

Universidade de Évora – Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

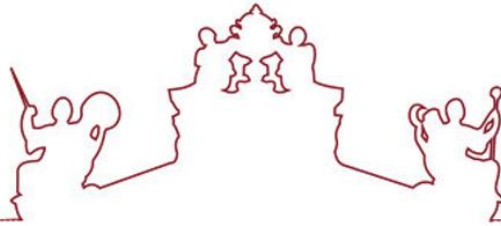
**A Intervenção Psicomotora num Serviço de Psiquiatria da Infância e
da Adolescência**

Ana Filipa Caeiro Canhão

Orientadora / Guida Veiga

Évora 2025





Universidade de Évora – Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

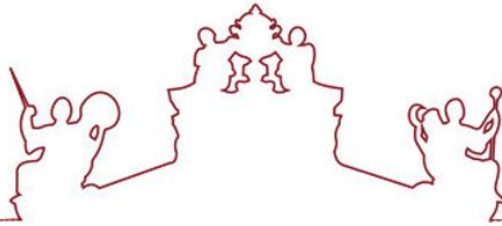
**A Intervenção Psicomotora num Serviço de Psiquiatria da Infância e
da Adolescência**

Ana Filipa Caeiro Canhão

Orientadora Guida Veiga

Évora 2025





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

Presidente / Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

Vogais / Guida Veiga (Universidade de Évora) (Orientador)

Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Arguente)

Évora 2025



Resumo

A Intervenção Psicomotora num Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

O presente relatório tem como objetivo principal a descrição das atividades desenvolvidas na prática psicomotora inserida num Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência de um Hospital Público, no âmbito do estágio curricular do mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. A intervenção psicomotora foi realizada com crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos em contexto individual e em grupo. No contexto individual foram acompanhados três estudos de caso, sendo dois descritos no presente relatório. As crianças e os adolescentes acompanhados manifestavam vários problemas de saúde mental, como a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção e a Perturbação de Oposição e Desafio. Para cada um dos dois estudos de caso apresenta-se a história clínica, a avaliação inicial, a elaboração de hipóteses explicativas, o plano de intervenção e os resultados da intervenção. O presente relatório esclarecerá também a importância da intervenção psicomotora num serviço de saúde mental.

Palavras-Chave: Prática Psicomotora; Psiquiatria; Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção; Perturbação de Oposição e Desafio; Saúde Mental.

Abstract

Psychomotor Intervention in a Child and Adolescent Psychiatry Service

The main aim of this report is to describe the activities carried out in psychomotor practice in the Child and Adolescent Psychiatry Department of a public hospital, as part of the curricular internship for the Master's degree in Psychomotricity at the University of Évora. The psychomotor intervention was carried out with children and adolescents aged between 6 and 14 in individual and group contexts. In the individual context, three case studies were monitored, two of which are described in this report. The children and adolescents monitored had various mental health problems, such as Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder. For each of the two case studies, the clinical history, the initial assessment, the development of explanatory hypotheses, the intervention plan and the results of the intervention are presented. This report will also shed light on the importance of psychomotor intervention in a mental health service.

Keywords: Psychomotor Practice; Psychiatry; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Oppositional Defiant Disorder; Mental Health.

Índice

Índice de Tabelas	VI
Índice de Gráficos	VI
Lista de Abreviaturas	VII
I. Introdução	8
II. Enquadramento Teórico	10
2.1. Caracterização da Instituição	10
2.2. Psicomotricidade	11
2.2.1. Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil	11
2.2.2. Metodologias de Intervenção psicomotora	13
2.3. Contextualização Clínica da Intervenção	15
III. Caracterização da Prática Profissional	18
3.1. Organização das Atividades de Estágio	18
3.1.1. Calendarização e horário	18
3.1.2. Progressão das Atividades de Estágio	19
3.1.3. Atividades Complementares	20
3.1.4. Intervenção Psicomotora no local de estágio	20
3.2. Etapas de Intervenção	21
3.2.1. Instrumentos de Avaliação	24
3.3. Descrição dos casos acompanhados individualmente	27
3.4. Descrição dos casos acompanhados em grupo	33
IV. 2 Estudos de Caso	55
4.1. 1º Estudo de Caso	55
4.1.1. Enquadramento teórico	55
4.1.2. Identificação	55
4.1.3. Plano de Avaliação	58
4.1.4. Avaliação Inicial	58

4.1.5. Elementos Critério.....	64
4.1.6. Hipóteses Explicativas.....	64
4.1.7. Perfil Intra-individual	67
4.1.8. Objetivos Terapêuticos	68
4.1.9. Projeto Pedagógico-Terapêutico.....	69
4.1.10. Avaliação Final.....	74
4.1.11. Progressão Terapêutica.....	77
4.1.12. Discussão	78
4.2. 2º Estudo de Caso	79
4.2.1. Enquadramento Teórico	79
4.2.2. Identificação	80
4.2.3. Plano de Avaliação	81
4.2.4. Avaliação Inicial.....	81
4.2.5. Elementos Critério.....	87
4.2.6. Hipóteses Explicativas.....	87
4.2.7. Perfil Intra-individual	90
4.2.8. Objetivos Terapêuticos	91
4.2.9. Projeto Pedagógico-Terapêutico.....	92
4.2.10. Avaliação Final.....	96
4.2.11. Progressão Terapêutica.....	99
4.2.12. Discussão	100
V. Conclusão	102
VII. Anexos.....	109

Índice de Tabelas

<u>Tabela 1</u> - Calendarização das Atividades de Estágio.....	18
<u>Tabela 2</u> - Horário de Atividades da Terapeuta Estagiária.....	19
<u>Tabela 3</u> - Avaliação Inicial dos Grupos 1 & 2 da AD.....	33
<u>Tabela 4</u> - Caracterização dos Grupos 1 & 2 da AD.....	38
<u>Tabela 5</u> - Objetivos Terapêuticos Grupos 1 & 2 AD.....	38
<u>Tabela 6</u> - Progressão Terapêutica dos Grupos 1 & 2 AD.....	40
<u>Tabela 7</u> - Avaliação Inicial dos Grupos 1 & 2 do Hospital de Dia (HD).....	44
<u>Tabela 8</u> - Caracterização dos Grupos I & II do HD.....	48
<u>Tabela 9</u> - Objetivos Terapêuticos dos Grupo I & II do HD.....	49
<u>Tabela 10</u> - Progressão Terapêutica dos Grupos I & II do HD.....	50
<u>Tabela 11</u> – Desenho do Corpo – Avaliação Inicial - Madalena.....	60
<u>Tabela 12</u> - Perfil intra-individual Madalena.....	68
<u>Tabela 13</u> - Objetivos Terapêuticos Madalena.....	68
<u>Tabela 14</u> – Desenho da Pessoa – Avaliação Final - Madalena.....	75
<u>Tabela 15</u> – Desenho da Pessoa - Avaliação Inicial - Leonardo.....	83
<u>Tabela 16</u> - Perfil Intra-Individual Leonardo.....	91
<u>Tabela 17</u> - Objetivos Terapêuticos Leonardo.....	91
<u>Tabela 18</u> – Desenho da Pessoa – Avaliação Final - Leonardo.....	96

Índice de Gráficos

<u>Gráfico 1</u> – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 – Avaliação Inicial - Madalena.....	61
<u>Gráfico 2</u> – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretky - Avaliação Final - Madalena.....	74
<u>Gráfico 3</u> – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 - Avaliação Inicial - Leonardo.....	84

Lista de Abreviaturas

AD – Área de Dia

APA – American Psychiatric Association

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BOT-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oserestiky 2

DAP – Draw-a-Person

EAQ – Questionário de Consciência Emocional para Crianças

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

HD – Hospital de Dia

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

LOFOPT – The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy

PC – Perturbações do Comportamento

PHDA – Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

POC – Perturbação Obsessiva-Compulsiva

POD – Perturbação de Oposição e Desafio

PPB – Perturbação da Personalidade Borderline

SDQ – Questionário de Capacidades e de Dificuldades

SPIA – Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência

I. Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio curricular integrado no Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. Este estágio decorreu num Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA), entre outubro de 2023 e junho de 2024, com o propósito de desenvolver e aplicar os conhecimentos e as competências adquiridas ao longo da formação como psicomotricista. Assim, este relatório está estruturado para incluir o enquadramento teórico da prática psicomotora no contexto da saúde mental infantojuvenil e serão ainda descritas as atividades realizadas durante o estágio e os casos acompanhados, tanto em grupo como individualmente.

A Psicomotricidade é uma terapia que utiliza a mediação corporal e não se limita a abordar apenas o ser humano, mas considera também o envolvimento psicossomático ou psicocorporal de forma integral. Esta abordagem abrange as funções relacionadas com a motricidade e a corporeidade, que estão interligadas com as funções afetivas, relacionais, linguísticas e cognitivas. A interdependência destes aspetos faz com que o corpo se ative e que a ação inclua a expressão corporal de forma abrangente, com o objetivo de fomentar a construção de relações com os outros e com o ambiente que nos rodeia (Fonseca, 2010).

A abordagem terapêutica psicomotora considera o sintoma como um problema psicomotor. As dificuldades de aprendizagem e os problemas relacionados com a comunicação e a psicomotricidade são, na sua maioria, associados a questões psicoafectivas e relacionais (Almeida, 2005). Assim, frequentemente, a disfunção psicomotora reflete um sofrimento interno, com o corpo da criança a manifestar um mal-estar psíquico. Na psicomotricidade aplicada a crianças com psicopatologias, são utilizados princípios e ferramentas que se alinham com a realidade do seu desenvolvimento, focando-se no corpo, na relação corporal e no jogo psicomotor. Essas práticas proporcionam à criança a oportunidade de reviver a sua história num ambiente que é ao mesmo tempo permissivo, espontâneo e acolhedor, permitindo uma escuta atenta (Almeida, 2005). Deste modo, o psicomotricista estabelece o seu papel dentro de uma equipa de saúde mental infantil, intervindo de uma forma corporal que visa contactar os núcleos mais profundos da personalidade, compreendendo a linguagem tónico-emocional do corpo para promover o seu desenvolvimento (Almeida, 2005).

Este relatório está estruturado em três partes fundamentais. A primeira parte destina-se a estabelecer o enquadramento teórico da prática profissional, onde se caracterizam a instituição, a psicomotricidade e a intervenção psicomotora no contexto da saúde mental infantojuvenil, bem como as diferentes metodologias utilizadas. Também será discutida a contextualização clínica da intervenção psicomotora, com a descrição das várias psicopatologias que fundamentam os casos clínicos que serão apresentados posteriormente. O segundo capítulo aborda a prática profissional, incluindo a organização e a programação das atividades, as etapas de intervenção e a descrição dos casos acompanhados, individualmente e em grupo. Na terceira parte, serão analisados dois casos clínicos que foram acompanhados durante o estágio. Por fim, será realizada uma reflexão sobre a prática psicomotora no contexto da saúde mental infantojuvenil, destacando a sua relevância e o impacto que teve na formação da psicomotricista estagiária.

II. Enquadramento Teórico

2.1. Caracterização da Instituição

O SPIA, ou Pedopsiquiatria, tem como principal objetivo diagnosticar e tratar as perturbações emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 0 e 18 anos (Saúde, 2024) especificamente, a população atendida pelos estagiários de psicomotricidade compreendeu-se dos 6 aos 14 anos, com maior foco nas Perturbações do Comportamento (PC). Para isso, conta com uma equipa multidisciplinar formada por profissionais de diversas áreas, incluindo médicos pedopsiquiatras, enfermeiros, psicólogos, psicomotricistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas e educadores. Além disso, a equipa inclui internos de pedopsiquiatria, bem como estagiários de psicologia e psicomotricidade.

Além de contar com uma ampla equipa multidisciplinar, o serviço de pedopsiquiatria tem procurado, ao longo dos anos, implementar medidas para atender às necessidades dos utentes e das suas famílias. Dessa forma, surgiram projetos como a Área de Dia (AD) e o Hospital de Dia (HD).

A AD foi inaugurada em 2009 com o objetivo de enfrentar as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde devido ao elevado número de consultas solicitadas por alterações comportamentais em crianças na idade da latência. Essas crianças geralmente apresentam dificuldades de mentalização e simbolização, agindo de forma impulsiva, muitas vezes inseridas em contextos familiares difíceis, o que tem um impacto significativo no seu desempenho académico e social (Esquina, Figueiredo, Silva, Alves, & Pires, 2013).

Para responder a essas necessidades, foi criada uma unidade de cuidados a tempo parcial. A AD opera semanalmente, de modo a oferecer acompanhamento a quatro grupos terapêuticos, divididos em dois ateliês: expressão plástica e psicomotricidade. O envolvimento da família e da escola é considerado essencial para a eficácia da intervenção. Assim, quinzenalmente, ocorre o grupo de pais, onde são discutidos aspetos cruciais da intervenção terapêutica. Além disso, reuniões periódicas com os professores responsáveis são realizadas para assegurar uma abordagem integrada (Esquina, Figueiredo, Silva, Alves, & Pires, 2013).

O número de adolescentes entre os 12 e 18 anos com problemas de comportamento, relações interpessoais instáveis, absentismo escolar, perturbações de

ansiedade e depressão, além de comportamentos auto-lesivos, tem aumentado ao longo dos anos. Para oferecer uma resposta eficaz a esses jovens, foi criado o HD, uma intervenção de cuidados a tempo parcial (Esquina, Figueiredo, Silva, Alves, & Pires, 2013).

O HD foca-se nas intervenções em grupo, pois este formato aumenta a adesão e o comprometimento dos jovens com sintomas comportamentais e relacionais (Carvalho, Pereira, Zaragoza, Ramos, & Pires, 2013). O HD é composto por diversos grupos terapêuticos que utilizam diferentes mediadores para facilitar a adesão e o sucesso da intervenção. Atualmente, há cinco ateliês: A Arte dos Jogos, Psicomotricidade, Pensar a Desenhar, Musicoterapia e Conto por Conto.

2.2. Psicomotricidade

2.2.1. *Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil*

A Psicomotricidade, enquanto ciência, é entendida como um campo transdisciplinar que se dedica ao estudo e investigação das relações e influências recíprocas e sistêmicas entre o psiquismo e o corpo, bem como entre o psiquismo e a motricidade. Estas interações surgem da personalidade total, singular e em constante evolução que caracteriza o ser humano. As manifestações desta personalidade abrangem múltiplas dimensões, como as biopsicossociais, as afetivo-emocionais e as psicossociocognitivas, refletindo a complexidade e a profundidade do ser humano nas suas diversas formas de expressão (Fonseca, 2010)

Na psicomotricidade, os paradigmas relacionados com o comportamento humano, o seu funcionamento ou disfuncionamento, a aprendizagem, a adaptação e a reabilitação são compreendidos como o resultado de uma relação compreensível e dialética entre a situação externa, isto é, o ambiente que envolve o indivíduo, e a ação interna, que é mentalmente elaborada pelo mesmo. Esta interação dinâmica permite uma compreensão mais profunda de como o ser humano reage e se ajusta às condições externas, influenciando, de forma recíproca, os processos internos que regulam o movimento, o pensamento e a adaptação (Fonseca, 2010).

A prática psicomotora é uma relação complexa onde o psicomotricista observa gestos que podem ser mais ou menos coordenados, os quais expressam pensamentos que podem estar mais ou menos organizados (Fernandes, 2022). Neste processo, o psicomotricista recebe também atitudes carregadas de emoções, para depois as

transformar, dar-lhes significado e devolvê-las de forma equilibrada e empática. Esta relação possibilita ajudar a pessoa a evoluir, passando de movimentos descoordenados para atividades práxicas mais elaboradas, e a transitar da ação para a representação (Fernandes, 2022).

Trata-se de uma interação entre dois "continentes psicocorporais" – o psicomotricista e a pessoa – que permite (re)construir a imagem corporal, a identidade e a organização tónica associada ao movimento. Através desta relação, é possível desenvolver a proficiência do movimento, aumentar a consciência corporal, promover a representação interna do corpo e fortalecer a sensação de continuidade da existência. Além disso, este processo pode até reassegurar as angústias corporais mais arcaicas (Fernandes, 2022).

Desta forma a terapia psicomotora não se foca em tratar diretamente o sintoma ou a sua expressão, mas sim em intervir na base que promove esse sintoma. É fundamental reconhecer o corpo nas suas diversas manifestações, incluindo comportamentos, posturas e tonicidade, atribuindo significado a todos esses elementos. Assim, para o psicomotricista, o sintoma é compreendido como uma consequência da história corporal do indivíduo (Maximiano, 2004).

A psicomotricidade assume-se assim como um importante aliado na intervenção em saúde mental, funcionando como uma terapia de mediação corporal que vê o indivíduo de forma integrada e global. Nesta abordagem, o comportamento é entendido como uma manifestação direta da vida psíquica (Maximiano, 2004).

A saúde mental das crianças e dos adolescentes pode ser influenciada por diversos fatores, sejam eles genéticos, biológicos ou ambientais, que atuam a diferentes níveis, como o individual, familiar, escolar ou social (Feitosa, Ricou, Rego, & Nunes, 2011). Compreender a origem destes problemas é crucial tanto para uma avaliação precisa como para a intervenção terapêutica posterior, que deve ocorrer, sempre que possível, com o apoio de uma equipa multidisciplinar.

Neste contexto, o papel do psicomotricista no SPIA é observar e captar a personalidade psicomotora da criança. Através da análise dos comportamentos observados, ou seja, dos atos motores, o psicomotricista associa esses comportamentos a aspetos objetivos e subjetivos (Fonseca, 2010). O foco principal do psicomotricista é entender o carácter psíquico do movimento, considerando aspetos como a representação,

elaboração, integração, regulação e verificação da atividade, e não apenas o desempenho ou a execução do movimento (Fonseca, 2010).

Assim, o psicomotricista pode contribuir para um diagnóstico mais claro e ajudar a personalizar a intervenção terapêutica, adaptando-a ao momento evolutivo da criança (Boscaini, 2003). Para além disso, a intervenção psicomotora na saúde mental pode ser realizada de forma individual, como já foi referido, ou em grupo (Matias & Morais, 2011) sendo os principais quadros tratados relacionados com problemáticas de vinculação e interação precoce, que incluem perturbações como as do comportamento disruptivo, ansiedade, humor, comportamento alimentar, psicossomáticas e psicoafetivas, entre outras (APP, 2017).

2.2.2. *Metodologias de Intervenção psicomotora*

A especificidade da Psicomotricidade reside no foco que atribui às manifestações corporais e ao significado que estas expressam. A intervenção é caracterizada pela sua flexibilidade e capacidade de adaptação às particularidades de cada sujeito, respeitando a individualidade de cada um. Contudo, mantém como objetivo central mediar a procura por uma mudança de atitude do sujeito em relação a si próprio, promovendo, consequentemente, uma melhoria nas suas interações nos diferentes contextos em que se insere (Maximiano, 2004).

A reabilitação psicomotora tem como principal objetivo melhorar as estruturas que integram, elaboram, planificam, verificam e regulam o movimento. Não se foca tanto no produto final do movimento, mas sim, de forma essencial, nos processos que o antecedem (Fonseca, 2010). Assim a metodologia aplicada adapta-se às necessidades específicas de cada utente, sempre orientada pelo plano terapêutico e pelos objetivos definidos. Desta forma, as técnicas utilizadas visam promover a ligação entre as emoções e o corpo, favorecendo essa interação (Maximiano, 2004). Na prática psicomotora, podem ser consideradas diversas abordagens, como a atividade lúdica, técnicas de relaxamento, o uso de mediadores artístico-expressivos, como atividades de Dramaterapia/Musicoterapia e também dinâmicas de consciência corporal e emocional.

De acordo com Ajuriaguerra (1962) é através da relação que se estabelece com outro, ou seja, o corpo do psicomotricista em relação com o corpo do utente, que este adquire a consciência de si e o sentimento de ser e estar (Fernandes, Filho, & Rezende, 2018). É nesta linha de pensamento, que a relação se encontra associada ao jogo, sendo

um dos principais mediadores em psicomotricidade, sendo considerado, por isso, o jogo-em-relação (Fernandes, Filho, & Rezende, 2018). Assim é de salientar que o papel do jogo oferece um contexto lúdico e seguro, que favorece o desenvolvimento e estimula a expressividade, espontaneidade e flexibilidade. Além disso, promove a motivação intrínseca e gera emoções positivas, criando um ambiente propício para a exploração e para o crescimento pessoal (Pereira, 2023).

No jogo-em-relação, de forma livre e espontânea, a criança desenvolve atividades que refletem as suas necessidades psicoafectivas e emocionais (Fernandes, Filho, & Rezende, 2018). Por exemplo, pode construir casas para se sentir protegida, criar lojas de brinquedos ou até simular uma sessão de psicomotricidade, assumindo o papel de terapeuta. Estas formas de brincar são representativas da capacidade da criança de imaginar, representar e criar, dando expressão às suas vivências internas (Winnicott, 1971., cit in Fernandes, Filho, & Rezende, 2018). Por isso, o terapeuta deve envolver-se nos jogos de imaginação da criança, aprendendo a escuta-la e a acolher o que ela propõe. É importante que esteja disponível para que seja criado um laço com a mesma e que utilize a sua criatividade para sugerir a inclusão de novos elementos lúdicos. A sua presença atenta e ativa no jogo que a criança sugere permite que esta desenvolva a sua autonomia, eficácia e autoconfiança (Fernandes, Filho, & Rezende, 2018).

Outro tipo de jogo é o jogo sensoriomotor, que se caracteriza por ser um espaço de descarga e descoberta, promovendo a desinibição. Este tipo de atividade permite à criança não só desafiar-se e explorar todo o seu potencial corporal, mas também aliviar tensões, agressividade e ansiedade. Assim, é fundamental que o psicomotricista esteja presente para moderar essas expressões, estabelecendo limites quando necessário, e atribuindo significado e interpretação ao que é criado pela criança (Rodriguez & Llinares, 2008).

Outra abordagem utilizada na prática psicomotora em saúde mental são as técnicas de relaxação. A relaxação é entendida como uma prática de mediação corporal que envolve dimensões fisiológicas, emocionais e comportamentais, focando na consciência e na regulação tónico-emocional (Veiga & Marmeleira, 2018). Para abordar a relaxação em psicomotricidade, é relevante começar pelo conceito de Toque Psicomotor. O toque, sendo um elemento essencial nas relações interpessoais, no contexto da psicomotricidade, não só favorece a relação entre o terapeuta e o utente, como também facilita a intervenção (Mira & Veiga, 2022). No entanto, embora o toque seja frequentemente desejado, nem

sempre é bem recebido (Mira & Veiga, 2022). Assim, além do toque, as técnicas de relaxação podem ser realizadas com o auxílio de objetos mediadores, como bolas, lenços ou cordas, ou mesmo através da automassagem (Maximiano, 2004). Estas técnicas de relaxação são reconhecidas por ajudarem a aliviar o sofrimento, bem como os sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, capacitam o utente a ter um maior controlo sobre o seu corpo, contribuindo para a redução de comportamentos inadequados ou desajustados, atitudes e estados de tensão (Maximiano, 2004). Os métodos de relaxação em psicomotricidade são assim considerados práticas terapêuticas, reeducativas e educativas que visam alcançar uma regulação tónica, através do ajuste de parâmetros corporais, como o tónus muscular e a respiração, bem como parâmetros cognitivos, como a atenção seletiva (Veiga & Marmeleira, 2018).

No contexto dos mediadores artístico-expressivos, a expressão plástica, um mediador que é utilizado nas sessões de psicomotricidade com frequência, permite ao indivíduo expressar o seu mundo interno, incluindo angústias e sofrimentos, promovendo sempre o pensamento, a criatividade e o sentir (Esquina, Figueiredo, Silva, Alves, & Pires, 2013). Em psicomotricidade, podem ser usados diversos materiais, como tintas, lápis de cor, plasticina, desenhos, entre outros.

O setting terapêutico deve ser um espaço amplo e seguro, onde as crianças e/ou os adolescentes possam explorar e evoluir de forma livre e espontânea. Embora não seja necessário que seja muito grande, é fundamental que ofereça segurança, com todos os elementos cuidadosamente pensados para garantir essa liberdade de movimento. O ambiente deve ser bem iluminado e ventilado, proporcionando uma experiência agradável e acolhedora para as/os mesmas/os (Toledo, Toledo, & Cevallos, 2017). O espaço deve também permitir a definição de limites, tanto internos como externos, reforçando a importância de utilizar, partilhar e respeitar as regras estabelecidas para a sessão.

É essencial destacar que, durante a prática psicomotora, irão emergir emoções, impulsos e desejos, e o psicomotricista desempenha um papel fundamental como contendor, estando disponível para estabelecer uma relação com o indivíduo. O seu objetivo é ajudar os utentes a lidar com os comportamentos, sentimentos e pensamentos que surgem ao longo da sessão (APP, 2017).

2.3. Contextualização Clínica da Intervenção

2.3.1. *Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)*

O Diagnóstico de PHDA de acordo com o DSM-V, é descrito pelo conjunto significativo de alterações comportamentais que influenciam o funcionamento e o desenvolvimento do indivíduo ao longo da vida (APA, 2014), apresentando um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento do indivíduo, com sintomas que persistem pelo menos durante 6 meses a um nível que é inconsistente com o nível de desenvolvimento e que têm um impacto negativo direto nas atividades sociais e acadêmicas/ocupacionais (APA, 2014).

Uma das características primárias da PHDA é a atividade excessiva, desorganizada e contextualmente inapropriada (Vidigal, 2005). Outra característica primária está relacionada com a dificuldade em regular a atenção com problemas de identificação e discriminação de estímulos e na sua manutenção por longos períodos (Vidigal, 2005). Para além disso, indivíduos diagnosticados com PHDA manifestam dificuldades no controlo inibitório dos impulsos, que se expressa em comportamentos intrusivos junto dos pares, por consequência, na dificuldade em esperar e na interrupção do discurso do outro (Vidigal, 2005).

Desta forma, a manifestação da sintomatologia varia de indivíduo para indivíduo, sendo influenciada por fatores como o género e a idade (APA, 2014). Assim, é evidente que existe uma grande heterogeneidade na expressão dos sintomas, mas as dificuldades adaptativas tendem a manifestar-se nos diferentes contextos de vida, o que sugere, de acordo com Antunes (2005) a existência de um défice generalizado na integração das funções motoras, cognitivas e afetivas, ou seja, um défice de autorregulação na resposta às diferentes situações adaptativas.

Relacionando a PHDA com a psicomotricidade, existem atrasos no desenvolvimento psicomotor, baixa tolerância à frustração, irritabilidade, alterações do sono, dificuldade na organização espaço-temporal, insucesso escolar, baixa autoestima e elevados níveis de ansiedade (APA, 2014; Antunes, 2018).

2.3.2. *Perturbação de Oposição e Desafio (POD)*

Segundo o DSM-V (APA, 2014), a POD apresenta como principais critérios de diagnóstico a presença de um padrão de humor zangado/irritável, comportamento conflituoso/desafiante ou vingativo com duração mínima de 6 meses e com impacto significativo no próprio e em terceiros (Antunes, 2018). São exemplo de alguns

comportamentos descritos, a perda de controlo, sentir raiva e ressentimento, discutir e desafiar figuras de autoridade, culpabilizar os outros pelas suas ações, entre outros (APA, 2014; Antunes, 2018).

De acordo com Antunes (2018), a evolução dos critérios de diagnóstico é o reconhecimento de que os comportamentos de oposição e desafio podem ter origens diversas, pois as crianças apresentam lacunas em diferentes competências e, dessa forma, apresentam comportamentos desajustados, semelhantes apenas na aparência, pois o mecanismo que lhes dá origem é diferente de criança para criança.

A POD, varia consoante a idade e o género do indivíduo, sendo mais comum no género masculino na idade pré-escolar e no género feminino na adolescência (APA, 2014). A manifestação dos comportamentos também difere entre géneros, desta forma, enquanto os rapazes apresentam um comportamento antissocial grave, as raparigas são associadas a comportamentos de menor violência e agressividade, no entanto, possuem comportamentos mais vingativos, de maus-tratos, conduta sexual e abusos de substâncias (Almeida, et al., 2005).

A POD é muitas vezes associada a diagnósticos de PHDA, sendo esta perturbação considerada uma das maiores comorbilidades. Podem também ser comorbilidades patologias depressivas e ansiosas, assim como, há uma maior probabilidade de consumo de substâncias (APA, 2014).

2.3.3. Vinculação

A Teoria de Vinculação, desenvolvida por John Bowlby, destaca a importância das relações precoces no desenvolvimento emocional e social do indivíduo. Desde o nascimento, a criança tende a criar um vínculo com uma figura de referência, cuja qualidade influencia os seus modelos internos de relacionamento ao longo da vida (Bowlby, 1969).

A vinculação segura permite à criança explorar o mundo com confiança, promovendo uma maior regulação emocional e sociabilidade. Em contraste, vinculações inseguras podem resultar em dificuldades emocionais e sociais, contribuindo para perturbações como depressão, ansiedade e dificuldades de autorregulação (Bowlby, 1969).

No contexto clínico, compreender os padrões de vinculação é essencial para planejar intervenções que promovem a estabilidade emocional e a resiliência psicológica do utente.

