodrómica e desenvolvimento na adolescência. Estas foram realizadas nos dias 25 de novembro, 4 de janeiro e 24 de junho.

➤ **Reunião de intervenção:** dinamizada por um enfermeiro, no dia 20 de junho de 2022; esta foi realizada num contexto de sociodrama com o intuito de trabalharmos o

desenvolvimento pessoal, para melhoramos as nossas competências enquanto terapeutas e equipa multidisciplinar.

➤ **Triagens:** estas são realizadas pela equipa multidisciplinar e refere-se ao momento que permite a recolha de dados que preencham os critérios de elegibilidade para o HD ou acompanhamentos individuais. A estagiária teve a oportunidade de participar em triagens para o HD nos dias 14 de janeiro e 1 de fevereiro.

➤ **Projetos:** foi proposto às estagiárias de psicomotricidade que desenvolvessem dois projetos com vista à empregabilidade das mesmas no serviço que abrangem. Os projetos centram-se na pediatria do hospital, e na possibilidade de parceria entre hospital e escolas do agrupamento abrangente ao hospital. Posto isto, a apresentação do primeiro projeto realizou-se no dia 13 de abril de 2022, onde foram aprovadas três sessões piloto para demonstrar o trabalho do Psicomotricista num serviço de pediatria. Estas foram realizadas nos dias: 27 de maio de 2022, 9 e 22 de junho de 2022, sendo destinadas às crianças, pais e crianças e profissionais de saúde da pediatria, respetivamente. Posto isto, foi ainda proporcionada uma sessão, no dia 28 de junho de 2022 no HD para os profissionais de saúde.

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

No contexto hospitalar apresentado, os encaminhamentos para acompanhamento em psicomotricidade são realizados pelos pedopsiquiatras, afetos ao serviço, assim como psicóloga do hospital. Por norma, os candidatos a acompanhamento, através do HD e, por isso, a intervenção de grupo, são triados pela equipa de enfermagem, havendo a possibilidade de estar presente também a psicomotricista. Nesta triagem, são excluídos jovens que cumpram pelo menos um dos critérios de exclusão: perturbações de comportamento graves com agressividade, ideação suicidária estruturada, patologia dual, défice cognitivo moderado e grave, perturbação psicótica não estabilizada, perturbação do espectro do autismo e falta de motivação. Relativamente a casos individuais, são encaminhados pelos mesmos elementos e é feita a entrevista psicomotora que consiste em fazer o registo da anamnese, tendo em conta o motivo de encaminhamento e as principais áreas de necessidade.

Posteriormente, para ambos os casos, é realizada uma avaliação inicial, utilizando instrumentos de avaliação que possam colocar em evidência as áreas de maior necessidade de trabalho, é estruturado um perfil intraindividual para cada elemento, e dá-se início à intervenção psicomotora.

O HD contém diversas salas de atividades polivalentes disponíveis para os grupos e casos individuais. Por norma, tanto as sessões em grupo como as individuais são realizadas uma vez por semana, num período de 75 e 45 minutos, respetivamente. Os espaços disponíveis são amplos na maioria das salas, sendo que o material necessário às sessões encontra-se numa arrecadação. De entre os materiais disponíveis existem: bolas, arcos, rolos de espuma, bastões de madeira, colchões de diferentes tamanhos, almofadas geométricas, entre outros.

As sessões de psicomotricidade iniciam-se desde o momento em que o psicomotricista encontra o/a jovem na sala de espera e prolongam-se até ao final da sessão – no caso dos acompanhamentos feitos em grupo, os/as adolescentes têm a oportunidade de serem encaminhados para a sala de espera criada para eles/elas, podendo ler, jogar jogos de tabuleiro, conversar, ouvir música e desenhar, enquanto esperam pela sessão. Posto isto, as sessões seguem a seguinte estrutura: diálogo inicial, onde os elementos têm a oportunidade de falar à cerca da sua semana, preocupações, momentos marcantes, entre outros; uma atividade de ativação geral, que inclui mais movimento para ativar o seu corpo e potenciar a predisposição para a sessão; uma parte fundamental, onde são realizadas atividades com objetivos mais detalhados, tendo em conta a problemática do indivíduo, trabalhando mais aprofundadamente no plano terapêutico desenvolvido; uma atividade de retorno à calma, por forma a que os elementos voltem a um estado eutónico, para regular o corpo depois de uma sessão; e, por último, o diálogo final, onde se faz um apanhado de toda a sessão, dando a possibilidade de exporem as maiores dificuldades e facilidades.

#### 4.4. Etapas de Intervenção

As etapas da intervenção psicomotora implicam um conjunto de tarefas, como a entrevista, a observação formal e a informal, que irão resultar num produto final, a avaliação psicomotora, ou diagnóstico psicomotor. Este engloba todas as componentes do indivíduo, seja psíquica, física ou afetivamente, num processo que tem em conta o movimento do gesto em correlação com o contexto relacional e o tipo de discurso inerente ao mesmo. Para além disso, esta avaliação é essencial para que o psicomotricista defina a personalidade psicomotora das crianças e jovens acompanhados em Psicomotricidade e determine o tipo de intervenção que irá oferecer tendo em conta as características dos mesmos (Fernandes & Filho, 2012; Figueira & Freitas, 2017).

De seguida, serão descritas as etapas de intervenção psicomotora que, com base em elementos objetivos (entrevista e observação formal) e subjetivos (observação informal), permitem examinar as competências expressivo-relacionais e as competências espontâneas e dinâmicas, respetivamente, bem como, analisar as funções motoras, afetivas, cognitivas e relacionais (Figueira & Freitas, 2017).

#### 4.4.1. Entrevista

Num primeiro contacto entre o psicomotricista e o indivíduo é realizada uma entrevista informal com o intuito de recolher dados, não só através da observação direta, mas também através de questões semiestruturadas. Por norma é preenchida uma ficha de anamnese com os dados fornecidos e, em conjunto com a observação direta e os principais motivos de encaminhamento ou dificuldades, é delineado o método de avaliação (Costa, 2008; Figueira & Freitas, 2017; Maximiano, 2004).

Por si só, a anamnese é um conceito utilizado para abordar diferentes informações sobre a história de vida do indivíduo, englobando a sua conceção e o momento da vida atual do mesmo. Esta permite que seja elaborada uma linha cronológica de acontecimentos que podem estar na origem de algumas perturbações, traumas ou falhas nos marcos de desenvolvimento. Para além disso, é essencial para compreender as características do ambiente onde o indivíduo se insere, quer familiar, quer social, e também ter uma perceção do indivíduo sobre si próprio (Figueira & Freitas, 2017; Tavares et al., 2020).

De um ponto de vista mais abrangente, a anamnese é um instrumento fundamental para a formulação de um diagnóstico psicomotor, colocando em evidência alguns aspetos fulcrais para a compreensão psicomotora do indivíduo – como por exemplo, a falta de um ambiente estimulante ou um ambiente superprotetor. Assim, a entrevista é única e permite criar a primeira impressão, não só dos pais/tutores/indivíduo para com o psicomotricista, como o contrário, permitindo-lhe recolher dados que façam parte dos processos cognitivos, de aprendizagem e afetivos que acompanham o desenvolvimento do indivíduo (Costa, 2008, 2017; Tavares et al., 2020).

#### 4.4.2. Observação Informal

A Psicomotricidade pretende encarar o indivíduo como um ser holístico, olhando-o através e por todas as suas características. A intervenção psicomotora pressupõe uma observação informal que é realizada não só num primeiro contacto com o sujeito, como constantemente ao longo da mesma. Por outras palavras, esta observação implica a possibilidade de criação de um espaço seguro para a escuta de um corpo, tendo em conta

todas as suas manifestações conscientes e inconscientes expressas por um tónus proporcionado por gestos, movimentos e formas de brincar (Fernandes et al., 2018).

Durante a observação informal, o psicomotricista direciona o seu olhar para a faceta psíquica dos movimentos executados pelo observado; ou seja, para o que é representado, elaborado, integrado, programado e regulado pelo mesmo considerando a atividade e não o nível de execução e rendimento despendidos para a realização da mesma. Para além disso, é fundamental que o psicomotricista promova um espaço que permita o desenvolvimento da relação terapêutica, com recurso a mediadores de carácter lúdico e adaptados aos interesses e motivações da criança ou jovem observado. Esta relação terá na sua base a empatia, a compreensão e a sintonia afetiva e, possibilitara uma libertação no que concerne à expressão da criança ou jovem (Figueira & Freitas, 2017; Rodríguez & Linares, 2008).

Este tipo de observação exige apenas que o observado esteja disponível para fazer o que quiser, enquanto o psicomotricista é também o que ele quer, é integrador da brincadeira, é apenas observador, ou é um ajudante para que, no caso de ser uma criança, esta atinja o seu objetivo. Enquanto isso, o psicomotricista observa a orientação do gesto, a sua intenção, o que é que o observado realiza para chegar ao produto final, a sua capacidade de ser assertivo, os seus equilíbrios, orientação e organização espacial e temporal, o discurso, a expressão, o olhar e essencialmente a espontaneidade dos seus movimentos. Ao longo desta observação, o psicomotricista pode ir preenchendo um “lista” mental, dando um significado ao que está a ver. De um modo geral, a verificar a conclusão dos fatores psicomotores em correlação com os processos afetivos (Costa, 2008; Rodríguez & Linares, 2008).

#### 4.4.3. Observação Formal

Com o intuito da intervenção psicomotora ser moldada e desenvolvida consoante as necessidades do indivíduo, para além das etapas relativas à entrevista e à observação informal, existe ainda a componente formal que maioritariamente é conseguida através da implementação de uma bateria de testes que, em conjunto com o recolhido anteriormente, permite desenvolver um diagnóstico psicomotor mais completo. Desta forma, é a Psicomotricidade que é adaptada às características do sujeito e não o contrário, tendo em conta os riscos da intervenção e sem colocar em causa uma intervenção multidisciplinar e os resultados dos demais profissionais (Fernandes & Filho, 2012).

Em parte, a observação formal deverá consistir na implementação de testes fiáveis e que coloquem em evidencia os sintomas que são necessários interpretar, focando nas

dificuldades do indivíduo, sem nunca colocar de parte as suas competências. Funciona como um recolher das áreas fortes, intermédias e de necessidade (fracas), possibilitando o desenvolvimento de um perfil intra individual para cada utente (Fernandes & Filho, 2012).

Após todos os dados serem recolhidos e, uma vez que, por norma, a observação formal é a última etapa de recolha de dados, antes da intervenção propriamente dita, é necessário que todas as informações sejam conjugadas por meio de uma transposição dos resultados qualitativos, obtidos por meio da observação informal, e quantitativos, obtidos através da entrevista e da observação formal, para uma análise baseada numa abordagem psiconeurológica que tem em conta os fatores psicomotores (Fonseca, 2007).

#### 4.5. Descrição dos Instrumentos de Avaliação

De acordo com o descrito anteriormente, os instrumentos de avaliação são selecionados tendo em conta as características da criança ou jovem, assim como, as dificuldades que o psicomotricista quer colocar em evidência. Estes instrumentos são essenciais na recolha de informações e têm um papel fundamental na proposta de intervenção que virá descrita no Relatório de Avaliação Psicomotora (Figueira & Freitas, 2017).

##### 4.5.1. Grelha de Observação Psicomotora (adaptada)

A Grelha de Observação Psicomotora (GOP) utilizada no decorrer do estágio, é uma versão adaptada da grelha original construída pelo Prof. João Costa. Esta grelha é um instrumento de suporte ao observador, já que fornece alguns aspetos chave a ter em consideração durante a observação da criança, sem esquecer o contexto espontâneo da sessão (Costa, 2017).

Esta tem em conta os fatores psicomotores e a forma como estes são manifestados pela criança, assim como a coerência do seu discurso, aspetos mais relacionados com a cognição e a afetividade. A sua autoestima, imagem corporal, comportamento não-verbal, capacidade de agir e ser em determinado contexto, a qualidade da utilização dos materiais que estão dispostos e, sobretudo, a forma como interage e se relaciona com o terapeuta, são dimensões expostas na grelha e que serão um grande apoio para o observador aquando da análise do perfil psicomotor da criança (Costa, 2017).

Para além disso, a grelha não tem um tempo estipulado para a sua aplicação, podendo ser alterada consoante as primeiras sessões com a criança, tendo em conta o primeiro contacto com o terapeuta. Os dados recolhidos são qualitativos e a cada

comportamento observado, o terapeuta deve colocar um “X”, no local, onde o mesmo se verifica (Costa, 2017).

#### 4.5.2. Draw a Person

O *Draw a Person (DAP)* é um instrumento de avaliação que está relacionado com o desenho da figura humana e pode ser aplicado a crianças, adolescentes e, em alguns casos, a adultos. O objetivo principal deste teste é compreender como é que o utente em questão percebe as pessoas que o rodeiam, nomeadamente a sua família e a forma como se vê a ele próprio e outras capacidades cognitivas e interpessoais relevantes para a definição dos objetivos terapêuticos (Elmon Musa Mpangane, 2015).

O DAP tem como principais tarefas a realização de 3 desenhos da figura humana (homem, mulher e próprio), que não carecem de habilidade artística. É um teste de carácter não verbal e, por isso, pode ser aplicado a uma vasta população, desde crianças com atraso na desenvolvimento mental, ou até mesmo indivíduos com deficiência auditiva (Naglieri, 1988).

A sua aplicação tem uma duração de aproximadamente 15 minutos, uma vez que, são disponibilizados 5 minutos para a realização de cada desenho e a sua cotação é realizada da seguinte forma: cada desenho tem que preencher no máximo 14 itens (braços, ligações, vestuário, orelhas, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz e tronco), perfazendo uma pontuação total de 64 pontos; cada item pode ser cotado de acordo com (a) presença, (b) detalhe, (c) proporção e (d) bónus (quando as três anteriores foram todas preenchidas) da parte do corpo em questão (Naglieri, 1988).

Após a sua devida cotação, tendo em conta todos os detalhes que são representados no desenho, através do recurso a tabelas normativas, este teste permite compreender em que posição se encontram os desenhos para a idade do utente, numa variação entre: deficitário para a idade, até muito superior para a idade (Elmon Musa Mpangane, 2015).

#### 4.5.3. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Obseretsky

O *The Bruininks-Obseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2)* é um teste que utiliza atividades guiadas por objetivos relacionados com as capacidades motoras por forma a identificar um estado do desenvolvimento e capacidades associadas ao controlo motor fino e grosso, podendo ser aplicado em indivíduos entre os 4 e os 21 anos. Este instrumento, na sua forma mais breve, é composto por 12 tarefas e, engloba

subtestes direcionados para a precisão motora fina, destreza manual, coordenação bilateral, equilíbrio, agilidade e velocidade, coordenação motora dos membros superiores e, força (Bruininks & Bruininks, 2010).

A estrutura da bateria coloca em primeiro lugar as tarefas que envolvem papel e caneta e só depois, as atividades que envolvem esforço físico. Isto deve-se ao facto de as primeiras não poderem ser influenciadas pela fadiga, gerada pelas segundas (Bruininks & Bruininks, 2010).

A sua aplicação tem um tempo estipulado entre os 15 a 20 minutos, sendo que, essencialmente é representada na sua forma mais breve como instrumento adicional a uma avaliação motora, permitindo o acesso à função motora mais geral (Bruininks & Bruininks, 2010).

#### 4.5.4. Questionário de Capacidades e Dificuldades

O *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)* é um questionário utilizado como instrumento para a caracterização do comportamento, desenvolvido para ser aplicado a crianças e adolescentes que compreendam os 4 e os 16 anos de idade, contendo duas versões: pais/professores e autorrelato. Estas duas versões permitem ao avaliador recolher duas perspetivas à cerca do mesmo jovem, moldando assim a sua intervenção. Neste questionário são apresentados alguns pontos fortes e algumas dificuldades que podem estar associados às seguintes dimensões: problemas de comportamento, sintomas emocionais, hiperatividade, relações entre pares e comportamento pró-social (Goodman, 1997, 1999).

Ambas as versões do questionário são compostas por 25 questões, das quais 10 são consideradas pontos fortes, 14 relacionadas com possíveis dificuldades associadas ao jovem e à interação do mesmo com o seu envolvente e a sua família, e uma neutra. Cada questão pode ser respondida com: “não é verdade”, “é um pouco verdade” e “verdade”, sendo que, obtém as seguintes pontuações: 0, 1, 2, respetivamente, no entanto, as questões propostas em itálico são cotadas ao contrário: 2, 1, 0, respetivamente (Goodman, 1997, 1999).

A pontuação final é calculada da seguinte forma: para cada uma das dimensões é feita a soma de cada pontuação, perfazendo um total entre 0 e 10 pontos; depois as pontuações das dimensões da hiperatividade, sintomas emocionais, problemas de comportamento e problemas de pares são somadas e implicam um total entre 0 e 40 pontos. A pontuação da dimensão pró-social não é contabilizada (Goodman, 1997, 1999).

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

A *Escala de Autoconceito Piers-Harris Children's* (EAC) foi desenvolvida com o intuito de ser aplicada a crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 7 e os 18 anos, num contexto individual ou em grupos pequenos. Esta permite obter o nível de autoconceito do indivíduo e apresenta-se através do preenchimento de 60 questões que têm na sua base seis parâmetros: aspeto comportamental (AC), estatuto intelectual (EI), aparência e atributos físicos (AF), ansiedade (A), popularidade (P) e, satisfação e felicidade (SF) (Veiga, 2006).

A sua aplicação passa por uma construção prévia de ligação entre a criança e o terapeuta, por forma a que a influencia na resposta seja o mais natural possível, explicando a finalidade do questionário e o modo como esta o deve responder. Para cada item existe uma resposta padrão, através da dicotomia “SIM/NÃO”, e onde não existem respostas certas ou erradas. Se o indivíduo corresponder a essa resposta, esta é cotada com 1 ponto, caso contrário é cotada com 0 pontos. O questionário não tem um tempo de aplicação estipulado, dependendo apenas, do tempo que o indivíduo demora a responder a todas as questões (Veiga, 2006).

#### 4.5.6. The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy

A *The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy* (LOFOPT) é uma escala que permite identificar as características disruptivas da personalidade do indivíduo durante a sua participação em diversas atividades, através da observação dos seus comportamentos, em contexto de terapia tendo em conta as seguintes áreas: relações emocionais, autoconfiança, tipo de atividade, relaxação, controlo motor, concentração, expressão corporal, comunicação verbal e, capacidade de regulação social (Van Coppenolle et al., 1989).

Para cada uma das áreas foi definida uma escala de 7 pontos, cotados entre -3 a 3, onde um extremo representa um comportamento excessivamente perturbado e o outro extremo, um comportamento oposto, identicamente perturbado, respetivamente, sendo que, 0 corresponde a um comportamento não perturbado. Como forma de facilitar a sua cotação foram adicionadas descrições gerais das pontuações correspondentes ao -2 e +2, com exemplos dos comportamentos tipo destas classificações (Van Coppenolle et al., 1989).

Esta escala é por norma aplicada durante a sessão e está completamente dependente da observação do avaliador em relação aos comportamentos executados pelo avaliado num contexto de sessão de grupo.

#### 4.5.7. Torre de Londres

A Torre de Londres (TOL) é um teste que avalia a capacidade de planificação e resolução de problemas e, consiste em reproduzir o esquema apresentado numa imagem, com um número mínimo de passos necessários para mover as bolas até se chegar à posição alvo correspondente a essa imagem, partindo de um esquema inicial. Para tal, o indivíduo tem a oportunidade de realizar tentativas experimentais e, só depois, é que se inicia a avaliação e contagem de movimentos (Cruz et al., 2016).

A TOL é um teste que tem como materiais 3 esferas de dimensões idênticas, mas de cores diferentes (verde, vermelho e azul) que podem ser colocadas em 3 varas com diferentes alturas (1 – consegue abranger as três esferas; 2 – consegue abranger apenas duas esferas; 3 – consegue abranger apenas uma esfera). É importante salientar que, para além da restrição do movimento das esferas, o indivíduo só pode mover uma das esferas de cada vez; não pode ter nenhuma das esferas fora das varas (a não ser durante o movimento); após as três tentativas base, poderá ser dada ajuda, como forma de gratificação por ter conseguido realizar o teste (Cruz et al., 2016).

#### 4.5.8. Estátua de Nepsy

A *NEPSY-II* – é uma bateria neuropsicológica de multidomínios desenvolvida para avaliar as capacidades neurocognitivas em crianças e adolescentes, entre os 3 até aos 16 anos de idade. Esta bateria é composta por 32 subtestes que podem ser aplicados em separado, consoante a característica que se quiser colocar em evidencia, avaliando o funcionamento neuropsicológico das seguintes áreas: atenção e funcionamento executivo, língua, memória e aprendizagem, sensório-motor, perceção social e processamento visuoespacial (Brooks et al., 2009; Davis & Matthews, 2010).

A Estátua de *NEPSY-II* está inserida no domínio da atenção e funcionamento executivo e permite avaliar a inibição de respostas, monitorização e autorregulação, vigilância e processos de atenção seletiva e sustentada. É uma tarefa com duração de 75 segundos, onde é pedido ao adolescente que se mantenha imóvel – de pé, com as mãos na cintura e olhos fechado, enquanto são realizados certos estímulos auditivos, por forma a serem observadas as suas reações perante os mesmos (Brooks et al., 2009; Davis & Matthews, 2010).

#### 4.5.9. Bateria Psicomotora – Tonicidade e Estruturação Espaço-Temporal

A Bateria Psicomotora (BPM), de Vítor da Fonseca, é um conjunto de tarefas que integra os sete fatores psicomotores essenciais ao desenvolvimento humano, num contexto direcionado às três unidades funcionais e fundamentais do cérebro. Esta tem como objetivo determinar um perfil psicomotor através da tradução de dados

quantitativos em qualitativos, com recurso à sua significação psiconeurológica e pode ser aplicada entre os 4 e os 12 anos de idade. O fator Tonicidade está inserido na primeira unidade funcional e compreende a avaliação da extensibilidade, passividade, paratonia, diadococinésias e sincinesias. A importância da avaliação deste fator está relacionada com o facto de este ser essencial para o desenvolvimento dos restantes fatores, o que sugere que, possíveis lacunas na aquisição deste, poderão condicionar o bom funcionamento dos seguintes; para além disso, a sua aquisição ocorre desde o nascimento até aos 12 anos de idade. O fator Estruturação Espaço-Temporal que simboliza o processamento de informação, coordenação espaço-corpo e localização temporal é avaliado através de subtarefas relacionadas com a organização, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica (Fonseca, 2007).

#### 4.5.10. Estruturas Rítmicas de Stambak

As Estruturas Rítmicas de Stambak (ERS) foram propostas por Mira Stambak através do desenvolvimento de um teste que considerasse o ritmo motor espontâneo num dado intervalo de tempo para 21 batimentos, tendo em conta que as estruturas temporais são constituídas como rítmicas depois de dois intervalos curtos de tempo. Mira verificou que a estruturação não parece ser adquirida antes dos 6 anos de idade e a compreensão e a reprodução das suas estruturas envolvem um intelecto mais evoluído ao nível da estruturação temporal e percetivo-motora. Este teste engloba 3 provas seguindo diferentes parâmetros: prova I – tempo espontâneo, prova II – reprodução de estruturas rítmicas, prova III – compreensão do simbolismo e reprodução (Celtan, 2002; Pireyre, 2000; Puyjarinet, 2018).

### 4.6. Descrição dos Casos Acompanhados

#### 4.6.1. Individualmente

Durante o desenvolvimento do estágio, foram acompanhados em intervenção psicomotora individual dois casos com idades e problemáticas diferentes, uma vez por semana, com a duração de 45 minutos cada sessão. De seguida será descrito um dos casos individuais e, posteriormente, o caso em falta será tratado como estudo de caso I.