III. Caracterização da Prática Profissional

3.1. Organização das Atividades de Estágio

3.1.1. Calendarização e horário

O estágio decorreu de 3 de outubro a 26 de junho, com interrupção de férias de Natal de 21 de dezembro a 4 de janeiro. Este estágio foi presencial nos seus 9 meses de duração total.

Os grupos terapêuticos da Área de Dia e do Hospital de Dia terminaram dia 18 de junho e as reuniões familiares dos casos individuais terminaram a 20 de junho. No entanto, no dia 25 de junho, os psicomotricistas estagiários realizaram uma apresentação na reunião clínica.

A tabela 1 representa a calendarização das atividades integradas no estágio curricular.

Tabela 1 - Calendarização das Atividades de Estágio

Tarefas/mês	2023			2024										
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	
Integração na equipa														
Reuniões clínicas														
Entrevistas														
Avaliação inicial														
Intervenção														
Avaliação final														
Entrega do relatório														

O horário apresentado na Tabela 2 foi construído com a finalidade de ilustrar as atividades da terapeuta estagiária e do SPIA. O horário e o local das sessões individuais foram elaborados consoante a disponibilidade dos casos e das salas ocupadas pelos dois estagiários e pela psicomotricista do serviço.

Atendendo ao horário disponível do 3º caso individual tiveram de ser realizadas algumas alterações. No horário de terça-feira, que compreendia das 16h15 às 17h a reunião do hospital de dia, a estagiária acompanhava o caso de forma intercalada com as reuniões.

Tabela 2 - Horário de Atividades da Terapeuta Estagiária

Dias da semana/horas	2ªfeira	3ªfeira	4ªfeira	5ªfeira
08h00-09h00				
09h00-10h00	Grupo 1 Área de Dia (9h45 – 10h45)		Reunião clínica (09h30-11h00)	Sessão Individual Margarida (9h-9h45)
10h00-11h00	Lanches Área de Dia (10h45 – 11h)			Registo e planeamento de sessões
11h00-12h00	Registo e planeamento de sessões	Sessão Individual Leandro (11h – 11h45)	Reunião Hospital de Dia (11h30-13h00)	
12h00-13h00	Reunião equipa AD (12h00-13h00)	Reunião de supervisão (12h00-13h00)		
13h00-14h00	Almoço	Almoço	Almoço	
14h00-15h00	Registo e planeamento de sessões	Grupo 1 HD (14h00-15h00)		
15h00-16h00	Lanches Área de Dia (15h – 15h15)	Grupo 2 HD (15h15-16h00)		
	Grupo 4 Área de Dia (15h15 – 16h15)			
16h00-17h00	Reunião equipa AD (16h15-17h00)	Sessão Individual Salvador (16h15-17h)		
		Reunião de equipa de ateliers (16h15-17h)		

3.1.2. Progressão das Atividades de Estágio

As atividades realizadas durante o estágio curricular evoluíram ao longo do tempo. No início, os estagiários de psicomotricidade assistiram às reuniões clínicas e do HD, participando ativamente apenas nas últimas. Nas sessões de grupo, os terapeutas estagiários tinham total autonomia, embora sempre sob a supervisão da psicomotricista responsável. Na última reunião clínica, os estagiários apresentaram um trabalho elaborado por ambos, relevante para a prática psicomotora no contexto deste estágio.

3.1.3. *Atividades Complementares*

Além das atividades previstas no estágio curricular, os psicomotricistas estagiários participaram em outras atividades que contribuíram significativamente para a sua formação profissional e acadêmica.

Entre essas atividades destacam-se: **Reuniões Clínicas:** Participação nas discussões de casos e na elaboração de planos de intervenção; **Reuniões de Equipa do Hospital de Dia:** Colaboração nas reuniões da equipa multidisciplinar, contribuindo para a integração e coesão do trabalho clínico; **Apresentação em Reunião Clínica:** Desenvolvimento e apresentação de um trabalho (Jogo de luta e Perseguição) relevante para a prática psicomotora, demonstrando as competências adquiridas; **Poster e Cartaz:** Criação de materiais visuais informativos (Educação Sexual na Adolescência) para a divulgação e partilha de conhecimentos adquiridos durante o estágio;

Formação (BSL/SBV): Participação em formações em Basic Life Support (Suporte Básico de Vida), essenciais para a capacitação em primeiros socorros (Universidade de Évora – 10h de conteúdos e práticas formativas); **Conferências e Tertúlias:** Assistência a eventos como a conferência “A Saúde Mental do Bebê, da Criança e do Adolescente no Mundo Atual”, a tertúlia “A Humanidade no Fio da Navalha II – A Consciência de Nós (2024)”, que proporcionaram uma visão ampla e atualizada sobre temas relevantes na área da saúde mental. Ambos os estagiários juntamente com a sua Orientadora do local de estágio, participaram também na 22ª PsicoMotriTalk sobre “Grupos Terapêuticos” no dia 22 de novembro dinamizado pelas oradoras Susana Pereira (Terapeuta Ocupacional) e Luísa Costa (Psicomotricista) que teve lugar na Casa da Psicomotricidade em Lisboa. A estagiária participou ainda nas aulas da “Semana da Inteligência Emocional da Criança” nos dias 20, 22 e 23 de maio com a Psicomotricista e Formadora Sara Duarte.

3.1.4. *Intervenção Psicomotora no local de estágio*

O SPIA em questão inclui, entre as suas respostas terapêuticas, a intervenção psicomotora. O encaminhamento para esta terapia é feito pelo/a pedopsiquiatra ou então pelo/a psicólogo/a responsável pelo caso clínico quando são observadas necessidades terapêuticas compatíveis com a psicomotricidade. Após o encaminhamento, é solicitada

uma primeira consulta nesta área, onde a terapeuta conhece melhor o caso e avalia a pertinência da intervenção psicomotora.

Na fase inicial, realiza-se uma entrevista semiestruturada (anamnese) com a criança/jovem e o adulto responsável, permitindo assim que o terapeuta compreenda o motivo da consulta e identifique as principais preocupações da família. Através da anamnese, são também recolhidas informações relevantes para a intervenção psicomotora.

Nas primeiras sessões, são realizadas avaliações, informais e formais. Nas avaliações informais, a criança/jovem tem a oportunidade de explorar o espaço e os materiais disponíveis no setting, o que permite ao terapeuta observar o comportamento e as atitudes do/a mesmo/a de uma forma mais abrangente. Nas avaliações formais, o terapeuta recorre a instrumentos de avaliação, que são selecionados de acordo com as necessidades específicas do/a jovem/criança. A avaliação formal, permite ao psicomotricista obter uma visão mais detalhada das necessidades da criança ou jovem em questão, o que contribui para elaborar um plano de intervenção adequado.

Inicialmente o Serviço dispunha de duas salas de psicomotricidade, contudo e devido a obras de melhorias nas estruturas do Serviço, a psicomotricidade passou a ter apenas o polivalente disponível. Esta sala é ampla, com chão azul e paredes brancas. Esta sala é utilizada aquando das sessões individuais onde se fecha ao meio para obter um ambiente mais seguro e contentor, mas também na realização das sessões de grupo. Para além desta sala, o serviço possui uma arrecadação com material adicional que pode ser utilizado conforme for necessário nas sessões.

Embora as sessões de psicomotricidade sigam uma estrutura comum: conversa inicial, atividades fundamentais, relaxação, simbolização e conversa final, são adaptadas às características de cada criança/jovem. No final deste processo, é realizada uma avaliação final de modo a refletir sobre a intervenção e decidir sobre a sua continuidade, encaminhamento para outra especialidade ou alta terapêutica.

3.2. Etapas de Intervenção

A avaliação em reabilitação psicomotora deve ser considerada como um processo sistemático que recolhe informações sobre o nível de modificabilidade da criança em

áreas específicas do desenvolvimento, assim como as características dinâmicas do seu potencial de aprendizagem (Fonseca, 2010).

Ao adotar um processo de avaliação preciso e fiável, que esteja aberto a outras informações, como as fornecidas pela equipa multidisciplinar que acompanha a criança ao longo do tempo (terapeutas, médicos, pedopsiquiatras, psicólogos, entre outros), torna-se possível monitorizar e medir de forma constante se os objetivos estabelecidos estão a ser alcançados. Desta forma, é possível confirmar o sucesso do modelo de intervenção. Baseando-se neste modelo, o insucesso pode ser visto como uma oportunidade para investigação, o que permitirá melhorar a qualidade da intervenção, desde o diagnóstico e intervenção psicomotora até à implementação de programas e à respetiva avaliação contínua (Fonseca, 2010).

Após uma primeira avaliação, é elaborado o plano terapêutico, onde se definem os objetivos gerais e específicos, assim como as estratégias e formas de intervenção a serem implementadas.

A avaliação inicial baseia-se em observações que, ao longo do processo terapêutico, são complementadas com dados e informações adicionais, permitindo ajustes contínuos ao plano terapêutico. Nas observações realizadas (foram utilizadas *grelhas de observação adaptadas de Costa, 2017; Llinares, M. & Rodríguez, J., 2008*), são avaliados os seguintes aspetos: Tonicidade e rigidez postural; Paratonias; Sincinesias; Discurso verbal; Controlo do olhar (se há evitamento, fugas ou confrontos visuais); Expressão facial; Consciência e imagem corporal, avaliada através do desenho do corpo; Escalas de caracterização adequadas ao perfil psicopatológico e à sintomatologia somática. Este processo contínuo de avaliação permite ajustar a intervenção de acordo com a evolução do sujeito e as suas necessidades específicas (Maximiano, 2004). A realização do desenho do corpo permite-nos não só uma observação superficial do controlo grafomotor, no que diz respeito à prensão, rigidez do traço e velocidade, mas, principalmente, possibilita a avaliação da representação do corpo e a maturidade dessa mesma representação (Maximiano, 2004).

Na primeira sessão de psicomotricidade, é realizada uma entrevista informal ao utente ou à pessoa que o acompanha, pois no SPIA, as crianças e os jovens chegam à primeira consulta acompanhados pelos pais/avós/tios, durante a qual se recolhem dados observáveis relacionados com o discurso, o olhar, a postura e a mímica, bem como

informações sobre a sua história pessoal e familiar (Maximiano, 2004). A entrevista é entendida como um momento de partilha de impressões entre os participantes, onde se destacam dois papéis principais: o do entrevistador e o do utente. Embora esta prática se fundamente em questionar, o psicomotricista deve proporcionar espaço para que o outro possa expressar o seu ponto de vista, bem como as suas dúvidas e inseguranças (Leal, 2010). No serviço de pedopsiquiatria, são realizadas entrevistas semiestruturadas, que combinam perguntas fechadas e abertas. Neste formato, o utente ou quem o representa tem a liberdade de expressar a sua opinião, concordando ou não com o tema abordado, sem estar restrito à formulação da pergunta (Batista, Matos, & Nascimento, 2017). É essencial que, desde o início da entrevista, se estabeleça um ambiente de cordialidade e simpatia, de modo que o utente se sinta à vontade, sem qualquer forma de imposição, intimidação ou pressão. Assim que estas questões preliminares forem tratadas e uma atmosfera favorável for criada, o entrevistador poderá então avançar para a discussão do tema central da entrevista (Batista, Matos, & Nascimento, 2017).

Deste modo, após a realização da entrevista, continuam-se as etapas seguintes do Modelo de Intervenção Psicomotora de Vítor da Fonseca (2010), que inclui a identificação de sintomas, a formulação de hipóteses, a definição dos objetivos, a estruturação de um plano reeducativo-terapêutico individualizado. É importante destacar que o Modelo salienta que não obstante a avaliação inicial ser fundamental para compreensão do caso, a avaliação deve ser um processo contínuo. Esta última é fundamental para que o terapeuta possa identificar os sucessos e insucessos da sua intervenção, ajustando-a conforme necessário.

As técnicas utilizadas ao longo da intervenção variam consoante as características individuais de cada pessoa, como foi referido anteriormente, tendo sempre em consideração o plano terapêutico e os objetivos estabelecidos. Esta flexibilidade na abordagem é crucial para garantir que a intervenção seja adequada às necessidades específicas de cada utente (Maximiano, 2004).

Ao longo da intervenção, todas as técnicas e atividades realizadas e desenvolvidas baseiam-se numa abordagem expressiva, dramática e/ou simbólica. No final de cada sessão, é promovida uma reflexão sobre as vivências corporais que ocorreram, a qual pode ser feita através da expressão verbal ou simbólica, como o desenho. Este momento terapêutico deixa espaço para a autointerpretação, permitindo que o utente atribua significado às suas vivências tónico-emocionais (Maximiano, 2004).

Para alguns utentes, principalmente crianças e/ou jovens, colocar em palavras o que sentiram pode ser uma tarefa difícil. Por essa razão, a simbolização realizada no final de cada sessão, oferece um suporte exterior que facilita a comunicação das experiências vividas de forma quinesésica. Esta exteriorização ajuda na tomada de consciência e na expressão verbal do conteúdo sensorial e emocional da experiência, tornando o processo terapêutico mais acessível e significativo para cada utente (Maximiano, 2004).

3.2.1. *Instrumentos de Avaliação*

Durante a prática psicomotora realizada no estágio curricular, foram utilizados vários instrumentos de avaliação que permitiram à terapeuta analisar o perfil psicomotor das crianças e jovens e identificar com maior precisão as áreas de intervenção necessárias. Entre os testes aplicados destacam-se: o "Draw a Person" (DAP; Naglieri, 1988), o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (BOT-2; Bruininks, 1978), o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; Goodman, 1997), o Questionário de Consciência Emocional para Crianças (EAQ; Rieffe et al., 2007), a Escala de Observação de Louvain (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst, & Knapen, 1989) e ainda uma Grelha de Observação adaptada de Costa (2017) e de Llinares e Rodríguez (2008).

De seguida será feita uma breve descrição dos instrumentos utilizados durante o estágio.

- **Escala de Observação de Louvain** (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst, & Knapen, 1989)

A Escala de Observação de Louvain é uma ferramenta destinada à avaliação pormenorizada dos comportamentos e reações psicomotoras dos indivíduos. O seu principal propósito é observar e categorizar diferentes aspetos do comportamento, tais como as relações emocionais, a autoconfiança, o nível de atividade, a capacidade de relaxação, o controlo do movimento, a atenção, a expressividade corporal, a comunicação verbal e a regulação social (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst, & Knapen, 1989).

Esta escala oferece ao psicomotricista uma visão organizada e objetiva do perfil psicomotor da criança ou jovem, permitindo identificar áreas específicas que requerem intervenção, como, por exemplo, um excesso de tensão muscular ou uma falta de expressividade emocional (Coppenolle, Simons, Pierloot, Probst, & Knapen, 1989).

- **BOT-2 - Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (Bruininks, 1978)**

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (BOT-2), desenvolvido por Bruininks em 1978, é um instrumento que permite avaliar as habilidades motoras, com o objetivo de identificar o estado de desenvolvimento e as capacidades de controlo motor fino e global (Bruininks & Bruininks, 2010). Este teste é organizado em quatro áreas, cada uma das quais inclui dois subtestes, totalizando assim oito subtestes. Cada subteste foca um aspeto específico das habilidades motoras, tanto finas como globais.

Assim, a área “Controlo Manual Fino” é composta pelos subtestes “Precisão Motora Fina” e “Integração Motora Fina”. A área “Coordenação Manual” inclui os subtestes “Destreza Manual” e “Coordenação dos Membros Superiores”. A área “Coordenação do Corpo” é formada pelos subtestes “Coordenação Bilateral” e “Equilíbrio”. Por último, a área “Força e Agilidade” é constituída pelos subtestes “Corrida de Velocidade e Agilidade” e “Força”.

Além disso, o teste considera aspetos como a mão preferencial e o pé/perna preferida do utente a ser avaliado. O terapeuta também pode observar qualitativamente itens como a atenção, a fluidez do movimento, o esforço e a compreensão do utente, avaliando esses aspectos através do desempenho nas diferentes tarefas propostas nos subtestes (Bruininks & Bruininks, 2010).

- **DAP – Draw a Person (Naglieri, 1988)**

A prova "Draw a Person" de Naglieri (1988) é um instrumento de avaliação quantitativa, no qual se solicita a/ao criança/jovem que desenhe uma figura humana representando um homem, uma mulher e a si próprio. O objetivo principal desta prova é avaliar a forma como o utente percebe as pessoas ao seu redor, incluindo a sua própria imagem e a das pessoas com quem convive, como a família. Além disso, esta prova permite aceder a diferentes aspetos psicológicos, como traços de personalidade, contexto familiar, possíveis casos de abuso físico ou emocional, e sinais de depressão, entre outros (Naglieri, 1988). A avaliação do desenho baseia-se em critérios quantitativos e qualitativos, como proporções corporais, presença e detalhe de características específicas (olhos, mãos, roupas, entre outras), e a coerência geral do desenho.

- **SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997)**

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) de Goodman (1997) é uma ferramenta de triagem comportamental breve, que permite avaliar aspetos relacionados com o comportamento, as emoções e as interações sociais do indivíduo (Goodman, 1997). Este questionário é composto por 25 itens distribuídos por 5 escalas: "Hiperatividade", "Problemas de Comportamento", "Dificuldades de Relacionamento com os Colegas", "Sintomas Emocionais" e "Comportamento Pró-Social". Cada uma das escalas inclui 5 itens, com 3 opções de resposta: "0 = Não é verdade", "1 = É pouco verdade" e "2 = É muito verdade". Os valores dos itens de cada subescala são somados, o que gera uma pontuação que varia de 0 a 10. Uma baixa pontuação na subescala das dificuldades indica menores problemas emocionais ou comportamentais, alta pontuação na subescala pró-social indica maior capacidade de empatia e cooperação, pontuações elevadas nas subescalas de dificuldade ou na pontuação total podem indicar a necessidade de uma avaliação mais detalhada.

A escolha deste questionário justifica-se pela sua simplicidade e formato conciso, o que facilita a avaliação das capacidades e dificuldades do indivíduo. Além disso, a sua aplicação permite ao terapeuta obter uma visão geral do utente, já que o questionário pode ser preenchido não só pelo próprio (a partir dos 4 anos), mas também pelos professores e pelos pais, proporcionando uma perspetiva mais abrangente.

- **EAQ - Questionário de Consciência Emocional** (Rieffe, et al., 2007)

Foi aplicado o EAQ que é o Questionário de Consciência Emocional para Crianças em que o seu objetivo é avaliar a consciência emocional em crianças e adolescentes dos 10 aos 16 anos, identificando como estas percebem e o que pensam relativamente às suas emoções (Veiga, Oosterveld, Fernandes, & Rieffe, 2017).

Este questionário, é composto por 30 itens e fornece informações sobre o conceito de consciência emocional. Os itens estão distribuídos em seis dimensões: Diferenciar Emoções (sete itens), Partilhar Verbalmente Emoções (três itens), Não Esconder Emoções (cinco itens), Consciência Corporal (cinco itens), Atender às Emoções dos Outros (cinco itens) e analisar as Próprias Emoções (cinco itens) (Sebastião, 2014)

3.3. Descrição dos casos acompanhados individualmente

Durante o estágio, foram acompanhadas três crianças de diferentes idades e com distintas problemáticas. As sessões começaram em outubro de 2023 e prolongaram-se até junho de 2024, ocorrendo uma vez por semana, com uma duração de 45 minutos cada. Seguidamente, serão apresentados, de forma resumida, dois dos três casos acompanhados.

⇒ Madalena*¹

A Madalena, com atualmente 12 anos, vive com os pais e a irmã mais nova de 3 anos. Frequenta o 6º ano, a mãe refere que o seu desempenho escolar é médio, sendo a Educação Física a disciplina mais desafiante devido a dificuldades na coordenação motora, equilíbrio e atenção. A mãe, uma pessoa reservada, não partilha muitos detalhes sobre o início da vida da Madalena, apenas menciona que a gravidez foi desejada e que o desenvolvimento inicial decorreu dentro da normalidade até aos 3 anos. A partir dessa idade, começou a notar uma maior agitação e ausência de diálogo verbal até quase aos 4 anos, o que motivou o início do acompanhamento psicológico.

Aos 5 anos, a Madalena entrou num colégio privado, onde progrediu cognitivamente, mas continuou a apresentar dificuldades na regulação emocional, resultando na sua expulsão. Durante este período, demonstrou um medo intenso da morte. Posteriormente, foi diagnosticada com PHDA, embora a mãe tenha inicialmente hesitado em iniciar a medicação, o que gerou crises significativas. Após perceber o impacto dessas crises, a mãe concordou com a introdução da medicação, o que trouxe uma maior estabilidade.

A psicóloga sugeriu um diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) devido a comportamentos obsessivos, mas a mãe desvalorizou-o. A Madalena foi também diagnosticada com Perturbação de Comportamento de Oposição e Desafio, apresentando dificuldades em seguir regras, respeitar o espaço dos outros e ser autónoma sem a presença da mãe.

Socialmente, a Madalena isola-se e prefere a companhia dos adultos, tendo sido vítima de bullying. Ela demonstra um comportamento autoritário, gritando quando contrariada, o que afeta as suas relações, inclusive com a sua irmã. Apresentou episódios de enurese, que foram controlados com medicação. O pai, diagnosticado com défice de atenção, é mais permissivo, o que altera as rotinas da Madalena dependendo de quem está

*¹ Madalena – Nome Fictício

*² Leonardo – Nome Fictício

presente. A mãe, que se considera mais rígida, relata sentir-se esgotada e sem apoio, não havendo, até agora, qualquer intervenção familiar.

Nas sessões de psicomotricidade, observou-se que a Madalena apresenta uma aparência cuidada, mas com pouco investimento e um desenvolvimento estato-ponderal adequado para a sua idade. Durante a anamnese, a jovem mostrou-se agitada, com dificuldades em manter o contacto ocular e em permanecer sentada, além de ter reações exageradas às observações da mãe. Apesar de ser desinibida e de estabelecer rapidamente uma relação com a terapeuta, a sua atenção é dispersa, manifestando impulsividade ao manusear materiais e resistência às regras. Os comportamentos indicam dificuldades em controlar os impulsos, tanto em interações sociais como nas respostas emocionais. Em termos motores, a Madalena apresenta uma postura geralmente eutónica, mas ocasionalmente rígida, e o seu equilíbrio estático e dinâmico revela oscilações. A jovem utiliza predominantemente o lado direito e reconhece as partes do corpo, mas apresenta dificuldades na orientação espacial e na coordenação óculo-manual, como evidenciado pelo contacto excessivo com a folha ao desenhar.

Para entender de forma mais aprofundada as necessidades da Madalena, foi efetuada uma avaliação inicial utilizando os seguintes instrumentos: o Desenho da Pessoa (DAP), o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (BOT-2), o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ; Goodman, 1997) e o Questionário de Consciência Emocional para Crianças (EAQ).

Na aplicação do DAP – Desenho da Pessoa, a Madalena obteve uma pontuação abaixo da média para a sua idade, com a ausência de alguns elementos anatómicos e uma representação simplificada das figuras. Embora demonstre um gosto pelo desenho, a sua abordagem é excessivamente específica, assemelhando-se a um estilo de banda desenhada.

Na aplicação do BOT-2 Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2, a Madalena apresentou um desempenho dentro da média, totalizando 45 pontos. No entanto, evidenciou episódios de tensão motora e impulsividade na tarefa de precisão motora fina, resultando em pressão excessiva ao manusear o lápis. Apesar de não ter enfrentado dificuldades significativas na integração motora fina, a sua preocupação com o tempo afetou a concentração, resultando em movimentos desorganizados. O seu

*¹ Madalena – Nome Fictício

*² Leonardo – Nome Fictício

equilíbrio, embora suficiente para realizar a tarefa, apresenta oscilações, e a coordenação bilateral mostra capacidade de adaptação. Na avaliação da destreza manual, observou-se uma falta de harmonia nos movimentos, e a prova de força revelou dificuldades semelhantes às da agilidade.

O Questionário de Capacidades e Dificuldades, preenchido pela mãe, indicou que a Madalena apresenta dificuldades emocionais e comportamentais, sendo frequentemente vista como receosa, irrequieta e com dificuldade em controlar impulsos. A jovem demonstra uma tendência a isolar-se, preferindo a companhia de adultos, e tem dificuldades em partilhar materiais e ajudar os outros.

No Questionário de Consciência Emocional, a Madalena reconhece dificuldades em identificar e expressar as suas emoções, esforçando-se para ocultá-las. Apesar de ter um bom nível de consciência corporal, as suas respostas indicam uma oscilação na empatia em relação às emoções dos outros e alguma incerteza na análise das suas próprias emoções.

Os principais objetivos da intervenção com a Madalena foram centrados em três áreas. No domínio psicomotor, trabalhou-se maioritariamente a regulação da tonicidade e a melhoria do equilíbrio. No cognitivo, focou-se o aumento da atenção e do planeamento das ações. No socioemocional, os objetivos incluíram o desenvolvimento de consciência e da regulação emocional e das competências de relacionamento interpessoal. A estrutura das sessões baseava-se nas preferências da jovem, promovendo a sua autonomia e limites, com o uso de reforço positivo para incentivar comportamentos adequados. Para evitar distrações, a sala tinha poucos estímulos devido ao seu diagnóstico de PHDA. Foram utilizados jogos psicomotores e técnicas expressivas e de relaxação para promover a autorregulação e no controlo da impulsividade. No final de cada sessão, a Madalena refletia (através da sua expressão verbal e simbólica) sobre as suas emoções e progressos, favorecendo a sua expressão emocional através de atividades como o desenho.

Na avaliação final da Madalena, o desempenho motor global no Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (Bruininks & Bruininks, 2010), manteve-se dentro da média, com melhorias na concentração e coordenação motora fina, embora ainda apresente impulsividade e dificuldades no equilíbrio. No Desenho da Pessoa (Naglieri, 1988) os seus desenhos mostraram uma evolução significativa em

*¹ Madalena – Nome Fictício

*² Leonardo – Nome Fictício

detalhes e representação corporal, refletindo um maior desenvolvimento na autoimagem. No Questionário de Consciência Emocional (Rieffe, et al., 2007), revelou progressos no reconhecimento das suas emoções, apesar de ainda enfrentar desafios na expressão verbal e antecipação dos sentimentos. A consciência corporal está mais desenvolvida, e a empatia para com os outros aumentou. No Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997), a mãe relatou que a Madalena continua ansiosa, com baixa autoconfiança e dificuldades de socialização, além de um agravamento nos comportamentos desafiadores, incluindo birras e atitudes agressivas. Este quadro clínico sugere a necessidade de uma continuação de intervenção psicomotora.

⇒ Leonardo*²

O Leonardo, atualmente com 12 anos, foi encaminhado para o serviço de pedopsiquiatria devido a sinais de risco, como um estado de zanga constante, dificuldades em lidar com a frustração e comportamentos agressivos.

As informações foram fornecidas pela tia, que cuida do mesmo após ter sido retirado da mãe por maus-tratos e abandonado pelo pai. A tia, que também criou o pai do Leonardo, descreve-o como uma criança com dificuldades em lidar com a frustração, zangado e manipulador, demonstrando falta de empatia. Na escola, desde o primeiro ciclo, o Leonardo necessitou de apoio constante, o que reflete a sua carência de atenção e afeto. Embora individualmente seja fácil estabelecer uma ligação com o Leonardo, já que procura afeto, em contextos de grupo apresentava comportamentos agressivos. A terapeuta anterior identificou ainda características que podem sugerir uma Perturbação de Personalidade Borderline.

Com o início das sessões de psicomotricidade, foi possível observar que o Leonardo mostrou uma interação expressiva com a terapeuta e com a sua tia, utilizando um tom de voz infantilizado e elevando a voz quando se sentia contrariado. O seu desenvolvimento físico é adequado para a sua idade, com interesses típicos em desportos como o futebol e o basquetebol. Nas atividades, mostrou-se cooperante, mas, quando confrontado com regras, apresentou comportamentos desafiadores e manipulativos, atirando materiais ao chão. No entanto, em jogos espontâneos, revelou criatividade e capacidade de expressão emocional. Em termos motores, o Leonardo apresenta uma tonicidade equilibrada, com alguns momentos de rigidez, e um equilíbrio estático e

*¹ Madalena – Nome Fictício

*² Leonardo – Nome Fictício

dinâmico adequado à sua idade. Demonstra também uma boa lateralidade e coordenação motora, compatíveis com o seu interesse pelos desportos.

Deste modo, foi realizada uma avaliação inicial utilizando os seguintes instrumentos: DAP, BOT-2, SDQ e EAQ.

Na avaliação do Desenho da Pessoa, (Naglieri, 1988) o Leonardo obteve resultados dentro da média esperada, com maior atenção ao desenho da figura masculina, embora tenha mostrado menos interesse no desenho de si próprio, afirmando que "odeia desenhar". No Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (Bruininks & Bruininks, 2010) , o seu desempenho foi também mediano, com dificuldades na Precisão Motora Fina e Integração Motora Fina devido à sua impulsividade. Apresentou boas capacidades na Coordenação Bilateral e Equilíbrio, mas revelou fraqueza nos membros superiores. O Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997), preenchido pela tia, revelou algumas inconsistências, com o Leonardo a mostrar dificuldades em partilhar e obedecer, mas também uma tendência para ajudar. No Questionário de Consciência Emocional (Rieffe, et al., 2007), o Leonardo foi capaz de diferenciar emoções, mas apresentou desafios na partilha e regulação emocional, apesar de demonstrar empatia.

Na intervenção com o Leonardo, os principais objetivos terapêuticos focaram-se na regulação da tonicidade, promovendo o controlo muscular e a intensidade dos movimentos, além do desenvolvimento da consciencialização corporal para melhorar a sua perceção do corpo e a capacidade de regular respostas físicas. A nível cognitivo, a intervenção centrou-se no aumento da atenção e na capacidade de planeamento, enquanto no domínio socioemocional foram trabalhadas as competências sociais, promovendo a empatia e a socialização com os pares, além de desenvolver estratégias para a resolução de conflitos. No que se refere à regulação emocional, a intervenção procurou melhorar o controlo inibitório e aumentar a tolerância à frustração, além de trabalhar o reconhecimento das emoções, tanto em si como nos outros, ligando-as às respostas corporais.

A intervenção com o Leonardo seguiu uma estrutura fixa, iniciando-se sempre com uma conversa inicial, atividades e finalizando com momentos de retorno à calma e simbolização. Durante as sessões, o jogo-em-relação foi fundamental para desenvolver a consciência corporal e a perceção espacial, através da construção de "casas" que

*¹ Madalena – Nome Fictício

*² Leonardo – Nome Fictício

proporcionavam segurança ao Leonardo. Atividades competitivas com bastões ajudaram-no a lidar com a frustração e a agressividade, promovendo o respeito pelas regras. O feedback foi sempre dado com cuidado, devido à sua sensibilidade às palavras do adulto. A relaxação, inicialmente difícil, foi mediada com objetos como bolas e lenços, para ajudar a reduzir a tensão e promover um ambiente seguro e contendor.

Na avaliação final, o Leonardo apresentou uma classificação média no Desenho da Pessoa (Naglieri, 1988), mas notou-se uma diminuição na qualidade dos seus desenhos, possivelmente devido ao stress relacionado à sua situação familiar. No Questionário de Consciência Emocional (Rieffe, et al., 2007), demonstrou progresso no reconhecimento das suas emoções, embora ainda enfrente dificuldades na sua expressão verbal e tente ocultar sentimentos por receio de preocupar os outros. No Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997), a tia observou avanços na socialização e na regulação emocional, mas também mencionou a falta de reconhecimento das suas próprias dificuldades e um aumento nos comportamentos de “mentiras”. Esses fatores sugerem que, apesar dos progressos no autocontrolo e nas interações sociais, o Leonardo ainda precisa de apoio nas áreas emocionais e de autoexpressão.

*¹ Madalena – Nome Fictício

*² Leonardo – Nome Fictício

3.4. Descrição dos casos acompanhados em grupo

3.4.1. Grupo

No decorrer do presente estágio, foram acompanhadas crianças e adolescentes em grupos terapêuticos no âmbito dos projetos da AD e do HD, perfazendo um total de 21 casos, com idades compreendidas entre os 6 e os 14 anos.

3.4.2. Área de Dia (AD)

As sessões de psicomotricidade da AD começaram a 6 de novembro de 2023 e foram concluídas em junho de 2024, com um total de 45 sessões realizadas. Estas decorreram semanalmente, com uma duração de uma hora cada, sendo conduzidas por duas terapeutas: uma estagiária do mestrado em Psicomotricidade e a psicomotricista do SPIA.

A equipa da AD formou quatro grupos terapêuticos, que foram divididos entre os dois estagiários de psicomotricidade. Neste contexto, serão descritos com mais detalhe dois desses grupos, com nomes fictícios de forma a proteger a identidade dos mesmos, acompanhados pela estagiária responsável por este relatório. O grupo I era constituído por 5 crianças, 3 rapazes e 2 raparigas, enquanto o grupo IV contava também com 5 crianças, sendo 4 rapazes e 1 rapariga. De seguida, serão apresentados os pormenores dos dois grupos, as suas dificuldades, a avaliação efetuada e a evolução terapêutica observada.

Tabela 3 - Avaliação Inicial dos Grupos 1 & 2 da AD

Grupo 1 - AD	
Utentes	Avaliação Inicial
<p>Salvador (9 anos, Masculino) Agitação psicomotora; baixa autoestima; dificuldades de atenção e concentração.</p>	<p>É uma criança insegura que evita confrontos com os colegas, preferindo alinhar com as ideias e opiniões dos outros. Tende a seguir o pensamento dos pares, em vez de expressar as suas próprias opiniões. Participa de forma ativa nas atividades, demonstrando iniciativa. Em certos momentos, apresenta sinais de tensão e dificuldade significativa em manter a concentração.</p> <p>Na comunicação, apesar de ser tímido, consegue iniciar diálogos sem grandes problemas. O seu discurso é claro e audível, e mantém contacto visual.</p> <p>3º ano a frequentar a Área de Dia</p>

Grupo 1 - AD	
<p style="text-align: center;">Maria (9 anos, Feminino) Quadro de mutismo seletivo; comportamentos de oposição e desafio; dificuldade em relacionar-se e interagir com o adulto</p>	<p>Não se integra ativamente no grupo, mas não rejeita o contacto com os colegas ou com as terapeutas. A sua participação nas atividades é feita principalmente por imitação, ou então permanece como observadora, afastando-se do grupo. Os seus movimentos são pouco envolventes, com falta de interesse e muito limitados em termos de amplitude.</p> <p>Não comunica verbalmente e também não recorre a formas alternativas de comunicação não-verbal.</p> <p style="text-align: center;">2º ano a frequentar a Área de Dia</p>
<p style="text-align: center;">Afonso (9 anos, Masculino) Agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração; baixa autoestima; baixa tolerância à frustração; comportamentos de desafio; dificuldade na regulação emocional e na gestão de informação.</p>	<p>Durante as conversas iniciais, só consegue manter a atenção quando é ele a falar; quando os outros intervêm, tende a afastar-se do grupo. Tem dificuldade em manter a concentração por períodos prolongados. Apresenta ideias de atividades para o grupo que são geralmente bem recebidas. Mostra intolerância a mudanças nas suas atividades e fica facilmente frustrado quando as coisas não ocorrem conforme planeado. Após esses momentos de frustração, tende a isolar-se, retirando-se para um dos cantos da sala. Evidência uma grande necessidade de receber afeto por parte das terapeutas.</p> <p>Tem conhecimento das regras, mas não as segue, exibindo comportamentos de oposição e desafio. O seu discurso é audível, mas pouco claro, recorrendo frequentemente a analogias relacionadas com jogos. Mantém o contacto ocular durante a comunicação.</p> <p style="text-align: center;">2º ano a frequentar a Área de Dia</p>
<p style="text-align: center;">Felipa (8 anos, Feminina) Dificuldades de atenção e concentração;</p>	<p>Apresenta uma personalidade muito tímida e ansiosa. Inicialmente, parece ter dificuldades em estabelecer uma relação, mas, com o decorrer da sessão, consegue iniciar diálogo e envolver-se mais com o grupo. Nas atividades</p>

<p>sintomatologia ansiosa; Enurese diurna e noturna; baixa autoestima</p>	<p>que envolvem deitar-se no chão, demonstra um elevado nível de ansiedade.</p> <p>Mostra respeito pelas regras da sessão. O seu discurso é claro, mas com um volume de voz baixo. Mantém contacto ocular de forma adequada durante a interação.</p> <p>1º ano a frequentar a Área de Dia</p>
<p>António (9 anos, Masculino) Agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração; comportamentos de oposição e desafio; dificuldades em relacionar-se com o adulto e com os seus pares; comportamentos desajustados; fugas da realidade.</p>	<p>Apresenta uma grande agitação motora, com dificuldades acentuadas de atenção e concentração. Mostra dificuldades em compreender as instruções das atividades propostas. Quando contrariado, adota comportamentos de oposição e desafio. Durante as atividades, exhibe comportamentos inadequados, frequentemente provocando os colegas e interrompendo as tarefas. O seu discurso, por vezes, sugere momentos de fuga da realidade. A fase de simbolização é sempre um momento de tensão para ele.</p> <p>Reconhece as regras da sessão, mas não as cumpre consistentemente. O discurso não é claro, com frequentes oscilações no tom de voz, variando entre muito alto e extremamente baixo. Não estabelece contacto ocular de forma natural, e quando o faz, o contacto visual é evitante e breve.</p> <p>1º ano a frequentar a Área de Dia</p>
Grupo 2 - AD	
Utentes	Avaliação Inicial
<p>David (8 anos, Masculino) Agitação psicomotora; comportamentos impulsivos e de desafio; dificuldades de atenção e concentração</p>	<p>Apresenta extrema agitação motora. Demonstra grandes dificuldades em compreender as instruções dadas pelas terapeutas durante as atividades. Tem muita dificuldade em estabelecer relações com os outros participantes durante as sessões. Tende a distrair os colegas e a perturbar o normal funcionamento das atividades. Procura frequentemente a proteção e o apoio das terapeutas.</p>

<p>1º ano a frequentar a Área de Dia</p>	<p>Não respeita as regras da sessão de forma consistente. O seu discurso é claro, mas com um volume de voz baixo.</p> <p>Mantém contacto ocular adequado.</p>
<p>Érica (8 anos, Feminino) Comportamentos de oposição e desafio; dificuldade em relacionar-se com os pares; baixa autoestima</p> <p>1º ano a frequentar a Área de Dia</p>	<p>Apresenta comportamentos frequentes de oposição e desafio. Tem grande dificuldade em estabelecer relações com os pares, não respeitando o tempo nem as opiniões dos outros. Não partilha as suas brincadeiras com as outras crianças, preferindo agir de forma isolada. Quando algo não corre conforme o esperado, fica extremamente frustrada e tende a retirar-se do grupo.</p> <p>Reconhece as regras da sessão, mas não as cumpre de forma adequada.</p> <p>O seu discurso é claro, no entanto, a entoação da sua voz apresenta características de um padrão vocal monotónico, sem variação emocional. Mantém contacto ocular de forma apropriada.</p>
<p>Joel (8 anos, Masculino) Comportamentos de oposição e desafio; dificuldade em relacionar-se com os pares; agitação psicomotora</p> <p>2º ano a frequentar a Área de Dia</p>	<p>Demonstra dificuldades em relacionar-se com os pares, preferindo brincar sozinho. Estabelece uma boa relação com as terapeutas e, por vezes, adota comportamentos semelhantes aos de coterapia. Apresenta uma elevada agitação psicomotora. Quando contrariado, reage com comportamentos de oposição e desafio. Mostra baixa tolerância à frustração, retirando-se do grupo sempre que as atividades não correspondem ao que idealiza.</p> <p>Reconhece as regras da sessão e faz esforços para as cumprir, apesar de apresentar algumas dificuldades. O seu discurso é claro e audível, mantendo o contacto ocular de forma adequada.</p>
<p>Daniel (9 anos, Masculino) Comportamento adultomorfo; dificuldade de</p>	<p>Demonstra grande dificuldade em interagir com os colegas.</p> <p>Frequentemente recorre à agressão, exibindo comportamentos impulsivos. Apresenta sinais claros de ansiedade. Não respeita o tempo de resposta dos outros, interrompendo com frequência. Afirma que já se considera</p>

<p>integração com os pares; comportamentos agressivos; baixa tolerância à frustração; comportamentos impulsivos 1º ano a frequentar a Área de Dia</p>	<p>um adolescente, desvalorizando os colegas, referindo-se a eles como "bebés". Mostra pouca iniciativa para participar nas atividades, necessitando de incentivo por parte das terapeutas.</p> <p>Revela uma rigidez significativa no cumprimento das regras da sessão. O seu discurso é claro, mas muito elevado em volume, refletindo a necessidade de se destacar perante os outros. Estabelece um contacto ocular evitante.</p>
<p>Luís (9 anos, Masculino) Alterações do comportamento com episódios de auto e heteroagressividade; comportamentos de oposição e desafio; comportamentos desajustados; agitação psicomotora; baixa tolerância à frustração; meio familiar débil. 2º ano a frequentar a Área de Dia</p>	<p>Apresenta grande agitação motora, com dificuldade em manter-se estável durante as sessões. Demonstra dificuldades significativas na interação com os seus pares. Necessita de um apoio constante das terapeutas, pois tem dificuldade em compreender as instruções das atividades.</p> <p>Raramente participa nas atividades de forma a compreender o seu conteúdo. Frequentemente deambula pela sala sem um motivo claro ou um propósito. Quando contrariado, reage com comportamentos inadequados, evidenciando dificuldades em lidar com a frustração. Parece utilizar a fuga da realidade como mecanismo de coping, para além de apresentar episódios de autoagressividade.</p> <p>Mostra baixa tolerância à frustração e dificuldade em compreender e seguir as regras da sessão. O seu discurso é verborreico e extremamente alto de volume. Mantém contacto ocular, embora este, por vezes, pareça evasivo.</p>

Tendo em conta a tabela 3 anteriormente apresentada, será realizado um perfil de grupo (tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização dos Grupos 1 & 2 da AD

Identificação dos Grupos	Caracterização
Grupo 1 - AD	O grupo terapêutico 1 é composto por crianças que partilham características como agitação psicomotora, dificuldades na atenção e concentração, e baixa autoestima. No entanto, cada uma delas apresenta desafios específicos no seu comportamento e interação, tanto com os pares quanto com as terapeutas (como é o caso da Maria, que apresenta um quadro de Mutismo Seletivo). De forma geral, observa-se uma necessidade de apoio emocional e uma dificuldade em lidar com a frustração e o cumprimento das regras. A dinâmica do grupo é marcada por comportamentos de oposição, timidez, e variações na comunicação.
Grupo 2 - AD	O grupo terapêutico 2 é composto por crianças que enfrentam diversas dificuldades comuns. A maioria apresenta elevada agitação psicomotora, dificuldades de concentração, além de comportamentos impulsivos que interferem na dinâmica do grupo. Observam-se dificuldades significativas de atenção, resultando em distrações que afetam o desempenho individual e coletivo. A interação com os pares é um desafio, com algumas crianças a preferirem brincar sozinhas, o que dificulta a formação de relações saudáveis. Existe uma necessidade acentuada de apoio e orientação das terapeutas, evidenciando a dependência do suporte adulto.

Após ser exposta a caracterização de cada grupo, foram traçados tendo em conta as características de cada criança, os objetivos terapêuticos, que se encontram divididos em três fases como ilustra a tabela 5:

Tabela 5 - Objetivos Terapêuticos Grupos 1 & 2 Área de Dia

Grupos:	Objetivos Terapêuticos – Fase Inicial
<p style="text-align: center;">1 – AD</p> <p>2 (Nº de Sessões: 24)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promover as relações interpessoais - Desenvolver a consciência emocional do próprio - Promover a consciencialização corporal

	- Promover a criatividade e a espontaneidade
3 – AD 4 (Nº de sessões: 24)	- Promover as relações interpessoais - Promover a criatividade - Promover a espontaneidade
Grupos:	Objetivos Terapêuticos – Fase Intermédia
1 – AD 2 (Nº sessões: 5)	- Fortalecer coesão do grupo; - Promover a interação de cooperação/competitividade; - Promover a autorregulação -
3 – AD 4 (Nº Sessões 4)	- Promover as interações entre os pares - Promover a exploração do corpo no espaço de forma individualizada - Promover a consciência corporal - Potenciar a criatividade individual e em grupo - Promover o controlo inibitório
Grupos:	Objetivos Terapêuticos – Fase Final
1 – AD 2 (Nº Sessões 4)	- Preservar a unidade de grupo; - Conservar a sinergia de cooperação/competitividade; - Fortalecer a consciência emocional do próprio - Manter momentos de observação do outro; - Preservar a consciencialização corporal
3 – AD 4 (Nº Sessões 5)	- Fomentar as interações entre o grupo - Manter a exploração do corpo no espaço - Potenciar a consciência corporal - Promover a criatividade individual e do grupo - Promover momentos de observação do outro

Os objetivos delineados foram implementados no decorrer das sessões e em conformidade com cada fase ultrapassada pelo grupo, sendo por isso, nas fases intermédias e finais, distintos entre o Grupo 1 e o Grupo 2 devido às suas características.

Dessa forma, será abordada a progressão terapêutica de cada criança que compõem o grupo de forma detalhada na tabela 6:

Tabela 6 - Progressão Terapêutica dos Grupos 1 & 2 Área de Dia

Grupo 1 - AD	
Utentes	Observação Final
<p>Salvador (9 anos, Masculino) Agitação psicomotora; baixa autoestima; dificuldades de atenção e concentração.</p>	<p>Apresenta uma grande agitação motora. Tenta destacar-se no grupo através das suas intervenções e humor. Quando se sente contrariado, começa a imitar os comportamentos do Afonso e retira-se do grupo. Estabeleceu uma forte aliança com a Maria, que já teve conversas com ele. Consegue incentivar e motivar o grupo de maneira muito positiva.</p> <p>Traz para o grupo a sua experiência com insónias.</p> <p>Demonstra uma melhor capacidade de autocontrolo e cumpre as regras da sessão.</p>
<p>Maria (9 anos, Feminino) Quadro de mutismo seletivo; comportamentos de oposição e desafio; dificuldade em relacionar-se e interagir com o adulto</p>	<p>Embora ainda não se comunique verbalmente em grupo, utiliza estratégias não-verbais para se expressar, mostrando uma maior expressão corporal e facial. Torna-se mais comunicativa e conectada com os seus colegas, apresentando um comportamento mais expressivo, o que contrasta com as suas características de oposição.</p> <p>Demonstra uma diminuição da tensão e aceita o toque terapêutico. Começa a participar nas atividades de forma mais autónoma, sem necessitar de incentivos constantes, embora os colegas, especialmente o Salvador, a ajudem e já tenham conversado. Recusa realizar o desenho final e participar em atividades que não vão de encontro com os seus interesses.</p>
<p>Afonso (9 anos, Masculino) Agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração; baixa</p>	<p>Não foi possível realizar uma avaliação detalhada da progressão terapêutica, pois faltou muitas vezes às sessões. Quando estava presente, afastava-se das interações sociais e não participava nas atividades propostas durante as sessões.</p>

<p>autoestima; baixa tolerância à frustração; comportamentos de desafio; dificuldade na regulação emocional e na gestão de informação.</p>	
<p>Felipa (8 anos, Feminina) Dificuldades de atenção e concentração; sintomatologia ansiosa; Enurese diurna e noturna; baixa autoestima</p>	<p>Já consegue estabelecer relações com os colegas, especialmente com o Salvador e a Maria. Participa de forma ativa nas atividades. Mostra-se mais desinibida no grupo, tomando a iniciativa de falar sobre si e sobre as atividades propostas. O seu discurso está mais claro e cumpre as regras estabelecidas para a sessão.</p>
<p>António (9 anos, Masculino) Agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração; comportamentos de oposição e desafio; dificuldades em relacionar-se com o adulto e com os seus pares; comportamentos desajustados; fugas da realidade.</p>	<p>A sua agitação psicomotora continua presente, mas demonstra esforço em ouvir as terapeutas e os colegas. Tenta estabelecer relações com os colegas, mas ainda não encontrou a melhor forma de o fazer. A sua aproximação aos colegas é frequentemente rejeitada, pois a forma como se aproxima é muitas vezes evasiva, levando-o a recorrer às terapeutas. O seu discurso, em algumas ocasiões, parece ser orientado para agradar as terapeutas. Apresenta momentos de confusão na comunicação e estabelece um contacto ocular evitante.</p>

Grupo 2 - AD	
Utentes	Observação Final
<p>David (8 anos, Masculino) Agitação psicomotora; comportamentos impulsivos e de desafio; dificuldades de atenção e concentração</p>	<p>Não foi possível monitorizar a sua progressão terapêutica. A desistência do grupo parece estar relacionada com questões familiares.</p>
<p>Érica (8 anos, Feminino) Comportamentos de oposição e desafio; dificuldade em relacionar-se com os pares; baixa autoestima</p>	<p>Parece ser o elemento mediador dos conflitos dentro do grupo. Apresenta um comportamento mais calmo e as suas intervenções são mais perspicazes. Estabeleceu um vínculo muito forte com o Daniel, o que tem um impacto positivo para ambos. Já consegue partilhar as suas brincadeiras com o grupo. Cumpre as regras estabelecidas para a sessão, e o seu discurso está agora mais claro e fluído.</p>
<p>Joel (8 anos, Masculino) Comportamentos de oposição e desafio; dificuldade em relacionar-se com os pares; agitação psicomotora</p>	<p>Demonstra um comportamento mais desafiador. Tem dificuldade em aceitar as opiniões dos outros. Enfrenta desafios em estabelecer relações com os outros. Mostra comportamentos de oposição em relação às terapautas. Ocasionalmente, falta às sessões. Reconhece as regras da sessão, mas não as cumpre.</p>
<p>Daniel (9 anos, Masculino) Comportamento adultomorfo; dificuldade de integração com os pares;</p>	<p>Já consegue reconhecer que é uma criança e que pode disfrutar de brincar. Demonstra uma grande criatividade na criação de atividades. Desenvolveu mecanismos para se acalmar em momentos de conflito. Apresenta uma maior capacidade de tolerar a frustração. Estabeleceu uma aliança com a Érica, com quem cria diversas atividades. O seu</p>

<p>comportamentos agressivos; baixa tolerância à frustração; comportamentos impulsivos</p>	<p>discurso está mais calmo e condizente com a sua faixa etária</p>
<p>Luís (9 anos, Masculino) Alterações do comportamento com episódios de auto e heteroagressividade; comportamentos de oposição e desafio; comportamentos desajustados; agitação psicomotora; baixa tolerância à frustração; meio familiar débil.</p>	<p>Continua a apresentar elevada agitação motora, sem melhorias na capacidade de manter-se estável durante as sessões. Mantém as dificuldades significativas nas interações sociais com os colegas, sem evidências de progresso nas suas relações interpessoais. Continua a necessitar de apoio constante das terapeutas. A sua participação nas atividades permanece limitada. As reações a situações de contrariedade mantêm-se inadequadas. A utilização da fuga da realidade como estratégia de coping e os episódios de autoagressividade são ainda mais frequentes. O discurso continua a ser verborreico e alto, o que prejudica a sua comunicação. O seu contacto ocular, para além de evasivo, é também frequentemente evitante.</p>

3.4.3. Hospital de Dia (HD)

O HD decorreu entre novembro de 2023 e junho de 2024, com um total de 50 sessões realizadas semanalmente, cada uma com a duração de uma hora. As sessões contaram com a presença de três terapeutas: dois estagiários do mestrado em psicomotricidade e a psicomotricista da unidade.

Inicialmente, este projeto foi composto por dois grupos de psicomotricidade, designados grupo I e grupo II. As características dos jovens que integraram estes grupos serão apresentadas na tabela 7, sendo-lhes atribuídos nomes fictícios para garantir a proteção das suas identidades, tal como nos grupos da AD.

Tabela 7 - Avaliação Inicial dos Grupos 1 e 2 do Hospital de Dia

Grupo I – Hospital de Dia	
Utentes	Avaliação Inicial
<p>Sá (11 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; comportamentos de oposição e desafio; baixa tolerância à frustração; agitação psicomotora</p>	<p>Procura sobressair-se no grupo a partir do seu envolvimento nas atividades, onde procura ser o melhor, apresentado movimentos excessivos para o contexto, através de piadas e colocação de questões. Demonstra uma autoconfiança exacerbada, acreditando sempre nas suas capacidades, mesmo quando os desafios são elevados. Apesar de seguir as regras, tende a ser distraído e tem dificuldade em manter a concentração. Comunica com os terapeutas e com os colegas, o seu discurso é claro e audível, e mantém o contacto visual.</p> <p>1º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Gilberto (11 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; dificuldade em estabelecer relações com os pares; inibição; baixa interação social, baixa autoestima</p>	<p>Possui um perfil ansioso, bastante notório nos seus movimentos, hesitantes e pouco dinâmicos, resultando numa postura tensa. É necessário incentivo por parte dos terapeutas. Dificuldade em estabelecer relações com os pares e com a figura adulta. Muito expressivo na sua comunicação não verbal. Revela uma abordagem fria e racional, demonstrando cuidado ao medir as consequências antes de agir.</p> <p>Segue as regras de forma rígida, sem considerar a possibilidade de ajustes em situações específicas. Tímido no contacto com os terapeutas e com os colegas, sendo o seu discurso pouco audível, mas mantendo o contacto ocular.</p> <p>1º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Duarte (12 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; dificuldade em estabelecer</p>	<p>Apresenta um perfil de interação caracterizado por timidez e hesitação, manifestando dificuldades no contato com os seus pares, enquanto a interação com os terapeutas se revela mais fluida. Apesar de compreender claramente todas as instruções apresentadas, demonstra um</p>

<p>relações com os pares; baixa autoestima; Dificuldade em abordar/lidar com os seus medos; queixas a nível familiar</p>	<p>envolvimento cauteloso, que muitas vezes requer o encorajamento dos terapeutas para se sentir à vontade para participar.</p> <p>Cumprir as regras. Tímido no contacto com os terapeutas e com os colegas, sendo o seu discurso pouco audível, mas mantendo o contacto ocular.</p> <p>1º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Dinis (14 anos, Masculino) Comportamentos de oposição e desafio; necessidade de controlo; queixas a nível escolar; discurso manipulador</p>	<p>Pensa de forma estratégica, tomando decisões com base no que lhe trará mais vantagens. A sua participação nas atividades parecia ser motivada pelo desejo de agradar aos terapeutas, mais do que por uma vontade própria de se envolver. Nas atividades assume a postura de líder a fim de obter controlo sobre o grupo.</p> <p>O cumprimento das regras parece ser uma forma de procurar a validação dos terapeutas. Comunica com os terapeutas e com os colegas, o seu discurso é claro e audível, e mantém o contacto visual.</p> <p>2º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Melissa (13 anos, Feminino) Sintomatologia ansiosa; comportamentos desajustados; discurso verborreico; fuga da realidade como forma de coping; agitação psicomotora; vítima de bullying</p>	<p>Demonstra um contacto excessivo com os terapeutas e com os colegas, procurando constantemente interação. O seu discurso é verborreico, o que dificulta a comunicação eficaz e a escuta ativa dos outros. Mostra dificuldade em esperar pela sua vez de falar, interferindo na dinâmica de grupo e nas conversas. Apresenta comportamentos que não são apropriados para diversas situações. Participa nas atividades com um grande entusiasmo, apresentando movimentos excessivos que podem causar conflitos e desorganização no grupo.</p> <p>Embora entenda as regras e tenha a intenção de cumpri-las, enfrenta uma significativa dificuldade em aplicá-las consistentemente. O seu contacto visual, em algumas ocasiões, é evasivo, o que apresenta desconforto nas interações sociais.</p>

	2º ano a frequentar o Hospital de Dia.
<p>Tomé (12 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; diagnóstico da diabetes tipo I; comportamentos de oposição e desafio; agitação psicomotora</p>	<p>Interrompia as instruções das atividades como forma de se sobressair.</p> <p>A sua entrada no grupo terapêutico foi tardia e dessa forma, existia uma necessidade de se sentir parte do mesmo, ajustando o seu comportamento para se conformar às dinâmicas já estabelecidas.</p> <p>Possui algumas dificuldades a compreender e respeitar as regras, uma vez que se distrai com bastante facilidade.</p> <p>Comunica com os terapeutas e com os colegas, o seu discurso é claro e audível, e mantém o contacto visual.</p> <p>1º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
Grupo II - HD	
Utentes	Avaliação Inicial
<p>Tomás (12 anos, Masculino) Sintomatologia depressiva; sintomatologia ansiosa; imaturidade psicoafectiva; comportamentos de oposição e desafio; agitação psicomotora; abandono da figura paterna; baixa autoestima</p>	<p>Estabele relações com os seus pares sem dificuldade.</p> <p>Procura destacar-se no grupo, fazendo piadas e comentários fora do contexto, demonstrando imaturidade.</p> <p>Demonstra interesse e participa ativamente nas atividades, no entanto, apresenta desafios em manter o foco. Tem dificuldades em respeitar as regras demonstrando comportamentos de oposição e desafio, no entanto, procura apoio nos terapeutas.</p> <p>O seu discurso é claro e audível, e mantém o contacto visual.</p> <p>1º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Madalena (14 anos, Feminino) Sintomatologia ansiosa; sintomatologia depressiva; inibição</p>	<p>Contacto inibido e hesitante, bastante dificuldade em estabelecer relações com os pares e com a figura adulta.</p> <p>Não demonstra iniciativa durante a sessão. Os seus movimentos são ansiosos, vagarosos e escassos.</p> <p>Segue as regras de forma rígida, sem considerar a possibilidade de ajustes em situações específicas. Tímido</p>

<p>psicomotora; baixa autoestima; pais exigentes; baixa tolerância à frustração</p>	<p>no contacto com os terapeutas e com os colegas, sendo o seu discurso pouco audível, com um contacto ocular evitante.</p> <p>1º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Leonardo (13 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; baixa autoestima; imaturidade psicoafectiva; agitação psicomotora; contexto familiar instável</p>	<p>Apresenta uma postura ansiosa, tímida e insegura. Enfrenta desafios na compreensão clara das instruções de cada atividade. Apresenta agitação psicomotora. Tende a copiar o discurso e os comportamentos do Tomás. Estabelece relações positivas com os terapeutas e com os seus pares. Apesar de compreender as regras, tem dificuldades em segui-las devido a distrações externas. O seu discurso é simples e pouco investido e evita estabelecer contacto ocular direto.</p> <p>2º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Felicia (14 anos, Feminino) Sintomatologia ansiosa; sintomatologia depressiva; comportamentos auto-lesivos; ideias persecutórias; vítima de bullying; contexto familiar instável; baixa autoestima</p>	<p>Os seus movimentos são hesitantes, vagarosos e pouco investidos. Não tem iniciativa perante as diferentes dinâmicas, sendo necessário incentivo por parte dos terapeutas. Não consegue compreender as instruções das atividades. Distrai-se facilmente nos seus próprios pensamentos. Apresenta comportamentos auto-lesivos que procura evidenciar ao grupo. Apresenta ao grupo temas delicados e sensíveis.</p> <p>Cumprir as regras da sessão. O seu discurso é confuso, mas audível, e mantém o contacto visual.</p> <p>2º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
<p>Gonçalo (13 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; agitação psicomotora; imaturidade</p>	<p>Estabelece um contacto apropriado com os pares e com os terapeutas. É cooperante e participa nas atividades sugeridas. Procura colocar questões e colaborar com o grupo, no entanto, tende a distrair-se com facilidade. Maioritariamente assume uma postura de coterapeuta.</p>

	<p>Cumpra as regras da sessão, embora ocasionalmente se distraia com os colegas. O seu discurso é claro e audível, e mantém o contacto visual.</p> <p>2º ano a frequentar o Hospital de Dia.</p>
--	--

Com base nas características dos jovens apresentadas, será elaborado um perfil de grupo presente na tabela 8:

Tabela 8 - Caracterização dos Grupos I & II do Hospital de dia

Identificação dos Grupos	Caracterização
Grupo I - HD	<p>Este grupo caracteriza-se pela sintomatologia ansiosa, manifestando-se de diversas formas, como agitação psicomotora, timidez e dificuldade em estabelecer relações interpessoais. Numa fase inicial a maioria dos jovens exibe dificuldades nas interações sociais, variando de timidez (Gilberto e Duarte) a comportamentos de oposição e desafio (Dinis e Tomé). Vários jovens apresentam baixa autoestima, o que se pode manifestar de diferentes formas, como a procura de aceitação (Sá e Melissa) ou a rigidez nas regras (Gilberto). Existe a presença de comportamentos impulsivos e desajustados (Melissa e Dinis) que interferem nas dinâmicas do grupo.</p> <p>Apesar das diferenças e dificuldades de cada elemento, a interação deste grupo numa fase inicial é positiva e ajustada a cada situação.</p>
Grupo II - HD	<p>Este grupo caracteriza-se pela sintomatologia ansiosa e todos os jovens do grupo apresentam baixa autoestima, o que tende a afetar as interações sociais. Enquanto o Tomás e o Gonçalo demonstram alguma facilidade em interagir e estabelecer relações, a Madalena e a Felícia, por outro lado, enfrentam barreiras nesta interação, evidenciando inibição e hesitação. Este grupo apresenta imaturidade psicoafectiva, refletida em comportamentos impulsivos e na dificuldade em seguir as instruções das atividades. As formas de participação variam de forma evidente no Grupo 2, enquanto alguns jovens são cooperantes e tentam envolver-se nas atividades (Tomás</p>

	<p>e Gonçalo), outros (Felicja e Madalena) requerem incentivo constante para participar.</p> <p>Nesta fase inicial, foi possível observar que a dinâmica coletiva deste grupo, enfrenta desafios significativos que parecem estar relacionados à imaturidade dos seus membros.</p>
--	--

Com base na descrição dos jovens e dos grupos no seu conjunto, foram estabelecidos os objetivos terapêuticos, ajustados à fase de intervenção em que se encontravam (Tabela 9).