#### ✓ **RF**

O RF é um pré-adolescente com 13 anos, nascido em abril de 2009 que frequenta atualmente o 7º ano de escolaridade. O RF vem à consulta de psicomotricidade por encaminhamento do pedopsiquiatria devido ao facto de apresentar perturbação de ansiedade do tipo social, com dificuldades ao nível das funções executivas (desatenção e

diminuição na velocidade de processamento). Por forma a obter-se um perfil psicomotor e definir o plano terapêutico foram aplicados alguns instrumentos de avaliação. A GOP para registar o que foi observado durante as sessões iniciais, tendo em conta a espontaneidade do RF. O DAP para compreender a sua perceção ao nível da imagem corporal e o nível de desenvolvimento intelectual. A EAC para obter o nível de autoconceito do jovem. O BOT-2 para avaliar as capacidades motoras. A Estátua de Nepsy para avaliar a inibição dos estímulos, autorregulação, vigilância e atenção seletiva e sustentada. A TOL para compreender a capacidade de planificação e resolução dos problemas. O fator da Tonicidade da BPM para avaliar o grau de maturação neurológica. Relativamente aos resultados da avaliação inicial, ao nível da GOP salienta-se um contacto desadequado e evitante, o que se revelou num desafio para a construção da relação terapêutica; para o DAP apresentou-se numa categoria deficitária para a sua idade; na EAC revelou um autoconceito global ligeiramente acima da média, mesmo que as pontuações por dimensão se encontrem, na sua maioria, abaixo da média; no BOT-2, o RF, encontra-se abaixo da média, obtendo uma pontuação igual a 0 em pelo menos duas subtarefas; a Estátua de Nepsy revela-se um pouco acima da média com fraco controlo inibitório; na TOL apresenta uma boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; e, no fator tonicidade revela-se acima da média, com uma boa regulação do tónus e função motora adequada. Posto isto, foi delineada uma intervenção que tivesse por base os seguintes objetivos gerais: a tonicidade, o equilíbrio, a noção do corpo, as competências cognitivas, os estados emocionais, as competências sociais e o autoconceito. O tempo de intervenção foi de 4 meses e alguns dos objetivos não foram tratados, tendo seguimento com a nova psicomotricista. As sessões foram do tipo: diálogo inicial, atividade proposta pelo RF, atividade dirigida ao RF e diálogo final. Denota-se que o RF teve uma progressão satisfatória, primeiro com o desenvolvimento de uma relação terapêutica com cumplicidade que permitiu ao RF abordar alguns temas que o preocupavam mais; e, segundo, ao nível do equilíbrio e da noção do corpo, sendo capaz de realizar trajetos com poucas reequilibrações, assim como identificar as partes do corpo em si e no outro, com recurso à utilização do jogo simbólico para esse efeito. Ao longo da intervenção foram observados alguns movimentos estereotipados e algumas descargas de energia (atirar os objetos para longe e com muita força), revelando-se elementos a trabalhar. Relativamente às avaliações finais, realça-se que o RF esteve pouco colaborante, pelo que a Estátua de Nepsy foi realizada com máscara, a tarefa de tocar no nariz do BOT-2 não foi aplicada e a tonicidade da BPM não foi aplicada na sua totalidade.

No que concerne à restante avaliação, os resultados foram os seguintes: para o DAP, EAC e BOT-2, encontra-se abaixo da média nos parâmetros avaliados, havendo algumas melhorias e regressões nas dimensões consideradas em cada teste; para a Estátua de Nepsy revela-se em cima da média, realçando uma melhoria no controlo inibitório; na TOL apesar da pontuação ser menor, do que na primeira aplicação, o RF revela uma boa capacidade de planeamento e resolução de problemas; por fim, na tonicidade foi apenas observado o parâmetro da extensibilidade, revelando-se numa categoria de nível 3 para membros superiores e inferiores. Posto isto, será importante reformular o plano terapêutico delineado inicialmente, por forma a desenvolver aspetos como: a regulação dos estados emocionais, a melhoria das competências sociais, algumas questões do equilíbrio e a promoção do autoconceito.

#### 4.6.2. Grupo

Tendo em conta o projeto do HD, os/as adolescentes selecionados provêm de casos previamente referenciados pela equipa de ambulatório ou por referenciação feita através das escolas, tendo em conta os critérios e objetivos definidos para a intervenção em contexto de HD. Na triagem é tida em consideração uma avaliação psicológica prévia, sendo definido o responsável clínico que os irá acompanhar em consulta.

Posto isto, foram formados dois grupos para a intervenção psicomotora que tiveram início a 12 de outubro de 2021; no total foram realizadas 31 sessões, com uma frequência semanal – terças-feiras (Grupo I – manhã e Grupo II - tarde), e uma duração de 75 minutos cada sessão. Posteriormente foi desenvolvido um par com o sentido de formar um novo grupo, no entanto, um dos elementos desistiu, pelo que o acompanhamento passou a individual; a frequência era semanal – quartas-feiras (Grupo III) e com uma duração de 75 minutos cada sessão. Os grupos contém problemáticas similares pelo que os objetivos terapêuticos delineados também são similares. De seguida é apresentada a caracterização dos grupos por elemento nas tabela 3, 4 e 5.

**Tabela 3** - Caracterização do Grupo I por elemento (anexo 1)

<b>Caso 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><b>Bárbara – 16 anos</b>  <b>Género feminino</b>                      Perturbação de Pânico e Fobia Social; personalidade maioritariamente esquizotípica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alguma dificuldade na partilha ideal 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><b>Bianca – 16 anos</b>  <b>Género 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>
<p><b>Tomás – 16 anos</b>  <b>Género 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 excessivo;</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> A avaliação é decorrente da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT).

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

O **grupo I** do HD iniciou-se em outubro de 2021, e terminou a intervenção em junho de 2022. A intervenção neste grupo começou por ser apenas com a Bárbara, dado que a Bianca não comparecia às sessões com regularidade e, o Tomás, apenas iniciou o grupo em janeiro de 2022. A relação terapêutica foi construída sem haver resistência por parte da Bárbara e a sua progressão terapêutica revelou-se favorável, com a diminuição dos sintomas fóbicos aquando do contacto com multidões, uma melhoria nas suas relações pessoais, quer com os/as amigos/amigas, quer com os pais (mesmo que no final da intervenção a relação com a mãe esteja mais débil) e um retorno à escola. Com a inserção do Tomás, foi visível que o acompanhamento individual da Bárbara foi essencial para que esta o aceitasse e o integrasse no grupo. Inicialmente, o Tomás, revelou alguns comportamentos desadequados, com a necessidade de imposição de regras e limites. Ao longo da intervenção, a Bárbara demonstrou ser um elemento essencial para a construção de uma relação terapêutica com o Tomás, no entanto, o contacto entre os dois era quase nulo. No final da intervenção destaca-se que a interação entre os dois elementos foi satisfatória e que ambos beneficiaram da presença um do outro durante a mesma. Relativamente à Bianca, as observações feitas são reduzidas, pelo que apenas se denota, em relação ao início da intervenção, uma maior disponibilidade para a realização das atividades e um humor mais estável.

**Tabela 4** - Caracterização do Grupo II (anexo 2)

<b>Caso 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>
<b>Gustavo – 16 anos</b> <b>Género masculino</b> Perturbação depressiva; funcionamento melancólico, comportamentos autolesivos e tentativa de suicídio.	<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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</li> </ul>	<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>

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Isabel – 15 anos</b> <b>Género 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>- Relação social apropriada.</li> </ul>	<p>- Não foi realizada dado que o elemento faltou no dia da avaliação.</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>
<p><b>Isadora – 16 anos</b> <b>Género feminino</b> Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>; internamento por 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>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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><b>João – 15 anos</b> <b>Género masculino</b> Elevado isolamento social; muito reservado; fase prodrómica psicótica de carácter esquizoide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muito reservado com postura inibida;</li> <li>- Interesse nas 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 hipertónico;</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>

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Leonor – 15 anos</b> <b>Género feminino</b> Sintomas de convulsão, irritabilidade, angústia, ansiedade e 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 hiperativo;</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><b>Margarida – 16 anos</b> <b>Género feminino</b> 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-relacionada;</li> <li>- Ligeiramente apática 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>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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>
<p><b>Núria – 14 anos</b> <b>Género feminino</b> Suspeita de Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>; 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> </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>

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Sandra – 15 anos</b>  <b>Género feminino</b>            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 com o 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicativa, por vezes, com verbalização excessiva e muito pormenorizada.</li> <li>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</li> </ul>	<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> A avaliação é decorrente da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT).

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

O **grupo II** do HD iniciou-se em outubro de 2021, e terminou a intervenção em junho de 2022. Inicialmente o grupo era constituído por oito elementos, no entanto, houve duas desistências (Gustavo e Isadora – os dois adolescentes são amigos fora do contexto hospitalar e o Gustavo era o suporte da Isadora nas sessões) e duas retiradas do grupo por mudanças no contexto escolar e familiar (Margarida e Sandra), pelo que foram acompanhados, com um seguimento mais assíduo, três jovens. Salienta-se que a Isabel permaneceu sempre no grupo, mas com uma frequência às sessões quase nula. Inicialmente a Leonor e a Núria funcionavam como díade, numa interação que quase não era direcionada ao grupo – a Núria mantinha um registo de preocupação para com o bem-estar da Leonor, por vezes respondia na sua vez e foi necessário impor alguns limites para que ambas se identificassem como pessoas individuais dentro do grupo. Esta relação manteve-se até ao final da intervenção com a melhoria significativa dos comportamentos em díade. Ambas começaram a interagir com os restantes elementos e a formar novas relações dentro do grupo,

sem deixarem a sua relação inicial. Relativamente ao João, a sua posição dentro do grupo foi como um observador, interagindo quando estritamente necessário e com o auxílio das psicomotricistas como mediadores de relação e diálogo. Inicialmente o João tinha dificuldades em expressar uma resposta imediata às questões realizadas, precisando de algum tempo para as interpretar e, no final da intervenção, este tempo de resposta diminuiu. Salienta-se que, aquando da presença do Gustavo, ambos funcionavam como elementos rivais, mas de suporte, um para com o outro e, com a retirada do Gustavo, o João teve uma quebra de relação com o grupo, posteriormente suportada pela Sandra. Num dado momento, o grupo funcionou com a existência de duas díades (Leonor – Núria e João – Sandra) que foram sendo desconstruídas ao longo do tempo de intervenção. A Margarida manteve um papel de coesão de grupo, lidando apropriadamente com todos os elementos – a sua retirada foi sentida pelo grupo, questionando a possibilidade do seu retorno.

**Tabela 5** - Caracterização do Grupo III

<b>Caso 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><b>LS – 15 anos</b> <b>Género masculino</b> Perturbação de hiperatividade e déficit de atenção; Perturbação de oposição e desafio; 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>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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>MM – 16 anos</b> <b>Género masculino</b> Problemas de comportamento; Imaturidade; 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> A avaliação é decorrente da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT).

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

O **grupo III** do HD iniciou-se no dia 2 de março de 2022 e terminou no dia 18 de maio de 2022. Desde a primeira sessão que foi visível a relação estabelecida entre os dois elementos, salientando-se que esta relação era quase imposta pelo MM, que requer, ao longo de toda a intervenção, a aprovação do LS e das terapeutas como forma de validação das suas ações. Por outro lado, o LS foi um elemento pouco assíduo, comparecendo num total de 4/10 sessões, sendo que participava apenas quando necessário. A sua saída provocou no MM alguns sentimentos de tristeza, dado que gostava da companhia do LS nas sessões. Apesar disso, o MM teve uma evolução satisfatória com resultados extra sessões, como por exemplo, ter maior autonomia, permitir que as pessoas que o rodeiam lhe deem votos de confiança, assim como, um comportamento mais adequado dentro do contexto familiar. Ao longo das sessões, o MM demonstrou-se sempre disponível na realização das atividades, sugerindo jogos novos e compreendendo os objetivos das atividades delineadas. Como a intervenção com este grupo se tornou uma intervenção individual, os objetivos foram adaptados às necessidades do MM. A intervenção terminou mais cedo do que os restantes grupos, dado que o MM iniciou estágio curricular e não houve compatibilidade para continuar com a mesma.

**Tabela 6** - Caracterização Geral dos Grupos

<b>Grupos</b>	<b>Características</b>
<b>Grupo I</b> Composto por três elementos: dois do sexo feminino e um do sexo masculino, com uma idade igual a dezasseis anos.	Através da avaliação inicial e do motivo de encaminhamento, a predominância da problemática está relacionada com perturbações de pânico e fobia social, personalidade esquizotípica, quadro depressivos, ansiedade e agitação psicomotora, assim como dificuldades no controlo de impulsos e na imposição de limites com recurso à violência.
<b>Grupo II</b> Composto por oito elementos: seis do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades compreendidas entre os catorze e os dezasseis anos.	Tendo em conta os motivos de encaminhamento e as avaliações realizadas no início do grupo, as características do grupo centram-se em quadros depressivos, comportamentos de estado limite com comportamentos autolesivos, carácter esquizoide, ansiedade, angústia, insónias e tendências suicidas.
<b>Grupo III</b> Composto por dois elementos do sexo masculino, com idades entre os quinze e os dezasseis anos.	Seguindo os motivos de encaminhamento e as avaliações realizadas, as características do grupo estão relacionadas com problemas de comportamento, imposição de limites, impulsividade e oposição.

Os objetivos terapêuticos do grupo I, II e III foram definidos consoante os dados recolhidos através da implementação de baterias de testes, assim como, da observação psicomotora inicial. De seguida, são apresentados os objetivos dos dois primeiros grupos; os objetivos do grupo III não foram realizadas por instabilidade do grupo, assim a intervenção psicomotora deste grupo teve em conta as dificuldades do MM e foi mais dirigida ao jovem.

**Tabela 7** - Objetivos de Intervenção do Projeto Terapêutico dos Grupos I e II

<b>Domínios</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<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.
	Promover a noção do corpo	- Estimular a consciência corporal através da simbolização e verbalização; - Compreender a noção de esquema corporal; - Melhorar a percepção da imagem corporal; - Adequar a expressão corporal.
	Melhorar a estruturação espaço-temporal	- Aumentar a capacidade de retenção e memorização de sequências; - Adequar a orientação espacial; - Melhorar a organização temporal.
<b>Sócioemocional</b>	Promover o autoconceito	- Aumentar a autoestima; - Aumentar os sentimentos de valorização.
	Promover a autorregulação comportamental	- Aumentar a tolerância à frustração.
	Regular os estados emocionais	- Identificar as próprias emoções e sentimentos; - Reconhecer emoções em si e no outro; - Expressar medos e preocupações.
	Desenvolver competências sociais.	- Estimular a capacidade de relação e interajuda entre o grupo; - Potenciar a partilha e coesão entre o grupo; - Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites; - Aumentar a capacidade de aceitação do desconhecido.
	Estimular a autonomia	- Aumentar a tomada de iniciativa.
<b>Cognitivo</b>	Melhorar a capacidade de atenção	- Aumentar a capacidade atencional; - Manter o foco de atenção nas atividades propostas.
	Estimular a memória	- Melhorar a memória de trabalho, curto e longo prazo.
	Promover a comunicação	- Melhorar a capacidade de organização e coerência do diálogo verbal.
	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> <b>Música, jogos, corpo, palavra, material (bolas, tintas...) e relaxação</b>		

## **Capítulo V – Apresentação dos Estudos de Caso**

### **5.1. Estudo de Caso I**

A Ana é uma criança com 8 anos e 2 meses, nascida em abril de 2014, que frequenta o 2º ano de escolaridade sem medidas de suporte ao ensino (artigo 54º).

#### **História Pessoal e Clínica**

A Ana é uma menina que nasceu em abril de 2014, tendo atualmente 8 anos. Ana foi fruto de uma gravidez que atingiu as 41 semanas, não havendo complicações durante o parto, apesar de ter sido provocado; a menina nasceu com um peso igual a 3,745 kg e um comprimento de 48 cm. Durante o primeiro ano de vida a sua alimentação foi

maioritariamente à base de leite de substituição materna, uma vez que a mãe preferiu não amamentar.

As primeiras palavras da Ana são descritas aos 3 anos e as primeiras frases aos 4 anos. Relativamente à sua qualidade de sono, a Ana, atualmente, consegue dormir bem após o diagnóstico de perturbação importante do sono e a inserção de medicação para o efeito, dado que, era recorrente ter terrores noturnos. Dorme sozinha desde os 3 anos, recorrendo a um peluche que poderá ter sido o seu objeto de transição. O seu padrão alimentar é descrito pela avó como excessivo, “come muito, diz que tem fome!” (sic). No que concerne o controlo dos esfíncteres, a informação recolhida aponta para o desfraldamento total apenas aos 5 anos, consistente com as restantes etapas do desenvolvimento que terão sido tardias.

Ao nível do seu contexto familiar, os seus primeiros anos de vida foram um pouco atribulados, uma vez que, viveu com a avó materna e com os pais até perfazer 3 anos de idade, num ambiente de violência doméstica entre os progenitores – houve um episódio onde foi apresentada uma queixa-crime e, que foi posteriormente levantada pela mãe da menina. Os pais da Ana têm historial de toxicodependência e, na sequência de abandono e possível tentativa de tráfico da menor, o Tribunal atribuiu a guarda da menina à avó materna da mesma. Para além deste contexto, a Ana evidencia baixa tolerância à frustração e há uma hiperprotecção por parte da avó para com a criança, contrariando as indicações do avô.

Na tentativa de manter o contacto com os pais, a menina questiona a avó pelos mesmos, principalmente, após sonhar com eles – torna-se mais irritável e reativa os seus sentimentos de angústia de abandono. Foi proposto que a Ana elaborasse desenhos para os pais, que posteriormente eram entregues pela avó, com a possibilidade de resposta supervisionada pela mesma.

Ao longo do processo, o pai tentou ver a Ana à saída da escola; a avó pediu uma nova audiência no Tribunal de Família e Menores por falta de compromisso dos pais para com a menor, quer ao nível das visitas, quer ao nível financeiro; a mediação das visitas começou a ser realizada por um técnico e não pela avó, já que, ambas as partes, se encontravam em rutura na relação.

Iniciou o infantário aos 4 anos e permaneceu até aos 5. Assim, os momentos mais relevantes, dentro do contexto escolar, onde foram visíveis as primeiras dificuldades tiveram início no 2º ano, pelo que, após avaliação psicológica, sugeriu-se um funcionamento cognitivo limítrofe com prejuízo ao nível das funções executivas

(memória de trabalho, atenção seletiva e organização perceptiva) tendo um impacto ao nível da capacidade de aprendizagem e coordenação psicomotora. O mesmo foi verificado pela Terapeuta da Fala, fazendo-se referência a uma possível Perturbação da Linguagem nos vários domínios linguísticos. Para além disso, estas dificuldades têm repercussões ao nível emocional da criança, uma vez que, indicia sentimentos de incompetência e baixa autoestima.

Por último, a Ana está medicada com valdispert, risperidal e rubifen, foi acompanhada em psicologia no centro de saúde, mas durante a intervenção em psicomotricidade, este acompanhamento, deixou de ser realizado por alta dada pela técnica após falta à consulta. É acompanhada em terapia da fala desde 2019.

No seguimento do acompanhamento individual em psicomotricidade, a Ana teve ainda a oportunidade de ser seguida em musicoterapia, criando um regime multidisciplinar. Inicialmente todo o processo foi realizado com sucesso, no entanto, após algumas sessões a Ana começou a evidenciar alguns sinais de frustração dentro das sessões de musicoterapia, pelo que, pedia para se ir embora, não se demonstrava disponível para a realização das tarefas propostas, chegando a sair da sessão sem permissão do musicoterapeuta ou aviso prévio. Posto isto, em equipa, compreendeu-se que vários motivos poderiam estar na origem destes comportamentos, como por exemplo: o terapeuta ser uma figura masculina, do qual a Ana não tem muita referência, mesmo vivendo com o avô e os tios com os quais a sua relação não é a melhor, ou seja, poderia estar a ocorrer uma transferência de angústias para o musicoterapeuta; para além disso, ponderou-se que as duas terapias seguidas constituíam um cansaço para a menina, pelo que, optou-se por ser feito um intervalo, com a proposta de um lanche entre psicomotricista, musicoterapeuta e criança. No entanto, após algumas tentativas, a Ana continuava com o mesmo comportamento, pelo que, a avó também passou a juntar-se a esse lanche e, no final, em equipa, decidiu que a Ana devia receber alta da terapia apesar de poder continuar a encontrar-se com o terapeuta nos corredores, dando-lhe a possibilidade de realizar o luto do mesmo, para que a criança não desenvolva sentimentos de abandono.

#### **Motivo de Encaminhamento**

A Ana foi encaminhada para a consulta de psicomotricidade pelo médico pedopsiquiatra, em dezembro de 2021, devido ao facto de apresentar dificuldades de aprendizagem com impacto na sua autoestima e autoconfiança perdendo motivação para aprender. As dificuldades descritas eram ao nível da matemática, na leitura e na escrita.

Confirmada a suspeita, por parte da pediatra do desenvolvimento, da presença de uma Perturbação de Desenvolvimento Intelectual (com resultados que a situam na zona do funcionamento cognitivo limítrofe), foi ponderado, pelo pedopsiquiatra, o acompanhamento em psicomotricidade. O pedopsiquiatra refere a importância de a criança recuperar o sentimento de autoconfiança e conclui que, a representação que a Ana tem de si mesma através do seu corpo e do corpo em movimento, em detrimento da palavra e dos construtos elaborados inerentes às aprendizagens escolares, poderão ser uma mais-valia na sua aquisição de competências escolares.

### **Revisão Teórica**

A leitura, a escrita e a capacidade de raciocínio necessária para a realização dos cálculos matemáticos, são competências influenciadas por diferentes processos cognitivos, como por exemplo a descodificação dos números e das letras e posterior análise e compreensão do seu significado, por forma a ser possível a construção de uma resposta. Nas dificuldades de aprendizagem (DA), esses processos cognitivos, por vezes estão postos em causa, não só porque poderá ainda não haver a maturação necessária das funções executivas essenciais para a resolução das tarefas, mas também porque a predisposição para aprender não é igual para todas as crianças (Andrade et al., 2016; Bovo et al., 2016).

A definição de DA gerou muita controvérsia ao longo dos anos, acabando por serem destacadas como um grupo heterogéneo de disfunções no sistema nervoso central, intrínsecas ao indivíduo, que provocam dificuldades na aquisição de capacidades como o uso da audição, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. Estas dificuldades são desenvolvimentais e não adquiridas, dado que, mesmo com sinais precoces, só são diagnosticadas aquando do processo de aprendizagem escolar (Almeida, 2013).

As DA podem ter uma origem multifatorial, o que implica que durante a sua avaliação para diagnóstico se tenha em consideração todos os ambientes que envolvem a criança, sejam as interações sociais, familiares e escolares, por forma a recolher todas as informações necessárias para o desenvolvimento de uma intervenção adequada às necessidades. Para além disso, as DA podem estar relacionadas com causas neurológicas, sensoriais, emocionais, sociais, intelectuais ou derivadas de problemas físicos e ainda surgir em concomitância com outras doenças e perturbações, como a perturbação do desenvolvimento intelectual (Maciel & Barbosa, 2021; Rosa et al., 2021).

Tendo em conta as áreas de intervenção psicomotora, seja como reeducação psicomotora, terapia psicomotora ou educação psicomotora, a psicomotricidade é vista como uma mais-valia associada ao processo terapêutico das DA – pressupõe uma relação mundo-corpo, interior-exterior, aprendizagem-movimento (Almeida, 2013).

### **Plano de Avaliação**

Consoante as informações recolhidas por meio da intervenção do pedopsiquiatra, particularmente o reconhecimento de possíveis dificuldades de aprendizagem ao nível da matemática, da leitura e da escrita, a avaliação foi delineada tendo em conta os critérios estabelecidos, primeiro uma entrevista com a Ana e com a Avó e, de seguida, a realização da observação informal e formal com a aplicação dos instrumentos de avaliação pré-definidos: GOP, DAP, TOL, BOT-2, Estátua de Nepsy-II, EET da BPM e ERS.

Com o intuito de colocar em evidência as necessidades da criança, tendo em conta as áreas do desenvolvimento psicomotor, foram selecionados alguns instrumentos de avaliação, que permitem observar: o domínio cognitivo – ao nível do raciocínio, planeamento e execução de tarefas; o domínio psicomotor – ao nível da noção do corpo, equilíbrio, praxia global e fina; e, o domínio emocional – ao nível da autorregulação e impulsividade. Para além disso, estes instrumentos são essenciais na construção do plano terapêutico e cumprem determinados objetivos: a GOP (Costa, 2017), permite realizar uma recolha breve das observações recolhidas pelo psicomotricista, face ao observado, funcionando como suporte à análise do perfil psicomotor da criança. O DAP (Naglieri, 1988) é um teste que permite avaliar os traços emocionais e de maturação das crianças e as dificuldades expressas emocionalmente. Estas podem influenciar o desempenho cognitivo e, por conseguinte, a capacidade de aprendizagem. Em casos onde o principal foco de intervenção são as DA, a utilização deste instrumento é fundamental para compreender as etapas do desenvolvimento infantil, já que os seus resultados serão analisados consoante a presença de detalhes no desenho. Por fim, o DAP é um teste que não exige habilidades académicas quer ao nível da escrita, da leitura ou da matemática, pelo que é motivador e encorajador para a criança, uma vez que, a realização de desenhos é frequentemente bem aceite pelas crianças (Rosa et al., 2021; Rosa & Avoglia, 2021).