Tabela 9 - Objetivos Terapêuticos dos Grupo I & II do Hospital de Dia

Grupos:	Objetivos Terapêuticos – Fase Inicial
I - HD	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação entre o grupo e os terapeutas - Promover a interação entre os pares - Potenciar a capacidade de adequar o comportamento - Maximizar a partilha e coesão do grupo <ul style="list-style-type: none"> - Promover a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Promover a simbolização
II - HD	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação entre o grupo e os terapeutas - Promover a interação entre os pares - Potenciar a capacidade de adequar o comportamento - Maximizar a partilha e coesão do grupo <ul style="list-style-type: none"> - Promover a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Apelar ao jogo simbólico - Promover a simbolização
Grupos:	Objetivos Terapêuticos – Fase Intermédia
I - HD	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação entre o grupo e os terapeutas - Potenciar a capacidade de adequar o comportamento <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a coesão de grupo - Promover a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Promover a simbolização - Promover a consciência corporal - Promover a consciência emocional

II - HD	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação entre o grupo e os terapeutas - Potenciar a capacidade de adequar o comportamento - Potenciar a coesão de grupo saudável - Promover a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Promover a simbolização - Promover a consciência corporal - Promover a consciência emocional
Grupos:	Objetivos Terapêuticos – Fase Final
I - HD	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a interação entre os elementos do grupo - Aprimorar a capacidade de adequar o comportamento - Fortalecer a coesão de grupo - Consolidar a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Fomentar a simbolização - Preservar a consciência corporal - Consolidar a consciência emocional
II - HD	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer a interação entre os elementos do grupo - Aprimorar a capacidade de adequar o comportamento - Fortalecer a coesão de grupo - Consolidar a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Fomentar a simbolização - Preservar a consciência corporal - Consolidar a consciência emocional

A intervenção terapêutica foi orientada pelos objetivos estabelecidos e pelas características dos grupos terapêuticos. A seguir, será detalhada a evolução terapêutica de cada membro do grupo (Tabela 10).

Tabela 10 - Progressão Terapêutica dos Grupos I & II do Hospital de dia

Grupo I - HD	
Utentes	Progressão Terapêutica
Sá (11 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; comportamentos de	Começou a manifestar um aumento de comportamentos ansiosos, juntamente com maior agressividade e uma baixa tolerância à frustração. Foi vítima de bullying na escola, o que resultou na sua ausência temporária do grupo terapêutico. Ao regressar, referia frequentemente estar com

<p>oposição e desafio; baixa tolerância à frustração; agitação psicomotora</p>	<p>sono e demonstrava falta de iniciativa nas atividades propostas. Após este período, passou a destacar-se no grupo através de atitudes inadequadas, como fazer piadas e comentários desajustados.</p>
<p>Gilberto (11 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; dificuldade em estabelecer relações com os pares; inibição; baixa interação social, baixa autoestima</p>	<p>Demonstrou um crescente interesse e vontade em participar no grupo. Era capaz de expressar as suas ideias de forma clara, mas apresentava alguma resistência em aceitar mudanças nas mesmas. Revelou maior iniciativa em estabelecer relações tanto com os terapeutas como com os colegas. No entanto, apresentava um elevado grau de perfeccionismo em relação a si próprio, o que gerava em algumas situações certa rigidez no seu comportamento.</p>
<p>Duarte (12 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; dificuldade em estabelecer relações com os pares; baixa autoestima; Dificuldade em abordar/lidar com os seus medos; queixas a nível familiar</p>	<p>Tornou-se um jovem mais confiante, mostrando-se à vontade no grupo e melhorando as suas interações com os colegas. Conseguiu finalmente partilhar temas mais sensíveis, como os seus medos, tanto com o grupo como com os terapeutas. Durante as reflexões no final de cada sessão, apresentava sempre uma perspetiva muito positiva.</p> <p>Destacou-se particularmente em jogos simbólicos, revelando uma grande criatividade.</p>
<p>Dinis (14 anos, Masculino) Comportamentos de oposição e desafio; necessidade de controlo; queixas a nível escolar; discurso manipulador</p>	<p>Assume frequentemente uma postura de liderança sempre que possível. Procurava agradar os colegas, mas com a intenção de obter a aprovação dos terapeutas, demonstrando um comportamento que não parecia genuíno. Revelava atitudes desrespeitosas e comportamentos desafiadores para com os terapeutas. Começou a fazer comentários maliciosos em voz baixa, tentando insultar tanto os colegas como os terapeutas de forma discreta. Estabeleceu uma aliança com o colega Sá,</p>

	mas de natureza negativa, reforçando assim os comportamentos inadequados de ambos.
Melissa (13 anos, Feminino) Sintomatologia ansiosa; comportamentos desajustados; discurso verborreico; fuga da realidade como forma de coping; agitação psicomotora; vítima de bullying	<p>Começou a respeitar e valorizar tanto o seu próprio tempo como o dos outros. Tornou-se menos evasiva, pedindo permissão sempre que queria aproximar-se de um colega ou terapeuta. O seu discurso continua verborreico, mas está agora mais controlado e focado. Desenvolveu estratégias para se acalmar nos momentos de maior tensão. Como resultado, passou a relacionar-se mais com os colegas, integrando-se melhor no grupo, apesar de ainda existirem alguns conflitos com o Dinis.</p>
Tomé (12 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; diagnóstico da diabetes tipo I; comportamentos de oposição e desafio; agitação psicomotora	<p>A participação limitada no grupo, devido a sua entrada tardia, não permitiu avaliar de forma precisa a sua progressão ao longo das sessões.</p>
Grupo II - HD	
Utentes	Progressão Terapêutica
Tomás (12 anos, Masculino) Sintomatologia depressiva; sintomatologia ansiosa; imaturidade psicoafectiva; comportamentos de oposição e desafio; agitação psicomotora;	<p>Apresentou um comportamento menos imaturo. Manifestou comportamentos depressivos, pois começou a perceber que as suas ações em certas situações poderiam gerar consequências negativas. Tomou consciência de que esses comportamentos podiam influenciar a forma com os colegas reagiam em relação a si. No entanto, continua a evidenciar dificuldade em manter a atenção de forma consistente.</p>

<p>abandono da figura paterna; baixa autoestima</p>	
<p>Madalena (14 anos, Feminino) Sintomatologia ansiosa; sintomatologia depressiva; inibição psicomotora; baixa autoestima; pais exigentes; baixa tolerância à frustração</p>	<p>Tornou-se uma jovem mais confiante, mostrando-se muito à vontade no grupo e melhorando as suas relações com os colegas. Os seus movimentos tornaram-se mais fluidos, sem sinais de rigidez tónica. Passou a trazer para o grupo temas típicos da adolescência, partilhando os seus gostos, sonhos e ambições. Existiu um período em que esteve muito ligada à Felícia, mas acabou por perceber que essa relação não era saudável para si. Demonstrou mais iniciativa, tornou-se mais expressiva e já conseguia participar nas brincadeiras sugeridas pelos colegas.</p>
<p>Leonardo (13 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; baixa autoestima; imaturidade psicoafectiva; agitação psicomotora; contexto familiar instável</p>	<p>Apresenta uma postura ansiosa, tímida e insegura, mas mostrou alguma melhoria em relação ao início da intervenção, esforçando-se para contribuir no grupo. Enfrenta ainda dificuldades em compreender claramente as instruções de cada atividade. Manifesta agitação psicomotora, embora esteja mais controlada do que antes. Tem a tendência de imitar frequentemente o discurso e os comportamentos do Tomás. Continua a estabelecer relações positivas com os terapeutas e com os colegas. Apesar de compreender as regras, apresenta dificuldades em segui-las devido a distrações externas. O seu discurso é simples e pouco elaborado, necessitando do apoio dos terapeutas, mas já consegue manter o contacto visual de forma consistente.</p>
<p>Felicia (14 anos, Feminino) Sintomatologia ansiosa; sintomatologia</p>	<p>Observou-se um agravamento dos comportamentos autolesivos. A jovem enfrentou conflitos pessoais e no próprio grupo (conflitos com o Tomás, recorrendo a insultos graves por ambas as partes). Estas dificuldades levaram-na a decidir abandonar o grupo terapêutico.</p>

depressiva; comportamentos auto- lesivos; ideias persecutórias; vítima de bullying; contexto familiar instável; baixa autoestima	
Gonçalo (13 anos, Masculino) Sintomatologia ansiosa; agitação psicomotora; imaturidade	A sobreposição de horários (escola-terapia) impediu a sua continuidade na intervenção terapêutica.

IV. 2 Estudos de Caso

4.1. 1º Estudo de Caso

4.1.1. *Enquadramento teórico*

O caso da Madalena evidencia desafios associados a Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade (PHDA), Perturbação de Oposição e Desafio (POD) e possíveis traços obsessivo-compulsivos, que influenciam o desenvolvimento académico, emocional e social.

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento definida por níveis prejudiciais de desatenção e desorganização, impulsividade e agitação motora envolvendo a incapacidade de permanecer numa tarefa, afetando a sua autonomia e desempenho escolar. A POD, por sua vez, manifesta-se em comportamentos de desafio e dificuldade em seguir regras, o que pode gerar conflitos familiares e escolares. Para além disso, a presença de obsessões, especialmente com amizades e o desenho levanta a hipótese de possíveis traços obsessivo-compulsivos, refletindo dificuldades na gestão da ansiedade e na interação social (APA, 2014).

A Madalena apresenta isolamento, dificuldades em manter amizades e baixa autoestima, fatores que podem ser agravados pelo bullying e pela inconsistência na abordagem parental, com a mãe a adotar uma postura mais rígida e o pai mais permissiva. Segundo Erik Erikson, a pré-adolescência é uma fase crucial na construção da identidade, e estas dificuldades podem comprometer o seu bem-estar emocional (Verissimo, 2002).

O caso da Madalena mostra como a interação entre os fatores individuais, escolares e familiares reforçam a necessidade de um suporte estruturado para promover o seu bem-estar e adaptação.

4.1.2. *Identificação*

As informações presentes nesta anamnese foram fornecidas pela mãe da utente, a Madalena nascida a 28.05.2012, no dia 26 de outubro de 2023, durante a consulta no SPIA.

A Madalena vive com a Mãe, o Pai e a sua Irmã de 3 anos. A Madalena tem 11 anos e frequenta atualmente o 6º ano, com um desempenho dito pela mãe dentro da média, sendo a disciplina a que tem maiores dificuldade a Educação Física, pois é referido que

os seus movimentos não são harmoniosos, tem dificuldades na coordenação motora e no equilíbrio e o seu foco de atenção é reduzido devido há presença de vários estímulos.

A mãe da Madalena aparenta ser uma pessoa reservada e não explora aspetos relacionados com o início de vida da mesma, acabando por referir apenas que a Madalena surgiu de uma gravidez desejada e o percurso da mesma decorreu dentro do normal. Até aos 2 anos de idade a mãe da criança não referiu qualquer acontecimento marcante e referiu que os seus marcos de desenvolvimento decorriam dentro da normalidade.

No entanto a partir dos 3 anos de idade a mãe da Madalena começou a notar algumas mudanças, referindo que a jovem parecia mais agitada em comparação com outras da mesma faixa etária e que não estabelecia qualquer tipo de diálogo verbal (a Madalena não falou até aos 3 anos e 10 meses). Nessa altura a mãe procurou apoio numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), onde a mesma iniciou acompanhamento com uma psicóloga que "a acalmava" e na avaliação cognitiva obteve um resultado superior ao esperado para a idade

Aos 5 anos ingressou num colégio privado onde foi observado um progresso significativo a nível cognitivo, embora a Madalena apresentasse dificuldades na regulação das emoções, o que culminou passado um ano na sua expulsão do colégio. Durante esse período, e no contexto da pandemia, a Madalena expressou um medo intenso da morte. Atualmente, a jovem isola-se no ambiente escolar e prefere a companhia de adultos, nos quais encontra um sentimento de proteção.

Aos 7 anos a Madalena teve um suposto diagnóstico referido pela mãe de PHDA abordado nas consultas de pediatria do desenvolvimento. Contudo, no primeiro ano após o diagnóstico, a mãe decidiu não iniciar a medicação devido ao receio dos possíveis efeitos secundários. Esta decisão resultou em crises significativas, tanto em casa como na escola, incluindo um episódio em que a Madalena foi "trancada numa sala sozinha durante uma crise", o que gerou um sentimento de culpa na mãe. Posteriormente, ao perceber que estas crises comprometiam a autonomia e o bem-estar da filha, a mãe consentiu a introdução da medicação, o que trouxe maior estabilidade à Madalena.

Além disso, houve um diagnóstico sugerido pela psicóloga que acompanhava a jovem de POC, pois esta demonstrava uma grande obsessão cada vez que tinha uma amiga na escola, chegando até a segui-la quando ia a casa de banho e o mesmo se passava em

casa com a sua irmã, para além disto tinha uma grande obsessão pelo desenho, contudo a mãe desvalorizou esse diagnóstico.

Após este período, a Madalena começou a ser acompanhada pelo SPIA devido ao relato de "ouvir gargalhadas na cabeça", e referia que o barulho na escola a incomodava, situações que preocuparam a mãe. Foi no SPIA que a pedopsiquiatria diagnosticou realmente a Madalena com PHDA devido à sua agitação psicomotora, à sua impulsividade, entre outros e, para além disso, foi diagnosticada também com a POD, pois como já foi referido a Madalena demonstra dificuldades em obedecer, em cumprir rotinas, em respeitar o espaço e o tempo de resposta dos outros. A sua autonomia por isso é limitada e, na ausência da mãe, não consegue realizar tarefas. Contudo, evidência uma imaginação muito fértil e apresenta habilidades notáveis no desenho. O seu discurso é frequentemente verborreico, caracterizado pelo uso excessivo de palavras com grande fluência, mas com pouco conteúdo ou relevância.

A mãe relata ainda que a socialização da Madalena é afetada pelo seu comportamento autoritário, ou seja, quando contrariada, reage com gritos. A jovem tem sido vítima de bullying, tanto físico como psicológico, e torna-se obsessiva nas amizades, o que a leva a afastar outras jovens/crianças e até a própria irmã, o que, na opinião da mãe, afeta negativamente a sua autoestima.

A Madalena manifestou ainda situações de enurese diurna e noturna durante vários anos associadas a crises de ansiedade. No entanto, com medicação, essa condição foi controlada até agosto do presente ano.

Relativamente ao pai da Madalena, a mãe informa que este foi diagnosticado com défice de atenção, sendo por isso e de acordo com a opinião da mesma, menos autoritário e mais flexível em relação aos comportamentos da filha, desta forma as rotinas da jovem sofrem algumas alterações consoante quem está presente na sua casa no período da manhã. A mãe refere que é mais rígida e que tem a necessidade de repetir várias vezes as mesmas coisas à Madalena, a mesma refere ainda, que quando o pai está, isso não acontece. Para além disto é referido pela mãe da jovem, que a Madalena tem uma Tia com um diagnóstico de PHDA e um outro suposto diagnóstico de Síndrome de Asperger.

A mãe não forneceu muitas informações sobre si mesma, mas mencionou nunca ter recebido qualquer tipo de apoio e que se sente esgotada. Até à data, não existiu intervenção familiar.

4.1.3. Plano de Avaliação

Com base nas informações fornecidas pela terapeuta anterior, pelas informações da pedopsiquiatra que acompanha a Madalena e pela recolha anamnésica, foram selecionados instrumentos de avaliação tanto informais como formais, com o objetivo de obter uma compreensão mais profunda do caso da jovem. A avaliação iniciou-se com a aplicação de um instrumento informal, uma grelha de observação adaptada de Costa (2017) e Linares & Rodríguez (2008) e a entrevista com a mãe da jovem. Os instrumentos formais utilizados incluíram o DAP – Desenho da Pessoa, o BOT-2 Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 que é um instrumento utilizado pela terapeuta do serviço para avaliação de todas as crianças/jovens, o SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades e o EAQ – Questionário de Consciência Emocional.

4.1.4. Avaliação Inicial

Avaliação Informal

A observação foi realizada durante a anamnese e também na sala de psicomotricidade durante as duas primeiras sessões. Nos primeiros contactos, foi possível verificar que a Madalena apresenta uma aparência cuidada, embora pouco investida, e um desenvolvimento estado-ponderal adequado para a sua idade.

Durante a anamnese era de notar a agitação sentida pela Madalena, não conseguindo permanecer sentada durante todo o tempo de consulta e não mantinha o contacto ocular com a terapeuta. Sempre que a Mãe referia alguma informação sobre os seus comportamentos, a jovem adotava uma expressão facial exagerada de acordo com a afirmação e tentava argumentar contra essas informações, adotando um discurso provocatório. Através deste comportamento a jovem parece reconhecer a hierarquia perante um adulto, mas não aceita nem reconhece a verdade em todos os comentários, empregando um tom de voz demasiado alto.

Trata-se, portanto, de uma jovem com um discurso verborreico com uma comunicação não-verbal excessiva, é bastante desinibida e parece ter facilidade em estabelecer relação com a terapeuta. Demonstra uma atitude aparentemente participativa, no entanto, revela uma atenção dispersa, tentando manusear todos os materiais presentes na sala e quando são impostas regras as suas atitudes perante as atividades são de oposição

e desafio. Os seus gestos durante as atividades tendem a ser bruscos e impulsivos, não existindo uma intenção planeada do movimento

A relação com os seus pares não foi observada, no entanto, na relação com a terapeuta existe uma dificuldade em partilhar o material, o contacto corporal por vezes é excessivo, demonstrando alguma agressividade.

Desta forma, os comportamentos observados sugerem uma clara dificuldade em controlar os seus impulsos, seja na interação social, nas respostas emocionas, no controlo motor ou nas regras, como por exemplo, a agitação durante a consulta, a expressão verbal e não-verbal exageradas, a tentativa de manusear matérias durante a sessão, a oposição e desafio às regras, os movimentos bruscos e impulsivos, a dificuldade em partilhar materiais e o contacto corporal excessivo/agressivo.

Relativamente à expressão motora, a Madalena possui maioritariamente uma postura eutónica, no entanto, existem momentos que parece existir um aumento de rigidez na sua postura. O seu equilíbrio estático foi observado através de atividades recorrendo a plataformas e pareciam existir oscilações, à semelhança do que acontecia no equilíbrio dinâmico. A Madalena utiliza sempre o seu lado dominante tanto podal e manual, o lado direito, reconhecendo-o em si e nos outros. Em relação à noção do corpo a sua imagem corporal é adequada à sua idade e reconhece todas as partes do seu corpo, em relação à sua orientação no espaço aparenta ser imatura. Através da observação no momento de simbolização, é possível perceber que a Madalena para desenhar estabelece um contacto excessivamente próximo da folha, o que pode indicar um deficit na coordenação óculo-manual.

Avaliação Formal**Desenho da Pessoa** (Naglieri, 1988)

Na aplicação do DAP – Desenho da Pessoa, a Madalena obteve uma classificação total abaixo da média ao esperado para a sua idade.

Tabela 11 – Desenho do Corpo – Avaliação Inicial - Madalena

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Totais (H+M+P)
Valor Bruto	35	40	41	116
Valor Standard	83	91	93	86
Percentil	13	27	32	18

A Madalena é uma jovem que expressa um forte gosto pelo desenho. No entanto, este entusiasmo, parece ter influenciado a forma como ela realiza os seus desenhos, que se caracterizam por uma grande especificidade. Embora a tarefa tenha sido explicada de forma clara e repetida, a Madalena optou por um estilo de desenho semelhante ao de uma banda desenhada.

Ao analisar os seus desenhos, nota-se a ausência de alguns elementos anatómicos, como os ouvidos. Além disso, a representação da boca e do nariz é bastante simplificada, aparecendo apenas como uma linha. No que se refere aos pés, a proporção também apresenta um padrão específico, onde o comprimento nunca é superior à largura, indicando uma certa rigidez na sua representação. Para além disso, a conexão entre o segmento do pescoço e a cabeça não é visível em nenhuma das figuras, exceto no desenho do próprio.

É importante salientar que o desenho do próprio é o que demonstra um maior investimento em termos de detalhes e criatividade. Neste desenho, a Madalena incluiu um coração na blusa, saбрinas com laços e, adicionalmente, desenhou uma expressão facial com um piscar de olhos.

Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky II (Bruininks & Bruininks, 2010)

Na aplicação do BOT-2 Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2, a Madalena apresenta um desempenho dentro da média para a sua idade, possuindo uma cotação total de 45 pontos.

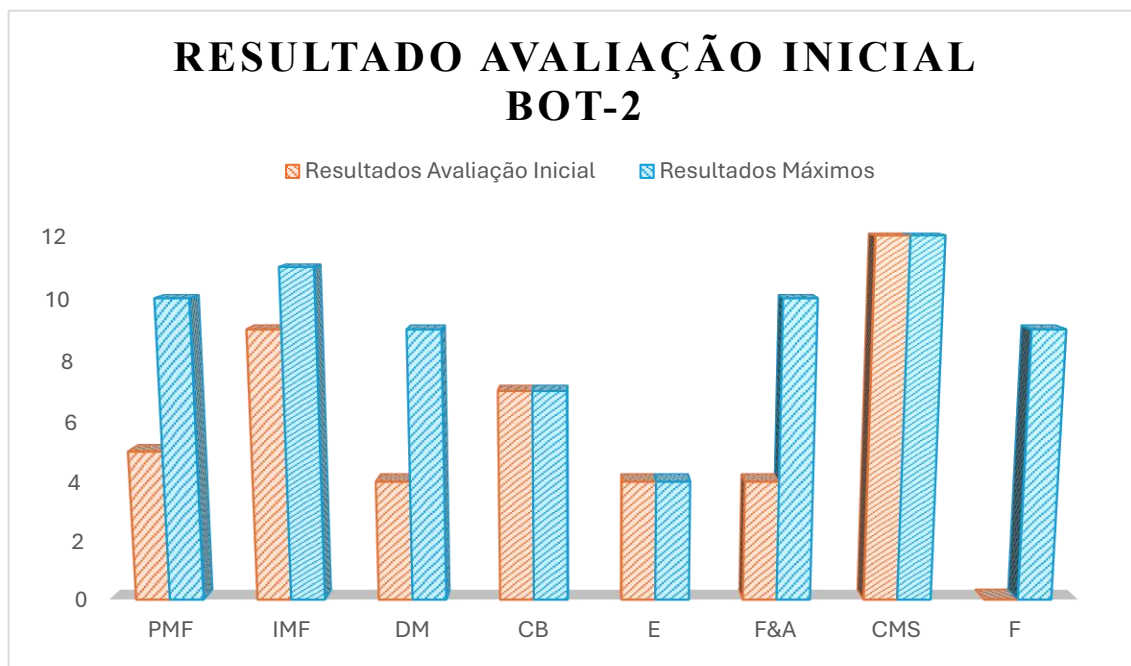


Gráfico 1 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 – Avaliação Inicial - Madalena

Ao analisar os resultados, nas provas de “Precisão Motora Fina”, a Madalena demonstrou episódios de libertação de tensão motora, apresentando impulsividade ao sair das linhas durante o desenho. Esta exerceu uma pressão excessiva ao manusear o lápis, ao ponto de partir a ponta do mesmo várias vezes.

Na prova de “Integração Motora Fina”, a Madalena não encontrou dificuldades significativas, o que pode ser atribuído ao seu gosto pelo desenho, que parece motivá-la. Contudo, ela continuou a aplicar uma pressão excessiva no lápis, o que pode ter comprometido a qualidade do seu trabalho e a sua capacidade de controlar os traços.

Durante a avaliação da “Destreza Manual”, a Madalena exibiu um nível elevado de agitação, demonstrando preocupação constante com o tempo que restava, o que acabou por afetar a sua concentração. Os seus movimentos foram desprovidos de harmonia, revelando uma impulsividade que prejudicou a fluidez das suas ações.

Na prova de “Coordenação Bilateral”, embora tenha começado com uma coordenação desajustada, a Madalena conseguiu adaptar-se rapidamente, realizando as rotações dos dedos da forma pretendida.

Em relação ao “Equilíbrio”, a Madalena conseguiu realizar os seis passos consecutivos nas duas tentativas, mas mostrou uma grande necessidade de parar para se equilibrar, utilizando movimentos dos braços para se estabilizar.

Na prova de “Força e Agilidade”, os movimentos da Madalena foram desarmoniosos e descoordenados, resultando numa pontuação inferior nesta avaliação.

Na avaliação da “Coordenação dos Membros Superiores”, a Madalena obteve a pontuação máxima em ambos os itens, o que é um indicativo positivo. No entanto, mesmo com a pontuação máxima, os seus movimentos não demonstraram harmonia.

Por último, na prova de “Força”, a Madalena realizou algumas flexões de joelhos, mas não foi possível atribuir pontuação a nenhuma delas, pois ela apresentou as mesmas dificuldades observadas na prova de “Força e Agilidade”.

Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Goodman, 1997)

Utilizou-se também a versão para pais do SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades, que nos fornece uma visão abrangente da jovem em diversos contextos e em diferentes aspetos (Goodman, 1997).

Com o preenchimento deste questionário pela mãe da Madalena, foi possível entender algumas das dificuldades enfrentadas no âmbito familiar. Relativamente a dimensão dos “Sintomas Emocionais” a Madalena é vista como uma jovem que em situações novas é receosa e pouco segura e tem muitos medos. Em relação aos “Problemas de Comportamento”, a Madalena aparenta ter dificuldades em controlar os seus impulsos e em obedecer aos adultos. Quanto à “Hiperatividade”, a Madalena é vista como uma jovem irrequieta, que se distrai com facilidade e que geralmente nunca acaba o que começa. Desta forma, a Madalena aparentemente tem tendência a isolar-se e em geral as outras crianças/jovens não parecem gostar da sua companhia e dos seus comportamentos, para além disso, a Madalena dá-se melhor com adultos do que com as outras crianças/jovens. No que se refere ao “Comportamento Pró-Social” a mãe da Madalena refere que a mesma, não partilha as suas coisas com as outras jovens e que não se esforça para ajudar os pais, professores ou até mesmo os seus pares.