Conforme descrito anteriormente, o desempenho cognitivo é menor em crianças que apresentam DA, pelo que a sua capacidade de planeamento e raciocínio lógico poderá apresentar um menor desenvolvimento. Assim sendo, a Torre de Londres (Kaller et al., 2011), um teste que avalia a habilidade do planeamento e raciocínio lógico, permite

colocar em evidencia possíveis dificuldades, ou mesmo a sua inexistência, nestes dois parâmetros. (Andrade et al., 2016; Bovo et al., 2016).

Em termos psicomotores é importante compreender como é que os marcos de desenvolvimento foram atingidos e em que fase se encontram, para além disso, em crianças com dificuldades de aprendizagem, as aptidões motoras finas e a coordenação motora grossa podem apresentar-se mais fracas. Assim, dado que a coordenação motora está intimamente relacionada com o desenvolvimento das capacidades cognitivas, uma vez que, ao passo que as capacidades motoras vão sendo exploradas, as cognitivas vão se diferenciando cada vez mais, é relevante que seja aplicado um teste que permita compreender o estado do desenvolvimento das capacidades associadas ao controlo motor fino e grosso como o BOT-2 (Gashaj et al., 2019).

A Estátua de Nepsy-II está relacionada com a capacidade que a criança tem em relação ao controlo inibitório, atenção seletiva e autorregulação, pelo que surge como um complemento à avaliação inicial, dado que estes três parâmetros, estão relacionados com a aquisição de determinadas competências (Davis & Matthews, 2010).

A EET está diretamente relacionada com a organização do indivíduo, no tempo e no espaço, por isso, quando esta não está devidamente construída, pode provocar insuficiências ao nível das dificuldades de aprendizagem, estando associadas, posteriormente, a dificuldades motoras e académicas. Assim, é relevante que seja aplicado um teste que permita analisar este fator psicomotor, como os testes presentes na BPM (Almeida, 2013; Gashaj et al., 2019).

A aplicação das Estruturas Rítmicas de Stamback decorrem do facto do ritmo ser um componente integrativo e espontâneo da ação, funcionando como regulador do esquema corporal e dos diferentes movimentos realizados pelo corpo, ou seja, um importante interiorizador e organizador mental. Devido ao seu planeamento harmonioso e regular, no tempo, torna-se mais fácil integrar o ritmo e, por isso, o desenvolvimento do mesmo possibilita uma promoção da estruturação temporal (Boucher, 1985).

### **Avaliação inicial**

#### *Avaliação informal*

Pela aplicação da GOP foi possível verificar que o contacto da Ana é adequado e interativo, tem uma aparência física cuidada e apresenta dificuldades ao nível do esquema corporal, não se verificando para a imagem corporal (por não ter sido possível observar). A sua intenção do movimento é eficiente assim como a resposta ao estímulo motor e a regulação do esforço exercido para a realização das tarefas. Não foram verificadas

sincinésias ou paratonias, apresentando uma tonicidade adequada; ao contrário da lateralidade, onde há um reconhecimento da direita-esquerda apenas em si e não no outro, verificando-se dificuldades na reversibilidade dos lados no corpo do outro, em relação ao seu – há definição do lado dominante (direito); relativamente ao equilíbrio estático é adequado, no entanto o dinâmico é um pouco descontrolado – apresenta algumas reequilibrações bruscas, como por exemplo, quando realiza o salto unipedal. Apresenta percepção visual e auditiva adequadas aos estímulos. A orientação no espaço é adequada, no entanto é arritmica na estruturação rítmica. Apresenta uma coordenação motora óculomanual e óculopedal adequadas. Relativamente à interação com a terapeuta, esta é feita adequadamente, com participação ativa nas brincadeiras, com disponibilidade de cooperação e capacidade de observar a psicomotricista. Ao nível da competitividade esta é moderada; há uma utilização adequada do material tendo em conta o valor simbólico do mesmo na situação, mesmo com uma planificação dos jogos semiestruturada, dado que não termina a brincadeira. O discurso da Ana é desorganizado, incoerente e com recurso a uma gesticulação excessiva – baralha muitas ideias numa só frase e, por vezes, isso implica a conclusão da conversa, dado que não consegue expressar-se como pretende. No entanto, compreende a intensão do discurso da psicomotricista, o seu olhar é intencional e a expressão facial é concordante com as emoções que demonstra.

Relativamente à sessão de jogo espontâneo, a Ana utilizou a maior parte dos materiais dispostos na sala, não permaneceu muito tempo num só jogo (sendo que todos eram da sua autoria), quis estar sempre a mudar e foi explorando os materiais com muito entusiasmo, perguntando se os podia usar e como é que o podia fazer. Nesta sessão foram necessários momentos de pausa, acertados pela psicomotricista, com a utilização de inspirações e expirações profundas, dado que a Ana por vezes nem conseguia falar tal era a sua ânsia para experimentar tudo antes do final da sessão. Realçar que sempre que muda de jogo, arruma os materiais e conversa com a psicomotricista.

#### *Avaliação formal*

A avaliação formal foi realizada no dia 9 de dezembro de 2021, um mês antes das sessões de psicomotricidade serem iniciadas; esta foi realizada num ambiente conhecido pela Ana, gabinete 2 do hospital, pelo que facilitou a sua aplicação.

No que diz respeito à avaliação inicial do DAP, nos desenhos realizados do homem, mulher e próprio, as pontuações finais foram as seguintes: 32, 31 e 30, respetivamente (anexo 3). As cotações não diferem muito de desenho para desenho, dado

que os desenhos são muito similares entre si. Durante a realização dos mesmos a Ana afirma que, apesar de lhe ser dito que dispõe de 5 minutos para a elaboração de cada desenho, o “consegue fazer muito rápido” (sic), o que poderá ser a razão pela qual os desenhos são tão carentes de detalhes – utiliza a mão direita. Os desenhos têm todos o mesmo formato, sendo que, o que distingue o homem da mulher é o cabelo e o vestuário inferior (calças e saia, respetivamente). As partes do corpo são desenhadas quase todas em uma dimensão, estando todas nos seus lugares anatómicos. Por fim, as pontuações dos seus desenhos em conjunto, com um intervalo de confiança de 90%, encontram-se numa categoria de abaixo da média para a idade da Ana.

Pela aplicação do BOT-2 (anexo 4) e, após a análise dos resultados (apresentados de seguida na tabela 3), verifica-se o seguinte: ao nível da precisão motora e da integração motora fina foram verificados erros pontuais, havendo desvios significativos na pintura da estrela, enquanto no traçar do caminho foram observados cinco erros, onde a Ana saiu fora da linha de controlo sem grande significação; na integração motora fina a cópia dos círculos e do diamante foi realizada com alguma dificuldade, não pontuando para a continuidade em nenhum dos dois desenhos, nem para a sobreposição no desenho dos círculos, pelo que obteve uma pontuação igual a 4 nos dois desenhos (tendo em conta a idade, pode estar relacionado com dispraxias da construção, que por sua vez estão relacionadas com o esquema corporal e o espaço operativo). Ao nível da destreza manual, a Ana, em ambas as tentativas, conseguiu colocar 2 blocos, obtendo uma pontuação final de 1/9, abaixo do nível para a sua idade. Ao nível da coordenação bilateral, no toque dos dedos no nariz, não foi possível cotar nenhum dos toques, uma vez que todos foram realizados com o toque da falange média no meio da cana do nariz; relativamente ao rodar dos dedos, foi necessário proceder à explicação do exercício por diversas vezes, utilizando a estratégia de “colar” os dedos que não se podiam mexer, só assim foi capaz de realizar os pivots continuamente e obter a pontuação máxima, 5/5.

Ao nível do equilíbrio, o andar sobre uma linha calcanhar-ponta do dedo, foi feito sem dificuldades, obtendo 4 pontos. Na rapidez e agilidade, a Ana realizou os seus saltos sem apoio (pé esquerdo “coxo”), com algumas dificuldades, sendo visíveis reequilibrações constantes, foram cotados 6 saltos com pontuação igual a 3. Na coordenação dos membros superiores, o apanhar da bola foi feito com a sua mão dominante – mão direita, obtendo 5 pontos. No driblar a bola, a Ana teve algumas dificuldades em fazer o exercício continuamente, tendo obtido uma pontuação de 6 pontos por perfazer 8 dribles. Por fim, na tarefa de força, a Ana optou por fazer as flexões

completas todas concretizadas com desvios posturais, pelo que não foi possível pontuar nenhuma. Posto isto, a Ana encontra-se abaixo da média no que diz respeito à categoria descritiva, obtendo um Percentile Rank de 14 e um Standard Score de 39.

**Tabela 8** - Pontuação das diferentes dimensões do BOT-2

<b>Dimensão</b>	<b>Subtarefa</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Precisão Motora Fina</b>	Colorir a estrela	2
	Traçar o caminho	4
<b>Integração Motora Fina</b>	Copiar círculos	4
	Copiar diamante	4
<b>Destreza Manual</b>	Enfiar Blocos	1
<b>Coordenação Bilateral</b>	Tocar no nariz	0
	Rodar os dedos	3
<b>Equilíbrio</b>	Andar sobre uma linha	4
<b>Rapidez e Agilidade</b>	Saltar em apoio unipedal	3
<b>Coordenação dos membros superiores</b>	Apanhar a bola	5
	Driblar a bola	6
<b>Força</b>	Flexões Completas	0
	Total	36

Durante a aplicação da Estátua de Nepsy-II a Ana permaneceu com uma expressão facial com algumas sincinésias ao nível dos olhos (apenas abre os olhos entre os segundos 41''- 45''), no entanto, geralmente ocorreram alguns reajustes posturais. Salienta-se que foram observadas reações tónicoemocionais – como por exemplo, balançar o seu corpo para a frente e para trás, prensar os lábios para a frente, realizar força para permanecer com os olhos fechados, cruzar os braços sobre o peito e coçar os olhos, entre outras – perfazendo uma pontuação final de 15/30, o que, pela análise das tabelas normativas para a sua idade, é identificado para uma idade entre 3.6 – 3.11 anos, ou seja, a Ana encontra-se numa categoria abaixo da esperada para a sua idade (valor esperado=27).

Através da aplicação da TOL, foi possível verificar dificuldades de planeamento em quase todos os problemas com exceção do 1, 2, 4 e 11, sendo necessário proceder à 2ª e 3ª tentativas. Nos problemas 6, 7 e 12, não foi capaz de os resolver, sendo realizados para amenizar a frustração visível na Ana. No total a sua pontuação foi de 20/36 revelando uma baixa capacidade de planificação e resolução de problemas.

Relativamente ao subfator da EET da BPM destaca-se o seguinte: na representação topográfica (3 pontos), a Ana demonstrou compreender corretamente a disposição dos materiais na sala e transportar o que vê para o papel (anexo 5). Definiu o nome dos objetos envolventes no papel e em voz alta, assim como o percurso a percorrer: porta – torneira – janela – mesa – caixote – arcos. A Ana não apresentou dificuldades em delinear o trajeto em voz alta, à medida que indicava os locais com o indicador da mão

direta sobre as linhas desenhadas na folha de papel referentes à trajetória percorrida, no entanto, quando teve de transportar essa leitura para a realização da trajetória propriamente dita, a Ana apresenta algumas hesitações (nunca se desviando do caminho definido), permanecendo no local até se conseguir localizar e prosseguir para o próximo objeto.

Na tarefa relativa à organização (1 ponto), foi explicado à Ana o exercício que deveria realizar, a qual correspondeu adequadamente, colocando-se na posição inicial e esperando pelo aval da psicomotricista para começar a andar. O primeiro percurso foi realizado através de 10 passos para uma distância de 5 metros, contados em voz alta pela mesma. Para a realização da conta relativa a adição a Ana não precisou de ajuda, chegando ao resultado de 13 passos, quando passou à execução da caminhada, os passos que a Ana dá são da forma dedos dos pés de um pé seguidos de calcanhar do outro pé – enquanto conta os passos em voz alta, vai compreendendo que já “não chegam” para terminar os 5 metros, parando quando chega ao número 13 e questionando se deve terminar, à resposta positiva, continua a contagem e termina o percurso com 20 passos. Na realização da conta de subtração a Ana demonstra maior dificuldade e pede ajuda à psicomotricista, pelo que, após o cálculo correto (7 passos), inicia o percurso da mesma forma que o anterior, enumerando incorretamente o passo que dá – está no segundo passo e diz que é o primeiro. Termina este percurso com 16 passos, uma vez que, a meio, quando percebe que não vai conseguir acabar com os 7 passos, começa a dar passadas maiores.

Relativamente às tarefas da estruturação dinâmica (obteve 2 pontos), salienta-se o facto de a Ana ter apenas apresentado erros nas seguintes estruturas:

- Estrutura 3: apresentou erro apenas no último fósforo, colocando-o voltado com a ponta para cima;
- Estrutura 4: nenhum dos fósforos foi colocado corretamente, nem tendo em conta as pontas do fósforo, nem tendo em conta a disposição.
- Estrutura 6: os erros ocorreram nos 3 primeiros fósforos, sendo que os dois finais, foram colocados corretamente. O primeiro fósforo foi colocado verticalmente, no entanto, a ponta do mesmo, foi no sítio oposto.

Durante a realização desta tarefa a Ana nem deixava os 5 segundos acabarem, dizendo “já está” (sic) demonstrando querer iniciar a representação da figura com os fósforos, alguma dificuldade em esperar e um pouco de impulsividade. Não foi avaliada a estruturação rítmica da BPM dado que se avaliou o mesmo pelas estruturas rítmicas descritas de seguida.

Por último, na realização das provas referentes às ERS, as observações feitas foram as seguintes: Prova I – a Ana realiza os 21 toques em 13 segundos, os toques parecem ter um ritmo musical, e são feitos com muita força. Prova II – das 21 estruturas rítmicas a Ana não errou em 8, sendo que, uma delas corresponde ao primeiro ensaio e as restantes às seguintes: 1, 2, 3, 4, 6, 10 e 12. As estruturas são reproduzidas com muita força e há um constante movimento corporal da Ana, ora está sentada, ora se deita no chão. Muitas pausas não são respeitadas. Prova III – não foi realizada por não haver disponibilidade da Ana para tal.

### **Discussão dos Resultados**

Tendo em conta a análise dos resultados e através da conjugação dos dados recolhidos na observação formal, com os dados da observação informal, foi possível verificar uma concordância entre alguns elementos como: as dificuldades entre o reconhecimento da direita e esquerda percebidas ao nível do esquema corporal e da lateralidade quer ao nível do jogo espontâneo, quer relacionadas com o desenvolvimento do DAP. Do ponto de vista motor, a Ana apresentou reequilibrações bruscas quer no equilíbrio dinâmico (salto unipedal), quer no equilíbrio estático (estátua de NEPSY).

Relativamente ao nível cognitivo foi perceptível que a Ana apresenta uma dificuldade no planeamento e resolução dos problemas da TOL e da Estruturação Espaço-Temporal – no parâmetro da estruturação dinâmica, é impulsiva e realiza a tarefa sem respeitar o tempo disponível para memorizar a disposição dos fósforos.

Ao nível emocional, a Ana apresentou um discurso desorganizado e incoerente durante o jogo espontâneo e alguns sinais de frustração e impulsividade na aplicação da TOL, ERS e EET.

Apesar de se encontrar abaixo da média na maioria dos instrumentos de avaliação aplicados, é importante salientar que a Ana é uma criança com comportamento adequado para com a psicomotricista e o ambiente que a rodeia – durante o jogo espontâneo, mesmo não conseguindo permanecer muito tempo na mesma brincadeira, a Ana arrumou sempre os materiais nos locais exatos onde os encontrou, deixando a sala conforme a encontrou.

Posto isto, pode-se destacar que as maiores dificuldades estão relacionadas com a capacidade de planear e executar as tarefas após esse planeamento, ao nível do controlo da impulsividade, assim como, dificuldades relacionadas com o ritmo e a orientação no espaço e tempo, o que poderá ter consequências ao nível da aprendizagem da leitura, escrita e da matemática.

### **Elementos Critério**

Após a análise das informações recolhidas através da avaliação inicial, por ação da observação formal e informal, foi possível agrupar as características predominantes da Ana, determinando os seus elementos critério:

- Fragilidades na relação mãe-filha;
- Baixa capacidade de autorregulação;
- Impulsividade;
- Diminuída capacidade de planeamento e raciocínio lógico;
- Fraca capacidade rítmica;
- Baixa orientação no tempo e no espaço.
- Dificuldades ao nível do esquema corporal;
- Dificuldades ao nível da motricidade fina.
- Dificuldades no equilíbrio.

### **Hipóteses Explicativas**

Com o intuito de entender a história da Ana, e por forma a desenvolver um programa de intervenção terapêutico adequado às suas necessidades, foram formuladas hipóteses explicativas. Desta forma, perante a análise dos resultados referentes ao processo de avaliação inicial, observam-se áreas de maior destaque para a formulação dessas hipóteses, como o esquema corporal, a estruturação espaço-temporal, as habilidades cognitivas em correlação com atividades motoras e as dispraxias.

Segundo Rosa et al. (2021), o diagnóstico para as dificuldades de aprendizagem requer uma avaliação de todos os ambientes onde a criança se insere, uma vez que, para além do possível défice na componente cognitiva podem existir influências do ambiente em redor, nas componentes afetivas e relacionais. No caso da Ana e tendo em conta que é descrita, pela avó, como uma menina que brinca muito sozinha e que permanece algum tempo em frente dos ecrãs (maioritariamente vídeos em português do Brasil), poderá destacar-se um ambiente com poucos estímulos, quer ao nível dos fatores psicomotores, quer ao nível da fala e, conseqüentemente ao nível cognitivo. Estes aspetos são observáveis nas primeiras sessões de jogo espontâneo, onde a Ana não elabora uma brincadeira com início e fim, misturando várias ideias e não sendo coerente, nem organizada, no seu discurso; para além disso, não é capaz de se organizar no espaço e utiliza todo o material que há em sessão. Assim sendo, considera-se que, um baixo desenvolvimento motor, poderá significar um agravamento nos fatores concorrentes para

as DA, como a motricidade, o equilíbrio ou o esquema corporal (Medina-Papst & Marques, 2010).

É importante ter em conta que, as habilidades cognitivas associadas aos fatores psicomotores da noção do corpo (esquema corporal) e da estruturação espaço-temporal estão diretamente relacionadas. Por um lado, o esquema corporal é o resultado da interação entre o corpo com o meio ambiente e as experiências que este lhe proporciona (Rosa Neto et al., 2011) e, por outro lado, a estruturação espaço-temporal resulta das relações que são estabelecidas entre o espaço, o tempo, e os elementos ao redor (Almeida, 2013), ou seja, os dois fatores são influenciados um pelo outro. O corpo e os seus limites são o ponto de referência entre o mundo e o ser enquanto indivíduo único, servindo de base para todas as aprendizagens (Fernani et al., 2013); ao longo do desenvolvimento, a criança descobre o seu corpo primeiro e, posteriormente, inicia a descoberta do mundo envolvente aquando da aquisição da marcha. Salienta-se que este corpo agido, dá lugar a um corpo atuante e adquire a liberdade de explorar o meio envolvente mais autonomamente. Esta exploração, por conseguinte, permitirá à criança estruturar o espaço que a envolve através da compreensão da sua posição em relação aos objetos, a si mesmo, e entre objetos (Almeida, 2013). Estes fatores são muito importantes no que respeita a aquisição da aprendizagem, uma vez que, após o domínio destes conceitos através do seu próprio corpo, a criança terá mais ferramentas e uma maior capacidade para compreender a utilização do espaço no papel, a forma e o tamanho das letras e números e a organização da folha, das palavras e das frases, seguindo uma orientação esquerda/direita, cima/baixo na construção dos textos e compreendendo os ritmos da leitura e da escrita (Almeida, 2013; Rosa Neto et al., 2011).

Seguindo o pensamento de alguns estudos (Fernani et al., 2013; Medina-Papst & Marques, 2010; Rosa Neto et al., 2011), verifica-se que crianças com dificuldades de aprendizagem apresentam comprometimento motor no desenvolvimento dos componentes da motricidade, principalmente os relacionados com as noções corporais, o equilíbrio, a estruturação espaço-temporal e as praxias global e fina. Assim, o encaminhamento para psicomotricidade destaca-se pela importância que a atividade motora detém sobre a aquisição das habilidades de aprendizagem cognitiva, uma vez que, os recursos utilizados dentro das atividades motoras serão posteriormente solicitados nos processos de aprendizagem da leitura, escrita e matemática (de Carvalho et al., 2021).

A intervenção psicomotora utiliza diversos recursos para a sua prática; seja com o auxílio de brinquedos ou apenas corpo a corpo, estas interações, maioritariamente

espontâneas, permitem que a criança estabeleça uma relação entre o ambiente e o desenvolvimento motor, possibilitando uma modificação de comportamentos e atitudes que dão origem a novas formas de aprender (Fernani et al., 2013; Fonseca, 2005) e potenciando o desenvolvimento motor propriamente dito, favorecendo o desempenho nas atividades escolares (de Carvalho et al., 2021; Rosa Neto et al., 2011).

Por fim, a auto-percepção da criança envolve questões emocionais que podem influenciar ao nível da motivação para a aprendizagem. Assim, a psicomotricidade torna-se relevante no sentido em que, utiliza atividades que vão de encontro aos gostos da criança, assim como às suas necessidades.

### **Perfil intraindividual**

Através dos resultados das avaliações foi possível definir o perfil intraindividual da Ana com base nas suas áreas fortes, intermédias e de necessidade, pelo que se encontram descritas na tabela 9.

**Tabela 9** - Perfil Intraindividual da Ana

<b>Pontos fortes</b>	<b>Pontos intermédios</b>	<b>Pontos a desenvolver</b>
Contacto adequado e interativo com a terapeuta; Resposta ao estímulo motor adequada.	Equilíbrio dinâmico; Controlo inibitório.	Noção do Corpo; Estruturação temporal (ritmo) e espacial; Controlo da Frustração; Praxia Global e Fina.

Destaca-se que a Ana apresentou diversas áreas de necessidade de intervenção de base emocional e executiva, pelo que se repercutem em influências negativas no modo como aprende e interage com o mundo ao seu redor. Para além disso, o contacto adequado e interativo com o terapeuta podem ser evidenciados como pontos importantes a ter em conta no desenvolvimento da relação terapêutica, assim como a resposta adequada aos estímulos motores durante as atividades propostas. Denota-se que se teve em conta o seu funcionamento cognitivo limítrofe para a definição dos objetivos terapêuticos apresentados de seguida.

## Objetivos terapêuticos

Tabela 10 - Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-Terapêutico da Ana

Domínios	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	Promover a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajustar a consciência corporal através da simbolização e verbalização;</li> <li>- Compreender a noção de esquema corporal;</li> <li>- Melhorar a percepção da imagem corporal;</li> <li>- Reajustar a expressão corporal;</li> <li>- Potenciar o reconhecimento direita/esquerda em si próprio, no outro, em espelho e em diferentes segmentos corporais.</li> </ul>
	Melhorar a estruturação espacial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreender os conceitos espaciais (dentro/fora, cheio/vazio, baixo/cima, abrir/fechar) com recurso a termos sensoriais e motores;</li> <li>- Desenvolver a capacidade de organização no espaço delimitado/indicado/definido;</li> <li>- Potenciar a capacidade de organização no espaço, sendo capaz de escolher os trajetos mais curtos, ou mais compridos, tendo em conta o objetivo da atividade.</li> </ul>
	Melhorar a estruturação temporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver a capacidade de discriminação auditiva de sons/ritmos (sons fortes/fracos);</li> <li>- Desenvolver a capacidade de retenção/memorização sequencial de batimentos/ritmos;</li> <li>- Reproduzir as sequências rítmicas demonstradas respeitando os intervalos temporais entre elas.</li> </ul>
	Aumentar a praxia global	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a capacidade de execução de movimentos ritmados: livres, coordenados, em espelho;</li> <li>- Desenvolver a coordenação dinâmica geral;</li> <li>- Reajustar a agitação motora.</li> </ul>
	Promover a praxia fina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptar a pressão exercida na apreensão;</li> <li>- Ajustar a pressão exercida nos grafismos;</li> <li>- Estimular a cópia de números e letras (com diferentes materiais).</li> </ul>
Cognitivo	Adquirir competências a nível cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o desenvolvimento do cálculo numérico por adição e subtração;</li> <li>- Estimular o reconhecimento das letras e dos números, com recurso a diferentes materiais;</li> <li>- Melhorar a memória a curto prazo, recordando imagens depois de as visualizar durante x tempo;</li> <li>- Estimular a memória a curto prazo, sendo capaz de repetir uma sequência de sons, imediatamente após os ter ouvido.</li> </ul>
Emocional	Regular os estados emocionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a consciencialização dos estados emocionais;</li> <li>- Adequar a expressão das emoções, tendo em conta o contexto;</li> </ul>
	Melhorar as competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar em jogos com a terapeuta;</li> <li>- Aumentar a resistência à frustração.</li> </ul>

### Projeto Terapêutico

#### Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

O plano terapêutico formulado para a Ana consiste num acompanhamento individual, com a periodicidade de uma vez por semana, com a duração de 45 minutos. Ao longo das sessões de psicomotricidade foram trabalhados os objetivos terapêuticos descritos anteriormente, através da dinamização de atividades com recurso a materiais do interesse da Ana.

A intervenção psicomotora proposta para a Ana foi, maioritariamente, direcionada para as dificuldades de aprendizagem através da utilização do jogo lúdico e atividades que relacionem as capacidades motoras com a aprendizagem. De entre os materiais utilizados para as sessões estiveram disponíveis: colchões, rolos de espuma, arcos, bolas,

assim como material feito pela psicomotricista para as atividades escolhidas. Todas as sessões seguiram a seguinte estrutura: diálogo inicial, ativação geral, parte fundamental, retorno à calma e diálogo final. Na fase de ativação geral foi proporcionado à criança o desenvolvimento do seu próprio jogo, por forma a incentivar o jogo espontâneo e criatividade; a parte fundamental trabalhou, maioritariamente, os objetivos específicos, através de atividades que podem ser enquadradas no jogo desenvolvido pela Ana, ou atividades que não interferem com esse jogo; e, o retorno à calma realizou-se com o auxílio de uma bola sensorial, que foi sendo passada pelo corpo da Ana (em posição de decúbito ventral) ao mesmo tempo que as várias partes do corpo foram nomeadas – por vezes, este momento foi realizado de olhos fechados para que houvesse uma maior consciencialização da respiração e da passagem da bola pelos diferentes segmentos corporais.

A intervenção com a Ana foi direcionada para a relação entre os fatores psicomotores e as dificuldades de aprendizagem, uma vez que, segundo alguns autores, como citado em de Carvalho et al. (2021), os elementos integrados na aprendizagem motora têm influências significativas no que respeita a aquisição de competências ao nível da aprendizagem cognitiva. Para além disso, tanto de Carvalho et al. (2021) como Almeida (2013) consideram que todos os fatores psicomotores têm um impacto na aprendizagem em idade escolar e revelam-se elementos práticos para a estruturação de uma intervenção direcionada a esta problemática.

Tendo em conta as maiores dificuldades identificadas ao longo da avaliação inicial, o plano de intervenção desenvolvido para a Ana compreendeu os fatores psicomotores: noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia fina e global, por serem considerados o de maior necessidade de trabalho. A noção do corpo revela-se um elemento fundamental na aprendizagem, uma vez que, por um lado, é o resultado das várias experiências interoceptivas, propriocetivas e exteroceptivas que o corpo presencia (Almeida, 2013); e, por outro lado, é essencial para o desenvolvimento da personalidade (Fonseca, 2007). Para o trabalho deste objetivo foram realizadas atividades como o desenho do corpo, com a identificação dos diferentes segmentos corporais e nomeando a sua posição em relação aos restantes segmentos.

A intervenção centrada no desenvolvimento da estruturação espaço-temporal teve em conta atividades que englobaram os conceitos de espaço, tempo e ritmo. Ao longo da intervenção com a Ana foram realizadas atividades que contribuíram para este desenvolvimento, como a reprodução de sequências rítmicas, ou a delimitação do espaço

e representação topográfica do mesmo. O fator psicomotor da estruturação espaço-temporal é reconhecido como importante na capacidade de aprendizagem, uma vez que, segundo Almeida (2013) o espaço e a compreensão da sua estruturação englobam o reconhecimento de conceitos como: orientação espacial (cima/baixo), localização espacial (ali, aqui) e ordenação espacial (primeiro, segundo), permitindo que a criança se localize em relação ao outro e aos objetos que a envolvem e que, posteriormente, consiga identificar a posição das letras no papel, da construção de um texto, e resolução de problemas. O tempo e o ritmo têm impacto na aquisição da leitura, potenciando a compreensão das pausas nos textos, sons e palavras.

Por fim, as praxias global e fina constituem-se importantes, dado que envolvem o controlo motor, coordenação, equilíbrio e tonicidade; facilitam e promovem o conhecimento do próprio corpo permitindo à criança adquirir novas aprendizagens (Almeida, 2013). Para a promoção destes fatores foram realizadas atividades que envolveram diferentes formas de deslocamento (salto unipedal, rastejar, salto a pés juntos, andar em pontas), atividades gnossopráticas e atividades direcionadas para a pinça fina e manipulação de objetos com diferentes dimensões (pompos e bolas de diferentes tamanhos).

Ao longo da intervenção foi dada importância à comunicação verbal, por forma a colmatar as dificuldades no planeamento das frases e na verbalização de algumas palavras, e a desenvolver um discurso mais coerente e organizado através de atividades que permitiram estruturar o pensamento (por exemplo, através da organização do jogo).

### **Estratégias Específicas**

As seguintes estratégias foram elaboradas tendo em conta as características específicas do caso descrito, uma vez que são consideradas um alicerce durante o processo terapêutico: realização de um calendário onde foi possível pintar o dia referente ao dia da sessão, contabilizando sempre as que faltavam para o término da mesma e o reconhecimento do tempo que estariam juntas; participação da psicomotricista em todas as atividades, por forma a diminuir o sentimento de estar a ser observada, e a desenvolver uma relação terapêutica segura e contentora; desenvolvimento de atividades tendo em conta a resposta adequada ao estímulo motor, por forma a conciliar as suas dificuldades com as suas áreas fortes, reduzindo algum tipo de sentimento de frustração por não conseguir realizar as atividades; disponibilização de poucos materiais nas primeiras sessões, para evitar a sobreestimulação durante a realização das atividades – aumentando o número de materiais dispostos ao longo da intervenção; definição da ida à casa de banho

antes de entrar na sessão e, implementação de um momento de relaxamento adaptável à disponibilidade da criança.

### **Exemplos de Atividades**

Na necessidade de alcançar os objetivos terapêuticos previamente estipulados, foram realizadas algumas atividades, descritas de seguida:

➤ Com a pretensão de desenvolver a capacidade de retenção/memorização sequencial de batimentos e ritmo, foi desenhado, no chão, um jogo da macaca e dois quadrados grandes divididos em nove quadrados pequenos, frente a frente, e disponibilizados oito copos (3 vermelhos, 3 azuis e 2 amarelos) para cada quadrado. A atividade começa com o jogo da macaca e prossegue para os quadrados grandes. Os copos estão colocados da forma que a psicomotricista estipulou e, em seguida, a mesma realiza uma sequência de sons com um copo, que deve ser imitada pela criança, levando-o para a posição estipulada pela psicomotricista. A atividade termina quando todos os copos estiverem alinhados com a sua cor correspondente aos círculos expostos por cima do jogo.

➤ Com o intuito de promover a autonomia, criatividade e autoconceito da criança foi proporcionado o desenvolvimento do jogo espontâneo.

➤ Com a intenção de potenciar a capacidade de reconhecimento dos diferentes conceitos espaciais (dentro/fora, cheio/vazio, baixo/cima, abrir/fechar) e a organização no espaço foram desenvolvidas atividades gnossopráticas, com recurso a folhas brancas para o planeamento prévio do percurso desenvolvido, assim como a estipulação dos materiais a utilizar e como será realizado o movimento entre as diferentes “estações” criadas.

### **Progressão Terapêutica**

O plano terapêutico da Ana foi iniciado a 2 de dezembro de 2021 e terminou a 30 de junho de 2022, perfazendo um total de 22 sessões, apesar de, inicialmente, se terem estipulado 28 sessões. De um modo geral, a Ana foi sempre assídua e pontal, sendo que, as sessões em falta não foram dinamizadas por estarem associadas a doença, quer da Ana, quer da psicomotricista, quer da avó (foi quem trouxe a Ana a todas as sessões) e a provas escolares.

A primeira sessão com a Ana foi destinada à apresentação da psicomotricista à criança e à sua avó; salienta-se que a entrevista estava por forma a haver um primeiro contacto entre ambas as partes, a ser preenchida a anamnese, bem como esclarecer quaisquer tipo de dúvidas e a explicar o teor da intervenção psicomotora e as suas diferentes fases, no entanto, a avó compareceu na semana anterior e a entrevista não foi

realizada com a psicomotricista que acompanhou o caso. Sendo assim, nesta primeira sessão foram esclarecidas algumas informações, assinados os consentimentos informados e, por fim, realizada a primeira sessão individual com a Ana. Durante esta, foi observada a sobreestimulação que a quantidade de materiais provocou na Ana, dado que a criança quis experimentar todo o material que foi exposto na sala, realizando jogo espontâneo.

Nas primeiras três sessões a Ana necessitou se sair no meio da sessão para ir à casa de banho, pelo que, foi estipulado a partir da quarta sessão até à última que, antes de entrar para a sala terapêutica, a Ana tinha de ir ao quarto de banho e, no final, chamar a psicomotricista para lavarem as mãos em conjunto. Este foi um ritual muito bem aceite pela criança, tornando-se o momento do diálogo inicial; a meio da intervenção evoluiu para: uma lava as mãos da outra, sempre em conversa. A relação afetiva com a Ana foi desenvolvida sem dificuldades, denotando-se que, na maioria das vezes que a psicomotricista foi buscar a Ana à sala de espera, a criança correu para a mesma de braços abertos e referiu ter saudades suas.

As primeiras duas sessões foram dinamizadas com o intuito de introduzir a terapia e observar a criança em contexto de sessão. Durante as três sessões seguintes foram desenvolvidas atividades por forma a promover a noção do corpo, como por exemplo, o desenho do corpo, a planificação do mesmo com recurso a plasticina e a cartões com o nome das partes do corpo. Inicialmente a Ana teve dificuldade em reconhecer o seu lado direito e esquerdo, assim como, compreender o conceito de reversibilidade, no entanto, no que concerne a nomear as partes do corpo, a Ana fá-lo sem dificuldades e quando elabora o seu próprio desenho, não deixa nenhum elemento corporal de fora. Foi elaborada uma melodia com letra, por forma a que a Ana compreende-se o que é a reversibilidade e assim foi fácil de a criança identificar as partes do corpo no outro com a correta nomeação do lado. Na maioria das sessões seguintes, a Ana foi capaz de reconhecer a direita e a esquerda em si e no outro sem apresentar dificuldades.

Nas 6 sessões seguintes foi dada prioridade para o trabalho da estruturação espaço-temporal, dividida em três sessões para a estruturação espacial e três sessões para a estruturação temporal. Ao longo das primeiras três foram realizados levantamentos topográficos da disposição do material e desenvolvidas atividades com diferentes tipos de locomoção, assim como, trabalhado os conceitos espaciais de dentro/fora, cima/baixo e a capacidade de organização no espaço. A Ana aderiu bem às atividades, sempre com muita curiosidade e disponibilidade para as executar; a Ana é uma menina que na maioria das vezes pede autonomia para realizar as atividades, aceitando ajuda apenas quando

compreende que sozinha não as conseguirá executar. Salienta-se que, após a compreensão do levantamento topográfico, a Ana executou a mesma tarefa no seu jogo espontâneo, definindo primeiro, em papel, como é que seria a sua brincadeira e, posteriormente, dispondo os materiais conforme o desenho feito por si. Numa destas sessões, onde a Ana “foi às compras” e observou-se um comportamento mais ríspido dirigido à terapeuta: nesta atividade a Ana tinha que deambular pela sala ao som da música e à sua pausa, procurar as letras necessárias para construir o nome das frutas que queria “comprar”, dentro dos arcos dispostos na sala. Num dado momento, a Ana começa a dirigir-se à psicomotricista com um “dá-me a mão” (sic) muito ríspido e severo, que aparentava ser uma ordem, ao qual a psicomotricista cedeu até compreender que o tom era constante – quando esta compreensão acontece, a psicomotricista recusa-se a dar a mão à Ana, que se volta para a mesma e diz “é para irmos juntas às compras” (sic) com um tom mais amigável e tranquilo, deixando de parte a rispidez.

Relativamente às sessões destinadas, maioritariamente, à estruturação temporal, nas atividades gnossopráticas onde não é imposto um ritmo ou velocidade para se movimentar, a Ana escolhe, na maioria das vezes, a corrida, para as executar, no entanto, quando há imposição de regras, a Ana é capaz de as seguir e identificar os diferentes ritmos enquanto deambula pela sala. As maiores dificuldades relacionam-se com a identificação do ritmo das palmas da psicomotricista e a sua transferência para o driblar da bola. Numa atividade onde a Ana tinha de repetir sequências rítmicas com copos e em espelho, em oito sequências, a Ana apenas teve dificuldades em duas, permanecendo sempre muito atenta aos sons e às pausas antes de as reproduzir.

As sessões seguintes foram destinadas ao trabalho das praxias com recurso a atividades mais movimentadas e onde a Ana demonstrou entusiasmo e disponibilidade para as realizar. Na sua maioria a Ana apresenta-se sempre disponível para as sessões, não havendo alterações do estado de humor significativas, a não ser por doença.

No início da intervenção foi estipulado realizar como momento de relaxamento, a passagem de uma bola sensorial pelo corpo da Ana, ao som de uma melodia com sons da natureza e nomeando as diferentes partes do corpo por onde a bola passava. Inicialmente a Ana aderiu muito bem a este momento, chegando mesmo a pedir para a psicomotricista não se esquecer do relaxamento, no entanto, a partir da 8ª sessão a Ana deixou de estar disponível para a sua realização, primeiro mantendo os olhos abertos, depois mexendo-se e conversando com a psicomotricista, até não querer que este momento aconteça. Posto isto, o ritual de relaxamento foi realizado consoante a vontade da Ana: por vezes

desenhando o que aconteceu na sessão, ou outro tipo de desenho, outras vezes só através do diálogo final.

No decorrer da intervenção terapêutica a Ana foi-se tornando mais disponível para ajudar na montagem das atividades e, no final, na arrumação do material; tornou-se menos impulsiva e conseguiu esperar pela sua vez na realização das atividades. Para além disso, ao longo das sessões foram sendo acrescentados mais materiais ao *setting* terapêutico por forma a reduzir a sobreestimulação aos poucos, no final da intervenção a Ana é capaz de apenas dar atenção aos materiais necessários para as atividades definidas pela psicomotricista e selecionar apenas os que vão ser constituintes da sua brincadeira. Salienta-se ainda, que a Ana, no final da intervenção tem um discurso mais organizado, assim como a execução do seu jogo espontâneo é mais planeada e organizada antes da passagem à brincadeira.

#### *Avaliação inicial vs avaliação final*

Na sequência da progressão terapêutica, e com vista a destacar e compreender melhor as evoluções da Ana, foi realizada uma nova avaliação psicomotora, com recurso aos instrumentos de avaliação utilizados na avaliação inicial. De seguida, são descritos os resultados iniciais e finais, assim como a sua comparação.

No que respeita a avaliação informal, destaca-se que a Ana obteve melhorias na lateralidade, reconhecendo a direita e esquerda em si e no outro; relativamente ao equilíbrio dinâmico este ainda apresenta alguma necessidade de intervenção, uma vez que exige que a Ana precise de ajuda para executar algumas atividades, como o salto unipedal; é capaz de planear as suas brincadeiras (observado durante o jogo espontâneo) e tem uma maior consciência rítmica; o seu discurso está mais organizado e coerente, apresentando uma gesticulação mais normalizada.

Em relação à avaliação formal e tendo em conta a aplicação dos instrumentos de avaliação observa-se que: no DAP (anexo 6) as pontuações aumentaram nos desenhos da mulher, onde foram tidos em consideração dois desenhos feitos pela Ana no mesmo dia, (31 para 36) e do próprio (30 para 34) e diminuíram no desenho do homem (32 para 29), mesmo que apresentem alguma necessidade de maiores detalhes, como a representação das orelhas que em nenhum dos desenhos foi realizada; no entanto, a Ana passou de uma categoria de abaixo da média para a sua idade, para uma categoria na média para a sua idade, num intervalo de confiança de 90%. Relativamente à aplicação do BOT-2 (anexo 7), a Ana evoluiu de uma categoria abaixo da média, para uma categoria dentro da média

para a sua idade, as diferenças dentro das dimensões avaliadas são apresentadas na tabela seguinte:

**Tabela 11** – Pontuação por dimensões do BOT-2, avaliação inicial vs. Avaliação final

<b>Dimensão</b>	<b>Subtarefa</b>	<b>Pontuação Av. Inicial</b>	<b>Pontuação Av. Final</b>
<b>Precisão Motora Fina</b>	Colorir a estrela	2	2
	Traçar o caminho	4	3
<b>Integração Motora Fina</b>	Copiar círculos	4	5
	Copiar diamante	4	4
<b>Destreza Manual</b>	Enfiar Blocos	1	3
<b>Coordenação Bilateral</b>	Tocar no nariz	0	4
	Rodar os dedos	3	3
<b>Equilíbrio</b>	Andar sobre uma linha	4	4
<b>Rapidez e Agilidade</b>	Saltar em apoio unipedal	3	0
<b>Coordenação dos membros superiores</b>	Apanhar a bola	5	5
	Driblar a bola	6	7
<b>Força</b>	Flexões Completas	0	0
	<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>40</b>

De um modo geral, observa-se que Ana evoluiu em quase todas as subtarefas avaliadas, com exceção do traçar do caminho da dimensão da precisão motora fina, onde apresentou mais desvios da linha e, no salto em apoio unipedal da dimensão da rapidez e agilidade – o que já foi referido anteriormente como um aspeto ainda a desenvolver. Nas restantes subtarefas, observa-se que permaneceu igual no colorir da estrela, na cópia dos diamantes, no rodar dos dedos, andar sobre uma linha, apanhar a bola e nas flexões completas; a evolução com maior notoriedade foi na sub tarefa relativa com os toques do nariz, que pode estar relacionada com o trabalho desenvolvido ao nível da noção do corpo.

Na aplicação da Estátua de NEPSY-II, a Ana obteve, na avaliação final (24), uma pontuação maior do que a pontuação da avaliação inicial (15), no entanto, segundo as tabelas normativas para o tratamento de dados da estátua, a Ana encontra-se ligeiramente abaixo da média para a idade, já que deveria ter pontuado, no mínimo, 27 pontos; assim, a Ana estabelece uma pontuação que quase chega ao patamar dos 5 anos (25). Relativamente à TOL, apesar de terem ocorrido dificuldades em ambas as avaliações, a Ana apresentou maior dificuldade durante a avaliação final, sendo que, de todos os problemas, as dificuldades dos números 7 e 12 ocorreram em ambas as avaliações, realçando que o número 12 foi o único que não conseguiu fazer nas duas. No entanto, a Ana obteve maior pontuação na avaliação final (20 para 23).

No que concerne à evolução observada na aplicação do fator da EET da BPM (anexo 8), a Ana apresentou melhorias nas tarefas relativas à representação topográfica (3 para 4 pontos) e à organização (1 para 2 pontos) ainda com bastante dificuldade em compreender a dimensão das suas passadas consoante o número de passos definido para

comprimento. Permanecendo nos 2 pontos na estruturação dinâmica, com semelhantes dificuldades nas estruturas 3 e 4 e, revelando novas dificuldades nas estruturas 5 e 6. Por fim, nas ERS, a Ana realizou: a prova I em menor tempo (12 segundos), diferindo apenas num segundo relativamente à avaliação inicial (13 segundos); a prova II com maiores dificuldades nas estruturas mais complexas, da 7 à 16 e 20 e 21, no entanto, as falhas são evidentes ou pela falta dos silêncios ou pela adição de mais batidas; a prova III sem dificuldades, reproduzindo todas as sequências.

### **Discussão**

Após o tempo de intervenção destinado, pode-se destacar que a Ana evoluiu em quase todos os parâmetros avaliados e encontra-se na média para a sua idade na sua maioria. De um modo geral, o plano terapêutico definido inicialmente, está num patamar onde a maioria dos objetivos ainda se encontra em aquisição, no entanto, foram observadas melhorias significativas nos objetivos trabalhados durante a intervenção.

Ao nível da relação terapêutica, esta foi bem conseguida, apesar de no início a Ana verbalizar que não precisava de ajuda e que conseguia fazer as atividades sozinhas, ou até não incluir a psicomotricista nas suas próprias brincadeiras, no entanto, ao longo do tempo, a Ana, que esteve sempre disponível para a sessão, foi incluindo a terapeuta nos seus jogos e dando-lhe um papel dentro dos mesmos; para além disso, a possibilidade de haver um momento de jogo espontâneo, potenciou o progresso desta relação. Segundo Fernandes et al. (2018), o jogo espontâneo permite que a criança se expresse através das metáforas que utiliza no desenvolvimento do mesmo, dado que os estímulos da brincadeira propiciam a consciência do próprio corpo e dão espaço para a exteriorização das suas necessidades psicoafetivas e emocionais, permitindo ao terapeuta compreendê-la e ajustar a sua intervenção às suas necessidades imediatas.

As melhorias adquiridas ao nível da noção do corpo, revelam a importância das atividades psicomotoras dentro do desenvolvimento deste fator (Pfeifer & Anhão, 2009), principalmente ao nível do esquema corporal e da estruturação espaço-temporal, que potenciará melhorias ao nível da aprendizagem. Por exemplo, atividades que promovam o reconhecimento do próprio corpo, como o desenho do corpo, a procura das diferentes partes do corpo e do respetivo nome, traduziram-se em resultados quando a Ana foi capaz de desenvolver um boneco em plasticina sem que faltasse nenhuma das partes e com o maior número de detalhes possível, assim como, o mesmo foi observado num desenho feito em sessão. No entanto, em avaliação, a Ana desenhou as figuras humanas com detalhes em falta, mas no BOT-2 obteve maior pontuação na sub tarefa dos toques no

nariz. Relativamente à estruturação espaço-temporal, no geral, também foram observadas melhorias, mesmo que ainda seja necessária uma intervenção mais dirigida a esse fator. Como referido anteriormente, estes dois fatores complementam-se, uma vez que, primeiro há o reconhecimento da criança em si e só depois é que é possível haver o reconhecimento do espaço que a rodeia e, da folha onde terá que escrever (Almeida, 2013). Este fator foi potenciado com a representação topográfica da sala, com a aquisição dos diferentes conceitos espaciais e, com a permanência de um meio envolvente com poucos estímulos e detentor de organização dos materiais – neste último tópico, salienta-se que a Ana foi uma criança que arrumava sempre o material utilizado no seu jogo, antes de ser iniciada a atividade dirigida pela psicomotricista. No entanto, é importante realçar que ainda são visíveis algumas lacunas na estruturação temporal.

Destacar que o controlo inibitório e a conseqüente inibição de estímulos, permitiram que a Ana usufruísse da sessão de uma forma menos agitada; inicialmente, quando havia muitos materiais na sala, a Ana não era capaz de iniciar uma brincadeira onde não utilizasse todo o material à sua disposição; no final da intervenção, a Ana é capaz de usar os materiais que são apenas essenciais para o seu jogo. Estas dimensões foram trabalhadas com a imposição de limites, como por exemplo o deambular pela sala potenciando uma atenção dirigida ao estímulo das palmas da psicomotricista, ou em atividades que envolviam música e estímulos verbais.

Relativamente à componente motora e ao seu desenvolvimento, é notório a existência de uma relação entre aquilo que a criança é capaz de aprender, ou seja, o seu funcionamento cognitivo, e aquilo que a criança tem a capacidade de realizar, ou seja, o seu funcionamento motor; sendo assim, é de se esperar que, uma intervenção psicomotora dirigida a esta componente, terá uma influência positiva nas crianças com dificuldades de aprendizagem (de Carvalho et al., 2021). Posto isto, as atividades gnossopráticas desenvolvidas ao longo da intervenção foram potenciadoras da evolução ao nível das capacidades motoras grossas e finas, uma vez que combinavam diferentes formas de movimento e processos relacionados com a preensão e a pica fina, permitiram à criança desenvolver novos mecanismos para aprender.

Por fim, salientar que, caso fosse possível continuar a acompanhar o caso deveriam ser realizados ajustes ao plano terapêutico e reformular os objetivos terapêuticos, por forma a colmatar alguns aspetos que necessitam de intervenção, tais como: incluir a componente relativa ao equilíbrio, reforçar a componente relativa à

capacidade de planificação e resolução de problemas e persistir na componente relativa à estruturação espaço-temporal (com maior atenção à estruturação rítmica).