De maneira geral, estas dificuldades da Madalena são sentidas há mais de um ano, em casa, com os amigos e nos seus tempos livres sendo estas dificuldades consideradas uma sobrecarga para a família. No entanto, quando questionada sobre se acharia que estas dificuldades incomodam ou fazem sofrer a sua filha, a sua resposta foi “pouco”.

Questionário de Consciência Emocional (Rieffe, et al., 2007)

Analisando as respostas da Madalena ao questionário EAQ – Questionário de Consciência Emocional, verificou-se que na dimensão "Diferenciar as Emoções", apesar de existir congruência nas suas respostas, ela reconhece ainda sentir dificuldades em distinguir as suas emoções de forma clara.

Na dimensão "Partilha Verbal das Emoções", as suas respostas indicam uma coerência, evidenciando que a Madalena continua a ter dificuldades em expressar verbalmente o que sente.

Em relação à dimensão "Não Esconder Emoções", a Madalena parece, através das suas respostas, esforçar-se para ocultar as suas emoções. No entanto, quando se sente zangada ou chateada, não consegue controlar completamente a expressão desses sentimentos.

No que toca à "Consciência Corporal", as respostas da Madalena mostram-se consistentes, sugerindo que ela adquiriu um bom nível de consciência sobre as suas sensações corporais. Ela reconhece que, quando algo a afeta emocionalmente, a primeira manifestação surge no seu corpo.

Quanto à dimensão "Atender às Emoções dos Outros", a Madalena admite que, em algumas situações, se importa com o que os outros estão a sentir, mas, em outras ocasiões, não dá tanta importância a isso.

Por fim, na dimensão da "Análise das Emoções", as suas respostas foram coerentes, mas a Madalena optou por responder "por vezes verdadeira" a todas as afirmações. Este padrão de resposta pode sugerir alguma incerteza ou dificuldade em refletir sobre o impacto das suas emoções.

4.1.5. *Elementos Critério*

Os elementos críticos são vistos como as informações mais importantes que caracterizam a jovem, sendo fundamentais para desenvolver um plano terapêutico adequado às suas características e necessidades. Portanto, com base nos dados obtidos durante a avaliação inicial, é possível identificar os seguintes pontos:

- Disponibilidade da Mãe;
- Disponibilidade da Madalena;
- Diagnóstico de PHDA;
- Preocupações da família com questões da relação com os pares;
- Intolerância a frustração;
- Dificuldade no cumprimento de regras;
- Dificuldades na regulação emocional e comportamental;
- Agitação Psicomotora;
- Entusiasmo e interesse pelas sessões;
- Discurso desorganizado e verborreico.

4.1.6. *Hipóteses Explicativas*

A partir da história pessoal e clínica de Madalena, além dos resultados das avaliações realizadas, torna-se essencial entender as suas características para desenvolver um programa de intervenção terapêutica adequado às suas necessidades. Assim, foram formuladas hipóteses explicativas que tem em conta os aspetos que mais influenciaram o desenvolvimento da jovem.

De acordo com Berger (2001), a instabilidade psicomotora pode manifestar-se através de uma instabilidade motora, onde a criança se movimenta excessivamente, é desajeitada e fala incessantemente, e também por uma instabilidade psíquica, caracterizada por perturbações da atenção e da concentração. Além disso, é comum nestas crianças a impulsividade, evidenciada pela tendência em interromper os outros, pela incapacidade de esperar pela sua vez, pela dificuldade em planear sequências e pelo baixo controlo das emoções, muitas vezes resultando em explosões de raiva e recusa em obedecer.

O diagnóstico de PHDA da Madalena é consistente com estes comportamentos, como a agitação, a dificuldade em regular as emoções, a impulsividade e as dificuldades

em obedecer e seguir rotinas. Adicionalmente, a PHDA pode também explicar a dificuldade da Madalena em respeitar o espaço e o tempo de resposta dos outros.

Estas dificuldades em respeitar o espaço e o tempo de resposta dos outros, aliadas ao comportamento impulsivo, podem resultar na rejeição por parte dos seus pares e na incompreensão dos seus comportamentos. Como referido por Berger (2001), o risco da instabilidade é também afetivo e social, pois a jovem, devido à sua instabilidade, enfrenta dificuldades em integrar-se num grupo. Esta situação pode conduzir à rejeição tanto pelas instituições escolares quanto por membros da própria família, que podem sentir-se esgotados ou fartos do comportamento da jovem.

Neste sentido, adolescentes com PHDA enfrentam desafios significativos na gestão das suas relações sociais, o que os torna mais propensos a envolverem-se em comportamentos de bullying, tanto como agressores quanto como vítimas (Duarte, 2021). A mãe da Madalena referiu na sua anamnese que, por ser uma jovem muito autoritária e que reage com gritos quando contrariada, a Madalena acabou por sofrer de bullying, tanto físico quanto psicológico.

Na mesma anamnese, a mãe de Madalena também mencionou que, após o diagnóstico de PHDA, optou por não administrar qualquer medicação durante o primeiro ano. Esta decisão resultou em crises graves na escola e em casa, culminando num episódio em que Madalena foi trancada numa sala sozinha. A violência e a agressividade, como manifestadas neste caso, têm sido amplamente discutidas na atualidade, com impacto significativo na sociedade em geral (Pimentel, Méa, & Patias, 2020).

Estes comportamentos violentos e agressivos podem causar danos emocionais graves na vítima, que incluem frequentemente baixa autoestima e sintomas depressivos, em comparação com adolescentes que não passam por este tipo de intimidação (Sino et al., 2014, citado em Pimentel et al., 2020), além de um aumento dos níveis de ansiedade (Malecki et al., 2015, citado em Pimentel et al., 2020). A mãe de Madalena afirma que a filha, pelas suas características, tende a afastar as outras jovens e até a própria irmã, o que acredita que contribui para uma redução da autoestima da mesma.

Assim, é possível observar que as crianças/jovens com PHDA enfrentam dificuldades significativas no desenvolvimento de uma autoestima sólida, uma vez que lidam frequentemente com desafios relacionados a baixa autoestima, problemas sociais e familiares (Monteiro, 2014).

Para além do diagnóstico de PHDA, a Madalena manifestou sintomas de ansiedade desde cedo, incluindo preocupações excessivas, como o medo de morrer, relatado pela mãe durante a pandemia, e a necessidade de procurar a companhia de adultos para se sentir protegida. Sintomas como as "gargalhadas na cabeça" e o medo de estar sozinha podem também sugerir um componente ansioso. A ansiedade é uma comorbilidade comum na PHDA, afetando cerca de 25% dos pacientes com este diagnóstico (Boas, 2018). Esses pacientes frequentemente relatam problemas com os pais, professores e amigos, o que pode levar a uma baixa autoestima e a sentimentos de incapacidade e inadequação, exacerbados pela presença de ansiedade (Souza, Pinheiro, & Mattos, 2005). Neste contexto, as manifestações ansiosas da Madalena podem ser entendidas como uma resposta do aparelho psíquico a uma tensão vivida como ameaçadora (Heck, 2014), como foi o caso do "medo de morrer durante a pandemia".

Além das manifestações ansiosas, a Madalena apresenta dificuldades nas interações sociais, sendo obsessiva e controladora nas amizades. Demonstra ainda uma tendência para falar continuamente, sem mudar de assunto, independentemente do interesse dos outros (Silva, 2013). A Madalena também possui uma imaginação muito fértil, criando fantasias e desenvolvendo interesses obsessivos por determinados assuntos ou objetos que captam a sua atenção (Silva, 2013).

De acordo com Antunes (2018), a queixa mais comum nas pessoas que lidam todos os dias com crianças/jovens com instabilidade motora, tanto explícita quanto implícita, é a sensação de perda de rumo e o fracasso das estratégias utilizadas para induzir os comportamentos desejados. Neste contexto, existe uma necessidade crescente de apoio na educação dos filhos, e a falta de suporte familiar direcionado aos pais, especialmente à mãe da Madalena, com o objetivo de fornecer estratégias para lidar com os comportamentos da jovem, pode ter contribuído para essa sensação de perda de rumo por parte da mãe.

Na sociedade atual, em que as mães desempenham também funções profissionais, é frequente que surja um sentimento de culpa. Este sentimento é, por vezes, atenuado por uma maior tolerância a comportamentos que, em circunstâncias normais, não seriam aceites (Antunes, 2018). No caso da mãe da Madalena, este sentimento de culpa agravou-se quando esta recusou a administração de medicação no primeiro ano após o diagnóstico de PHDA.

Adicionalmente, Antunes (2018) destaca que algumas pessoas acreditam que a medicação é apenas uma forma de facilitar a vida de quem convive com jovens com PHDA. No entanto, estes jovens enfrentam consequências extremamente graves, e privá-los de um medicamento eficaz é tão prejudicial quanto o uso excessivo de medicação.

Além do desgaste psicológico vivenciado pela mãe da Madalena, esta refere que o pai da jovem foi diagnosticado com déficit de atenção e tende a adotar uma postura mais permissiva. Neste contexto, o exercício da autoridade parental não deve ser visto como um privilégio ou direito dos pais, mas sim como um dever fundamental na transmissão de valores essenciais às gerações seguintes (Antunes, 2018). Assim, Cardoso e Veríssimo (2013), referem que os pais com um estilo permissivo tendem a adotar uma postura tolerante e de aceitação em relação aos impulsos, desejos e comportamentos da criança, evitando assumir uma posição de autoridade ou de impor controlo e restrições. Ou seja, são pouco punitivos, deixando que a criança regule o seu próprio comportamento e tome decisões por si, sempre que possível, existindo poucas regras ou rotinas (Cardoso & Veríssimo, 2013). Uma criança que cresça num ambiente de estilo permissivo tende a apresentar dificuldade no seu desenvolvimento académico e social, especialmente em termos de assertividade e responsabilidade social. Mostra limitações na autonomia e no controlo das emoções, baixos níveis de autocontrolo, confiança, autoestima, persistência e realização. Revela também sinais de imaturidade, dependência, impulsividade e agressividade, além de manifestar comportamentos mais disruptivos (Cardoso & Veríssimo, 2013).

Desta forma, para desenvolver um plano de intervenção adequado para a Madalena, é crucial considerar a complexidade do seu caso, que parece envolver uma combinação de fatores neuropsiquiátricos e psicossociais.

4.1.7. Perfil Intra-individual

Para uma avaliação mais detalhada das necessidades e potencialidades da Madalena, é essencial construir o seu perfil intra-individual. Este perfil inclui áreas onde a mesma apresenta competências fortes, áreas que se encontram a um nível intermédio e áreas que necessitam de desenvolvimento. A seguir, será apresentado um panorama detalhado dessas dimensões, proporcionando uma visão clara das suas áreas fortes, capacidades emergentes e aspetos que requerem maior atenção e intervenção.

Tabela 12 - Perfil intra-individual Madalena

Áreas/Comportamentos Fortes	Áreas/Comportamentos Intermédias/os	Áreas/Comportamentos a Desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> - Esquema Corporal; - Motricidade Fina; - Noção do Corpo; - Criatividade 	<ul style="list-style-type: none"> - Motricidade Global; - Equilíbrio; - Estruturação Espaço Temporal 	<ul style="list-style-type: none"> - Regulação Tónica; - Noção do Corpo; - Autorregulação Comportamental; - Relação Interpessoal; - Atenção/concentração; - Regulação Emocional; - Cumprimento de Regras; - Autoestima

4.1.8. *Objetivos Terapêuticos*

Tabela 13 - Objetivos Terapêuticos Madalena

Domínio	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	Regular a Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a capacidade de aceder voluntariamente à passividade muscular; - Melhorar a capacidade de regulação da intensidade dos movimentos;
	Promover a noção corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a noção de realidade interna/externa; - Promover a noção da imagem corporal; - Promover a consciencialização corporal
	Melhorar o Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o equilíbrio dinâmico; - Melhorar o equilíbrio estático

Cognitivo	Melhorar as competências cognitivas	- Aumentar a capacidade atencional; - Promover a capacidade de planeamento da ação;
Socioemocional	Desenvolver competências sociais	- Capacitar o envolvimento do corpo na relação com o outro; - Aumentar/Promover a capacidade empática - Promover a socialização com os seus pares
	Promover a regulação emocional	- Aumentar a tolerância a frustração; - Desenvolver mecanismos de autocontrolo
	Aumentar a consciência emocional	- Aumentar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais em si e no outro

4.1.9. Projeto Pedagógico-Terapêutico

4.1.9.1. Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

A intervenção proposta considera as informações fornecidas por outros especialistas que acompanham a jovem, os resultados da avaliação, as hipóteses explicativas, o perfil intra-individual da jovem e os objetivos previamente definidos. Em seguida, serão apresentadas as diretrizes da intervenção, incluindo frequência, duração, métodos e técnicas realizados/utilizados.

A Madalena beneficiou de sessão de psicomotricidade realizadas individualmente, com uma periodicidade semanal e com duração de 45 minutos, onde ao longo da intervenção foram trabalhados os objetivos mencionados anteriormente.

Existe uma necessidade fulcral de compreender a sintomatologia, criando uma aliança terapêutica entre a jovem, os pais e o seu médico (Costa, 2011). O objetivo do tratamento é abordar as causas subjacentes da desatenção, hiperatividade e impulsividade,

promovendo o desenvolvimento das competências cognitivas e emocionais necessárias para melhorar o desempenho académico e social, contribuindo assim para um aumento da autoestima da jovem (Cordinhã & Boavida, 2008). Dessa forma, é importante a utilização do Reforço Positivo durante as sessões com a Madalena de forma sistemática e imediatamente após a realização das tarefas de forma adequada (Rodrigues, 2003).

A psicomotricidade é uma prática que oferece intervenções destinadas ao desenvolvimento, prevenção e tratamento, podendo ser realizadas individualmente ou em grupo. Esta abordagem é adaptada às necessidades e características de cada pessoa, considerando também a personalidade e a particular disponibilidade psicocorporal de cada psicomotricista (Fernandes, 2022).

O indivíduo com PHDA, pelas suas características primárias e secundárias, necessita de um modelo de intervenção psicomotora que se estruture em princípios quer instrumentais, quer afetivo-relacionais. Na realidade, esta divisão é meramente académica, pois o psicomotricista não atua apenas no corpo a fim de promover as funções instrumentais e executivas, mas atua através do corpo em relação, focando a funcionalidade relacional, com o objetivo de melhorar as funções motoras, cognitivas, instrumentais, executivas e afetivas (Fernandes, 2022).

Por outro lado, a desadaptação em termos de autoestima, controlo emocional, ansiedade, depressão, relações sociais, entre outras, originadas pela dificuldade de inibição comportamental de base, implica uma intervenção afetivo-relacional muito intensa, para minimizar as desadaptações referidas (Rodrigues, 2003). Dessa forma a intervenção com a Madalena teve sempre interesse pelas motivações da mesma, pois só assim é possível ir ao encontro dos seus desejos (Costa, 2011), ou seja, a sessão na sua globalidade vai de encontro aos interesses e motivações da Madalena em co-gestão com a terapeuta, com o objetivo de promover a sua autoestima, para que a mesma acredite nas suas potencialidades (Costa, 2011).

Na conversa inicial de cada sessão são apresentadas as atividades a realizar e a jovem deve ter a oportunidade de participar, de escolher as tarefas que pretende realizar e ainda dar ideias sobre tarefas que sejam do seu agrado, tornando-se importante entender que a presença do adulto, não se confina a exercer a autoridade, ou impor atividades, mas sim para aceitar em plena, a maneira de ser da jovem num envolvimento afetivo-relacional (Costa, 2011). Após este plano estar estabelecido, a jovem regista o mesmo no

quadro, passando depois à ação. À medida que é concluída cada atividade, a jovem e a terapeuta dirigem-se ao quadro para verificar qual é a próxima e assinalam a que já foi realizada.

Esta metodologia, para além de estruturar a sessão, também promove a jovem, e ajuda a estabelecer os seus limites (Costa, 2011) sendo de facto essencial para a Madalena ter acesso a uma estrutura organizada.

Outro aspeto fundamental numa sessão de psicomotricidade, são os materiais e é importante ter em atenção na sala o facto de não existirem objetos em abundância, pois devido ao diagnóstico da Madalena de PHDA, essa abundância de objetos pode desencadear dispersão na jovem, e assim promover a distração da mesma (Costa, 2011).

É fundamental a manutenção de referências básicas que permitam a existência de um espaço de segurança afetiva e que permitam à jovem a vivência da frustração de forma progressivamente mais elaborada e menos impulsiva (Rodrigues, 2003). Assim, em função da dificuldade que a Madalena apresenta em pensar antes de agir, que a pode levar ao sentimento de frustração, a psicomotricidade utiliza estratégias de natureza pedagógica e lúdica, no sentido de conduzir a jovem num processo de parar e pensar antes da realização das tarefas solicitadas pela terapeuta (Rodrigues, 2003).

Na realização das atividades fundamentais, além de serem orientadas pelos objetivos previamente definidos, serão utilizadas metodologias que incluam jogos lúdicos e técnicas expressivas. Estas atividades são concebidas tendo em conta as preferências e características individuais da jovem, como já foi mencionado. O uso do jogo e das técnicas expressivas revela-se essencial, pois são duas formas de expressão e comunicação que facilitam a simbolização das fantasias inconscientes (Malpique, Cabral, Flores, & Soares, 1988).

Na intervenção atual, além do uso de técnicas de jogo e terapias expressivas, é recomendada a aplicação de técnicas de relaxação, como o Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque, promovendo a autorregulação, a autonomia e a recetividade, bem como a melhoria na interação com os familiares e os pares (Choque, 1994). Este método será integrado nas fases finais da sessão, onde é essencial promover um retorno à calma, preparando a Madalena para a fase de simbolização e para a conversa final. Através do desenho e/ou da escrita, oferece-se à jovem um meio de expressar os seus pensamentos e emoções, o que facilita a sua participação na conversa final. Nesta

conversa, reflete-se sobre a sessão, abordando os acontecimentos mais marcantes, bem como as sensações e emoções que a jovem experienciou.

4.1.9.2. Estratégias

Com base nas informações recolhidas sobre o presente estudo de caso e nas características da Madalena, foram desenvolvidas algumas estratégias que poderão ser essenciais para assegurar uma progressão terapêutica eficaz.

De acordo com Costa (2011), ao lidar com este tipo de diagnóstico, é fundamental adotar estratégias que promovam a autonomia, a participação e a integração da jovem. É importante também aumentar a consciencialização da ação através da análise das situações, incentivando a jovem a refletir, planear e estruturar as suas ações.

Além das estratégias previamente mencionadas, foram igualmente consideradas as seguintes:

- Estabelecimento de uma atmosfera segura e contentora;
- Desenvolvimento de uma relação empática de modo a promover a afetividade;
- Estabelecimento de limites e regras dentro da sala de psicomotricidade;
- Definição do limite de início (conversa inicial) e de fim de cada sessão (conversa final), de forma a promover uma rotina;
- Simbolização no diálogo final;
- Promover a focalização, discriminação e seleção de estímulos;
- Promover atividades que vão de encontro aos interesses da jovem, com a finalidade de a manter motivada e investida na sessão;
- Valorização das áreas fortes da jovem, possibilitando o trabalho das áreas a desenvolver posteriormente;
- Atribuição de feedbacks e uso de reforços positivos;
- Fornecimento de estratégias que ajudam a acalmar nos momentos de maior raiva e hostilidade.

4.1.9.3. Exemplos de Atividades

Tendo em conta as características da Madalena e os objetivos terapêuticos previamente definidos, serão apresentados alguns exemplos de atividades implementadas durante a intervenção.

Todas as sessões seguiram a mesma estrutura, com o objetivo de proporcionar organização e estabelecer rotinas para a Madalena. Assim, as sessões iniciavam-se com uma conversa inicial, seguida de uma ou duas atividades principais, passando depois para um momento de retorno à calma, seguido pela fase de simbolização e, finalmente, uma conversa final.

Em algumas sessões, as atividades fundamentais envolveram uma utilização intensa do movimento corporal, com o objetivo de desenvolver as competências e capacidades essenciais para a Madalena, como por exemplo, a regulação tónica e emocional e a capacidade de manter a atenção/concentração, visando, em particular, trabalhar as habilidades de autocontrolo (Suh & Moon, 2016). Um exemplo de atividade que envolvia o movimento corporal, com o objetivo de promover o controlo inibitório, consistia em utilizar a música: a jovem era convidada a deslocar-se pelo espaço e, quando a música parava, tinha de imobilizar-se. Outra atividade, também utilizando a música, implicava caminhar, expressando com o corpo as emoções que a música lhe transmitia.

Foram realizadas também atividades de construção, destruição e perseguição. Estas atividades têm uma profunda carga emocional, exigindo que a criança desenvolva a habilidade de interpretar e compreender as expressões corporais e os comportamentos dos outros. Este processo promove o desenvolvimento das suas capacidades de regulação emocional e comportamental (Veiga, 2012).

Além disso, no que diz respeito ao uso do corpo, a Madalena demonstrava dificuldades em relaxar, pois queria permanecer em constante movimento. No início da intervenção terapêutica existiu uma tentativa de realizar a relaxação progressiva de Jacobson, o método autógeno de Schultz, o Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque, entre outros, no entanto, nada parecia resultar. Para abordar esta questão, a terapeuta e a Madalena desenvolveram uma estratégia conjunta de retorno à calma. Esta estratégia consistia em correr de uma extremidade da sala até à outra na sua máxima velocidade, durante um minuto. Após a corrida, a Madalena sentava-se no chão e tentava contar os seus batimentos cardíacos. Em seguida, procedia-se à leitura de uma história, após a qual a Madalena voltava a contar os batimentos cardíacos. Posteriormente, era realizada uma reflexão sobre a diferença nos batimentos cardíacos entre o final da corrida e após a leitura do livro. De acordo com estudos analisados por Suh e Moon (2016), no contexto da PHDA, verificaram-se melhorias na impulsividade através da combinação de uma intervenção psicomotora com atividades de relaxamentos

4.1.10. Avaliação Final

BOT-2 - Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency

Na aplicação do BOT-2 Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2, a Madalena apresenta um desempenho dentro da média para a sua idade, possuindo uma cotação total de 56 pontos.

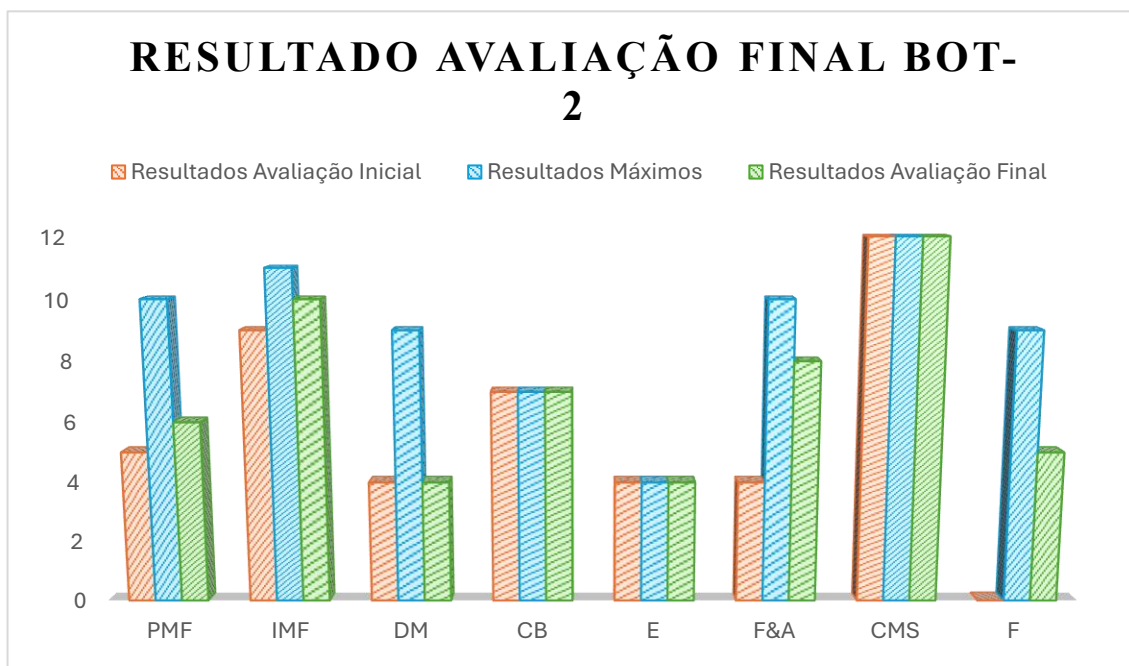


Gráfico 2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretky - Avaliação Final - Madalena

Assim como foi observado na avaliação inicial, nas provas de precisão motora fina, a Madalena continua a manifestar episódios de libertação de tensão motora, evidenciando uma pressão excessiva ao manusear o lápis. Essa pressão excessiva pode ser um reflexo da sua ansiedade em relação ao desempenho nas atividades propostas.

Na prova de integração motora fina, a Madalena apresenta melhorias significativas, demonstrando uma maior capacidade de concentração ao copiar as figuras. Este progresso é notável em comparação com a avaliação inicial, onde, apesar do seu gosto pelo desenho, a sua atenção estava dispersa, dificultando a execução das tarefas.

Relativamente à “destreza manual”, a Madalena parece preocupar-se bastante com o tempo disponível para a prova, o que se traduz num nível elevado de agitação e impulsividade. Essa impulsividade pode afetar a qualidade do seu desempenho, levando-a a realizar as tarefas de forma apressada.

No que diz respeito ao equilíbrio, a Madalena ainda apresenta comportamentos semelhantes aos observados na avaliação inicial, fazendo algumas pausas para tentar equilibrar-se.

Em relação à prova de “força e agilidade”, nota-se uma melhoria nos movimentos da Madalena, que agora são mais harmoniosos e coordenados. Esta consegue saltar em apoio unipedal com maior agilidade e persistência, refletindo um avanço nas suas capacidades motoras.

Finalmente, na prova de “força”, a Madalena conseguiu realizar 19 flexões, embora com o apoio dos joelhos. Este resultado indica uma melhoria em relação ao seu desempenho anterior, mostrando que está a desenvolver força muscular, mesmo que ainda dependa de algum suporte para completar a tarefa.

DAP – Draw-a-Person

Na aplicação do DAP – Desenho da Pessoa, a Madalena obteve uma classificação total superior à média esperada para a sua idade.

Tabela 14 – Desenho da Pessoa – Avaliação Final - Madalena

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Totais (H+M+P)
Valor Bruto	54	45	53	152
Valor Standard	116	100	114	111
Percentil	86	50	82	77

Como já foi mencionado em diversas ocasiões, a Madalena demonstra uma grande criatividade, e os seus desenhos têm apresentado uma evolução significativa, com um aumento notável na quantidade de detalhes. Contudo, tal como observado na avaliação inicial, os seus desenhos continuam a ser muito específicos, o que pode ter um impacto nas pontuações padrão atribuídas.

A jovem parece ter desenvolvido uma maior consciência dos limites do seu corpo. Na avaliação inicial, os contornos do pescoço, tronco e membros não estavam claramente definidos, enquanto na avaliação final, a Madalena consegue representar esses contornos de forma mais evidente. Este progresso também se reflete no desenho dos olhos e dos dedos, que agora apresentam um nível de detalhe superior em comparação com os desenhos anteriores.

No entanto, o desenho que parece ter recebido maior investimento da parte da Madalena, de acordo com a pontuação obtida, é o da figura masculina. Em contraste, na avaliação inicial, a Madalena havia dedicado mais atenção ao desenho de si própria.

EAQ – Emotional Awareness Questionnaire

Ao analisar as respostas fornecidas pela Madalena, podemos observar que ela parece ter a capacidade de reconhecer as suas emoções, embora ainda não tenha plena consciência de quando algo a incomoda antecipadamente. Isto sugere que, apesar de um progresso no reconhecimento emocional, ainda há alguma dificuldade em prever a ocorrência de situações emocionalmente desconfortáveis.

No que diz respeito à expressão verbal das emoções, e considerando a congruência das suas respostas, nota-se que a Madalena enfrenta algumas dificuldades nesta área. A capacidade de verbalizar o que sente parece estar ainda em desenvolvimento, o que pode impactar a clareza com que comunica os seus estados emocionais.

Em termos de “esconder as suas emoções”, as suas respostas indicam que não tem a intenção de ocultar o que sente.

No que concerne à consciência corporal, a Madalena aparenta ter um desenvolvimento positivo nesta área, uma vez que as suas respostas são consistentes ao indicar que, quando algo a afeta, a primeira reação manifesta-se a nível físico.

Relativamente à "atenção às emoções dos outros", as respostas da Madalena sugerem que ela demonstra preocupação com o bem-estar de quem a rodeia, evidenciando uma sensibilidade interpessoal que é um sinal positivo de empatia e regulação social.

Por fim, no que diz respeito à "análise das emoções", a Madalena parece valorizar as suas emoções e reconhecer a influência que estas exercem sobre o seu comportamento e pensamentos.

SDQ – Questionário de Capacidades e de Dificuldades

Relativamente ao SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades preenchido pela mãe da Madalena, não se observaram mudanças significativas nas dimensões avaliadas, exceto na área dos "Problemas de Comportamento".

Na dimensão dos "Sintomas Emocionais", a Madalena continua a ser descrita como uma jovem ansiosa, com dificuldades em lidar com a autoconfiança.

No que concerne à "Hiperatividade", a Madalena permanece inquieta, apresentando dificuldades em manter a concentração. Esta dificuldade em focar-se está associada à sua tendência para o isolamento social, o que parece ser uma característica persistente no seu comportamento.

Em relação ao "Comportamento Pró-Social", a mãe continua a reportar que a Madalena não demonstra uma atitude colaborativa. A jovem não partilha os seus pertences com outros jovens e não auxilia os pais, professores ou colegas, refletindo dificuldades na interação social e na empatia.

No entanto, há um agravamento nos "Problemas de Comportamento". A mãe relata que a Madalena se irrita facilmente e tem frequentes acessos de birra. A jovem tem-se envolvido em conflitos com outros adolescentes, frequentemente adotando comportamentos intimidatórios ou ameaçadores, como mentir e enganar. Além disso, foi mencionado pela mãe que a Madalena tem começado a roubar, tanto em casa como na escola e noutros contextos. Este comportamento foi corroborado durante uma das sessões, quando a Madalena tentou roubar uma carta de um jogo, evidenciando a consistência entre o comportamento observado em casa e nas sessões terapêuticas.

Este quadro comportamental indica um agravamento nas dificuldades de regulação emocional e social da Madalena.

4.1.11. Progressão Terapêutica

A Madalena iniciou a sua intervenção em novembro de 2023 e terminou em junho de 2024.

Na fase inicial da intervenção, foi necessária a criação de um ambiente terapêutico que fosse acolhedor e seguro, caracterizado por um número reduzido de estímulos (com poucos objetos no setting), e o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida. Ao longo do processo, foi fundamental realçar o início e o fim de cada sessão, bem como manter uma estrutura consistente, para proporcionar organização à Madalena e ajudá-la a estabelecer uma rotina. Os aspetos mais abordados incluíram a regulação da tonicidade, a promoção da consciência corporal, o desenvolvimento de competências sociais, a promoção da regulação emocional e o aumento da consciência emocional.

A Madalena é uma jovem que estabelece rapidamente uma relação com os adultos, demonstrando colaboração com a terapeuta. No entanto, quando as situações não ocorrem

conforme as suas expectativas zanga-se rapidamente, recusa os pedidos do adulto e surgem comportamentos desafiadores associados a uma baixa tolerância à frustração (Roberto, 2013). Costuma chegar às sessões num estado de agitação psicomotora e exhibe um discurso verborreico, as crianças com PHDA costumam demonstrar níveis de atividade consideravelmente mais elevados do que a média, tanto em termos de atividade motora quanto em termos de atividade vocal (Barros, 2020/2021). Contudo, quando se envolve em atividades que despertam o seu interesse, consegue dedicar-se e manter a concentração. Relativamente à relaxação, observou-se uma grande tensão muscular, a qual pareceu diminuir ao longo da intervenção. A atividade de simbolização foi a que a Madalena mais apreciou e a qual mais investiu em todas as sessões.

Tendo em conta o referido anteriormente relacionado ao seu progresso terapêutico, seria de extrema importância esta jovem continuar o acompanhamento em psicomotricidade, uma vez que a maior parte das áreas a desenvolver ainda se encontram comprometidas.

4.1.12. Discussão

Existem vários aspetos que devem ser cuidadosamente abordados, considerando a progressão terapêutica da Madalena ao longo das sessões de psicomotricidade.

Em primeiro lugar, é fundamental destacar o impacto positivo da criação de um ambiente terapêutico acolhedor e seguro, com um número reduzido de estímulos (Costa, 2011). Esta abordagem permitiu que a Madalena se sentisse confortável e facilitou o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida, o que foi crucial para o seu envolvimento nas atividades. Dada a sua baixa tolerância à frustração, a necessidade de uma estrutura clara e previsível revelou-se essencial, com a delimitação do início e do fim das sessões a desempenhar um papel importante na promoção de organização (Costa, 2011) e na criação de uma rotina que a ajudasse a regular. Neste contexto, as sessões de psicomotricidade revelaram-se um recurso valioso, uma vez que esta prática de mediação corporal oferece um espaço seguro e estruturante (Maximiano, 2004). Neste espaço, a jovem teve a oportunidade de redescobrir o prazer sensório-motor através do movimento, o que promove ao mesmo tempo a regulação tónica e emocional (Costa, 2011; Esquina et. al., 2013).

A dimensão emocional também merece ser discutida, especialmente no que se refere à regulação emocional e ao aumento da consciência emocional. Observou-se que a

Madalena não apresentou melhorias expressivas nesta área, continuando a enfrentar dificuldades notáveis na gestão da frustração. Estas dificuldades manifestaram-se através de comportamentos desafiadores quando as situações não correspondiam às suas expectativas, conforme descrito por Roberto (2013). Por consequência o progresso nas competências sociais deve ser analisado. Pois embora a Madalena tenha facilidade em estabelecer relações com adultos, a manutenção dessas relações de forma saudável e regulada ainda é um desafio, especialmente em situações de contrariedade. Assim é importante que em futuras intervenções o começa seja pela consciência emocional e só depois a sua regulação.

Além disso, o desenvolvimento da consciência corporal foi uma área trabalhada de forma contínua. A agitação psicomotora observada nas primeiras sessões, associada à PHDA, como descrito por Barros (2020/2021), interferia frequentemente na sua capacidade de autorregulação. Contudo, notou-se que quando a Madalena estava envolvida em atividades do seu interesse, como a atividade de simbolização, o seu comportamento tornava-se mais centrado, conseguindo concentrar-se e colaborar de forma eficaz. Isto revela a importância de explorar atividades que a motivem para aumentar o seu foco e capacidade de autorregulação.

Apesar dos avanços observados, é crucial que a Madalena continue a receber acompanhamento em psicomotricidade, uma vez que ainda se encontram comprometidas várias áreas. A intervenção psicomotora proporcionou uma base importante para o seu desenvolvimento, mas a continuidade do trabalho será essencial para garantir um progresso mais significativo nas dimensões emocionais e sociais. Em suma, a intervenção psicomotora teve um impacto positivo na vida da Madalena, mas o seu percurso terapêutico ainda requer atenção e intervenção específica.

4.2. 2º Estudo de Caso

4.2.1. Enquadramento Teórico

O caso do Leonardo sugere um impacto significativo da negligência parental e da instabilidade no seu desenvolvimento socioemocional, refletindo-se em dificuldades de regulação emocional, baixa tolerância à frustração e comportamentos agressivos.

A Teoria da Vinculação de Bowlby (1969) destaca que a relação precoce com os cuidadores é essencial para o desenvolvimento da segurança emocional. Crianças que

experienciam separações traumáticas ou negligência podem desenvolver padrões de vinculação inseguros (Silva, 2014), o que pode explicar a necessidade constante de atenção e a dificuldade do Leonardo nas interações sociais, especialmente em grupo.

A exposição a maus-tratos na infância está associada a um maior risco de dificuldades emocionais e comportamentais. São vários os autores que indicam que as crianças submetidas a negligência ou rejeição parental podem apresentar maior agressividade, instabilidade emocional e dificuldades em lidar com a frustração (Rajado, 2012).

Para além disto, existe presença de traços sugestivos de uma Perturbação de Personalidade Borderline (PPB), esta caracteriza-se por instabilidade emocional, impulsividade, medo intenso do abandono e dificuldade em manter relações interpessoais estáveis (APA, 2014).

4.2.2. Identificação

O Leonardo, com 12 anos, as informações presentes nesta anamnese foram fornecidas pela tia do Leonardo, no dia 9 de janeiro de 2024, durante a consulta no serviço de pedopsiquiatria, não foi possível estabelecer qualquer contacto com a mãe ou o pai da criança a fim de obter informações mais detalhas sobre a mesma

O Leonardo foi encaminhado pelo pedopsiquiatra devido à presença de características de risco, manifestadas por um estado de aparente zanga constante, dificuldades em lidar com frustrações e comportamentos agressivos.

Durante a anamnese, observou-se que o Leonardo apresenta sinais de magreza e palidez. No entanto, durante a consulta, consumiu um sumo e algumas bolachas, indicando que, pelo menos momentaneamente, estava disposto a alimentar-se.

O Leonardo reside com a tia, uma vez que foi retirado da custódia da mãe por motivo de maus-tratos. Posteriormente, o pai abandonou-o, deixando-o aos cuidados da mesma tia, que também criou o pai do Leonardo. A tia vive com outra senhora, que refere ser apenas sua amiga.

O pai do Leonardo tem mais dois filhos, e a mãe tem mais um filho. A tia do Leonardo mencionou que, na sua opinião, "O Leonardo é apenas um elemento de passagem para os pais", sugerindo que a criança não recebe a devida atenção ou carinho por parte dos progenitores.

Durante toda a entrevista de anamnese, a tia não mencionou comportamentos disruptivos do Leonardo até à sua entrada no primeiro ciclo escolar, quando revelou que: "No 1.º ciclo, ele tinha sempre um professor ao lado dele e agora diz que ninguém espera por ele e ninguém o ajuda" (sic). Este comportamento do Leonardo parece refletir uma carência de afeto e uma grande necessidade de atenção.

A tia descreve o Leonardo como uma criança que tem dificuldade em lidar com frustrações, "é muito zangado e manipulador" (SIC), sugerindo falta de empatia para com os outros. De acordo com a terapeuta anterior do Leonardo, a nível individual é relativamente fácil estabelecer uma ligação com ele, uma vez que procura constantemente a atenção e o afeto da terapeuta. No entanto, em contextos de grupo, a interação "correu muito mal, e partia para a agressão" (SIC). A terapeuta também referiu que o Leonardo apresenta algumas características sugestivas de uma perturbação de personalidade borderline.

4.2.3. Plano de Avaliação

Com base nas informações fornecidas pela terapeuta anterior, pela anamnese e pela pedopsiquiatra, foram selecionados instrumentos de avaliação tanto informais como formais, com o objetivo de obter uma compreensão mais profunda do caso do jovem. A avaliação iniciou-se com a aplicação de um instrumento informal, nomeadamente uma entrevista com a tia e a observação realizada pela terapeuta. Os instrumentos formais utilizados incluíram o DAP – Desenho da Pessoa (Naglieri, 1988), o BOT-2 Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 (Bruininks & Bruininks, 2010) que é um instrumento utilizado pela terapeuta do serviço para avaliação de todas as crianças/jovens, o SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997) e o EAQ – Questionário de Consciência Emocional (Rieffe, et al., 2007)

4.2.4. Avaliação Inicial

Avaliação Informal

A observação do Leonardo, semelhante ao que foi feito no caso anteriormente referido, foi realizada durante a anamnese e nas duas primeiras sessões na sala de psicomotricidade, através das escalas. Durante este processo, ele estabeleceu uma interação bastante expressiva tanto com a sua tia como com a terapeuta. Notou-se que o

Leonardo utiliza um tom de voz infantilizado, tendendo a elevar a sua voz quando se sente contrariado.

Em termos de desenvolvimento estato-ponderal, o Leonardo apresenta medidas adequadas para a sua faixa etária, com uma aparência física bem cuidada e um vestuário apropriado para as sessões de psicomotricidade. Os seus interesses, especialmente relacionados com o futebol e o basquetebol, são também adequados à sua idade, refletindo uma normalidade nas preferências típicas de crianças da sua geração.

Durante as atividades propostas, o Leonardo demonstrou um comportamento cooperativo. No entanto, quando são introduzidas regras, a sua postura altera-se, tornando-se manipulativa e desafiadora, apresentando comportamentos de oposição. Nesses momentos, ele atira os materiais ao chão ou pontapea objetos que já estão no chão, o que pode indicar uma dificuldade em lidar com a frustração e a necessidade de limites.

Contrapõe-se a este comportamento desafiador que, nas atividades de jogo espontâneo, o Leonardo demonstra uma capacidade de utilizar os materiais de forma simbólica, frequentemente construindo "cabanas" ou "casas" como uma estratégia de proteção contra ameaças imaginárias. Este aspecto do seu jogo sugere uma capacidade de criatividade e de expressão emocional.

Relativamente à interação com o grupo (pois o Leonardo fez parte de um grupo terapêutico no passado ano), não foi possível observar, mas, na relação com a terapeuta, notaram-se oscilações emocionais. Quando contrariado, o Leonardo manifesta frustração, que se traduz em comportamentos agressivos, no entanto, ao acalmar-se, ele procura o afeto da terapeuta, indicando uma procura pela segurança emocional.

A nível psicomotor, o Leonardo apresenta predominantemente uma tonicidade eutónica, embora por vezes se observe um aumento da rigidez postural. O seu equilíbrio, tanto estático como dinâmico, é adequado para a sua idade. A criança é consistentemente destra, tanto em termos manuais como podais, e demonstra um bom reconhecimento da lateralidade direita-esquerda, tanto em si próprio como nos outros.

Em relação à sua imagem corporal, esta está em conformidade com o que se espera para a sua faixa etária, e ele identifica corretamente todas as partes do corpo. A sua orientação espacial e estrutura rítmica, embora ainda imaturas, já se encontram adquiridas. A coordenação óculo-manual e óculo-podal do Leonardo é adequada,

possivelmente influenciada pelo seu interesse em desportos como o futebol e o basquetebol, o que sugere um bom desenvolvimento motor e uma integração positiva das suas habilidades.

Avaliação Formal

DAP – Draw-a-Person (Naglieri, 1988)

Na aplicação do DAP – Desenho da Pessoa, o Leonardo obteve uma classificação total na média ao esperado para a sua idade.

Tabela 15 – Desenho da Pessoa - Avaliação Inicial - Leonardo

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Totais (H+M+P)
Valor Bruto	51	46	48	145
Valor Standard	110	102	105	106
Percentil	75	55	63	66

De um modo geral, o desenho da figura masculina (H) foi aquele em que o Leonardo demonstrou maior dedicação e atenção aos detalhes. Todas as figuras que desenhou apresentavam sorrisos, embora estes não fossem representados em duas dimensões. Os desenhos incluíam também vários pormenores nas roupas, revelando uma preocupação com a aparência das figuras.

É importante destacar que o Leonardo desenha os segmentos corporais de forma contínua, ligando a cabeça ao pescoço e o pescoço ao tronco sem interrupções. As mãos e os pés são sempre representados em duas dimensões, com vários detalhes, o que indica um bom nível de percepção e precisão no desenho dessas partes do corpo.

No entanto, no desenho de si próprio (P), observou-se um menor investimento emocional e criativo por parte do Leonardo. Ao terminar o desenho, ele expressou o comentário "odeio desenhar", o que pode sugerir algum desinteresse ou desconforto em relação à tarefa, apesar dos detalhes que ainda estão presentes na representação. Esta atitude pode refletir uma possível frustração ou desmotivação, que pode ser importante explorar no contexto terapêutico.

BOT-2 – Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (Bruininks & Bruininks, 2010)

Na aplicação do BOT-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky, o Leonardo apresenta um desempenho dentro da média para a sua idade, possuindo uma cotação total de 57 pontos.

Quando analisados os resultados da avaliação motora do Leonardo, observa-se que ele tende a apressar-se nas tarefas, o que compromete a precisão, especialmente na Precisão Motora Fina, como na tarefa de colorir a estrela, onde obteve 2 pontos, e no tracejar do caminho, contou com 5 erros. Estes resultados podem ter sido originados devido a impulsividade e a agitação do Leonardo em querer terminar a tarefa.

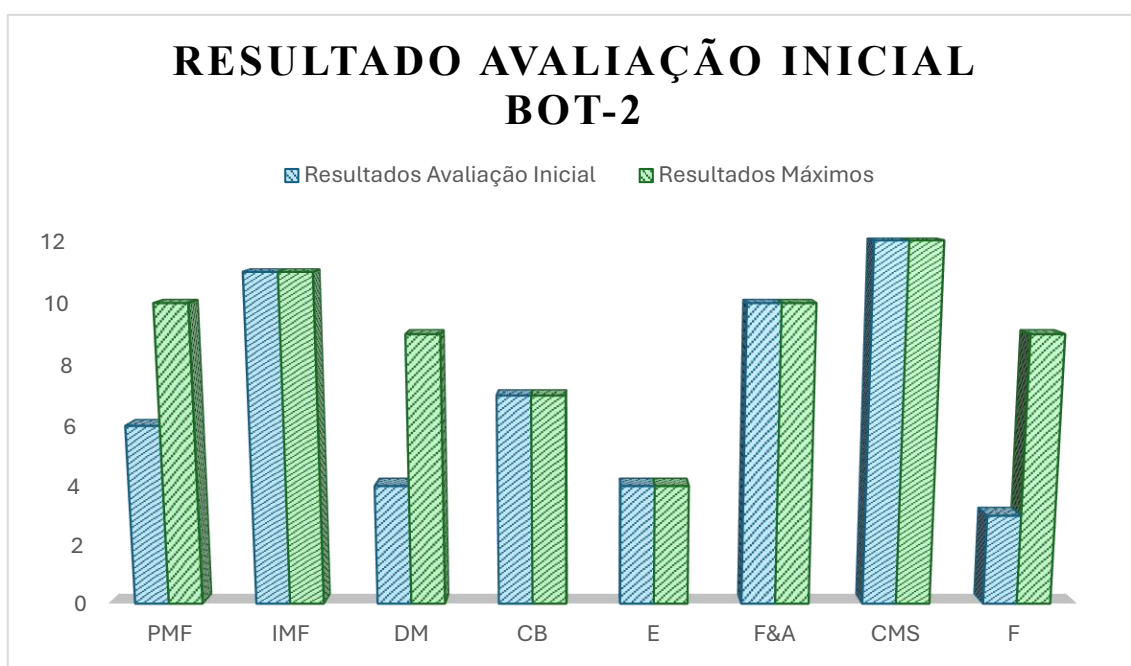


Gráfico 3 – Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky 2 - Avaliação Inicial - Leonardo

Na Integração Motora Fina, a sua pontuação foi moderada (5 pontos ao copiar o diamante), sugerindo uma compreensão básica das formas, mas com dificuldades específicas na continuidade e orientação dos traços.

Na Destreza Manual, ao enfiar os blocos, o Leonardo demonstrou boas capacidades (5 pontos), mas a preocupação excessiva com o tempo resultou em movimentos desorganizados, mostrando a necessidade de equilibrar velocidade e precisão.

Quanto à Coordenação Bilateral, os resultados foram positivos sugerindo que a coordenação simultânea dos dois lados do corpo está desenvolvida.

No Equilíbrio, o Leonardo conseguiu realizar 6 passos sobre uma linha, um resultado máximo, o que indica uma boa estabilidade postural.

Já na Força e Agilidade, o desempenho foi positivo, com 42 e 43 saltos em apoio unipedal, evidenciando força e agilidade nas pernas. No entanto, nas flexões de braços, a sua tentativa de realizar flexões completas comprometeu o resultado, alcançando apenas 3 pontos, sugerindo que a força nos membros superiores e a resistência muscular são áreas a trabalhar.

Por fim, na Coordenação dos Membros Superiores, o seu desempenho ao apanhar a bola foi bom (5 pontos), tal como no dribble (10 dribbles).

SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades (Goodman, 1997)

Foi utilizada também a versão para pais do SDQ – Questionário de Capacidades e Dificuldades, que proporciona uma visão abrangente do comportamento da criança em diferentes contextos e em várias dimensões (Goodman, 1997).

Com o preenchimento deste questionário pela tia do Leonardo, foi possível obter uma compreensão mais clara das dificuldades que ele enfrenta no contexto familiar. No entanto, algumas das respostas fornecidas pela tia parecem contradizer-se entre si, o que levanta questões sobre a consistência das suas observações.

Se por um lado, o Leonardo é descrito como uma criança que demonstra vontade de ajudar os outros, que se relaciona melhor com adultos do que com outras crianças, que geralmente termina as atividades que inicia e que apresenta uma boa capacidade de atenção. Por outro lado, a tia também o caracteriza como uma criança irrequieta, que tem dificuldade em partilhar objetos com os seus pares, que não obedece facilmente às instruções dos adultos e que se distrai com facilidade. Esta dualidade nas respostas sugere que, embora o Leonardo possua características positivas, também apresenta desafios significativos no que diz respeito à sua interação social e à sua autorregulação.

Adicionalmente, a tia do Leonardo é coerente ao afirmar que ele manifesta muitos medos e que, em situações novas, tende a ser receoso e pouco seguro de si. Este reconhecimento dos medos da criança é crucial, pois pode influenciar a sua capacidade de se adaptar a novas experiências e interações sociais. A identificação dessas emoções e

comportamentos é fundamental para direcionar a intervenção psicomotora, permitindo a terapeuta desenvolver estratégias que ajudem o Leonardo a melhorar a sua confiança e a sua capacidade de se relacionar com os outros de forma mais eficaz.

EAQ – Emotional Awareness Questionnaire (Rieffe, et al., 2007)

Ao analisar as respostas do Leonardo na dimensão de "Diferenciar Emoções", verifica-se que, de acordo com a sua pontuação e com a congruência das suas respostas, ele aparenta ter uma capacidade elevada nesta área. Isso sugere que ele consegue reconhecer e distinguir as suas emoções de forma relativamente eficaz.

No que diz respeito à "Partilha Verbal das Emoções", as respostas do Leonardo revelam uma falta de consistência, o que pode indicar que ele enfrenta dificuldades em expressar verbalmente os seus sentimentos de forma uniforme. É possível que ele se sinta à vontade para partilhar as suas emoções com algumas pessoas, enquanto com outras hesite ou não consiga fazê-lo.

Adicionalmente, o Leonardo parece ter dificuldades em "esconder as suas emoções". Embora ele afirme que não é necessário que os outros saibam como se sente, parece que não consegue sempre disfarçar o que realmente sente. Esta contradição nas suas respostas sugere que ele ainda está a desenvolver a capacidade de regular a sua expressão emocional em diferentes contextos sociais.

Quanto à "Consciência Corporal", as respostas contraditórias do Leonardo indicam que ele ainda não desenvolveu completamente esta dimensão. A consciência corporal envolve a capacidade de reconhecer as sensações físicas que acompanham as emoções, e a sua dificuldade neste aspeto pode refletir uma necessidade de mais apoio e prática nesta área.

Relativamente à dimensão de "Atender às Emoções dos Outros", o Leonardo demonstra preocupação com os sentimentos dos outros, o que é um sinal positivo de empatia e sensibilidade interpessoal. Ele parece estar atento ao que os outros pensam e sentem, indicando uma preocupação saudável nas suas relações sociais.

Por fim, na dimensão de "Analisar Emoções", o Leonardo apresenta incoerências nas suas respostas, o que pode sugerir dificuldades em processar e refletir sobre as suas emoções. Essa falta de clareza na análise emocional pode estar relacionada com a sua capacidade de autorregulação e de autorreflexão.

4.2.5. *Elementos Critério*

Os elementos critérios são consideradas as informações mais relevantes que definem a criança, sendo essenciais para a elaboração de um plano terapêutico adequado às suas características e necessidades. Assim, com base nos dados recolhidos durante a avaliação inicial, é possível determinar os seguintes pontos:

- Disponibilidade da Tia;
- Disponibilidade do Leonardo;
- Intolerância a frustração;
- Dificuldade no cumprimento de regras;
- Dificuldade na regulação emocional e comportamental;
- Facilidade em relacionar-se com a terapeuta;
- Aparente dificuldade em estabelecer relações de confiança com os seus pares;
- Ambiente familiar desorganizado;
- Pais relativamente ausentes.

4.2.6. *Hipóteses Explicativas*

Com base na história pessoal e clínica do Leonardo, bem como nos resultados das avaliações realizadas, é fundamental compreender as suas características para elaborar um programa de intervenção terapêutica adequado às suas necessidades. Dessa forma, foram formuladas hipóteses explicativas, considerando os aspetos que tiveram maior impacto no desenvolvimento da criança.

O Leonardo foi retirado à mãe por maus-tratos e posteriormente abandonado pelo pai, o que sugere uma história de trauma significativo e instabilidade emocional. De acordo com Bowlby (1969), como impulsionador dos estudos à cerca dos efeitos da privação de cuidados maternos na disrupção da vinculação e das suas consequências possíveis no desenvolvimento da psicopatologia, foi desenvolvida a teoria da vinculação que reconhece a importância da vinculação para a sobrevivência da espécie humana. A teoria propõe assim que a vinculação do bebé aos cuidadores principais tem por base um sistema comportamental de vinculação, que consiste na organização desses comportamentos (Bowlby, 1969). Os comportamentos de vinculação têm uma função de estabelecimento e manutenção de proximidade física, bem como de um sentimento de segurança perante potenciais ameaças (Bowlby, 1969)

Quando o desenvolvimento da criança ocorre num ambiente seguro, esta aprende gradualmente a confiar em mais pessoas (Silva, 2011), dessa forma as experiências precoces experienciadas pelo Leonardo, podem ter comprometido a formação de uma vinculação segura, resultando numa dificuldade em confiar nos outros e numa constante procura de atenção e afeto.

No caso do Leonardo a família apresenta um modelo desajustado, sendo que vive com a tia que por sua vez vive com uma amiga, o que condiciona o desenvolvimento da autorregulação e a procura de estratégias adequadas na resolução de problemas (Matos, 2005 cit in Martins et. al., 2017). A falta de vinculação segura com uma figura de referência é considerada também um fator de risco em situações de violência infantil (WHO & ISPCAN, 2006) ou seja, o estado de zanga constante e a dificuldade em lidar com a frustração apresentadas pelo Leonardo podem ser reflexos de um medo profundo de rejeição e abandono.

Durante a primeira infância as experiências emocionais são fundamentais para o bem-estar físico e psicológico e para o desenvolvimento social. Quando existe um comprometimento nos vínculos precoces e uma exposição contínua a traumas relacionais, ou ainda, quando as figuras de vinculação falham no reconhecimento dos seus estados emocionais internos, a criança pode apresentar dificuldades na consciência e na regulação das suas emoções (Veiga & Rieffe, 2015 cit in Domingos 2018). A procura constante de atenção e afeto, especialmente em interações individuais com as terapeutas, pode indicar uma carência profunda de validação emocional. Esta necessidade pode tornar-se mais evidente em situações onde o Leonardo se sente inseguro ou rejeitado, levando-o a comportamentos manipuladores e agressivos como forma de obter a atenção que procura.

A dificuldade em monitorizar a consciência emocional impede o indivíduo de lidar e resolver certas situações e/ou acontecimentos inesperados, o que, por conseguinte, compromete os processos de regulação emocional, levando a problemas de externalização e internalização (Van Der Kolk, 2005 cit in Domingos, 2018), o relato de que o Leonardo tinha um professor sempre ao seu lado no 1º ciclo e a sua queixa de que “ninguém espera por ele e ninguém o ajuda” agora, sugere dificuldades significativas de adaptação escolar. Estas dificuldades podem refletir um sentimento de inadequação e desamparo, que podem aumentar a sua frustração e agressividade, especialmente se o Leonardo sentir que não está a receber o apoio necessário para o seu sucesso escolar.

Assim, o Leonardo apresenta comportamentos de externalização, como agressividade, impulsividade e dificuldades em lidar com frustrações, características que, segundo McLeod & Fettes (2007), tendem a surgir na idade pré-escolar e a persistir na infância, especialmente em contextos de instabilidade familiar. Além disso, os comportamentos disruptivos que manifesta, sobretudo em interação social, enquadram-se na definição de problemas de externalização, que afetam tanto a própria criança como os outros (Carvalho, 2007).

Por outro lado, os problemas de internalização, mais comuns na adolescência (Carvalho, 2007), podem estar refletidos na sua necessidade constante de atenção e afeto, bem como na sua instabilidade emocional do Leonardo. Estes aspetos podem indicar vulnerabilidade para dificuldades emocionais mais graves no futuro, alinhando-se com a sugestão da terapeuta sobre a presença de características associadas a uma Perturbação da Personalidade Borderline

Como foi referido, a terapeuta anterior do Leonardo indicou a presença de características sugestivas de uma Perturbação de Personalidade Borderline (PPB). A PPB também conhecida como patologia limite, no caso das crianças/adolescentes é caracterizada pela angústia de separação e de abandono, sintomatologia depressiva, facilidade na passagem ao ato e de acesso a comportamentos de adição (Marcelli, 2005 cit in Alexandre, 2023). Para além destes sintomas, acrescentam-se as dificuldades escolares, as manifestações centradas na expressão corporal e, por último, os sentimentos de vazio, desinteresse e inutilidade (Marcelli, 2005 cit in Alexandre, 2023). Esta perturbação como referido anteriormente é frequentemente associada a uma história de relações interpessoais instáveis, emoções intensas e impulsividade, o que se alinha com o comportamento descrito do Leonardo, como a sua tendência para a agressão em contexto de grupo e a necessidade constante de atenção individual.

Esta instabilidade emocional característica da PPB, bem como as vivências dissociativas e comportamentos de auto e heteroagressividade, têm um elevado impacto nas relações interpessoais, noção do corpo, afetividade e impulsividade (APA, 2014) pode também explicar a manipulação emocional descrita pela tia, bem como as dificuldades em lidar com a frustração.