## 5.2. Estudo de Caso II

### **O Papel da Intervenção Psicomotora em Contexto Terapêutico Multidisciplinar num Hospital de Dia para Adolescentes: Estudo de Caso**

#### Resumo

A adolescência é um período do desenvolvimento humano caracterizado por muitas mudanças físicas, psicológicas, sociais e, por vezes, os adolescentes não estão munidos dos recursos necessários para compreenderem e aceitarem as mesmas. A intervenção psicomotora, como potenciadora das competências socioemocionais e cognitivas, traduz-se num alicerce terapêutico na aceitação destas mudanças e no desenvolvimento de estratégias que as permitam ultrapassar. No presente artigo apresenta-se uma adolescente que se encontra numa fase prodrómica da perturbação da personalidade *Borderline* com presença de episódios depressivos. Para o planeamento do projeto terapêutico foi realizada uma avaliação inicial (formal e informal) e definidos objetivos específicos para os domínios psicomotor, socioemocional e cognitivo, desenvolvidos em sessões semanais. A intervenção foi realizada em sessões de grupo, num contexto multidisciplinar com psicomotricidade, musicoterapia, atelier criativo, consultas de pedopsiquiatria e acompanhamento parental. No final da intervenção a progressão terapêutica da jovem destaca-se pela sua capacidade de desenvolver estratégias de adaptação ao contexto do seu dia-a-dia, melhorando a relação familiar em geral, com especial evolução na relação com o pai, com a escola, relação com os pares e processo de individualização.

Palavras-chave: adolescência; psicomotricidade; pedopsiquiatria; depressão; personalidade.

#### Abstract

Adolescence is a period of human development characterised by many physical, psychological, and social changes, which every so often adolescents are not equipped with the necessary resources to understand and accept. Psychomotor intervention, as an enhancer of

socioemotional and cognitive skills, is a therapeutic foundation for the acceptance of these changes and the development of strategies to overcome them. This article presents an adolescent who is in a prodromal phase of *Borderline* personality disorder with the presence of depressive episodes. For the therapeutic planning, an initial assessment (formal and informal) was carried out and specific objectives for the psychomotor, socioemotional, and cognitive domains were defined and developed in weekly sessions. The intervention was carried out in group sessions, in a multidisciplinary context with psychomotricity, music therapy, creative workshop, child psychiatry consultations, and parental follow-up. At the end of the intervention, the youngster's therapeutic progression stands out for her ability to develop strategies to adapt to the context of her daily life, improving the family relationship in general, with special evolution in the relationship with the father, the school, relationships with peers and individualisation process.

Keywords: Adolescence; psychomotricity; child psychiatry; depression; personality.

#### a. Introdução

A adolescência refere-se a um período do desenvolvimento humano caracterizado por diversas mudanças, sejam físicas, psicológicas ou sociais, que decorre entre a infância e a fase adulta (Papalia et al., 2006). Durante este período, ocorre a puberdade, de base biológica e onde há a libertação de hormonas que vão desencadear determinadas alterações físicas em torno da maturação sexual (Quintero, 2018).

De entre todas as alterações que este momento requer, estão implícitas as alterações psicológicas diretamente relacionadas com a forma como a personalidade do adolescente ficará moldada (Quintero, 2018). A personalidade é o que torna cada ser humano único e diferente dos outros; é um conjunto de traços e processos que estão em constante interação e que permanecem, na sua maioria, estáveis, ao longo da vida. A personalidade é moldada pelo ambiente que a rodeia e pelos processos psicológicos, sejam cognitivos, motivacionais ou afetivos (Sevilla, 2021). Posto isto, os processos de

maturação biológica e psicológica inerentes à adolescência, revelam-se fulcrais na criação da identidade e construção da personalidade (Quintero, 2018).

A construção da sua identidade está relacionada com a forma como o adolescente se vê e se sente; aquando das mudanças físicas, o adolescente inicia o processo de compreensão do novo corpo enquanto desenvolve uma nova imagem corporal – afetando o seu autoconceito e, por conseguinte, a sua autoestima e autoimagem, seja positiva, ou negativamente, o adolescente vai construindo um novo significado do eu através de uma contínua autoavaliação, no qual utiliza os meios à sua volta como forma de comparação a si mesmo (Quintero, 2018).

Tendo em conta todas as mudanças em torno de si, o adolescente poderá desenvolver uma fase prodrómica para uma perturbação da personalidade – ocorre quando os modos de comportamento são estáveis e duradouros mas inflexíveis e pouco adaptados às situações do meio envolvente, afetando o indivíduo ao nível das interações sociais e da capacidade em lidar com o dia-a-dia, provocando um desconforto considerável na sua vida (American Psychiatric Association, 2014; Bosch et al., 2022).

A perturbação da personalidade *Borderline* caracteriza-se pela constante instabilidade emocional e impulsividade persistentes que afetam o dia-a-dia do indivíduo ao nível das relações interpessoais, afetos e autoimagem, provocando sentimentos de vazio e o medo extremo relacionado com o abandono (Herédia & Henriques, 2015).

Em contexto de saúde mental, a prática psicomotora é considerada fundamental para a resolução e compreensão dos conflitos internos enquanto crianças, pela utilização do corpo, como recurso à terapia para fins de construção e reestruturação do psiquismo inerente ao desenvolvimento do indivíduo (Figueira & Freitas, 2017).

Pela visão de Figueira e Freitas (2017), a intervenção psicomotora permite, assim, a mudança nas capacidades relacionais, simbólicas, emocionais e expressivas que estão

em falta nos adolescentes com perturbações mentais. Posto isto, a psicomotricidade consegue destacar-se por abranger diferentes campos: preventivo, reeducativo e terapêutico, através de atividades lúdicas, técnicas expressivas e de relaxação; num serviço de saúde mental, a sua implementação será pertinente para potenciar a organização das expressões corporais que estão desajustadas, contribuindo para a compreensão das emoções e dos sentimentos e promovendo o desenvolvimento de estratégias para a resolução de conflitos relacionais e funcionais, assim como, ter um papel fulcral no desenvolvimento da autonomia e independência das crianças e adolescentes.

O objetivo deste artigo é descrever a evolução após 9 meses de intervenção psicomotora num contexto multidisciplinar, com acompanhamento em pedopsiquiatria, e participação em mais dois dos ateliers disponibilizados no Hospital de Dia: musicoterapia e atelier criativo. A intervenção psicomotora teve em conta um plano de intervenção desenvolvido a partir da recolha de dados por avaliação formal e informal e foi realizada uma observação psicomotora inicial, por forma a recolher dados mais concretos ao nível das relações com os pares.

## b. Metodologia

### i. Caraterização do participante

A Núria (nome fictício) é uma adolescente de 14 anos que frequenta o 9.º ano de escolaridade. A adolescente é fruto de uma gravidez sem complicações orgânicas para o feto, mas com grande instabilidade emocional por parte da mãe. Em criança não mostrou atrasos na aquisição dos marcos de desenvolvimentos, apresentando, no entanto, dificuldades em dormir até aos 3 anos de idade e comportamentos autoagressivos aos 2 anos, entrando em remissão na entrada no pré-escolar. Ao longo do ingresso no pré-escolar e escolar, não foram verificados sintomas que revelassem uma ansiedade de

separação, porém houve suspeita de dislexia no 4.º ano, posteriormente excluída em avaliação psicológica. Ao nível do funcionamento cognitivo, através de avaliações prévias, destaca-se que a Núria revela um funcionamento muito superior, apesar de resultados heterogéneos.

Ao nível do contexto familiar, a Núria vive com os pais e o irmão mais velho de 22 anos. A mãe da Núria engravidou do irmão, no final da adolescência (18 anos) e dela na idade adulta (26 anos), provocando o sentimento de não ter sido desejada, devido à diferença de idades entre ambos. A jovem relata uma boa relação com o irmão, sendo este identificado como um elemento que mantém uma postura paternal para com a adolescente. A relação com o pai é um pouco atribulada, dado que este lhe provoca sentimentos de culpa, relacionados com o seu desgosto relativamente ao futuro que a jovem possa escolher e de preocupação relacionada com o contexto de trabalho do pai. Ao nível de fatores protetores, a Núria fala da avó materna como sendo uma mulher lutadora e de grande suporte para toda a família e refere a sua boa relação com o seu primo mais novo.

A jovem foi encaminhada para psicomotricidade com hipóteses de diagnóstico para um funcionamento da personalidade estado limite (*borderline*) com episódios depressivos, labilidade emocional, com crises de ansiedade e agressividade em momentos de maior conflito com os pares e elementos do núcleo familiar. Para além disso, apresenta sentimentos de desamparo e de rejeição que resultam em esmurrar a parede ou arranhar-se; manifesta insónia inicial e intermédia, flutuações no apetite, baixa autoestima, baixa autoconfiança, anergia, baixa capacidade de concentração, ideação sobrevalorizada de culpabilidade e ideação mórbida sem estruturação suicidária. Estes sintomas são concomitantes com o início da menarca e os primeiros indícios revelaram-se em

novembro de 2020, dois anos antes de iniciar o acompanhamento em psicomotricidade, sendo apenas acompanhada em pedopsiquiatria após o mês de agosto de 2021.

A Núria ingressou no HD em novembro de 2021 e foi inserida em três dos grupos disponíveis no mesmo, sendo eles: psicomotricidade, atelier criativo e musicoterapia; ao longo da intervenção nos diferentes grupos, a jovem foi ainda acompanhada pelo pedopsiquiatra do hospital e pela enfermeira responsável pelo seu caso – possibilitando um acompanhamento mais regular com grande suporte. Os pais da Núria fizeram parte do grupo de pais criado para acompanhamento parental, juntamente com pais de outros adolescentes do HD.

#### ii. Instrumentos de avaliação

Consoante as informações recolhidas por meio da intervenção do pedopsiquiatra que levou à definição do motivo de encaminhamento, a avaliação foi delineada tendo em conta os critérios estabelecidos para adolescentes que ingressam em grupo terapêutico - salientando que a maioria dos jovens tem características de diagnóstico semelhantes. No entanto, são tidos em conta os elementos recolhidos em entrevista formal com a jovem, para a construção da relação terapêutica. Assim, os instrumentos de avaliação pré-definidos foram: Draw a Person (DAP), Estátua de Nepsy-II, Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Obsertsky (BOT-2), *The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy* (LOFOPT) e Escala de Autoconceito de Piers-Harris (EAC) para além destes instrumentos, foi aplicado o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) para aquisição de dados para o HD e os mesmos foram tidos em conta durante a intervenção com a Núria.

Os instrumentos selecionados permitem observar os diferentes domínios, seja cognitivo, psicomotor e emocional, e colocar em evidência as necessidades da jovem, facilitando o desenvolvimento de um plano de intervenção adequado às suas dificuldades.

Assim, a aplicação do DAP (Naglieri, 1988) surge no sentido de avaliar os traços emocionais e de maturação dos jovens, assim como a sua relação com os elementos que o rodeiam e as dificuldades expressas emocionalmente. Quando aplicado em jovens com sintomas relacionados com a perturbação da personalidade *borderline*, onde há uma instabilidade emocional e, por vezes, sentimentos relacionados com um vazio (Bosch et al., 2022), o DAP permite verificar algumas dessas características através da análise dos detalhes presentes, ou não, nos desenhos.

A NEPSY-II é uma bateria neuropsicológica de multidomínios desenvolvida para avaliar as capacidades neurocognitivas em crianças e adolescentes. A Estátua de NEPSY-II está inserida no domínio da atenção e funcionamento executivo e permite avaliar a inibição de respostas, monitorização e autorregulação, vigilância e processos de atenção seletiva e sustentada (Brooks et al., 2009; Davis & Matthews, 2010).

O BOT-2 é um teste que utiliza atividades guiadas por objetivos relacionados com as capacidades motoras por forma a identificar um estado do desenvolvimento e capacidades associadas ao controlo motor fino e grosso, permitindo o acesso à função cognitiva e académica mais geral (Bruininks & Bruininks, 2010).

A LOFOPT (Van Coppenolle et al., 1989) permite identificar as características disruptivas do indivíduo durante a sua participação em diversas atividades, através da observação do seus comportamentos em contexto de terapia de grupo. A sua aplicação direcionada à jovem, pretendeu compreender como esta se movimenta dentro de um grupo com características semelhantes, tendo em conta a sua capacidade em manter relações interpessoais, oscilações ao nível emocional, comportamentos impulsivos, autoconfiança e comunicação verbal, dado que, por vezes, jovens com perturbação da personalidade *borderline*, poderão apresentar dificuldades nestes parâmetros (Bosch et al., 2022).

A EAC (Veiga, 2006) é um instrumento que permite obter o nível do autoconceito do indivíduo e que tem na sua base seis parâmetros: aspeto comportamental, estatuto intelectual, aparência e atributos físicos, ansiedade, popularidade e satisfação. Assim como o SDQ (Goodman, 1997), que permite recolher a perspetiva que o jovem tem sobre si mesmo e as suas dificuldades, estes dois questionários, são essenciais para compreender como é que os/as jovens se relacionam com os outros, se veem e o seu nível de autoestima.

iii. Procedimentos (inclui o Plano de Intervenção)

c. Resultados

i. 1.<sup>a</sup> avaliação

#### *Avaliação informal*

Pela aplicação da Escala de Observação de Louvain (LOFOPT) foram observáveis as seguintes características: a Núria apresenta níveis apropriados nas dimensões das relações emocionais, autoconfiança, relaxação, controlo e expressividade do movimento e comunicação verbal e, por isso, obtém uma pontuação igual a 0 em todas estas características. Salienta-se que ao nível da sua atividade esta é classificada como ligeiramente hiperativa (+1); ao nível da atenção focalizada apresenta um ligeiro não envolvimento (-1) e ao nível da regulação social, apresenta-se ligeiramente com falta de regras (-1).

#### *Avaliação formal*

A avaliação formal foi realizada um mês antes de iniciar o acompanhamento em psicomotricidade. Quando a Núria ingressou no grupo, os elementos do mesmo, já tinham beneficiado de quatro sessões. As etapas de avaliação foram realizadas num ambiente familiar para a Núria, gabinete 2 do hospital, facilitando a sua aplicação. Relativamente ao SDQ, os resultados obtidos pelo preenchimento do questionário pela Núria e pela mãe, encontram-se na tabela 12.

**Tabela 12 - Pontuação SQD: questionário de autoavaliação e questionário parental**

<b>Pontuação</b>	<b>Questionário</b>	<b>Perceção da Núria (autoavaliação)</b>	<b>Perceção da Mãe (questionário parental)</b>
	<b>Total de dificuldades</b>	20 pontos – Anormal	21 pontos – Anormal
	<b>Sintomas Emocionais</b>	7 pontos – Anormal	8 pontos – Anormal
	<b>Problemas de Comportamento</b>	2 pontos – Normal	3 pontos – Limítrofe
	<b>Hiperatividade</b>	8 pontos – Anormal	7 pontos – Anormal
	<b>Problemas com os Colegas</b>	3 pontos – Normal	3 pontos – Limítrofe
	<b>Comportamento pró-social</b>	8 pontos – Normal	10 pontos – Normal

No geral, é possível observar que tanto a Núria como a mãe têm uma perceção relativa à Núria muito semelhante, variando apenas nas categoria dos problemas de comportamento e problemas com os colegas, onde há uma variação entre o normal e o limítrofe. Relativamente à pontuação do suplemento de impacto, enquanto para a Núria esta revela uma pontuação de 1 – limítrofe (as dificuldades só interferem na aprendizagem na escola), para a mãe, a pontuação é de 5 registando-se como anormal, fazendo observações relativas às grandes dificuldades que persistem há mais de 6 meses e que se revelam como uma sobrecarga para a família.

No que diz respeito à avaliação inicial do DAP (anexo 9), nos desenhos realizados do homem, mulher e próprio, as pontuações finais foram 40, 35 e 24, respetivamente. As cotações não diferem muito do desenho do homem para o desenho da mulher – ambos os desenhos apresentam uma face com um queixo pronunciado, não há presença de mãos, nem pés; os detalhes observados no desenho do homem estão relacionados com a zona do abdómen e ancas, onde é visível o pronunciamento dos mesmos – ao longo deste desenho, a Núria afirmou estar a desenhar o irmão (sem camisola) e que, estas zonas estavam mais preenchidas, devido ao facto de o irmão ter engordado; relativamente ao desenho da mulher, os detalhes são apenas na zona do peito e tronco, onde se verifica a presença de curvas relacionadas com o corpo da mulher; a expressão facial destes dois desenhos é semelhantemente apática. No desenho do próprio corpo, a Núria desenhou-se sem rosto, pernas, pés e mãos – durante a realização do mesmo a jovem afirma que geralmente “não me vejo ao espelho, por isso não sei como é que a roupa me fica!” (sic),

este tópico surge da dificuldade em se desenhar. Durante a realização deste teste, a Núria efetuou os desenhos pedidos, com a mão direita, estando sempre a conversar com a psicomotricista que a acompanhou. Por fim, as pontuações dos seus desenhos em conjunto, com um intervalo de confiança de 90% encontram-se numa categoria deficitária para a sua idade.

Perante os resultados apresentados em cada categoria da Escala de Autoconceito, a Núria apresenta um autoconceito global muito abaixo da média (27/60). Durante a aplicação deste questionário, a Núria permaneceu sentada, apoiando-se no braço direito enquanto escrevia com a mão direita. No geral, as pontuações por dimensão encontram-se abaixo da média. Relativamente ao aspeto comportamental apresenta uma pontuação de 8/13, ou seja, num patamar média baixo. Ao nível do estatuto intelectual, esta pontua 7/13, encontrando-se na média, o que poderá significar um aproveitamento escolar médio e uma boa relação com os pares na escola; a dimensão da aparência física destaca-se com 2/8 pontos revelando uma baixa autoestima, assim como já se tinha verificado na realização do desenho de si própria. Relativamente à dimensão da ansiedade, esta pontua 1/8, revelando a Núria como sendo uma jovem com um índice elevado de ansiedade; ao nível da popularidade, a pontuação centra-se em 6/10 (médio baixo). Por último, na dimensão de felicidade e satisfação a pontuação de 3/8, revelando-se muito baixo, podendo ser indicador de uma baixa autoestima. A tabela 13 faz um resumo das pontuações de cada dimensão e a interpretação dos resultados por percentil.

**Tabela 13 - Pontuações da Escala de Autoconceito Piers-Harris**

<b>Dimensão</b>	<b>Total Itens</b>	<b>Pontuação por Dimensão</b>	<b>Interpretação dos Resultados<sup>1</sup></b>
<b>Aspeto Comportamental (AC)</b>	13	8	Percentil <sup>2</sup> entre 20-25: Médio Baixo
<b>Estatuto Intelectual (EI)</b>	13	7	Percentil <sup>2</sup> entre 25-30: Médio
<b>Aparência Física (AF)</b>	8	2	Percentil <sup>2</sup> entre 10-15: Baixo
<b>Ansiedade (A)</b>	8	1	Percentil <sup>2</sup> igual a 5: Baixo
<b>Popularidade (P)</b>	10	6	Percentil <sup>2</sup> entre 20-25: Médio Baixo
<b>Felicidade-Satisfação (FS)</b>	8	3	Percentil <sup>2</sup> abaixo de 5: Muito Baixo
<b>Autoconceito Global</b>	60	27	Percentil <sup>2</sup> abaixo de 5: Muito Baixo

<sup>1</sup> A interpretação dos resultados teve em conta as médias apresentadas no documento do anexo 10

<sup>2</sup> O percentil foi analisado através do artigo de Veiga, 2006.

Pela aplicação do BOT-2 (anexo 11) e, após a análise dos resultados (apresentados abaixo na tabela 14), verifica-se o seguinte: ao nível da precisão motora e da integração motora fina foram verificados erros pontuais, não havendo desvios significativos na pintura da estrela, enquanto no traçar do caminho foram observados três erros, onde a Núria saiu fora da linha de controlo sem grande significação; na tarefa de integração motora fina, a cópia do diamante e dos círculos foi realizada com sucesso obtendo a pontuação máxima nos dois parâmetros. Ao nível da destreza manual, a Núria nas duas tentativas conseguiu colocar 5 blocos, obtendo uma pontuação final de 4/9. Ao nível da coordenação bilateral, no toque dos dedos no nariz, 4 foram com as pontas dos dedos, obtendo a pontuação total desta etapa (4/4); relativamente ao rodar dos dedos, estes foram realizados sem dificuldade, sendo capaz de realizar pivots continuamente (3/3). Ao nível do equilíbrio, o andar sobre uma linha calcanhar-ponta do dedo, foi feito sem dificuldades (4/4). Na rapidez e agilidade, a Núria realizou os seus saltos em apoio unipedal com o pé esquerdo, com algumas dificuldades sendo visíveis reequilibrações constantes, mas com saltos regulares e ritmados (5/10), estas dificuldades estão relacionadas com o calçado utilizado durante a avaliação na coordenação dos membros superiores, o apanhar da bola foi feito com a sua mão dominante – mão direita, obtendo 5 pontos. No driblar a bola, a Núria não apresentou dificuldades, tendo obtido uma pontuação de 7 pontos por perfazer 10 dribles. Por fim, na tarefa de força, a Núria optou por fazer as flexões completas, tendo sido contabilizadas apenas as que realizou consoante os parâmetros determinados (12 flexões), as restantes foram concretizadas com desvios posturais. Posto isto, a Núria obteve uma pontuação total de 55 pontos, o que, pela análise das tabelas normativas, corresponde à média no que diz respeito à categoria descritiva, obtendo um Percentile Rank de 21 e um Standard Score de 42.

**Tabela 14 - Pontuação das diferentes dimensões do BOT-2**

<b>Dimensão</b>	<b>Subtarefa</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Precisão Motora Fina</b>	Colorir a estrela	3
	Traçar o caminho	5
<b>Integração Motora Fina</b>	Copiar círculos	6
	Copiar diamante	5
<b>Destreza Manual</b>	Enfiar Blocos	4
<b>Coordenação Bilateral</b>	Tocar no nariz	4
	Rodar os dedos	3
<b>Equilíbrio</b>	Andar sobre uma linha	4
<b>Força e Agilidade</b>	Saltar em apoio unipedal	5
<b>Coordenação dos membros superiores</b>	Apanhar a bola	5
	Driblar a bola	7
<b>Força</b>	Flexão de Joelhos	4
	<b>Total</b>	<b>55</b>

Durante a aplicação da Estátua de Nepsy-II a Núria permaneceu com uma expressão facial neutra, sem reações tónico emocionais, havendo apenas pequenas oscilações corporais sem significação, perfazendo uma pontuação final de 30/30, o que através da análise das tabelas normativas, indica correspondência para a sua idade.

#### Discussão dos Resultados da 1ª avaliação

Tendo em conta a análise dos resultados e através da conjugação dos dados recolhidos na observação formal, com os dados da observação informal, foi possível verificar uma concordância entre alguns elementos como: do ponto de vista emocional, a descrição de baixa autoestima, verificada no EAC e, posteriormente, o desenho próprio com poucos detalhes e a referência a não se ver ao espelho, nem ser a própria a comprar a sua roupa, assim como a realização de desenhos com expressões apáticas, como sendo um indicador de dificuldades na interpretação das emoções; ao nível cognitivo, destaca-se o esquema corporal também observado no DAP ; e, ao nível motor, a Núria revela bons resultados, com uma praxia global e fina bem desenvolvidas e um controlo postural adequado, aquando da aplicação do BOT-2 e da Estátua de Nepsy, respetivamente.

A Núria apresenta resultados, na sua maioria, dentro da média esperada para a sua idade, no entanto, revela dificuldades em cumprir as regras, com movimentos ligeiramente hiperativos em contexto de grupo (apesar de ter uma autorregulação

adequada), baixa autoestima e autoconceito, elevada ansiedade e dificuldades na interpretação das emoções.

### **Elementos Critério**

Após a análise das informações recolhidas através da avaliação inicial, por ação da observação formal e informal, foi possível agrupar as características predominantes da Núria, determinando os seus elementos critério:

- Baixa autoestima;
- Diminuído autoconceito;
- Dificuldades em cumprir regras;
- Fraca noção do corpo;
- Dificuldades na capacidade de interpretar as emoções, em si e no outro.

### **Hipóteses Explicativas**

Com o intuito de entender a história da Núria, e por forma a desenvolver um programa de intervenção terapêutica adequado às suas necessidades, foram formuladas hipóteses explicativas. Desta forma, perante a análise dos resultados referentes ao processo de avaliação inicial, observam-se áreas de maior destaque para a formulação dessas hipóteses, como o autoconceito, a autoestima, o cumprimento de regras, a noção do corpo e as emoções.

A fase da adolescência por si só, é uma fase que se traduz em muitas alterações ao nível psicológico, físico e emocional. Um adolescente, para conseguir desenvolver o seu potencial emocional e estabelecer relações entre pares e família, necessita de uma saúde mental sólida e capaz de se adaptar face as situações do dia-a-dia (de Andrade Araújo & Pereira, 2017). No caso da Núria, a jovem apresenta sintomas que indicam uma fase inicial para a perturbação da personalidade *Borderline* com a presença de episódios depressivos. Ambos os diagnósticos estão relacionados a sintomas como a instabilidade

nas relações interpessoais, na autoimagem, no autoconceito e na autoestima e nos afetos, com a inclusão de comportamentos impulsivos associados à perturbação da personalidade (American Psychiatric Association, 2014; Oliveira-Brochado & Oliveira-Brochado, 2008).

Segundo o DSM-V (American Psychiatric Association, 2014), o diagnóstico de uma perturbação estado-limite (*borderline*) da personalidade, envolve a existência de 5 ou mais dos sintomas definidos. Durante as sessões foram observados pelo menos quatro sintomas: 1. Esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginário; 2. Um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado por alternância entre extremos de idealização e desvalorização; 3. Perturbação da identidade: autoimagem ou sentimento de si próprio marcados e persistentemente instáveis; 4. Instabilidade afetiva devida a reatividade de humor marcada (por exemplo, episódios intensos de disforia, irritabilidade ou ansiedade). Numa primeira abordagem com a Núria, observou-se o primeiro sintoma, como uma preocupação extrema com os restantes elementos: quando algum elemento faltava, a jovem perguntava sempre pelo mesmo, sendo que era quem dava conta e realmente perguntava por ele, questionando as psicomotricistas sobre o porquê da falta e se regressariam ao grupo ou não; o segundo sintoma foi observado nas primeiras sessões, onde a Núria desenvolveu uma relação intensa com outra adolescente que teve impacto mesmo fora do contexto terapêutico: faziam todas as atividades juntas, falavam entre si sem partilhar com o grupo e quando chamadas à atenção não correspondiam ao pedido, por vezes, a Núria, como já era sabedora das histórias da jovem, contava-as por ela, não permitindo que esta tivesse o seu momento de partilha, para além disso, afastavam-se do grupo e não interagiam com os outros elementos. Relativamente ao terceiro sintoma este foi observado em contexto de avaliação inicial e dentro da sessão: aquando da realização do DAP a Núria evidenciou que não se observa muito ao espelho, que nem compra a sua

roupa e que por isso não sabe como é que é, dentro da sessão, durante o desenho do corpo no papel de cenário, afirma que não se imaginava daquela forma e tem dificuldades em identificar as suas emoções tendo em consideração a parte do corpo onde as sente. Por fim, o quarto sintoma está relacionado com a sua ansiedade e dentro das sessões era observado pela forma de verbalização excessiva, ou seja, quando a Núria estava ansiosa com alguma coisa, tinha maior necessidade de a expressar e conversar sobre ela, não dando espaço aos restantes elementos para falarem.

Para além dos sintomas apresentados para esta perturbação, a Núria tinha momentos onde evidenciava as características de um episódio depressivo. Por definição, a depressão é uma perturbação que é caracterizada pela presença de tristeza, perda de interesse, baixa autoestima, sentimento de culpa, cansaço e falta de concentração e pode ter os seus sintomas prolongados ou recorrentes, pondo em causa o bom funcionamento do indivíduo (de Mello et al., 2021). Durante as observações e as avaliações, foram destacados momentos onde a Núria expressava um grande cansaço, falta de motivação, pouca vontade para a realização das atividades, ou então um deslocamento do grupo, mantendo-se à parte. O sintoma relacionado com a baixa autoestima foi observado pela análise do SDQ e do EAC, onde obteve pontuações abaixo da média e, mais uma vez, evidenciado pela realização do DAP, enfatizando a sua baixa noção do corpo.

Assim, as dificuldades da Núria em interpretar as emoções em si, e no outro, podem ser explicadas pelo facto de, segundo o DSM-V (2014) e Antunes et al. (2018), ambas as patologias estarem relacionadas com a desregulação emocional e a dificuldade em manter as suas relações interpessoais. Por um lado, uma pessoa com depressão apresenta dificuldades em experienciar as emoções e em atribuir-lhes um significado e uma causa (Antunes et al., 2018) e, por outro lado, a perturbação da personalidade *Borderline*, insere-se na categoria das perturbações emocionais e é representada por

alguns sintomas comórbidos com a depressão, como por exemplo, a baixa autoestima e a desregulação emocional; por conseguinte, estas dificuldades relacionam-se com a menor capacidade de adaptação face ao que está a ser experienciado e é potenciadora de um afastamento social, evitando o confronto com emoções negativas (Maffei & Fusi, 2016). No caso da Núria, estas dificuldades não eram tão acentuadas, ainda que apresentassem necessidade de intervenção. A jovem era capaz de identificar a forma como cada emoção é expressa (caso a emoção fosse sentida de uma forma recorrente), no entanto, não era capaz de o transportar para as suas próprias vivências, atribuindo diferentes significados a uma dada emoção, como por exemplo: alegria – sabia que era um estado onde o corpo estava mais disposto para a realização da ação, no entanto, não era capaz de atribuir essa emoção aos diferentes momentos do seu dia-a-dia, como quando ia passear a cadela (a Núria falava que se sentia bem e que era o momento onde se libertava dos seus pensamentos, enquanto ouvia música).

Dentro dos critérios de diagnóstico para a perturbação da personalidade *Borderline* são tidos em conta os fatores etiológicos, biológicos ou ambientais que, quando em interação podem despoletar a perturbação. De um modo geral, a perturbação advém de um lado genético que é influenciado pelas experiências psicológicas e ambientais (Herédia & Henriques, 2015). Os fatores designados de risco, são aqueles que podem provocar o despoletar da doença, enquanto que os fatores protetores, funcionam como um alicerce de apoio, quer antes do surgimento da doença, quer no seu agravamento (Carr, 2014). Atendendo à história desenvolvimental da Núria, podem ser identificados diferentes fatores de risco, como por exemplo: instabilidade emocional da mãe durante a gravidez, sentimentos de não ser desejada, pela diferença de idade para com o irmão, sentimentos de culpa e ansiedade face às expectativas que o pai tem em relação à Núria e ao seu futuro, assim como sentimentos de desamparo e rejeição por parte do núcleo

familiar. Por outro lado, a Núria identifica a avó como sendo uma figura de referência, podendo constituir um fator protetor.

Por fim, relativamente ao incumprimento de regras, este poderá estar relacionado com a relação intensa que foi descrita anteriormente, uma vez que, só era observado dentro desse contexto, como por exemplo: quando chamada à atenção por dispersar do grupo para conversar, a mesma não correspondia corretamente e continuava a conversar.

### **Perfil intraindividual**

Através dos resultados das avaliações foi possível definir o perfil intraindividual da Núria com base nas suas áreas fortes, intermédias e de necessidade, pelo que se encontram descritas na tabela 15.

**Tabela 15** – Perfil intraindividual da Núria

<b>Áreas fortes</b>	<b>Áreas intermédias</b>	<b>Áreas de necessidade</b>
Interação com a terapeuta; Motricidade fina e grossa; Controlo inibitório, atenção seletiva e autorregulação apropriadas.	Equilíbrio dinâmico.	Noção do Corpo; Autoestima e Autoconceito; Regulação das Emoções; Regras.

Destaca-se que a Núria apresentou diversas áreas de necessidade de intervenção de base emocional e executiva, pelo que se repercutem em influências negativas no modo como interage com os outros e como se vê a si própria. Para além disso, o contacto adequado e interativo com o terapeuta, um bom controlo das motricidade fina e grossa podem ser evidenciados como pontos importantes a ter em conta no desenvolvimento da relação terapêutica e no aproveitamento das sessões.

## Objetivos terapêuticos

**Tabela 16** - Objetivos de Intervenção do Projeto Pedagógico-Terapêutico do grupo frequentado pela Núria

Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<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.
	Promover a noção do corpo	- Estimular a consciência corporal através da simbolização e verbalização; - Compreender a noção de esquema corporal; - Melhorar a percepção da imagem corporal; - Adequar a expressão corporal.
	Melhorar a estruturação espaciotemporal	- Aumentar a capacidade de retenção e memorização de sequências; - Adequar a orientação espacial; - Melhorar a organização temporal.
<b>Sócioemocional</b>	Promover o autoconceito	- Aumentar a autoestima; - Aumentar os sentimentos de valorização.
	Promover a autorregulação comportamental	- Aumentar a tolerância à frustração.
	Regular os estados emocionais	- Identificar as próprias emoções e sentimentos; - Reconhecer emoções em si e no outro; - Expressar medos e preocupações.
	Desenvolver competências sociais.	- Estimular a capacidade de relação e interajuda entre o grupo; - Potenciar a partilha e coesão entre o grupo; - Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites; - Aumentar a capacidade de aceitação do desconhecido.
	Estimular a autonomia	- Aumentar a tomada de iniciativa.
<b>Cognitivo</b>	Melhorar a capacidade de atenção	- Aumentar a capacidade atencional; - Manter o foco de atenção nas atividades propostas.
	Estimular a memória	- Melhorar a memória de trabalho, curto e longo prazo.
	Promover a comunicação	- Melhorar a capacidade de organização e coerência do diálogo verbal.
	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, corpo, palavra, material (bolas, tintas...) e relaxação		

## Projeto Terapêutico

### Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

O plano terapêutico formulado para a Núria consiste num acompanhamento em grupo, com 8 elementos, e a periodicidade de uma vez por semana, com a duração de 75 minutos. Ao longo das sessões de psicomotricidade serão trabalhos os objetivos terapêuticos descritos anteriormente, através da dinamização de atividades com recurso a materiais do interesse do grupo.

A intervenção psicomotora proposta para Núria será maioritariamente direcionada para o controlo dos comportamentos, a imposição de regras, a melhoria da noção do corpo

e, por conseguinte, a melhoria da autoestima e a capacidade de interpretar emoções e sentimentos, em si no outro. De entre os materiais utilizados para as sessões estão disponíveis: colchões, rolos de espuma, arcos, bolas, assim como material feito pela psicomotricista para as atividades escolhidas. Todas as sessões seguirão a seguinte estrutura: diálogo inicial, ativação geral, parte fundamental, retorno à calma e diálogo final. Na fase de ativação geral será dinamizada uma atividade que tenha por base um maior movimento do corpo, por forma a tornar os elementos disponíveis para a sessão; a parte fundamental tratará maioritariamente os objetivos específicos, através de atividades que se enquadrem nos gostos dos adolescentes, assim como, tendo em conta a sua idade; e, o retorno à calma será realizado através da dinamização de excertos do método de Relaxação Ativa de Maurice Martenot.

A intervenção com o grupo onde a Núria se inseriu, teve como base a interpretação das emoções e a sua identificação em si e no outro, uma vez que, indivíduos com perturbações relacionadas com a personalidade têm como característica a desregulação emocional, que por consequência afeta o seu relacionamento com os pares (Weydmann et al., 2019) – ao longo das sessões foram dadas a conhecer o tipo de emoções que existem e como é que estas se manifestam de pessoa para pessoa, compreendendo que há diferentes formas de sentir a mesma emoção e quando é que poderá estar a ser interpretada incorretamente. O trabalho em torno do domínio socioemocional teve na sua base os episódios depressivos, onde há perda de motivação, falta de vontade, baixa autoestima e autoconceito (Antunes et al., 2018), em consolidação com a presença de sintomas para perturbação da personalidade.

A consciência emocional é construída a partir da comunicação dos esquemas corporais, com as sensações e os aspetos fisiológicos despertados pela emoção (Brito & Ponciano, 2021), ou seja, se houver uma boa consciência corporal, será mais fácil para o

indivíduo controlar os seus impulsos e adaptar a sua resposta face ao momento em que está. Numa fase inicial da intervenção, o trabalho desenvolvido para a noção do corpo, concentrou-se em compreender e relacionar as emoções com o que é sentido e despoletado em cada corpo. Durante algumas sessões, foram dados elementos para que este trabalho fosse conseguido, como por exemplo: o conhecimento de cada emoção, situações exemplo de quando a emoção poderia surgir, estratégias para a regulação emocional e por fim, o desenho do corpo real de cada elemento com perguntas associadas a diferentes momentos da sua vida, pretendendo que estes identificassem o que sentiram e onde sentiram no seu corpo.

As competências sociais definem-se como condutas aprendidas que são adequadas socialmente e que permitem ao indivíduo relacionar-se com os outros; estas envolvem a capacidade de comunicar, resolver problemas e interagir com outras pessoas e são fundamentais para um desenvolvimento psicológico, pessoal e social, saudáveis (Mota & Ferreira, 2019). Dentro do grupo de intervenção onde a Núria foi inserida, de um modo geral, as competências sociais revelaram-se diminuídas, pelo que a promoção de estratégias para a construção de relações entre pares, dentro e fora do grupo, cumprimento de regras e coesão entre o grupo, foram essenciais para a evolução do grupo. As competências foram promovidas por atividades que implicassem, por exemplo, a discussão de ideias, a construção de um corpo com material disposto em conjunto e atividades que relacionassem os gostos de todos envolvendo trabalho em equipa.

Ao longo da intervenção será dada importância à comunicação verbal por forma a compreender as necessidades que possam surgir dentro do grupo, adaptando as sessões à disponibilidade de todos os elementos.

### **Estratégias Específicas**

As seguintes estratégias foram elaboradas tendo em conta as características específicas do caso descrito, uma vez que são consideradas um alicerce durante o processo terapêutico: realização de um semáforo dos comportamentos por forma a delimitar o que é permitido, e não, fazer dentro da sessão, com a possibilidade de ser alterado sempre que necessário; participação da psicomotricista em todas as atividades, por forma a diminuir o sentimento de estar a ser observada, e a desenvolver uma relação terapêutica segura e contentora; desenvolvimento de atividades tendo em conta os gostos e os pontos fortes de cada elemento do grupo, proporcionando a coesão do grupo; implementação de um momento de relaxamento adaptável à disponibilidade do grupo; e, proporcionar o prolongamento do diálogo inicial e final sempre que necessário haver um momento de maior partilha e entreajuda.

### **Exemplos de Atividades**

Na necessidade de alcançar os objetivos terapêuticos previamente estipulados, serão realizadas algumas atividades, descritas de seguida:

➤ Com a pretensão de desenvolver a capacidade de gerir emoções cada elemento representará um pino dentro do jogo, à vez, lançam o dado e aquele que obtiver a pontuação maior, inicia o jogo, os restantes elementos, organizam-se seguindo a ordem decrescente dos números. O jogo desenvolve-se num “tabuleiro” gigante representado por arcos no chão – as cores dos arcos representam a função que deve ser executada das cartas dadas pelas psicomotricistas: azul – desenho; verde – recuar uma casa; amarelo – mímica; vermelho – pergunta; laranja – lançar o dado novamente. Dada a função, o jogador deve realizá-la para os restantes elementos, sendo que, o primeiro a descobrir, tem a vantagem de avançar uma casa – com a condição de ter de passar por todos os elementos e não poder ser atribuída ao mesmo elemento duas vezes consecutivas. O jogo

termina quando um dos elementos chegar ao final do tabuleiro. Em algumas situações, poderão ser questionados momentos do dia-a-dia com o intuito de compreender como o jovem atua nesse momento e como é que os restantes elementos o fariam, sendo dadas estratégias para superar alguns obstáculos.

➤ Com o intuito de promover a noção do corpo, em grupo e com os diferentes materiais presentes na sala devem, em 5 minutos, planejar a construção de um corpo humano, com todos os elementos que o constitui. Durante este planeamento devem pensar nos materiais a utilizar e como organizar o corpo, escolhendo um líder para realizar esse desenho no quadro. Depois têm 5 minutos para reunir os materiais necessários. Passam à construção do corpo e no final é feita uma reflexão tendo em contas as seguintes questões: o que falta?; quais entre este corpo e o vosso?; como foi contruir este corpo?; quais as maiores dificuldades que sentiram?; do que planearam no quadro, falta alguma coisa?. No final as melhorias feitas ao corpo são representadas no quadro com cor diferente.

➤ Com a intenção de estimular a definição de estratégias e a capacidade de resolução de problemas e planeamento, e tomada de decisão, em equipa, os/as jovens devem planejar a construção do seu forte, tendo em conta os materiais disponíveis para o mesmo. No final, tentam destruir o forte das técnicas com lançamento de bolas, protegendo sempre o seu.

## ii. 2.<sup>a</sup> avaliação

A avaliação informal e formal foram realizadas no dia 7 de junho de 2022, uma semana antes das sessões de psicomotricidade darem por terminadas; estas foram realizadas num ambiente conhecido pela Núria, facilitando a sua aplicação.

No que concerne à avaliação informal, pela aplicação da Escala de Observação de Louvain (LOFOPT) foram observáveis as seguintes características: ao nível das relações

emocionais, atividade, controlo e expressividade do movimento, comunicação verbal, regulação social e atenção focalizada, a Núria 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.

Relativamente ao SDQ, os resultados obtidos pelo preenchimento do questionário pela Núria e pela mãe, encontram-se na tabela 17.

**Tabela 17 - Pontuação SQD: questionário de autoavaliação e questionário parental**

<b>Questionário</b>	<b>Perceção da Núria (autoavaliação)</b>	<b>Perceção da Mãe (questionário parental)</b>	<b>Perceção do Pai (questionário parental)</b>
<b>Pontuação</b>			
<b>Total de dificuldades</b>	17 pontos – Limítrofe	21 pontos – Anormal	18 pontos – Anormal
<b>Sintomas Emocionais</b>	6 pontos – Limítrofe	8 pontos – Anormal	4 pontos - Limítrofe
<b>Problemas de Comportamento</b>	2 pontos – Normal	3 pontos – Limítrofe	4 pontos – Anormal
<b>Hiperatividade</b>	5 pontos – Limítrofe	7 pontos – Anormal	5 pontos - Normal
<b>Problemas com os Colegas</b>	4 pontos – Normal	3 pontos – Limítrofe	5 pontos - Anormal
<b>Comportamento pró-social</b>	9 pontos – Normal	10 pontos – Normal	10 pontos – Normal

No geral, é possível observar que tanto a Núria como a mãe têm uma perceção relativa à Núria muito semelhante, diferindo apenas em alguns parâmetros entro o normal e limítrofe e, entre o limítrofe e o anormal. Por outro lado, a perceção entre a Núria e o pai apresentam extremos, ou seja, enquanto a Núria refere os problemas de comportamento como normal, o pai caracteriza como anormal. Entre pais, as perceções variam entre limítrofe e normal. Relativamente às pontuações do suplemento de impacto, a Núria revela uma pontuação de 1 – limítrofe (as dificuldades só interferem na aprendizagem na escola), a mãe e o pai pontuam 5 pontos, ou seja, anormal, fazendo observações relativas à terapia e identificando grandes melhorias e diferenças notórias.

Relativamente à avaliação formal, pela aplicação do DAP (anexo 12), nos desenhos realizados do homem, mulher e próprio, as pontuações finais foram 35, 31 e 32, respetivamente. As cotações não diferem muito de desenho para desenho; os detalhes observados no desenho do homem estão relacionados com a zona dos ombros, onde é

visível o pronunciamento dos mesmos; relativamente ao desenho da mulher, os detalhes são apenas na zona do peito e tronco, onde se verifica a presença de curvas relacionadas com o corpo da mulher. No desenho do próprio corpo, a Núria desenhou-se ocupando muito espaço na folha e em grandes dimensões, fazendo referência de que é magrinha e que não teve perceção do espaço que ia ocupar na mesma. Nenhum dos desenhos apresenta rosto. Durante a realização deste teste, a Núria efetuou os desenhos pedidos, com a mão direita, estando sempre a conversar com a psicomotricista que a acompanhou. Por fim, as pontuações dos seus desenhos, para um intervalo de confiança de 90% encontram-se numa categoria *borderline* para a sua idade.

Perante a aplicação da EAC, os resultados apresentados em cada categoria desta escala, a Núria apresenta um autoconceito global médio baixo (34/60). Durante a aplicação deste questionário, a Núria permaneceu sentada, apoiando-se no braço direito enquanto escrevia com a mão direita. No geral, as pontuações por dimensão encontram-se dentro e acima da média. Relativamente ao aspeto comportamental apresenta uma pontuação de 11/13, encontrando-se num percentil com valores médios; ao nível do estatuto intelectual, esta pontua 4/13 o que poderá estar relacionado com a mudança escolar que irá ocorrer no próximo ano letivo, sendo uma das pontuações que está mais baixa; a dimensão da aparência física destaca-se com 4/8 pontos revelando uma autoestima mais elevada, colocando-se num nível médio; relativamente à dimensão da ansiedade, esta pontua 2/8, revelando a Núria como sendo uma jovem com um índice elevado de ansiedade; ao nível da popularidade, a pontuação centra-se em 6/10, ou seja, médio baixo; por último, na dimensão de felicidade e satisfação a pontuação de 7/8, indicador de uma boa autoestima, dentro de um percentil médio. A tabela 18 faz um resumo das pontuações de cada dimensão e a interpretação dos resultados por percentil.

**Tabela 18 - Pontuações da Escala de Autoconceito Piers-Harris**

<b>Dimensão</b>	<b>Total Itens</b>	<b>Pontuação por Dimensão</b>	<b>Interpretação dos Resultados<sup>1</sup></b>
<b>Aspeto Comportamental (AC)</b>	13	11	Percentil <sup>2</sup> entre 55-70: Médio
<b>Estatuto Intelectual (EI)</b>	13	4	Percentil <sup>2</sup> entre 5-10: Baixo
<b>Aparência Física (AF)</b>	8	4	Percentil <sup>2</sup> entre 30-35: Médio
<b>Ansiedade (A)</b>	8	2	Percentil <sup>2</sup> igual a 10: Baixo
<b>Popularidade (P)</b>	10	6	Percentil <sup>2</sup> entre 20-25: Médio Baixo
<b>Felicidade-Satisfação (FS)</b>	8	7	Percentil <sup>2</sup> entre 30-55: Médio
<b>Autoconceito Global</b>	60	34	Percentil <sup>2</sup> entre 15-20: Médio Baixo

<sup>1</sup> A interpretação dos resultados teve em conta as médias apresentadas no documento do anexo 10

<sup>2</sup> O percentil foi analisado através do artigo de Veiga, 2006.

Após a análise dos resultados do BOT-2 (anexo 13), apresentados abaixo na tabela 19, verifica-se o seguinte: ao nível da precisão motora e da integração motora fina foram verificados erros pontuais, não havendo desvios significativos na pintura da estrela, enquanto no traçar do caminho foram observados quinze erros, onde a Núria saiu fora da linha de controlo sem grande significação e acabou por pintar a linha do caminho; na tarefa de integração motora fina, a cópia do diamante não pontuou para a continuidade e a dos círculos foi realizada com sucesso obtendo a pontuação máxima. Ao nível da destreza manual, nas duas tentativas, a Núria conseguiu colocar 5 blocos, obtendo uma pontuação final de 4/9. Ao nível da coordenação bilateral, no toque dos dedos no nariz, 8 foram com as pontas dos dedos, obtendo a pontuação total desta etapa (4/4); relativamente ao rodar dos dedos, estes foram realizados sem dificuldade, sendo capaz de realizar pivots continuamente (3/3). Ao nível do equilíbrio, o andar sobre uma linha calcanhar-ponta do dedo, foi feito sem dificuldades (4/4). Na rapidez e agilidade, a Núria realizou os saltos em apoio unipedal com o pé esquerdo com saltos regulares e ritmados (5/10). Na coordenação dos membros superiores, o apanhar da bola foi feito com a sua mão dominante – mão direita, apresentando algumas dificuldades, obtendo 3 pontos. No driblar a bola, a Núria apresentou dificuldades, tendo obtido uma pontuação de 4 pontos por perfazer 10 dribles. Por fim, na tarefa de força, a Núria optou por fazer as flexões completas, tendo sido contabilizadas apenas as que realizou consoante os parâmetros determinados (11 flexões), as restantes foram concretizadas com desvios posturais. Posto

isto, a Núria encontra-se abaixo da média no que diz respeito à categoria descritiva, obtendo um Percentile Rank de 5 e um Standard Score de 33.

**Tabela 19** - Pontuação das diferentes dimensões do BOT-2

<b>Dimensão</b>	<b>Subtarefa</b>	<b>Pontuação</b>
<b>Precisão Motora Fina</b>	Colorir a estrela	3
	Traçar o caminho	1
<b>Integração Motora Fina</b>	Copiar círculos	6
	Copiar diamante	5
<b>Destreza Manual</b>	Enfiar Blocos	4
<b>Coordenação Bilateral</b>	Tocar no nariz	4
	Rodar os dedos	3
<b>Equilíbrio</b>	Andar sobre uma linha	4
<b>Força e Agilidade</b>	Saltar em apoio unipedal	5
<b>Coordenação dos membros superiores</b>	Apanhar a bola	3
	Driblar a bola	4
<b>Força</b>	Flexão de Joelhos	4
	<b>Total</b>	<b>46</b>

Durante a aplicação da Estátua de Nepsy-II a Núria permaneceu com uma expressão facial neutra, sem reações tônico emocionais, havendo apenas pequenas oscilações corporais sem significação, perfazendo uma pontuação final de 30/30, o que através da análise das tabelas normativas, indica correspondência para a sua idade.