O Leonardo vive com a tia e uma outra senhora que é apresentada como amiga. A dinâmica desta convivência e o tipo de apoio emocional e disciplinar oferecido por estas

figuras parentais substituídas podem estar a influenciar o comportamento do Leonardo. Partindo do conceito de ambiente, como um conjunto de condições que influenciam a vida social, cultural, moral e até mesmo escolar, é possível perceber como este é um agente continuamente presente na vivência humana, assim, é possível perceber a importância do ambiente para o desenvolvimento infantil, pois é nele que a criança estabelece a relação com o mundo e com as pessoas e é o mesmo que vai garantir a sua formação e a sua qualidade de vida social, moral, psicológica e cultural (Nascimento & Orth, 2008).

A afirmação da tia de que o Leonardo é visto como “um elemento de passagem para os pais” sugere uma falta de envolvimento emocional por parte dos mesmos. Esta negligência emocional pode ter contribuído para o desenvolvimento de sentimentos de baixa autoestima e de não valorização pessoal no Leonardo, levando-o a comportamentos de agressividade como forma de expressar a sua dor e a frustração.

A violência está presente em muitas famílias (agressões, ameaças, entre outras), assim como os abusos sexuais, o abandono por parte dos pais, a falta de tempo que os pais têm para os filhos, todos estes fatores podem interferir no desenvolvimento da criança (Nascimento & Orth, 2008). Se o ambiente familiar atual do Leonardo não oferecer uma estrutura estável e afetuosa, isso pode estar a perpetuar os sentimentos de insegurança e hostilidade na criança.

A análise da história pessoal e clínica do Leonardo revelam uma trajetória marcada por traumas significativos, que parecem comprometer o seu desenvolvimento social e emocional, desta forma, o projeto terapêutico deve ser adaptado às suas necessidades.

4.2.7. Perfil Intra-individual

Para uma avaliação mais profunda das necessidades e potencialidades do Leonardo, é fundamental examinar o seu perfil intra-individual. Este perfil abrange as áreas em que ele demonstra competências fortes, áreas com desenvolvimento intermediário e aquelas que precisam de um maior desenvolvimento. De seguida, será apresentada uma análise detalhada dessas dimensões, oferecendo uma visão clara das suas áreas destacadas, em desenvolvimento e que exigem maior foco e intervenção.

Tabela 16 - Perfil Intra-Individual Leonardo

Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas a Desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> - Força e Agilidade; - Motricidade Global; - Motricidade Fina; - Esquema Corporal 	<ul style="list-style-type: none"> -Estruturação Espaço- Temporal; - Consciência Corporal; - Regulação Tónica; - Regulação Emocional; - Capacidade de manter a atenção/concentração 	<ul style="list-style-type: none"> -Autorregulação Comportamental; - Relação Interpessoal; - Controlo Inibitório; - Cumprimento de Regras; - Regulação Emocional;

4.2.8. *Objetivos Terapêuticos*

Tabela 17 - Objetivos Terapêuticos Leonardo

Domínio	Objetivos gerais	Objetivos específicos
Psicomotor	Regular a Tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a capacidade de aceder voluntariamente à passividade muscular; - Promover a regulação da intensidade dos movimentos;
	Promover a noção corporal	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a consciencialização corporal - Promover o desenvolvimento de estratégias eficazes para regular as respostas corporais
Cognitivo	Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a capacidade atencional; - Promover a capacidade de planeamento

Socioemocional	Desenvolver competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar o envolvimento do corpo na relação com o outro; - Aumentar/Promover a capacidade empática - Promover a socialização com os seus pares - Melhorar a resolução de conflitos
	Promover a regulação emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o controlo inibitório; - Aumentar a resistência a frustração;
	Aumentar a consciência emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais em si - Aumentar o reconhecimento dos diferentes estados emocionais no outro - Promover a identificação das emoções nas sensações e respostas corporais

4.2.9. Projeto Pedagógico-Terapêutico

4.2.9.1. Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

A intervenção proposta considera as informações fornecidas por outros especialistas que acompanham a criança, os resultados da avaliação, as hipóteses explicativas, o perfil intra-individual da criança e os objetivos previamente definidos. Em seguida, serão apresentadas as diretrizes da intervenção, incluindo frequência, duração, métodos e técnicas realizadas/utilizadas.

O Leonardo beneficiou de sessões de psicomotricidade realizadas individualmente, com uma periodicidade semanal e com duração de 45 minutos, onde ao longo da intervenção foram trabalhados os objetivos anteriormente mencionados.

Foram realizadas sessões de psicomotricidade de base relacional, onde se procurou priorizar a qualidade da relação estabelecida entre o psicomotricista e a criança (Costa, 2011), pois é importante a terapeuta focar-se na construção de uma relação de confiança com o Leonardo, demonstrando consistência, empatia e aceitação. Ou seja, uma das premissas de intervenção para com o Leonardo foi demonstrar disponibilidade para que a criança se sentisse segura em partilhar as suas angústias internas, tal como oferecer uma escuta ativa e empática do seu sofrimento (Mastrascusa, 2022)

Assim as sessões organizaram-se com um momento de entrada na sala, diálogo inicial e registo das atividades, seguia-se as atividades fundamentais, o retorno a calma, a simbolização e o diálogo final. Esta estrutura não foi alterada no decorrer das sessões, de modo a dar previsibilidade, segurança e principalmente de forma a dar uma rotina à criança. No entanto, é de salientar que as sessões tiveram um carácter semiestruturado, pois apesar da terapeuta ter conhecimento prévio das atividades que iriam ser realizadas com a criança, esta também era livre de dar sugestões no planeamento, indo assim a terapeuta ao encontro das motivações pessoais do Leonardo (Costa, 2011).

Ao longo da intervenção foi atribuída grande importância à capacidade de autorregulação, uma vez que o Leonardo apresenta dificuldades ao nível do controlo da impulsividade e manifestação de comportamentos agressivos. De acordo com Lièvre e Staes (2012 cit in Bartolomeu, 2021), a intervenção psicomotora direcionada para crianças instáveis e com dificuldades no controlo da agressividade, deve proporcionar atividades que permitam à criança jogar livremente, levando-a progressivamente a respeitar determinadas orientações corporais e adequar-se aos limites espaço-temporais, que ajudem a agir de forma construtiva, a aumentar a concentração, a melhorar a memória, o autocontrolo e o autoconhecimento, através do jogo espontâneo, onde a terapeuta disponibilizará diversos materiais pela sala (p.e. esponjas, colchões, bolas, entre outros) e neste sentido, será permitido que a criança explore os materiais de forma espontânea apelando ao jogo livre, através de jogos de inibição e imobilidade e jogos de competição com a terapeuta. Ou seja, é essencial preservar referências fundamentais que garantam um ambiente de segurança emocional e que possibilitem à criança experimentar

a frustração de maneira gradualmente mais elaborada e com menos impulsividade (Rodrigues, 2003).

Na parte final da sessão, realiza-se um momento de retorno à calma, principalmente através do toque terapêutico, com o objetivo primordial de estabelecer um diálogo tônico-emocional que promova as competências relacionais e psicoafectivas da criança (Martins, 2001a cit in Bartolomeu 2021). Pois o toque desempenha um papel fundamental na construção psíquica da criança, ao conter e envolver o corpo, o terapeuta procura diminuir as tensões internas da criança, mobiliza a representação mental que a mesma tem do seu corpo e da sua imagem subjetiva (Sarda, 2002). Crianças como o Leonardo que apresentam dificuldades no controlo da agressividade podem beneficiar destas técnicas, dado que têm a possibilidade de aprender a controlar e compreender melhor o seu próprio corpo, para conseguirem regular os seus comportamentos (Lièvre & Staes, 2012 cit in Bartolomeu 2021).

4.2.9.2. Estratégias

Considerando as características do Leonardo, foram implementadas várias estratégias ao longo da intervenção, com o objetivo de assegurar um bom progresso terapêutico.

- Estabelecimento de uma atmosfera segura e afetiva;
- Desenvolvimento de uma relação empática de modo a promover a afetividade;
- Estabelecer limites e regras dentro da sala de psicomotricidade;
- Definir o Limite de Início (conversa inicial) e de Fim de cada Sessão (conversa final), de forma a promover uma rotina;
- Incluir a criança na escolha das atividades;
- Simbolização no diálogo final;
- Promover atividades que vão de encontro aos interesses da criança, com a finalidade de a manter motivada e investida na sessão;
- Valorização das áreas fortes da criança, possibilitando o trabalho das áreas a desenvolver posteriormente;
- Atribuição de feedbacks e uso de reforços positivos;
- Fornecimento de estratégias que ajudam a acalmar nos momentos de maior raiva e hostilidade.

4.2.9.3. Exemplos de Atividades

Atendendo às características do Leonardo e aos objetivos terapêuticos delineados anteriormente, serão expostos alguns exemplos de atividades realizadas durante a intervenção.

Conforme já referido, todas as sessões seguiram uma estrutura uniforme, com o propósito de criar rotinas e oferecer limites ao Leonardo. Assim, as sessões iniciavam-se com uma conversa inicial, seguida de uma ou duas atividades, consoante a disponibilidade do Leonardo, passando depois para um momento de retorno a calma, seguido pela simbolização e, terminando com a conversa final.

O uso do jogo-em-relação foi bastante frequente, uma vez que oferecia ao Leonardo estímulos importantes para o desenvolvimento da consciência corporal, ajudando-o na aquisição da verticalidade que favorece a percepção do espaço interior e a descoberta gradual do seu próprio eu durante as sessões, enquanto simultaneamente explora e compreende a realidade do espaço exterior (Jaricot, 2006). Durante o jogo-em-relação, o Leonardo desenvolveu e criou atividades de acordo com as suas necessidades emocionais e psicoafectivas (Fernandes, Filho, & Rezende, 2018). O Leonardo procurava com frequência os tecidos, colchões e blocos de espuma para contruir casas, onde se deitava e se envolvia com os tecidos para se sentir tranquilo, convidando a terapeuta para o seu espaço. Assim, é importante que a terapeuta se envolva nos jogos imaginativos da criança, aprenda a escutá-la, aceite o que a criança traz, esteja disponível para ser e estar com a mesma, e use a sua criatividade para sugerir a introdução de novos elementos lúdicos, desta forma, a presença atenta e participativa que a terapeuta adquire nos jogos propostos pela criança, permite à mesma experienciar a capacidade de ser autónoma, sentir-se eficaz e desenvolver confiança em si própria (Fernandes, Filho, & Rezende, 2018).

Outro tipo de atividades envolvia competição e o uso de bastões, uma vez que estes materiais ajudam a lidar com a agressividade e a regressão, permitindo à criança aprender a estabelecer limites e a respeitar as regras (Silva & Santos, 2020). Nos primeiros jogos com estes materiais e neste contexto competitivo, o Leonardo deparava-se frequentemente com a frustração, mas, ao longo do tempo, conseguiu desenvolver estratégias para se acalmar em momentos de maior tensão.

Durante a realização de todas as atividades, era essencial considerar a maneira como o feedback era transmitido ao Leonardo, pois este demonstrou ser uma criança muito sensível à palavra do adulto. Assim, na intervenção psicomotora em saúde mental, dá-se uma maior relevância à palavra, uma vez que esta facilita a atribuição de significado e a associação simbólica às sensações experienciadas através do diálogo corporal durante as sessões (Maximiano, 2004).

O retorno à calma nas primeiras sessões foi desafiante para o Leonardo, pois ele adotava um olhar evitante e apresentava sinais de tensão corporal. Por isso, a terapeuta decidiu mediar o processo de relaxamento utilizando objetos como uma bola e lenços, que desempenham uma função transitória, ajudando a regular as tensões ansiosas e expectativas características das fases iniciais da intervenção (Maximiano, 2004). É importante destacar, considerando as características do Leonardo, que poderia existir um possível evitamento ou fuga das sensações proporcionadas pelo relaxamento. Ou seja, as expressões de tensão ao ser observado, a entrega gradual de confiança ao olhar do outro e, conseqüentemente, a aceitação progressiva da passividade e vulnerabilidade perante esse olhar, permitem à psicomotricista avaliar as dificuldades relacionais e gerir esse confronto, promovendo situações que inicialmente não sejam demasiado expositivas e que ofereçam a oportunidade de criar um ambiente seguro e de confiança (Maximiano, 2004).

4.2.10. Avaliação Final

Desenho da Pessoa (Naglieri, 1988)

Na aplicação do DAP – Desenho da Pessoa, o Leonardo obteve novamente uma classificação total na média ao esperado para a sua idade.

Tabela 18 – Desenho da Pessoa – Avaliação Final - Leonardo

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Totais (H+M+P)
Valor Bruto	44	47	47	138
Valor Standard	98	103	103	101
Percentil	45	58	58	53

No entanto, é importante destacar que, na avaliação final, houve um desinvestimento notável na qualidade do desenho, o que pode estar relacionado com o período de stress que o Leonardo está a atravessar. Ele mencionou repetidamente ter de decidir com quem iria viver em tribunal, o que pode ter impactado a sua capacidade de concentração e a sua motivação durante a tarefa.

Este desinvestimento é refletido numa diminuição significativa na pontuação do desenho do homem, que passou de um percentil de 75 para 45. Embora tenha existido um ligeiro aumento na pontuação do desenho da mulher, que passou de um percentil de 55 para 58, o desenho do próprio também sofreu uma redução, descendo de 63 para 58 pontos.

De um modo geral, observa-se uma pobreza nos detalhes de cada figura desenhada, notando-se a ausência de pormenores como a representação dos olhos, da boca e os detalhes nas roupas. Além disso, as figuras desenhadas parecem mais simplificadas, assemelhando-se a formas geométricas, ao contrário do que foi observado na avaliação inicial. Este empobrecimento nos desenhos pode ser um indicativo do estado emocional do Leonardo e da sua capacidade de expressão neste momento.

EAQ – Emotional Awareness Questionnaire (Rieffe, et al., 2007)

As respostas do Leonardo na avaliação final parecem refletir um nível de consciência maior em comparação com as respostas que forneceu na avaliação inicial.

Na dimensão de "diferenciar as emoções", o Leonardo admite que, em algumas situações, não compreende totalmente a razão pela qual se sente chateado, nem consegue prever quando algo o irá incomodar. Esta mudança é significativa em relação à avaliação anterior, na qual ele afirmava saber e identificar com precisão a origem das suas emoções.

Embora mantenha algumas dificuldades na expressão verbal das suas emoções, semelhante ao que foi observado na avaliação inicial, o Leonardo menciona que se sente mais à vontade para partilhar os seus sentimentos com a terapeuta e com os amigos mais próximos. Isso indica um progresso na sua capacidade de comunicar o que sente, mesmo que essa habilidade ainda não esteja totalmente desenvolvida.

O Leonardo parece ter internalizado a importância de que as outras pessoas compreendam como ele se sente. No entanto, através das suas respostas, nota-se que, em certas ocasiões, ele tenta esconder as suas emoções, justificando-se ao dizer que não quer

preocupar os outros. Esta ambivalência pode refletir um dilema interno entre o desejo de ser compreendido e a preocupação com o impacto das suas emoções nos outros.

Na dimensão da consciência corporal, o Leonardo reconhece que a sua perceção do corpo muda quando algo o incomoda. Contudo, ainda apresenta dificuldades em associar os sintomas físicos e as alterações que sente no seu corpo às emoções subjacentes.

Quanto à capacidade de "atender às emoções dos outros", o Leonardo expressa interesse em saber como os seus amigos se sentem. No entanto, refere que, em algumas situações, não consegue perceber realmente o que os amigos estão a sentir. Esta mudança em relação à avaliação inicial, onde afirmava sempre saber como os amigos se sentiam, sugere um desenvolvimento na sua perceção social, mas também revela a continuidade de algumas limitações nesta área.

Em suma, através das respostas do Leonardo, torna-se evidente que ele reconhece a importância de compreender e analisar as suas emoções e sentimentos. No entanto, ainda está a desenvolver essa capacidade.

SDQ – Questionário de Capacidades e de Dificuldades (Goodman, 1997)

Com base nas respostas fornecidas pela tia do Leonardo no questionário, foram identificadas algumas alterações, tanto positivas como negativas.

Atualmente, a tia acredita que o Leonardo demonstrou progresso na sua capacidade de partilhar objetos com outras crianças e observa que ele parece ter feito mais amigos, o que é um sinal encorajador de desenvolvimento social e de habilidades interpessoais.

Além disso, a tia refere que o Leonardo conseguiu melhorar o seu autocontrolo, uma vez que a sua agitação motora parece ter diminuído. Esta redução pode indicar um avanço na regulação emocional e na capacidade de se manter focado e calmo em situações sociais.

Contudo, surgem algumas preocupações. A tia do Leonardo menciona que ele não apresenta qualquer tipo de preocupação, o que contrasta com as manifestações observadas durante as sessões de psicomotricidade, onde o Leonardo expressou sentir uma preocupação e ansiedade excessiva em relação à sua situação familiar e à necessidade de

escolher com quem ficar a viver. Esta discrepância pode sugerir que o Leonardo, em casa, se sente mais inseguro ou que tenta ocultar as suas preocupações no ambiente familiar.

Adicionalmente, a tia aponta que o Leonardo parece ter começado a mentir com frequência. Este comportamento pode ser um indicativo de várias questões, incluindo a procura de atenção, a tentativa de evitar consequências negativas, ou uma forma de lidar com a sua ansiedade. Essa alteração no comportamento merece uma atenção cuidadosa, pois pode refletir alterações na dinâmica familiar ou nas interações sociais da criança.

Assim, as observações da tia do Leonardo revelam tanto progressos significativos no seu desenvolvimento social e no autocontrolo, como também áreas que necessitam de mais atenção, especialmente no que diz respeito à sua saúde emocional e à expressão das suas preocupações.

4.2.11. Progressão Terapêutica

O Leonardo foi encaminhado pelo pedopsiquiatra por apresentar características de risco, por ser aparentemente uma criança muito zangada, ter dificuldades em lidar com frustração e apresentar comportamentos agressivos.

O Leonardo foi acompanhado em sessões de psicomotricidade desde janeiro de 2024 a junho de 2024.

Numa fase inicial de intervenção, existiu a necessidade de estabelecer um setting terapêutico contendor e securizante bem como o estabelecimento de uma relação terapêutica segura (Costa, 2011). No decorrer da intervenção, foi importante ter em conta a forma como os feedbacks eram fornecidos ao Leonardo, demonstrando ser um jovem muito sensível. Os aspetos mais trabalhados foram o desenvolvimento das competências sociais, a promoção da regulação emocional e o aumento da consciência emocional.

O Leonardo é um jovem que estabelece facilmente relação com o adulto, colaborando dessa forma com a terapeuta, no entanto, quando algo não corre como o esperado os seus comportamentos desafiadores surgem, apresentando uma baixa tolerância à frustração. É um jovem que chega a maior parte das vezes com uma expressão “desconfiada” à sessão. Contudo, quando realizadas atividades de maior interesse para o Leonardo este empenhava-se, ainda assim, se a terapeuta alterasse algumas regras impostas pelo mesmo, o Leonardo apresentava comportamentos agressivos. Em relação

à relaxação, era de notar uma grande tensão corporal que pareceu diminuir durante a intervenção.

Tendo em conta que o Leonardo está num momento em que podem existir mudanças na sua vida, seria importante manter o acompanhamento em psicomotricidade a fim de desenvolver ferramentas que o auxiliem na tomada de decisão e no fornecimento de estratégias que ajudem a acalmar nos momentos de maior raiva e hostilidade.

4.2.12. Discussão

Na presente discussão, é fundamental abordar as razões que levaram ao encaminhamento do Leonardo para a intervenção em psicomotricidade. O pedopsiquiatra identificou diversas características de risco, entre as quais se destacam a raiva, as dificuldades em lidar com a frustração e a manifestação de comportamentos agressivos. Estes fatores sublinharam a necessidade de existir uma intervenção estruturada e específica, destinada a promover o bem-estar emocional e social do Leonardo.

Desde o início, foi necessário estabelecer um setting terapêutico que fosse contendor e securizante, permitindo ao Leonardo sentir-se confortável e à vontade para se expressar, pois, a relação terapêutica segura e confiável foi essencial para o seu envolvimento nas atividades (Costa, 2011).

Um estudo de Dutra (2012), que teve como objetivo estudar a influência do estímulo social através de feedbacks verbais sobre a cooperação infantil, demonstrou e concluiu que o feedback negativo pode ter um impacto moral nas crianças, acabando por sinalizar comportamentos que devem ser evitados e possivelmente gerando sentimentos de vergonha e culpa. Este efeito levou as crianças a ajustarem o seu comportamento para evitar a crítica (Dutra, 2012). Relacionando este estudo com o caso do Leonardo, é evidente que a terapeuta tinha de ter um cuidado especial na forma como fornecia os feedbacks durante as sessões. Sendo o Leonardo uma criança muito sensível, qualquer frase que ele interpretasse como crítica podia desencadear comportamentos agressivos, refletindo a sua baixa tolerância à frustração. Assim, era fundamental garantir que os feedbacks fossem apresentados de forma a minimizar reações adversas e promover o seu envolvimento positivo nas atividades.

Um dos principais objetivos da intervenção foi o desenvolvimento das competências sociais, uma vez que o Leonardo apresentava dificuldades em lidar com situações sociais, especialmente quando não corriam conforme as suas expectativas. É

importante notar que, embora o Leonardo estabelecesse facilmente relações com adultos, a sua baixa tolerância à frustração levava frequentemente à emergência de comportamentos desafiadores quando as situações não se desenrolavam como desejado (Roberto, 2013).

Um aspeto notável positivo durante a intervenção foi a redução da tensão corporal do Leonardo. No início das sessões, este apresentava um nível elevado de tensão, que, ao longo do tempo, pareceu diminuir, o que indica que os momentos de retorno à calma e as intervenções direcionadas à regulação emocional tiveram um impacto positivo na sua capacidade de relaxar e acalmar (Maximiano, 2004).

Em suma, o acompanhamento psicomotor do Leonardo foi essencial para abordar as dificuldades emocionais e comportamentais identificadas, como a raiva, a frustração e os comportamentos agressivos. A criação de um ambiente terapêutico seguro e a adaptação cuidadosa dos feedbacks foram fundamentais para promover o seu envolvimento nas atividades e minimizar as reações adversas. Ao longo da intervenção, foi possível observar uma redução significativa da tensão corporal, o que demonstra o impacto positivo das estratégias de relaxação utilizadas e de regulação emocional aplicadas. No entanto e considerando que o Leonardo se encontra num período de transição e de possíveis mudanças significativas na sua vida, é crucial assegurar a continuidade do acompanhamento em psicomotricidade.

V. Conclusão

A escolha para a realização deste estágio curricular no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência surge do interesse da estagiária psicomotricista em aprofundar os seus conhecimentos na área da saúde mental infantojuvenil e de perceber qual o impacto de um psicomotricista nos Serviços de Psiquiatria. Surge também, porque o primeiro estágio foi desenvolvimento num contexto distinto, tendo sido realizado numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI).

Do ponto de vista pessoal da estagiária, a experiência do estágio neste contexto resultou num significativo desenvolvimento profissional, uma vez que possibilitou a aquisição de um vasto conjunto de conhecimentos teóricos e práticos. Além disso, esta vivência também favoreceu um crescimento pessoal considerável, permitindo um aprofundamento no autoconhecimento enquanto terapeuta, bem como a descoberta de habilidades e competências que antes não eram reconhecidas. Face aos diversos casos acompanhados, foi possível potenciar essas competências e desenvolver novas habilidades, contribuindo para a construção da chamada “intuição profissional”. Isso permitiu realizar intervenções psicomotoras mais adequadas e ajustadas a cada uma das situações observadas.

O trabalho em equipa multidisciplinar e a interação com os técnicos e profissionais deste Serviço foram estabelecidos de forma rápida, o que favoreceu a troca de conhecimentos e experiências sobre os casos abordados e tratados em conjunto. Essa colaboração permitiu realizar intervenções mais adequadas a cada situação específica. Além disso, facilitou a partilha de várias estratégias sobre como abordar tanto os casos em intervenção como as suas famílias, o que é essencial para o sucesso da intervenção psicomotora. A equipa da Área de Dia e do Hospital de Dia realizava reuniões semanais, onde era possível discutir os casos, esclarecer dúvidas e explorar diferentes alternativas terapêuticas. Esses encontros revelaram-se essenciais para o êxito das intervenções realizadas, assim como para promover a aprendizagem e a partilha de experiências da estagiária.

Em suma, o estágio no Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência proporcionou à estagiária uma valiosa experiência para aprofundar conhecimentos em saúde mental infantojuvenil e compreender o papel do psicomotricista. Este percurso favoreceu o desenvolvimento profissional e pessoal, promovendo o autoconhecimento e

a descoberta de novas competências. A interação com a equipa multidisciplinar e as reuniões semanais foram essenciais para a troca de estratégias e a realização de intervenções mais adequadas. Assim, esta experiência enriqueceu a formação da estagiária e preparou-a para futuras práticas na área da psicomotricidade.

VI. Referências

- Ajuriaguerra, J. de.** (1962). *Manual de psiquiatria infantil*. Masson.
- Almeida, G.** (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56–64.
- Almeida, J. G., Costa, J., Gonçalves, N., Mendonça, D., Sanchez, J., & Talina, M.** (2005). Grupos psicoterapêuticos de adolescentes com perturbações do comportamento. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes* (pp. xx–xx). Trilhos Editora.
- Antunes, N. L.** (2018). *Sentidos*. Lua de Papel.
- APA – American Psychiatric Association.** (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.^a ed.; DSM-5). Climepsi.
- APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade.** (2017). *Prática profissional*. <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/> (Acedido em 2024)
- Barros, S.** (2021). *PHDA e intervenção precoce em contexto de pré-escolar* [Dissertação de Mestrado, Instituição]. Repositório.
- Bartolomeu, M.** (2021). A importância do corpo na intervenção psicomotora. *Revista Portuguesa de Psicomotricidade*, 10(2), 14–22.
- Berger, E.** (2001). *Developmental psychomotor theory in childhood*. *Child and Family Studies Review*, 5(1), 25–39.
- Boas, C. B.** (2018). *Revisão sistemática do tratamento farmacológico de pacientes com TDAH associado ao transtorno de ansiedade* [Dissertação de Mestrado, Instituição]. Repositório.
- Boscaini, F.** (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 2, 20–26.
- Bowlby, J.** (1969). *Attachment and loss. Volume 1: Attachment*. Penguin Books.

- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D.** (2010). *BOT-2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Second Edition: Brief Form Manual and Administration Easel*. Pearson.
- Cardoso, J., & Veríssimo, M.** (2013). Estilos parentais e relações de vinculação. *Análise Psicológica*, 31(4), 393–406.
- Carvalho, I., Pereira, I., Zaragoza, P., Ramos, V., & Pires, P.** (2013). Intervenção psicoterapêutica em grupo de adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 91–104.
- Carvalho, M. A.** (2007). *Vinculação, temperamento e processamento da informação: Implicações nas perturbações emocionais e comportamentais no início da adolescência* [Dissertação de Mestrado, Instituição].
- Child Abuse and Neglect (ISPCAN).** (2006). *Preventing child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. WHO Press.
- Choque, J.** (1994). *Concentration et relaxation pour les enfants*. Michel Albim.
- Coppenolle, H. V., 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.
- Cordinhã, C., & Boavida, J.** (2008). A criança hiperactiva: Diagnóstico, avaliação e intervenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 577–589.
- Costa, J. M.** (2011). *Estudo da eficácia da intervenção psicomotora de base relacional em ambiente clínico no tratamento de crianças com PHDA – estudo piloto* [Dissertação de Mestrado, Instituição].
- Duarte, L. B.** (2021). *Ajustamento socioemocional e envolvimento em comportamentos de bullying* [Dissertação de Mestrado, Instituição].
- Dutra, N. B.** (2012). *A influência do feedback verbal na cooperação em crianças* [Dissertação de Mestrado, Instituição].
- Esquina, R., Figueiredo, I., Silva, P., Alves, M., & Pires, P.** (2013). Reflexões sobre uma intervenção terapêutica de grupo para crianças com alterações do comportamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 35, 53–70.

- Feitosa, H. N., Ricou, M., Rego, S., & Nunes, R.** (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas. *Revista Bioética*, *19*, 259–275.
- Fernandes, J.** (2022). Psicomotricidade: reflexões, contextos e mediadores. In G. Veiga, J. Fernandes, A. R. Mira, & J. Marmeleira (Eds.), *Qual psicomotricidade? Reflexões* (pp. 1–31).
- Fernandes, J. M., Filho, P. J., & Rezende, A. L.** (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, *26*(3), 702–709.
- Fonseca, V. da.** (2010a). *Manual de observação psicomotora*. Âncora Editora.
- Fonseca, V. da.** (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, *18*(17), 42–52.
- Goodman, R.** (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(5), 581–586.
- Heck, V. S.** (2014). *A influência das invasões ambientais nos sintomas de ansiedade infantil: uma experiência de psicodiagnóstico interventivo* [Dissertação de Mestrado, Instituição].
- Jaricot, B.** (2006). Du corps à corps à sa propre verticalité. *Enfances & Psy*, *33*(4), 80–91.
- Leal, I.** (2010). *Entrevista clínica e psicoterapia de apoio*. Placebo Editora.
- Mastrascusa, C.** (2022). O que te faz psicomotricista? *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, *47*, 47–57.
- Matias, A. R., & Morais, A.** (2011). La psychomotricité au Portugal. *Entretiens de Psychomotricité*.
- Maximiano, J.** (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85–95.
- McLeod, J. D., & Fettes, D. L.** (2007). Trajectories of failure: The educational careers of children with mental health problems. *American Journal of Sociology*, *113*(3), 653–701.