### iii. Comparação da 1.<sup>a</sup> com a 2.<sup>a</sup> avaliação

Tendo em conta os dados recolhidos, quer na primeira avaliação, quer na última avaliação, foram possíveis determinar alguns aspetos de mudança após o período de intervenção psicomotora. Pela análise dos resultados da LOFOPT, verifica-se que houve melhorias ao nível da atenção focalizada, regulação social e atividade, ficando num patamar normal para a sua idade, no entanto, houve retrocessos nas dimensões da autoconfiança, precisando da validação dos seus elementos de referência para avançar com as suas escolhas e da relaxação, apresentando-se sobre-relaxada e manifestando diversas vezes cansaço. Pela análise do SDQ, a perceção parental, por parte da mãe, não apresentou alterações e a auto-perceção da Núria apresentou diferenças na dimensão total de dificuldades (anormal - limítrofe), nos sintomas emocionais (anormal - limítrofe) e na hiperatividade (anormal - limítrofe). Na avaliação final, foi recolhida a perceção do pai que relata uma perceção total de dificuldades no nível anormal. No geral, em ambas as

avaliações as percepções quase não diferem, quer entre os pais e a Núria, quer entre os próprios pais.

Ao nível do DAP, mesmo permanecendo numa categoria deficitária para a sua idade, a Núria apresentou uma regressão nos resultados obtidos. Os desenhos são escaços de detalhes e permanecem sem rosto, no qual a Núria afirma: “não tenho jeito para desenhar caras” (sic). De um ponto de vista mais geral, a Núria obteve uma maior pontuação no desenho próprio, o que poderá estar relacionado com o trabalho desenvolvido para a noção do corpo. Perante a EAC, a Núria apresentou melhorias ao nível do aspeto comportamental, aparência física, ansiedade e felicidade-satisfação; regressões ao nível do aspeto comportamental e estatuto intelectual; manteve o nível de popularidade; assim, relativamente ao autoconceito global, apesar das regressões não significativas, a Núria apresenta-se numa categoria acima da média para a sua idade (27 avaliação inicial – 34 avaliação final).

No que respeita à avaliação do BOT-2, a Núria revelou uma diminuição na pontuação total entre avaliações, talvez pelo facto de no dia da avaliação final se apresentar um pouco cansada. Por subtarefa as regressões visíveis são ao nível do traçar o caminho, apanhar a bola e driblar a bola. Por fim, os resultados da estátua de Nepsy-II mantiveram-se iguais, revelando uma boa capacidade e inibição de estímulos, assim como, autorregulação.

#### d. Discussão dos resultados

Após uma análise detalhada de todas as avaliações realizadas, pode-se destacar que as maiores evoluções estão 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.

Relativamente à sua progressão terapêutica, inicialmente a Núria era uma jovem que funcionava em díade com outro elemento do grupo, respondendo por esse elemento, e, algumas vezes, interferindo com a individualidade desse mesmo elemento. Aos poucos, ambas foram tendo consciência da sua individualidade dentro do grupo e começaram a dar espaço uma à outra para se conseguirem desenvolver.

A Núria foi sempre uma jovem que interpretou as atividades adequadamente, mesmo quando se apresentava mais cansada. Por norma, a jovem aderiu bem ao pedido e funcionava como elemento motivador para o restante grupo, voluntariando-se para iniciar as atividades, conversas ou discussões. Retinha a informação e conseguia transportar as estratégias dadas dentro da sessão para o seu dia-a-dia, referindo melhorias também no contexto familiar e escolar. Mesmo com dificuldades em permanecer concentrada, a Núria conseguiu frequentar as aulas durante o ano letivo todo.

Salienta-se que, aquando do início das sessões, a Núria apresentava-se sempre muito preocupada com os restantes elementos, de uma forma excessiva, e que acabava por influenciar o seu desempenho no grupo – por exemplo, se o elemento da díade estava mal, a Núria também estava mal, colocando-se de parte; ou, quando alguém não conseguia realizar determinada atividade, a Núria servia de apoio, o que acabava por ser um suporte de entreajuda, mas se não houvesse imposição de limites, a jovem tornava-se uma “coterapeuta”. No final da intervenção, ainda que sejam visíveis alguns momentos de preocupação para com o restante grupo, a Núria já consegue diferenciar o que sente, daquilo que os outros sentem, sendo capaz de identificar esse sentimento e adequar-se à situação.

De um modo geral, a Núria foi um elemento que apresentou muitas melhorias, não só dentro da terapia, mas também fora do contexto terapêutico.

#### e. Conclusões

A intervenção psicomotora é um alicerce terapêutico fundamental para o desenvolvimento humano e quando conciliada num contexto de multidisciplinariedade poderá apresentar resultados mais satisfatórios ao nível de diversas áreas do desenvolvimento.

Para a realização de uma intervenção eficaz foi necessário ter em conta as principais características da Núria, assim como as patologias para as quais a jovem apresentava sintomas. Com esta informação e conciliando os resultados da avaliação inicial, a definição e o planeamento dos objetivos terapêuticos foram essenciais para que o grupo onde a Núria esteve se tornasse coeso e promovesse uma boa evolução entre todos.

O grupo foi fundamental para que a Núria conseguisse desenvolver a sua individualização, compreende-se o seu papel dentro do mesmo e, criasse a sua identidade. No caso da Núria, através de um acompanhamento multidisciplinar em psicomotricidade, musicoterapia, atelier criativo e consultas de pedopsiquiatria, conjuntas com acompanhamento parental, foi capaz de desenvolver estratégias de adaptação ao contexto do seu dia-a-dia, melhorando a relação familiar em geral, com especial evolução na relação com o seu pai, com a escola, relação com os pares e processo de individualização.

A psicomotricidade, através do corpo, procura compreender as experiências passadas e a forma como estas afetam o indivíduo no presente, com o intuito de trabalhar a aceitação e adaptação às mudanças inerentes da vida. O facto de utilizar a expressão corporal ao longo das sessões, permite incluir diferentes técnicas e dinâmicas durante a sua intervenção, sendo fundamental numa abordagem multidisciplinar. Dentro do contexto multidisciplinar há a troca de conhecimentos de diferentes áreas o que permite

tornar quer a intervenção psicomotora, quer outro tipo de intervenção que esteja a ocorrer ao mesmo tempo, mais ricas, mais direcionadas e mais eficazes.

## f. Referências

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Antunes, J., Matos, A. P., & Costa, J. J. (2018). *Regulação emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes*.
- Bosch, C. G.-B., Carazo, N. G., & Sánchez, M. V. L. (2022). *Perturbações de personalidade. Os problemas por detrás da máscara*. Atlântico Press.
- Brito, E. J. E., & Ponciano, E. L. T. (2021). Corpo, mente e self: Uma articulação teórica com foco na regulação emocional. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 15(3), 1–24.
- Brooks, B. L., Sherman, E. M., & Strauss, E. (2009). NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment. *Child Neuropsychology*, 16(1), 80–101.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2010). *BOT-2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Second Edition Brief Form MANUAL and ADMINISTRATION EASEL*. Pearson.
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma abordagem contextual* (1ª Edição). Psiquilibrios Edições.
- 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.
- de Andrade Araújo, C. S., & Pereira, M. A. L. S. C. (2017). Depressão na adolescência: O poder da dinâmica familiar. *SAÚDE INFANTIL*, 39, 83.
- de Mello, A. C., Maciel, S. C., Dias, C. C. V., & da Silva, J. V. C. (2021). Sintomatologia depressiva e suas repercussões na representação social da depressão: Um estudo com adolescentes. *Ciências Psicológicas*, 15(2), 1–15.
- Figueira, K., & Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e Saúde Mental Infantil e Juvenil—caraterização de uma consulta de psicomotricidade integrada num serviço de pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 41, 41–57.

- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581–586.
- Herédia, A. M. de, & Henriques, P. I. N. (2015). A perturbação borderline da personalidade. *Psique*, 11, 65–89.
- Maffei, C., & Fusi, V. (2016). Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A literature review. *Phenomenology and Mind*, 11, 210–220.
- Mota, C. P., & Ferreira, S. D. (2019). *Estilos parentais, competências sociais e o papel mediador da personalidade em adolescentes e jovens adultos*.
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP DRAW A PERSON A Quantitative Scoring System*.
- Oliveira-Brochado, F., & Oliveira-Brochado, A. (2008). Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 27–36.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª). artmed.
- Quintero, J. (2018). *O cérebro adolescente. Uma mente em construção*. Atlântico Press.
- Sevilla, M. D. S. F. (2021). *Personalidade. O que nos torna únicos*. Atlântico Press.
- 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.
- Weydmann, G. J., Bizarro, L., & Barcellos-Serralta, F. (2019). Interferência de imagens de apego em adultos com transtorno de personalidade borderline. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2), 205–218.

## **Capítulo VI – Reflexão Pessoal: Um olhar entre o individual e o grupal**

No decorrer do período de estágio foi-me dada a possibilidade de intervir quer a nível individual, quer a nível grupal. Os dois tipos de intervenção são muito diferentes em alguns aspetos e o facto de poder experienciá-los permitiu-me desenvolver métodos e estratégias enquanto psicomotricista para o desenvolvimento da relação terapêutica, para o tratamento de cada caso e, por conseguinte, cada criança e adolescente com que intervimos.

A prática da psicoterapia lúdica de grupo compreende diversos benefícios, tanto para os utentes incorporados no mesmo, como para o psicomotricista que, aos poucos, vai conseguindo compreender as necessidades individualizadas de cada utente e, assim moldar as suas sessões. De entre estes benefícios temos: obtenção de companheiros para o desenvolvimento de uma estrutura base à aprendizagem interpessoal; grupo espelho – onde há um feedback quase imediato entre pares e entre terapeuta-utente, num ambiente positivo e apoiante; e, prazer de pertencer a um grupo – o facto de terem espaço e lugar num grupo, leva ao desenvolvimento de competências emocionais essenciais à dinâmica cooperativa, construtiva e reflexiva grupal (Veiga, 2012). Para além disso, o grupo permite o confronto com o conflito e a gestão de agressividade num ambiente onde estão inseridas mais pessoas e não apenas o psicomotricista e o utente; permite ainda jogos de confiança, cooperação e o desenvolvimento de empatia entre pares, podendo ser um meio de transferência do que se passa fora da sessão, para dentro da sessão (Costa, 2011).

A intervenção em grupo constitui um apoio de parte a parte e permite desenvolver uma relação de interajuda, onde todos/todas se conseguem libertar e realizar as suas partilhas sem haver julgamentos e potenciando o desenvolvimento de estratégias para lidarem com a mesma situação. De entre os grupos de intervenção, o grupo II foi o que mais fortaleceu esta união, possibilitando uma coesão de grupo onde havia compreensão e escuta de ambas as partes. Dentro do trabalho em grupo, foi interessante compreender as relações que se vão formando e que podem servir de apoio quer dentro da sessão, quer no contexto extra-hospitalar. Para mim, a intervenção em grupo, inicialmente, revelou-se um desafio – muitos adolescentes juntos, muitas opiniões marcadas, muitos gostos e muitas dificuldades juntas; ao longo da intervenção, foi marcante a forma como os grupos se desenvolveram, como todas as qualidades e dificuldades se sintonizaram e permitiram uma evolução coerente em cada adolescente. Para além disso, compreender a forma como cada um ficou afetado sempre que alguém não estava bem, ou saía do grupo, foi muito rico para os fazer compreender que todos/todas estão ali por um motivo, e todos/ todas

estão ali para serem ajudados. Numa intervenção ao nível individual estes aspetos, para mim, foram mais difíceis de serem observados. Os dois casos que acompanhei individualmente foram completamente opostos, enquanto que, com a Ana a relação terapêutica foi quase imediata, com o RF foi necessário desenvolver estratégias de interação; inicialmente o jovem não permitia que me envolvesse nos jogos, nem que estivesse perto dele ou que estabelecesse um jogo novo – após dialogar com o mesmo, estabelecemos uma distância que o deixasse confortável e que aos poucos foi diminuindo, permitindo-lhe iniciar conversas sobre as suas preocupações e partilhar comigo momentos da sua semana e novas conquistas dentro e fora da sessão. No final da intervenção com o RF, posso afirmar que uma das minhas maiores conquistas foi o facto do jovem partilhar que não queria que eu me esquecesse dele, ter pedido um abraço e termos tirado uma fotografia por forma a que o RF tivesse a certeza de que tinha uma recordação sua. A intervenção individual com a Ana e o RF permitiram-me ser mais espontânea, moldar-me às suas disponibilidades para a sessão e perceber como podia incorporar os gostos de cada um nas minhas próprias atividades – estratégias que utilizei também nos grupos.

O período de estágio serviu para compreender que alguns casos beneficiam mais da intervenção em grupo, se primeiro tiverem uma intervenção individual, onde há a preparação para a inserção no grupo, há a definição de objetivos que sejam mais específicos de desenvolver em contexto individual e, posteriormente, permitir que a intervenção em grupo seja mais enriquecedora.

## **Capítulo VII – Conclusão**

A realização de um estágio, por si só é enriquecedor de todas as formas. Um estágio é uma forma de preparação para a vida profissional independente e permite colocar em prática uma grande parte dos conhecimentos teóricos adquiridos ao longo da licenciatura e do primeiro ano de mestrado, com uma supervisão mais constante de um profissional, que ajuda e impulsiona a melhoria da nossa prática profissional. Para além disso, a oportunidade de experienciar um momento de estágio antes de ingressar no mundo do trabalho, permite desenvolver estratégias como psicomotricista.

Ao longo dos nove meses de estágio, a intervenção psicomotora foi realizada através do acompanhamento de três grupos – acabando um deles por ser um acompanhamento mais individual, por desistência de outro elemento, e dois casos em sessões individuais. Os dois casos apresentados como estudos de casos, permitem fazer a análise quer das intervenções individuais, quer das de grupo, já que cada um deles teve um tipo de intervenção diferente. Além disso, os dois foram acompanhados para a Psicomotricidade com diferentes problemáticas, o que permitiu recolher um maior conhecimento sobre as patologias associadas.

O estágio foi ainda imprescindível para a aprendizagem da aplicação dos diversos instrumentos de avaliação já estudados, assim como, para promover a capacidade de planear e estruturar os objetivos, os planos e as intervenções realizadas, com o acréscimo de ser fundamental para potenciar a capacidade de adaptação face a situações inesperadas dentro das sessões.

Por fim, salientar que, apesar das dúvidas iniciais em relação à escolha de estágio ou dissertação, sem dúvida de que a experiência do estágio foi fundamental para a compreensão do que é o trabalho em equipa multidisciplinar, para o desenvolvimento da autonomia enquanto psicomotricista e para perceber o que é ter contacto direto com as famílias ou com os cuidadores dos utentes, as suas realidades e como é que esses fatores têm influencia nas crianças e adolescentes acompanhados. Posto isto, o estágio serviu para que a estagiária desenvolvesse estratégias no que concerne a separação da vida pessoal, da profissional; compreender a necessidade de criação de postos de apoio especializados na saúde mental; e, sentir-se mais preparada para ingressar no mercado de trabalho, com maior confiança e reconhecimento das suas capacidades enquanto psicomotricista.

## Capítulo VIII – Referências Bibliográficas

- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade—Jogos Facilitadores de Aprendizagem* (1ª Edição). Psicossoma Editora.
- Alves, R. C. (2007). *Psicomotricidade I. Rio de Janeiro*.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Andrade, M. J., Carvalho, M. C., Alves, R. J. R., & Ciasca, S. M. (2016). Desempenho de escolares em testes de atenção e funções executivas: Estudo comparativo. *Revista Psicopedagogia*, 33(101), 123–132.
- Antunes, J., Matos, A. P., & Costa, J. J. (2018). *Regulação emocional e qualidade do relacionamento com os pais como preditoras de sintomatologia depressiva em adolescentes*.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). *Psicomotricidade. APP*. <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Battle, S. (2009). *Evaluación neuropsicológica en la infancia*.
- Boscaini, F., & Saint-Cast, A. (2010). L'expérience émotionnelle dans la relation psychomotrice. *Enfances Psy*, 4, 78–88.
- Bosch, C. G.-B., Carazo, N. G., & Sánchez, M. V. L. (2022). *Perturbações de personalidade. Os problemas por detrás da máscara*. Atlântico Press.
- Boucher, H. (1985). *Troubles Psychomoteurs Chez L'Enfant. Pratique de la Rééducation Psychomotrice*. Paris, Masson.
- Bovo, E. B. P., Lima, R. F. de, Silva, F. C. P. da, & Ciasca, S. M. (2016). Relações entre as funções executivas, fluência e compreensão leitora em escolares com dificuldades de aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 33(102), 272–282.
- Brito, E. J. E., & Ponciano, E. L. T. (2021). Corpo, mente e self: Uma articulação teórica com foco na regulação emocional. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 15(3), 1–24.
- Brooks, B. L., Sherman, E. M., & Strauss, E. (2009). NEPSY-II: A developmental neuropsychological assessment. *Child Neuropsychology*, 16(1), 80–101.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2010). *BOT-2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Second Edition Brief Form MANUAL and ADMINISTRATION EASEL*. Pearson.
- Carr, A. (2014). *Manual de Psicologia Clínica da Criança e do Adolescente: Uma abordagem contextual* (1ª Edição). Psiquilibrios Edições.
- Celtan, M. (2002). Rythme et tempo dans la structuration temporelle. *Enfances Psy*, 4, 118–120.
- Chouvier, B. (2016). Les objets médiateurs dans le groupe thérapeutique. *Dialogue*, 3, 11–24.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. (2007). *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental*. 154.
- Conselho Nacional de Saúde. (2019). *2019 – Sem Mais Tempo a Perder: Saúde Mental em Portugal – Um desafio para a próxima década—CNS*. <https://www.cns.min-saude.pt/2019/12/16/sem-mais-tempo-a-perder-saude-mental-em-portugal-um-desafio-para-a-proxima-decada/>
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança. Psicomotricidade Relacional*. Trilhos Editora.

- Costa, J. (2011). *Adoles Ser—Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Trilhos Editora.
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas* (1ª edição). Trilhos Editora.
- Cruz, N. A., Dansilio, S., & Beisso, A. (2016). Diferentes tareas de solución de problemas y funciones ejecutivas en niños de 7 a 12 años. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 8(2).
- 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.
- de Andrade Araújo, C. S., & Pereira, M. A. L. S. C. (2017). Depressão na adolescência: O poder da dinâmica familiar. *SAÚDE INFANTIL*, 39, 83.
- de Carvalho, M. P. F., Antunes, F. T. T., Amorim, D. N. P., & de Sousa Macedo, L. L. B. (2021). Estratégias de análise do desenvolvimento motor em crianças com dificuldade de aprendizagem: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(16), e530101623932–e530101623932.
- de Mello, A. C., Maciel, S. C., Dias, C. C. V., & da Silva, J. V. C. (2021). Sintomatologia depressiva e suas repercussões na representação social da depressão: Um estudo com adolescentes. *Ciencias Psicológicas*, 15(2), 1–15.
- Elmon Musa Mpangane. (2015). *Draw a Person test*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3831.9841>
- Fernandes, D. G. D., & BARROS, C. (2015). Psicomotricidade: Conceito e História. *Revista Conexão*.
- Fernandes, J., & 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.
- Fernani, D. C. G. L., Prado, M. T. A., Fell, R. F., Dos Reis, N. L., Bofi, T. C., Ribeiro, E. B., Blake, M. de T., & de Mello Monteiro, C. B. (2013). Motor intervention in children with school learning difficulties. *Journal of Human Growth and Development*, 23(2), 209–214.
- Figueira, K., & Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e Saúde Mental Infantil e Juvenil—caraterização de uma consulta de psicomotricidade integrada num serviço de pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 41, 41–57.
- Fonseca, V. da. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. da. (2007). *Manual de Observação Psicomotora, Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores*. Âncora Editora.
- Gashaj, V., Oberer, N., Mast, F. W., & Roebbers, C. M. (2019). Individual differences in basic numerical skills: The role of executive functions and motor skills. *Journal of experimental child psychology*, 182, 187–195.
- 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*.
- 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.
- Herédia, A. M. de, & Henriques, P. I. N. (2015). A perturbação borderline da personalidade. *Psique*, 11, 65–89.
- Kaller, C. P., Unterrainer, J. M., Kaiser, S., Weisbrod, M., & Aschenbrenner, S. (2011). *Manual Tower Of London—Freiburg Version*. Schuhfried.
- Kim, H., Kim, S. D., Ko, D. K., Kim, I. M., & Yeo, S. S. (2016). Effect of psychomotricity by the adolescent on the anger management of convergence. *Indian J Sci Technol*, 26, 1–6.
- Maciel, B. M. R. de L., & Barbosa, E. L. (2021). A Importância da Psicomotricidade na Educação Infantil e as suas Contribuições. *A IMPORTÂNCIA DA PSICOMOTRICIDADE NA EDUCAÇÃO INFANTIL E SUAS CONTRIBUIÇÕES*.
- Maffei, C., & Fusi, V. (2016). Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A literature review. *Phenomenology and Mind*, 11, 210–220.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- Medeiros, B. S. (2018). *Considerações sobre psicomotricidade na Educação Infantil*.
- Medina-Papst, J., & Marques, I. (2010). Avaliação do desenvolvimento motor de crianças com dificuldades de aprendizagem. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 12, 36–42.
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, & Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007–2016*. calameo.com. <https://www.calameo.com/read/0000921066bb9467a08ff>
- Mota, C. P., & Ferreira, S. D. (2019). *Estilos parentais, competências sociais e o papel mediador da personalidade em adolescentes e jovens adultos*.
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP DRAW A PERSON A Quantitative Scoring System*.
- Oliveira-Brochado, F., & Oliveira-Brochado, A. (2008). Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 27–36.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8ª). artmed.
- Pfeifer, L. I., & Anhão, P. P. G. (2009). Noção corporal de crianças pré-escolares: Uma proposta psicomotora. *Revista do NUFEN*, 1(1), 155–170.
- Pireyre, E. (2000). Épreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak: Nouvel étalonnage. *Evolutions psychomotrices (Paris)*, 47, 32–43.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2(1).
- Puyjarinet, F. (2018). Chapitre 12. Épreuves rythmiques de Stambak. Em *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 187–191). De Boeck Supérieur.
- Quintero, J. (2018). *O cérebro adolescente. Uma mente em construção*. Atlântico Press.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). *Recursos y estrategias en psicomotricidad*. Aljibe.

- Rodríguez, 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.
- Rosa, H. R., & Avoglia, H. R. C. (2021). O desenho da figura humana na prática infantil e suas implicações na avaliação neuropsicológica. *Processos neuropsicológicos: uma abordagem do desenvolvimento*.
- Rosa, H. R., Migliorini, W. J. M., da Silva, M. A., & Manhani, G. B. (2021). O Desenho da Figura Humana com História (DFH-H) e Crianças com Dificuldades de Aprendizagem. *Avaliação Psicológica: Interamerican Journal of Psychological Assessment*, 20(4), 410–416.
- Rosa Neto, F., Amaro, K. N., Prestes, D. B., & Arab, C. (2011). O esquema corporal de crianças com dificuldade de aprendizagem. *Psicologia Escolar e Educacional*, 15(1), 15–22. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572011000100002>
- Sevilla, M. D. S. F. (2021). *Personalidade. O que nos torna únicos*. Atlântico Press.
- Tabile, A. F., & Jacometo, M. C. D. (2017). Fatores influenciadores no processo de aprendizagem: Um estudo de caso. *Revista Psicopedagogia*, 34(103), 75–86.
- Tavares, S. F., Barros, J. de F., Rodrigues, M. G. F. B., & Silva, A. R. da. (2020). *O corpo e as dificuldades de aprendizagem de leitura e escrita de escolares: Entrelinhas com a psicomotricidade*.
- Van Copenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted physical activity quarterly*, 6(2), 145–153.
- 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.
- 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*.
- Veiga Moutinho, G. (2012). *Psicomotricidade na transformação do agir—A brincar, a brincar... Aprendemos a pensar!* Manole Editores.
- Weydmann, G. J., Bizarro, L., & Barcellos-Serralta, F. (2019). Interferência de imagens de apego em adultos com transtorno de personalidade borderline. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 37(2), 205–218.
- What is Psychomotricity | United States | U. S. Psychomotricity Forum. (2017). Uspfo. <https://www.uspfo.org/what-is-psychomotricity>
- Winnicott, D. W. (1960). *A FAMÍLIA E DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL 10*.
- World Health Organization. (2018). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

## Anexos

### Anexo 1 - Caracterização do grupo I por elemento (pormenorizada)

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Bárbara – 16 anos</b>  <b>Género feminino</b>            Perturbação de Pânico e Fobia Social; 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 Bárbara, 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 Bárbara 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><b>Bianca – 16 anos</b>  <b>Género feminino</b>            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>

Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Tomás – 16 anos</b>  <b>Gênero 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>	<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. 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>

<sup>1</sup> A avaliação é decorrente da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT).