- Mira, A. R., & Veiga, G.** (2022). Comunicação não-verbal: O toque na prática psicomotora. In G. Veiga, J. Fernandes, A. R. Mira, & J. Marmeleira (Eds.), *Psicomotricidade – reflexões, contextos e mediadores* (pp. 135–149).
- Monteiro, C.** (2014). *PHDA e autoestima: Que relação?* [Dissertação de Mestrado, Instituição].
- Naglieri, J. A.** (1988). *DAP Draw a Person: A Quantitative Scoring System*. Harcourt Brace Jovanovich.
- Nascimento, G. S., & Orth, M. R.** (2008). A influência dos fatores ambientais no desenvolvimento infantil.
- Pereira, A. F.** (2023, Janeiro 30). Metodologias de intervenção. In *Transversalidade da prática psicomotora: Da psicomotricidade infantil à gerontopsicomotricidade* (pp. 10–12).
- Pimentel, F. de, Méa, C. P., & Patias, N. D.** (2020). Vítimas de bullying, sintomas depressivos, ansiedade, estresse e ideação suicida em adolescentes. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(2), 205–216.
- Rajado, H. I.** (2012). *Negligência nos cuidados infantis: Como identificar... Como atuar....*
- Rieffe, C., Terwogt, M. M., Petrides, K., Cowan, C., Miers, A., & Tolland, A.** (2007). Psychometric properties of the Emotion Awareness Questionnaire for children. *Personality and Individual Differences*, 43, 95–105.
- Roberto, T. A.** (2013). *Aprender para ajudar – PHDA*.
- Rodrigues, A.** (2003). Autorregulação e génese do pensamento simbólico: Fundamentos para uma intervenção psicomotora com crianças com PHDA. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 2, 7–19.
- Rodriguez, J. S., & Llinares, M. L.** (2008). El rol del psicomotricista. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 22(2), 35–60.
- Sarda, J.** (2002). Le toucher en thérapie psychomotrice. *Enfances & Psy*, 20(4), 86–95.

- Serviço Nacional de Saúde.** (2024). Unidade Local de Saúde Almada-Seixal. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/> (Acedido em 2024)
- Sebastião, D. M.** (2014). *Validação do Questionário de Consciência Emocional para crianças na população portuguesa* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].
- Silva, J. M., & Santos, J. C.** (2020). A influência do jogo simbólico no setting psicoterapêutico à luz da psicomotricidade relacional. *Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1), 66–80.
- Silva, M. I.** (2013). *Intervenção em Síndrome de Asperger: Um estudo de caso.*
- Silva, N. F.** (2014). *Teoria da vinculação.*
- Silva, T. C.** (2011). Psicomotricidade em saúde mental na infância e adolescência: Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência do Hospital São Francisco Xavier.
- Souza, I., Pinheiro, M. A., & Mattos, P.** (2005). Transtorno de ansiedade em pacientes com TDAH. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 63(2b), 407–409.
- Suh, Y. T., & Moon, D. H.** (2016). Effect of psychomotor program on inattention and impulsivity of children with ADHD. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(25).
- Toledo, L., Toledo, R., & Cevallos, T.** (2017). *Psicomotricidad infantil.* CIDE.
- Veiga, G.** (2012). Psicomotricidade na transformação do agir: A brincar, a brincar... aprendemos a pensar! In J. Fernandes & P. Gutierrez (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 45–58). Manole Editores.
- Veiga, G., & Marmeleira, J.** (2018). Regulação emocional: Contributos das técnicas de relaxação. In *Multiple Approaches to the Study and Intervention in Stress* (pp. 52–66).
- Veiga, G., Oosterveld, P., Fernandes, J., & Rieffe, C.** (2017). Validation of the Portuguese Emotion Awareness Questionnaire for children and adolescents. *European Journal of Developmental Psychology*, 16(2), 215–224.

Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Slim Books Series.

Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes*.
Trilhos Editora.

World Health Organization (WHO), & International Society for the Prevention of

VII. Anexos

Anexo 2. Grelha de Observação Individual

(Costa, 2017; Llinares, M. & Rodríguez, J., 2008)

Grelha de Observação

Nome: _____ Idade: _____

Data da Observação: ____ / ____ / ____

Obs: preencher descritivamente de acordo com a qualidade do comportamento, atitude ou competência observada

Observação Geral	
Contacto/Olhar	
Expressão Facial	
Desenvolvimento Estato-ponderal	

Aparência Física	
Postura	
Interesses da Criança	
Interação com o Adulto	

Voz/Tom	
Percepção Auditiva e Visual	
Compreensão Verbal	
Expressão Verbal	

Comunicação Não-Verbal	
Na tarefa	
Atitude Perante a Atividade	
Atitude Relativamente ao Outro	
Relação com os Materiais	

Utilização dos Materiais	
Interesse pelo Jogo	
Pensamento Simbólico	
Qualidade do Gesto	

Intenção do Movimento/Planeamento	
Atenção	
Expressão Motora	
Tonicidade	
Equilíbrio Estático	







Equilíbrio Dinâmico	
Lateralidade	
Noção do Corpo	
Estruturação espaço-temporal	

Praxias	
Outras observações	




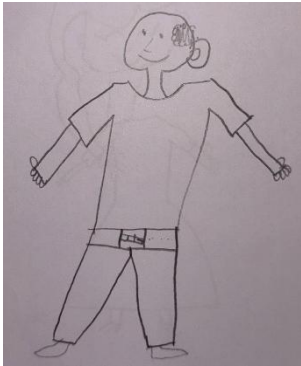

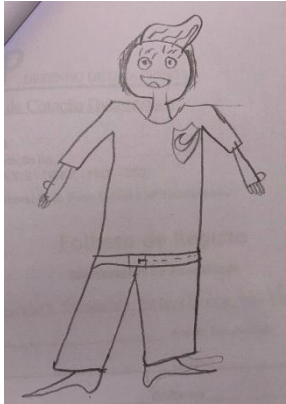
Anexo 3. Grelha de Observação para os Grupos da AD e do HD

(Nome do Utente)	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
1. Relações emocionais							
2. Autoconfiança							
3. Atividade							
4. Relaxação							
5. Controlo do movimento							
6. Atenção focalizada							
7. Expressividade do movimento							
8. Comunicação verbal							
9. Regulação social							

Anexo 4. Avaliação Inicial e Final – DAP – Madalena

<u>Avaliação Inicial</u>		
Homem		
Mulher		
Próprio		
<u>Avaliação Final</u>		
Homem		
Mulher		
Próprio		

Anexo 5. Avaliação Inicial e Final – DAP – Leonardo

<u>Avaliação Inicial</u>		
Homem		
Mulher		
Próprio		
<u>Avaliação Final</u>		
Homem		
Mulher		
Próprio		

Anexo 6. Exemplo de Plano de Sessão & Reflexão – Madalena

Plano de Sessão 16.11.2023		
Atividade	Descrição	Duração
Conversa Inicial	Ao entrar na sala, solicita-se à jovem que tire os sapatos e se sente na almofada previamente colocada num canto específico da sala. Em seguida, ocorre um breve diálogo para perguntar à jovem como está e como foi a sua semana. Depois disso, é feito o planeamento da sessão no quadro.	5'
1ª Atividade	A jovem é convidada a caminhar pela sala ao som da música e é solicitada a efetuar as instruções dadas pela terapeuta: <ul style="list-style-type: none"> • Quando a música para, para o movimento • Quando a música para, faz-se uma posição de yoga (Variante 1). • Escrever nomes de animais no quadro, com a letra legível até a música parar. Voltar a caminhar pelo espaço ao som da música e quando a mesma voltar a parar, imitar as posições de deslocação desses animais (Variante 2). • Relembrar os nomes dos animais que escreveu (Final da atividade). 	20'
Retorno à calma/relaxação	A terapeuta fornece um colchão à jovem e solicita que escolha um local na sala para se deitar. Avisa que está segura e por isso pode fechar os olhos caso queira/consiga. É então sugerida a imaginação de um local que lhe é agradável (jardim, praia, o seu quarto, entre outros), onde está deitada a descansar. Nesse local os problemas e aquilo que a preocupa parece desaparecer, o que a ajuda a acalmar e relaxar. É convidada a colocar as suas mãos na barriga e a tomar consciência da sua respiração, inspirando pelo nariz e expirando pela boca. Se a sua	10'

	barriga fosse um balão, ao inspirar ele iria encher e ao expirar ele iria esvaziar. No final, deverá manter-se deitada até se sentir pronta para abrir os olhos e levantar-se. A perguntam-lhe se está bem e mais calma.	
Simbolização	Solicita-se à jovem que reflita um pouco sobre a sessão e elabore o desenho sobre a mesma, onde tem liberdade para desenhar o que mais gostou, o que menos gostou e como se sentiu no decorrer da sessão.	5'
Conversa Final	Solicita-te à jovem que volte para a almofada presente na Conversa Inicial e com o auxílio da simbolização realizada, a terapeuta questiona a jovem como foi e como se sentiu na sessão.	5'

Na sessão de hoje, Madalena embora apresenta-se alguma agitação psicomotora (tipicamente associada ao seu diagnóstico de PHDA), o seu discurso estava mais lento e a mesma estava mais calma.

Na conversa inicial foi possível explicar as atividades que iriam ser realizadas sem que a mesma interrompesse o discurso da terapeuta e ainda houve espaço para a criança falar sobre a sua semana e desta vez sem apresentar um discurso verborreico, sendo calma e organizando o mesmo.

A atividade fundamental desta sessão, tinha como objetivo promover o controlo inibitório da jovem, é possível observar que a mesma tem dificuldades em parar quando lhe é solicitado, no entanto, é de ressaltar o esforço que a mesma faz quando se encontra em posição de “estátua”, notando-se também várias oscilações corporais e até mesmo desequilíbrios. Foi possível perceber ainda que a música é um estímulo externo e um mediador muito importante para esta jovem, proporcionando-lhe mais harmonia no movimento e uma maior concentração nas atividades.

A simbolização é sempre um momento de muita concentração para Madalena e a mesma produz desenhos muito elaborados, no entanto é de ter em atenção a forma como Madalena desenha, ou seja, mantém um contacto ocular muito próximo da folha (aproximadamente 3 dedos de distância).

É importante nestas sessões iniciais com a Madalena desenvolver trabalhos de controlo inibitório com o recurso da música e delimitar muito bem os tempos da sessão para oferecer rotinas e limites a esta jovem.

Anexo 7. Exemplo de Plano de Sessão & Reflexão – Leonardo

Plano de Sessão 12.03.2024		
Atividade	Descrição	Duração
Conversa Inicial	Ao entrar na sala, solicita-se ao jovem que tire os sapatos e se sente na almofada previamente colocada num canto específico da sala. Em seguida, ocorre um breve diálogo para perguntar ao jovem como está e como foi a sua semana. Depois disso, é feito o planeamento da sessão no quadro.	5'
1ª Atividade	No canto inferior da sala são dispostos 4 cones grandes e o meio da sala assinala o lugar onde a terapeuta e o jovem podem atirar os cones pequenos. O objetivo é que os cones pequenos encaixem nos grandes. Quem tiver maior pontuação ganha o jogo.	10'
2ª Atividade	São dispersas pela sala várias plataformas de diferentes texturas. O jovem é convidado a caminhar ao som de uma música, quando a música parar o jovem terá de se deslocar a plataforma mais próxima e permanecer 10 segundos em apoio unipedal em cima da plataforma.	10'
Retorno à calma/relaxação	Leitura do livro “o novelo das emoções”	10'
Simbolização	Solicita-se ao jovem que reflita um pouco sobre a sessão e elabore o desenho sobre a mesma, onde tem liberdade para desenhar o que mais gostou, o que menos gostou e como se sentiu no decorrer da sessão.	5'
Conversa Final	Solicita-se ao jovem que volte para a almofada presente na Conversa Inicial e com o auxílio da simbolização realizada, a terapeuta questiona o jovem como foi e como se sentiu na sessão.	5'

A sessão de hoje foi muito importante para o Leonardo e para a própria terapeuta perceber e entender certas queixas encaminhadas pela tia.

Na 1ª atividade, a terapeuta mencionou que iriam existir 3 jogadas, quem ganhasse mais pontos, ganhava o total do jogo. Nas 2 primeiras era o Leonardo que estava a ganhar, perguntando até à terapeuta:

Leonardo: “Está a deixar-me ganhar?”

Terapeuta: “Claro que não, assim não ganharias de forma justa”

Na 3ª jogada, quando o Leonardo percebeu que quem estava a ganhar era a terapeuta, começou rapidamente a dar pontapés em todos os pinos e a atirar de maneira agressiva o bastão para o chão, sentando-se depois encostado à parede, com os seus joelhos dobrados em direção ao peito e a apertar os mesmos com as suas mãos. A terapeuta esclareceu tentando acalmá-lo que é normal na vida não ganharmos tudo, que por vezes também não faz mal perder e que é necessário arranjar ferramentas para lidar com alguns monstros que aparecem dentro de nós. O Leonardo conseguiu acalmar-se e foi possível realizar o restante planeamento.

No retorno à calma e através da leitura de uma história o Leonardo conseguiu concluir que as nossas dificuldades são o que nos caracteriza e que aprendermos a perder também faz parte. Para além disso, conseguiu refletir que não precisamos de ser excelentes em tudo o que fazemos.

Anexo 7. Exemplo de Plano de Sessão & Reflexão dos Grupos 1 e 4 da AD

Local: sala polivalente	Data: 06/11/2023
<p>Objetivos gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover as relações interpessoais • Promover o movimento • Promover a autorregulação • Promover a criatividade e a espontaneidade 	
<p>Estratégias gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar feedback positivo • Estabelecer limites e regras • Criar de uma atmosfera contentora • Respeitar o espaço de cada criança • Respeitar ritmo e tempo de resposta de cada criança • Intervir nos comportamentos disruptivos 	

	Descrição da atividade	Objetivos específicos	Material	Duração
Conversa Inicial	Os terapeutas e as crianças entram na sala, descalçam-se e sentam-se nas almofadas previamente colocadas em círculo. De seguida, os terapeutas perguntam às crianças como correu o fim de semana, enquanto se escrevem os nomes dos elementos do grupo no quadro. Depois, os terapeutas perguntam às crianças como se sentem no dia da sessão e, se conseguirem, que digam uma palavra que defina o mesmo. Após isto e para finalizar o ritual de entrada, os terapeutas perguntam às crianças se se lembram do que fizeram na última sessão e escreve-se no quadro as etapas da presente sessão.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o estabelecimento de uma relação empática e securizante - Promover a relação terapêutica - Potenciar a capacidade de partilhar emoções e/ou sentimentos - Promover a capacidade de esperar pela sua vez de falar 	Almofadas Quadro Caneta	10 minutos

Atividade 1	<p>É pedido que se levantem das almofadas e fiquem na linha que marca o centro da sala. Os terapeutas dividem o grupo em duas equipas (3/3 ou 2/3) e explicam a atividade que consiste no seguinte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Escolher um cartão fornecido pelos terapeutas que irá mostrar o tipo de deslocamento que deverão adotar 2. Deslocar-se de acordo com a informação do cartão até à ponta da sala onde estão as regras da sessão impressas, utilizadas da última sessão 3. Apanhar uma regra e voltar ao ponto de partida 4. As regras estarão incompletas, então o grupo deverá procurar pelas “peças” que completam 5. Quando já as tiverem apanhado todas, deverão ler uma a uma e relembrar-se onde é o seu lugar “posso fazer” ou “não posso fazer” 6. Na outra ponta estão dois pinos e dois arcos, que serão os alvos, os verdes serão “posso fazer” e os vermelhos “não posso fazer” 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover e adequar a relação entre os pares - Promover a expressão corporal - Potenciar a criatividade em grupo - Desenvolver a consciência do próprio corpo e a sua relação com o espaço e com os outros 	<p>Regras impressas Arcos (2) Pinos (2) Cartões com diferentes deslocamentos</p>	<p>20 minutos</p>
--------------------	--	--	--	-------------------

	7. Os terapeutas distribuirão bolas pelas equipas, que deverão lançar conforme achem que é a resposta correta			
--	---	--	--	--

Atividade 2	<p>Depois dos diversos materiais da última atividade estarem arrumados e o espaço da sessão livre, cada criança é solicitada que escolha um lugar da sala e permaneça até os terapeutas dizerem algo. De seguida, os terapeutas irão dizer várias situações e deslocamentos que poderão realizar como se fosse “o Rei manda”.</p> <p>Exemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andar de costas • Saltar como um coelho • Rolar • Andar como uma cobra • Andar em câmara lenta • Fingir que estão a nadar na piscina • Fazer um círculo à sua volta • Fazer um triangulo à sua volta • Cada um faz um número com o corpo • Ouvir o silêncio • Cada um faz a primeira letra do seu nome com o corpo • Parar/estátua 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a expressão corporal - Potenciar a criatividade em grupo - Desenvolver a consciência do próprio corpo e a sua relação com o espaço e com os outros 		10 minutos
--------------------	---	---	--	------------

Retorno à calma	No final da última atividade são colocados colchões para cada criança ou utilizadas as almofadas do início e é solicitado que se deitem e, se quiserem, fechem os olhos. Quando estiverem prontos e em silêncio, é pedido que respire profundamente – “inspirar pelo nariz e expirar pela boca” – e que sintam os seus corpos a ficar mais calmos à medida que a respiração acalma.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a capacidade de se acalmar - Promover consciencialização corporal - Diminuir a impulsividade e agitação psicomotora - Diminuir os estados ansiosos 		10 minutos
Conversa final	Quando se sentirem preparados, é solicitado que se sentem. Os terapeutas perguntam às crianças como se estão a sentir e se há diferenças em relação ao início. Depois, serão distribuídas folhas por todos onde poderão simbolizar a atividade que mais gostaram e como se sentiram a realizar a mesma. Quando terminados os desenhos, é dada a possibilidade de mostrarem e partilharem com o grupo. A sessão é dada por terminada e os terapeutas pedem às crianças que voltem a calçar-se.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a relação entre os pares - Promover o estabelecimento de uma relação empática e securizante - Promover a relação terapêutica - Potenciar a capacidade de partilhar emoções e/ou sentimentos - Promover a capacidade de esperar pela sua vez de falar 		10 minutos

Grupo 1:

Inicialmente existiu a conversa inicial, onde 2 dos elementos, por já terem frequentado, anteriormente, as sessões de grupo, o A. e o S., estavam constantemente a interromper os colegas e o grupo, mas de formas distintas, o S. queria ajudar os novos colegas para que estes percebessem o intuito da conversa inicial e o A., por outro lado, apresentou um comportamento disruptivo, onde tentava distrair os colegas. Ainda na conversa inicial, recorreu-se ao quadro branco para apontar as presenças (quem apontou foi o S.) e para planear a sessão por etapas (quem apontou foi a M.)

Seguiu-se um jogo de regras após a conversa inicial, com o intuito de ativar as crianças corporalmente, pois tinham de se deslocar pela sala conforme indicado pelas terapeutas com a finalidade de encontrarem as regras escondidas pela sala (ao som de uma palma, era dito um nome e essa criança tinha de encontrar uma regra com a ajuda dos colegas). Uma vez mais, o A. parecia distraído e tentava destabilizar os seus colegas. No final do jogo o grupo reuniu em círculo, cada um lia as suas regras e colocava-as na cartolina com a correspondência de “O que posso fazer?” e “o que não posso fazer?”, aqui o A. isolou-se de forma repentina num canto da sala sem estabelecer contacto com o grupo, com uma expressão corporal voltada para si próprio e completamente retirado (pelo próprio) da relação com os outros.

Na segunda atividade fundamental, foi feito um jogo com um balão, com o intuito de o grupo conhecer melhor os seus elementos, ou seja, cada vez que um dos elementos estava com o balão tinha de referir “uma coisa que gostasse”, esta atividade resultou de forma positiva no geral, sendo que a M. apresenta mutismo seletivo, contudo, é participativa e o A. voltou a destabilizar o grupo e apresenta uma dificuldade crescente em cumprir regras.

Devido à escassez de tempo, na presente sessão não foi possível ter tempo para a simbolização e conversa final.

Grupo 4: As atividades que constam no planeamento do grupo da manhã são iguais para o grupo da tarde, pois como são as 1^{as} intervenções, dirigem-se mais para a apresentação e esclarecimento de regras.

O que difere este grupo para o grupo da manhã, é que estas crianças são mais do agir, ou seja, expressam-se mais através do corpo utilizando o movimento, apresentado até na sua maioria, agitação psicomotora, do que se expressam pela palavra (que é o que acontece no grupo da manhã).

Neste grupo temos 2 elementos do sexo feminino e 4 elementos do sexo masculino, sendo que a E. é uma criança com um comportamento bastante opositor e impulsiva, a M. aparenta ser interessada e participativa, no entanto, demonstra ser muito expressiva e desorganizada. Em relação aos elementos masculinos, o D. e o L. já frequentavam estas sessões o ano passado e estabelecem uma relação de “cuidado”, ou seja, o D. parece ajudar o L. a integrar-se no grupo. O L. durante as atividades procura muito a terapeuta quando não se sente confortável, no entanto tem um comportamento disruptivo e apresenta estereotípias quando contrariado. O D.L. é uma criança com uma grande agitação psicomotora, desatento e entra a maior parte do tempo em confronto com o L. O D.R. é uma criança mais reservada, algumas vezes desatento e tende a interromper sempre o outro, no entanto, pede sempre desculpa.

Anexo 8. Exemplo de Plano de Sessão & Reflexão do Grupos 1 do HD

Local: sala polivalente	Data: 23/04/2024
População-alvo: Adolescentes	
Estratégias gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar feedback positivo • Estabelecer limites e regras • Criar de uma atmosfera contentora • Respeitar o espaço de cada criança • Respeitar ritmo e tempo de resposta de cada criança • Intervir nos comportamentos disruptivos 	

Objetivos Terapêuticos
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação entre o grupo e os terapeutas - Promover a interação entre os pares - Potenciar a capacidade de adequar o comportamento - Maximizar a partilha e coesão do grupo - Promover a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Apelar ao jogo simbólico - Promover a simbolização

	Descrição da atividade	Material	Duração
Conversa Inicial	Os terapeutas e os adolescentes entram na sala, descalçam-se e sentam-se nas almofadas previamente colocadas em círculo. De seguida, os terapeutas iniciam uma conversa com o grupo, onde se partilharão as atividades realizadas no fim de semana e como se sentem no dia. Posteriormente, um elemento do grupo é convidado a ir ao quadro escrever o nome dos elementos presentes e outro a escrever o plano da sessão.	Almofadas Quadro Caneta	10 minutos
Atividade 1	<p><u>Jogo do Stop</u></p> <p>Os jovens são solicitados a caminhar pela sala ao som de uma música, sendo que um dos jovens vai dizer o abecedário e um dos terapeutas dirá o “Stop”, sendo a letra que for escolhida responsável pelas categorias de cada ronda. Durante o jogo, quando a música parar, um dos terapeutas diz qual vai ser a categoria e os jovens tem de a completar.</p> <p>Exemplos de categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elogios; • Características do próprio; • Características do outro; • Como me sinto; • Entre outras. 	Música	15 minutos
Atividade 2	<p><u>Cartas das emoções</u></p> <p>Os jovens são convidados a formarem um círculo, sendo que cada um recebe 2 cartas que contêm perguntas associadas a emoções, os jovens podem apenas escolher responder a 1 das cartas e partilhar a sua resposta com o grupo.</p>	Cartas das emoções	15 minutos

Conversa final	Os adolescentes e os terapeutas retornam ao círculo inicial, onde estes perguntam aos adolescentes, como se estão a sentir e se há diferenças em relação ao início. Depois, serão distribuídas folhas por todos onde poderão simbolizar a atividade que mais gostaram e como se sentiram a realizar a mesma. Quando terminados os desenhos, é dada a possibilidade de mostrarem e partilharem com o grupo. A sessão é dada por terminada e os terapeutas pedem aos adolescentes que se voltem a calçar.	Almofadas	10 minutos
-----------------------	---	-----------	------------

Esta sessão foi muito positiva e deu para perceber que já existe a criação de um grupo.

Na conversa inicial, a M. referiu que não gostou que o D. e o S. tivessem gozado com ela (semana passada) por causa de um desenho “My Little Ponneys”, no entanto o D. referiu:

Daniel: *“Pois, então depois falamos com o S. sobre isso”*

O que demonstrou uma postura de terapeuta/adulto/indiferenciado e a sua expressão demonstrava tristeza.

A atividade do “Jogo do Stop Emocional” foi muito importante para este grupo, pois para estes jovens receber ou dar elogios é um processo bastante complicado e até mesmo complexo. Existiu um momento importante em que a M. mencionou que uma das suas características era ser “feia” à qual o D. referiu:

D.: *“M. acho que devias retirar ou riscar essa palavra, podes substituir por bonito ou por engraçada”*

Todos foram capazes de elogiar o outro, demonstrando uma grande evolução de grupo.

Anexo 9. Exemplo de Plano de Sessão & Reflexão do Grupos 2 do HD

Local: sala polivalente	Data: 20/02/2024
População-alvo: Adolescentes	
Estratégias gerais: <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar feedback positivo • Estabelecer limites e regras • Criar de uma atmosfera contentora • Respeitar o espaço de cada criança • Respeitar ritmo e tempo de resposta de cada criança • Intervir nos comportamentos disruptivos • Desconstruir relações desadequadas entre o grupo • Diminuir a tensão de grupo 	

Objetivos Terapêuticos
<ul style="list-style-type: none"> - Promover a interação entre o grupo e os terapeutas - Potenciar a capacidade de adequar o comportamento - Potenciar a coesão de grupo saudável - Promover a dinâmica de grupo e espírito de entreajuda - Promover a simbolização - Promover a consciência corporal - Promover a consciência emocional

	Descrição da atividade	Material	Duração
Conversa Inicial	Os terapeutas e os adolescentes entram na sala, descalçam-se e sentam-se nas almofadas previamente colocadas em círculo. De seguida, os terapeutas iniciam uma conversa com o grupo, onde se partilharão as atividades realizadas no fim de semana e como se sentem no dia. Posteriormente, um elemento do grupo é convidado a ir ao quadro escrever o nome dos elementos presentes e outro a escrever o plano da sessão.	Almofadas Quadro Caneta	10 minutos
Atividade 1	Roleplaying de emoções Os terapeutas enchem um copo com papéis que contêm diversas situações (ex.: tirei má nota num teste). Os adolescentes são convidados a sentarem-se em círculo e ao som da música começam a passar o copo entre eles. Quando a música parar, o adolescente com o copo deverá retirar um papel com uma situação. Após a leitura desse papel, deve representar como agiria se passasse por essa situação, tentando transmitir as emoções supostamente sentidas.	Copo Papéis	20 minutos
Atividade 2	Os nossos medos... Os terapeutas convidam o grupo a permanecer em círculo e são distribuídos lápis e papéis a cada um. Cada um deverá escrever os seus medos no papel, de forma anónima. Após poucos minutos, os terapeutas pedem os papéis e juntam-nos num copo. Cada jovem tira um papel, lê em voz alta e em grupo referem se se identificam ou não com esse medo e o que fazem durante determinadas situações em que o possam sentir.	Papel Lápis	10 minutos

Relaxação	O grupo é convidado a escolher um sítio da sala onde se sintam confortáveis para descansar. Os terapeutas informam o grupo de que estão seguros e, por isso, podem permanecer deitados e de olhos fechados. Quando estiverem confortáveis e descontraídos, os terapeutas pedem que iniciem as inspirações pelo nariz e as expirações pela boca. Depois, são convidados a contrair e descontraír determinadas partes do corpo, com inspiração no método de Jacobson.	Almofadas	10 minutos
Conversa final	Os adolescentes e os terapeutas retornam ao círculo inicial, onde estes perguntam aos adolescentes, como se estão a sentir e se há diferenças em relação ao início. Depois, serão distribuídas folhas por todos onde poderão simbolizar a atividade que mais gostaram e como se sentiram a realizar a mesma. Quando terminados os desenhos, é dada a possibilidade de mostrarem e partilharem com o grupo. A sessão é dada por terminada e os terapeutas pedem aos adolescentes que se voltem a calçar.	Almofadas Folhas Lápis/canetas	10 minutos

A sessão foi positiva para este grupo, no entanto e à diferença do 1º grupo, este é bastante reservado, não elaborando o que fazem, ou como se sentem ou se gostaram ou não de algo.

A F. demonstrou-se participativa, no entanto, as suas distrações aconteceram ainda que com menos regularidade. Continua a não se lembrar do nome dos colegas parecendo uma chamada de atenção.

A M. aparentava estar mais tranquila e investiu muito nas atividades, começando a ganhar voz e marcando a sua posição no grupo.

O L., parece utilizar as piadas e os risos como uma defesa, pois demonstra alguma resistência e insegurança ao falar e representar emoções/sentimentos.

No geral, o grupo hoje investiu na 1ª atividade, mas na segunda foi possível identificar o evitamento em pensar e partilhar em grup