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

**Anexo 2 - Caracterização do grupo II por elemento (pormenorizada)**

<b>Caso 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><b>Gustavo – 16 anos</b>  <b>Género 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>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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><b>Isabel – 15 anos</b>  <b>Género feminino</b>                      Quadro depressivo; lentificação psicomotora, alterações na alimentação, alterações de humor.</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 foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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 <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Isadora – 16 anos</b>  <b>Género feminino</b>            Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>;            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>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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><b>João – 15 anos</b>  <b>Género masculino</b>            Elevado isolamento social;            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>

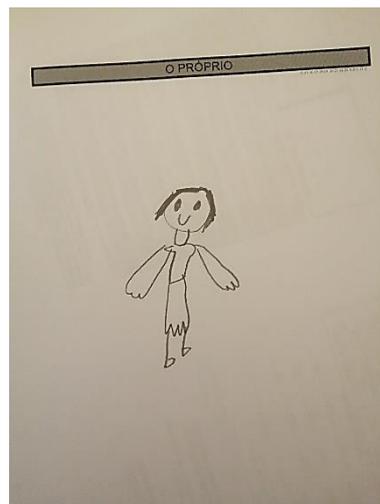
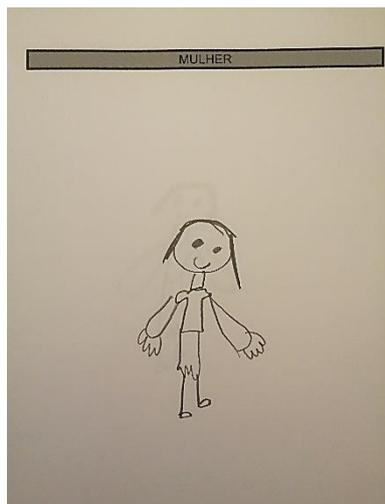
Caso e Motivo de Encaminhamento	Avaliação Inicial <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Leonor – 15 anos</b> <b>Género feminino</b> Sintomas de convulsão, irritabilidade, angústia, ansiedade e insónias.</p>	<p>Ao nível das relações emocionais revela um comportamento 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><b>Margarida – 16 anos</b> <b>Género feminino</b> Perturbação disfórica Pré-Menstrual; história de adoção muito complicada; sentimentos de inferioridade, desamparo e abandono.</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>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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 <sup>1</sup>	Avaliação Final <sup>1</sup>	Progressão Terapêutica <sup>2</sup>
<p><b>Núria – 14 anos</b> <b>Género feminino</b> Suspeita de Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>; dificuldade em controlar os impulsos; falta de vontade, cansaço, impotência e verbaliza falta de interesse e ânimo.</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 Núria 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><b>Sandra – 15 anos</b> <b>Género feminino</b> Situação de abandono e desamparo; Relações sociais de um para um; 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>- Não foi realizada dado que o elemento deixou o grupo.</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 Sandra 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>

<sup>1</sup> A avaliação é decorrente da Escala de Observação de Objetivos na Terapia Psicomotora (LOFOPT).

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

**Anexo 3 - DAP avaliação inicial da Ana**

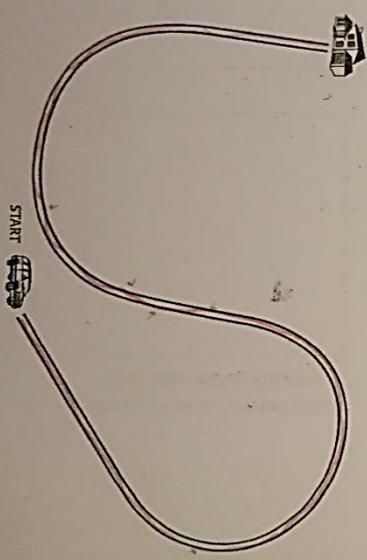


Anexo 4 - BOT-2 avaliação inicial Ana

**BOT 2**  
BRIEF

**EXAMINEE RESPONSE BOOKLET**

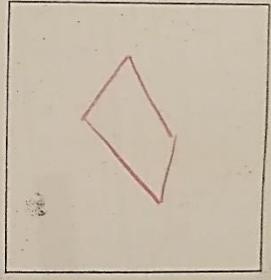
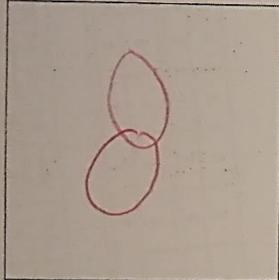
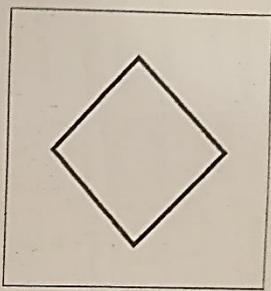
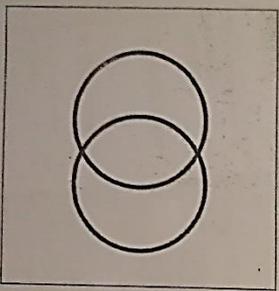
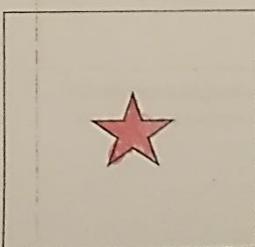
Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition  
Brief Form  
Robert H. Bruininks & Brett D. Bruininks



Item 2: Drawing a Line Through a Path

**Fine Motor Precision**

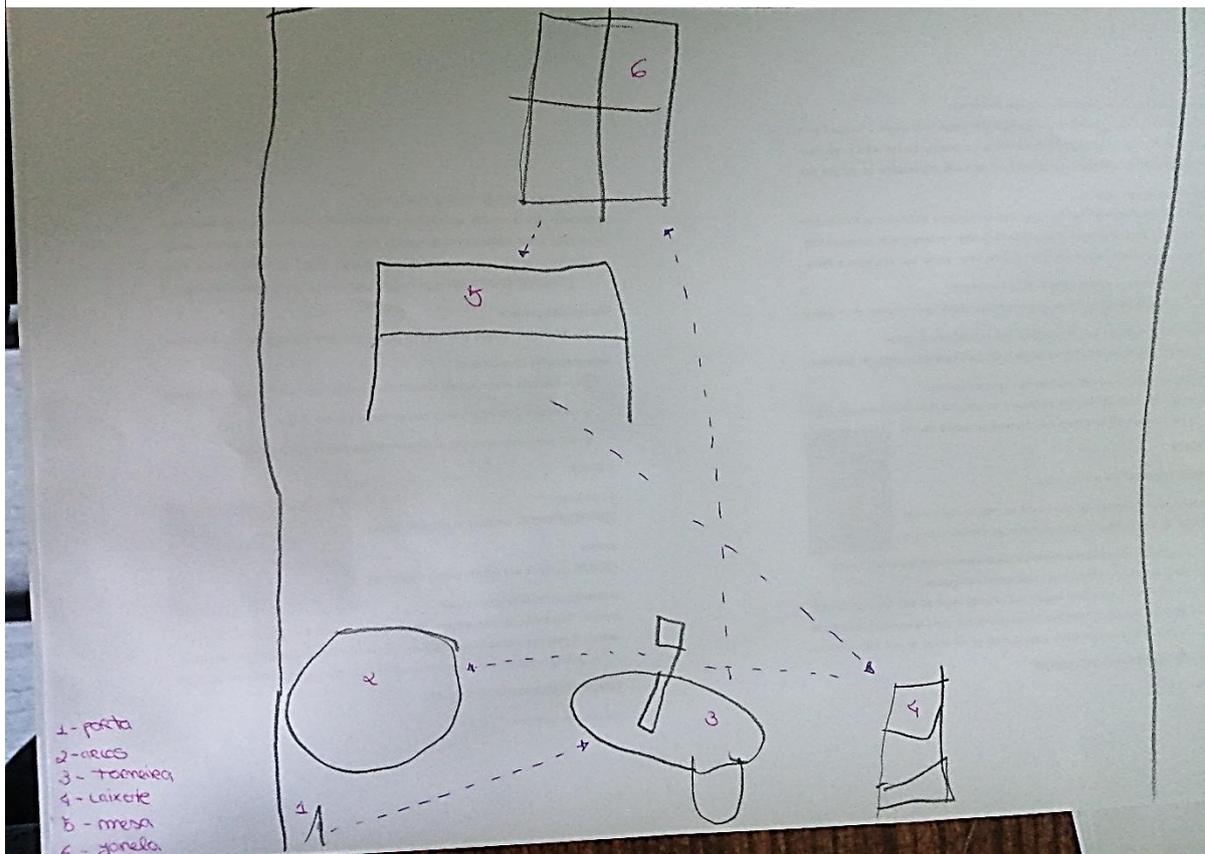
Item 1: Filling in a Star



**Fine Motor Integration**  
Item 3: Copying Overlapping Circles

**Fine Motor Integration**  
Item 4: Copying a Diamond

**Anexo 5 - Representação Topográfica avaliação inicial Ana**



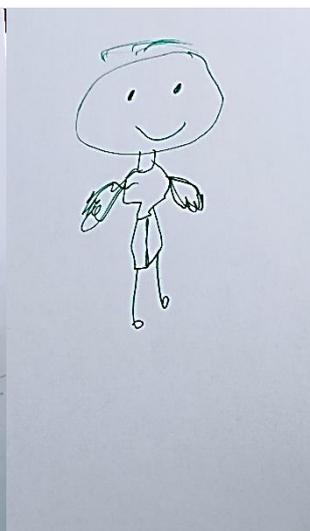
**Anexo 6 - DAP avaliação final Ana**

Mulher

Mulher

Homem

Próprio



Anexo 7 - BOT-2 avaliação final Ana

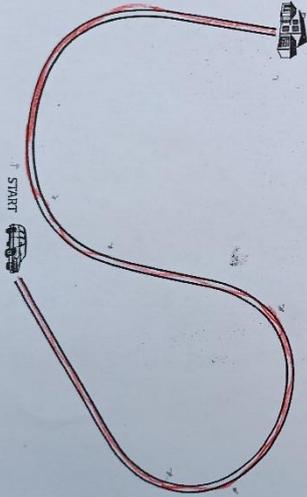
**BOT-2**  
BRIEF

**EXAMINEE RESPONSE BOOKLET**

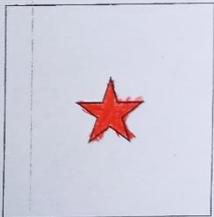
Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, *Second Edition*  
Brief Form  
Robert H. Bruininks & Brett D. Bruininks

Copyright © 2010 NCS Pearson, Inc. All rights reserved.  
Pearson Executive Office, 5501 Green Valley Drive  
Bloomington, MN 55437  
2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 A B C D E

**Fine Motor Precision**  
Item 2: Drawing a Line Through a Path

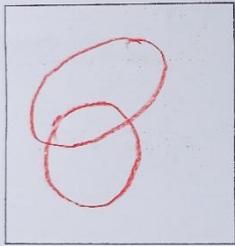


**Fine Motor Precision**  
Item 1: Filling in a Star

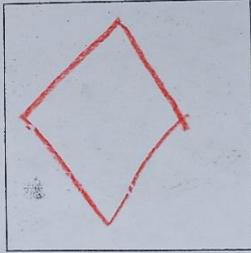


PEARSON PsychCorp  
Product Number 58053

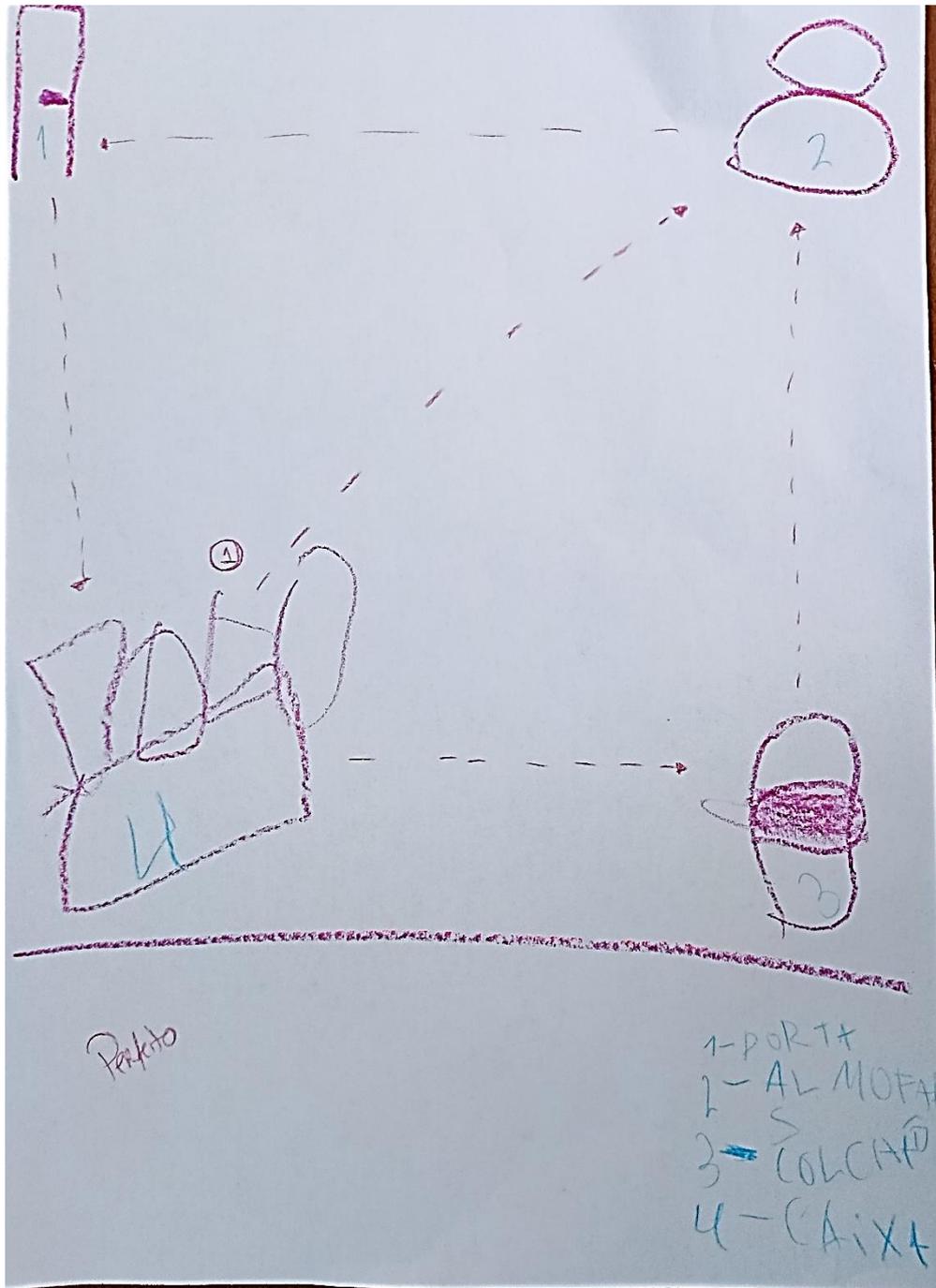
**Fine Motor Integration**  
Item 3: Copying Overlapping Circles



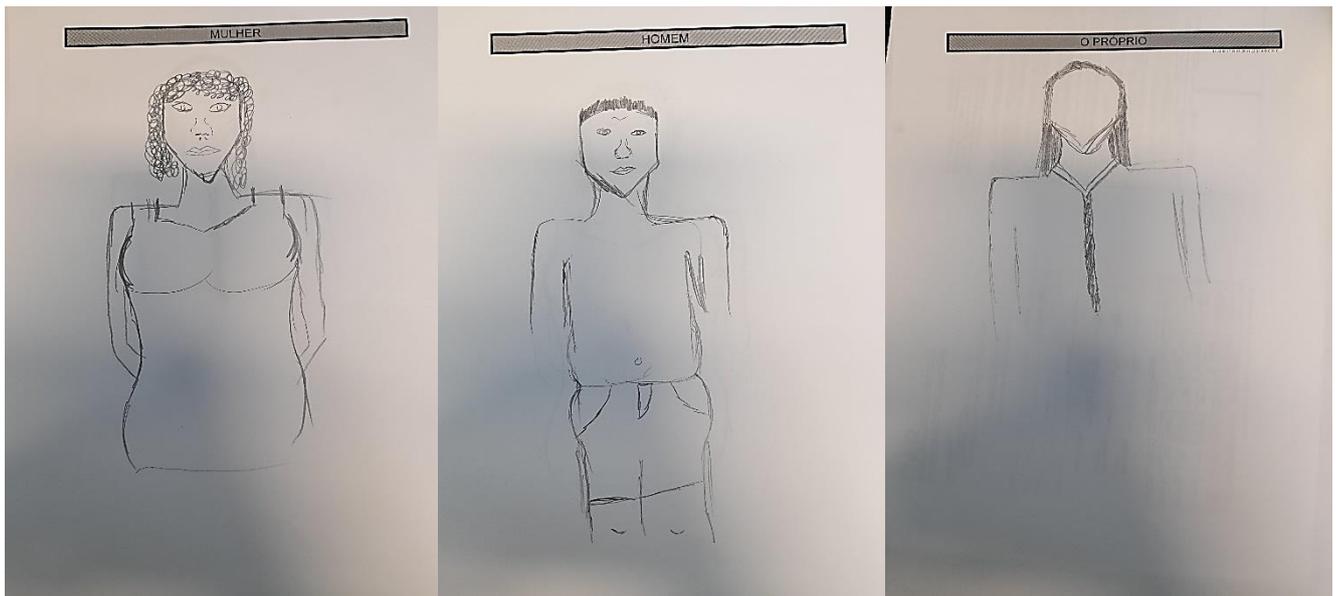
**Fine Motor Integration**  
Item 4: Copying a Diamond



Anexo 8 - Representação Topográfica avaliação final Ana



### Anexo 9 - DAP avaliação inicial Núria



### Anexo 10 - Interpretação dos Resultados da Escala Piers-Harris 2

Medida do Resultado	Medidas dos Percentis	Nível atribuído
<b>Escala Total (TOT)</b>		
≤ 29T	≤ 2	Muito Baixo
30T – 39T	3 – 14	Baixo
40T – 44T	15 – 28	Médio Baixo
45T – 55T	29 – 71	Médio
56T – 59T	72 – 83	Médio Alto
60T – 69T	84 – 99	Alto
≥ 70	≥ 98	Muito Alto
<b>Escalas de Domínio</b>		
≤ 29T	≤ 2	Muito Baixo
30T – 39T	3 – 14	Baixo
40T – 44T	15 – 28	Médio Baixo
45T – 55T	29 – 71	Médio
≥ 56T	≥ 72	Médio Alto

Nota: As medidas dos percentis são aproximadas.

Anexo 11 - BOT-2 avaliação inicial Núria

**EXAMINEE RESPONSE BOOKLET**

# BOT2

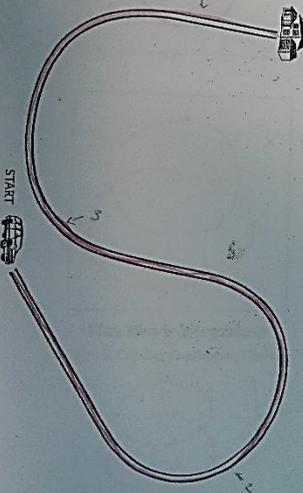
## B R I E F

**Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition**  
Brief Form  
Robert M. Bruininks & Brett D. Bruininks

**Fine Motor Precision**  
Item 1: Filling in a Star



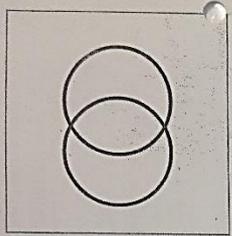
**Fine Motor Precision**  
Item 2: Drawing a Line Through a Path



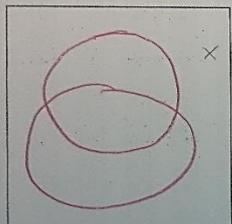
Copyright © 2011, Incis Percept, Inc. All rights reserved.  
Pearson Education Office: 4001 Green Valley Drive, Bloomington, IN 47404  
317-777-7777 www.pearson.com

**PEARSON**

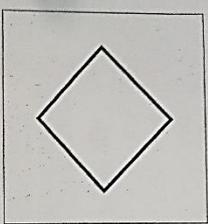
**PsychCorp**  
Product Number 58052



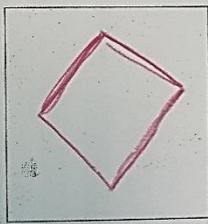
**Fine Motor Integration**  
Item 3: Copying Overlapping Circles



colado

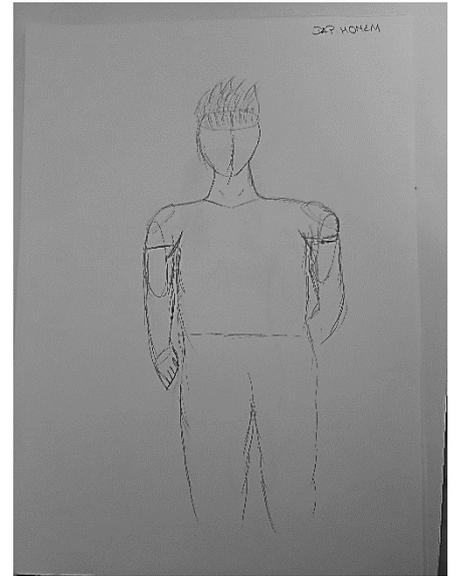
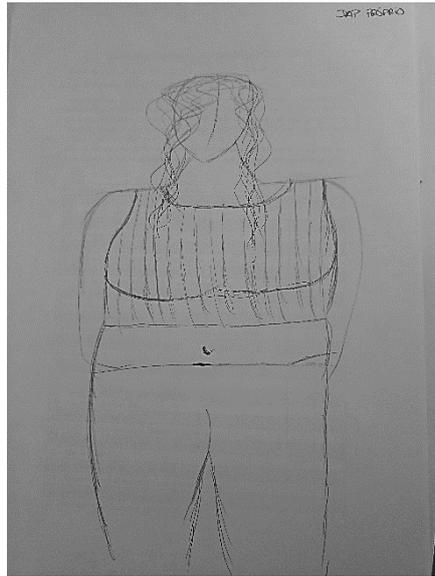
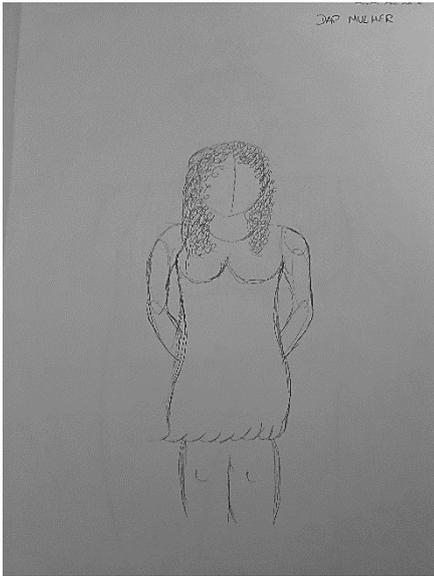


**Fine Motor Integration**  
Item 4: Copying a Diamond



sem

**Anexo 12 - DAP avaliação final Núria**



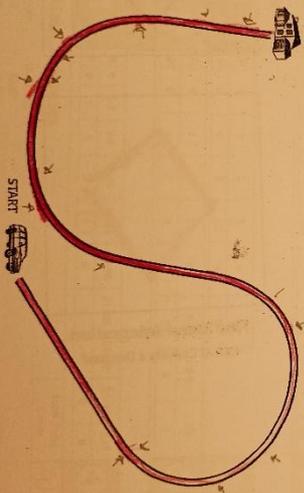
Anexo 13 - BOT-2 avaliação final Núria

**EXAMINEE RESPONSE BOOKLET**

**BOT-2**  
**BRIEF**

**Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition**  
**Brief Form**  
Robert H. Bruininks & Brett D. Bruininks

**Fine Motor Precision**  
Item 2: Drawing a Line Through a Path



**Fine Motor Precision**  
Item 1: Filling in a Star

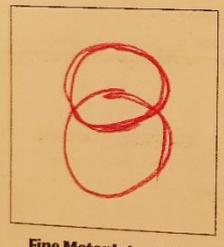
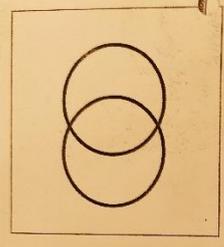


PEARSON

PsychCorp  
Product Number 58053

© 2010 Pearson Education, Inc. All rights reserved.  
Executive Office: 5001 Green Valley Drive, Bloomington, MN 55437  
7271 www.pearson.com  
678 930 1424 ABCDE

**Fine Motor Integration**  
Item 3: Copying Overlapping Circles



**Fine Motor Integration**  
Item 4: Copying a Diamond

