



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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora numa Unidade de Pedopsiquiatria:  
da infância à adolescência**

Ana Maria Aires Sobral Loureiro

Orientador(es) | Guida Veiga

Évora 2024

---

---

---

---



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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora numa Unidade de Pedopsiquiatria:  
da infância à adolescência**

Ana Maria Aires Sobral Loureiro

Orientador(es) | Guida Veiga

Évora 2024

---

---

---

---



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

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

Vogais | Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Arguente)  
Guida Veiga (Universidade de Évora) (Orientador)

*“Eles não sabem, nem sonham, que o sonho comanda a vida, que sempre que o homem sonha, o mundo pula e avança como bola colorida entre as mãos duma criança.”*

António Gedeão

## **Agradecimentos**

E, assim, concluo uma das etapas mais importantes da minha vida académica e não cabe em mim a gratidão que sinto por todas as pessoas que me acompanharam ao longo destes anos, que estiveram sempre aqui para mim quando mais precisava, que partilharam comigo o seu conhecimento e que acreditaram em mim.

Um obrigado aos meus pais, por estarem sempre presentes, por me apoiarem incondicionalmente, por ouvirem todas as minhas dúvidas e aventuras ao longo deste processo. À minha avó paterna por me ajudar a tornar este sonho possível. À minha irmã e melhor amiga, Sofia, que mesmo longe, foi o meu porto de abrigo e demonstrou-me que, com esforço e dedicação, tudo é possível. Ao Vicente, o meu sobrinho, por me mostrar o quão bonito é acompanhar e fazer parte da vida de uma criança.

Às melhores amigas que a universidade me poderia dar, que me acompanharam desde a licenciatura e que continuam aqui para mim. Obrigada por serem casa, por estarem sempre disponíveis e prontas para dar uma palavra amiga e um abraço. A todos os momentos partilhados, desde os mais difíceis, aos menos. Sem vocês este caminho não tinha sido tão especial.

À Filipa, a minha colega de estágio, por todos os anos que passámos juntas, especialmente, este último, marcado pela partilha de conhecimentos, dúvidas e palavras amigas.

Às minhas meninas de Viseu, que continuaram a ser uma casa independentemente dos quilómetros de distância. Fico-vos eternamente grata pelo suporte, por estarem sempre ao meu lado e por me ouvirem.

À Professora Doutora Guida Veiga pela partilha de conhecimento e apoio ao longo do estágio académico.

À equipa da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, por nos receberem de braços abertos, pela partilha de conhecimento e disponibilidade para nos ensinarem e escutarem as nossas dúvidas. Um especial obrigado, à Dra. Joana Elias, a nossa orientadora, pela disponibilidade, ajuda, confiança e apoio.

A todas as crianças e adolescentes que por mim passaram, sem eles isto não seria possível. Com eles aprendi e cresci, tanto a nível pessoal como profissional.

Um sincero obrigado a todos, sem vocês isto não seria possível!

## **Resumo**

### **Intervenção Psicomotora numa Unidade de Pedopsiquiatria: da infância à adolescência**

O presente documento tem como principal objetivo descrever as atividades desenvolvidas na prática psicomotora quando integrada numa Unidade 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 realizou-se em contexto grupal e individual, com crianças e adolescentes, de idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos. Entre estes encontram-se dois estudos de caso, onde patologias como o Mutismo Seletivo, a Disforia de Género e a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção serão retratadas. Ademais temas como a história clínica, a avaliação inicial, a elaboração de hipóteses explicativas, o delineamento do plano de intervenção (definição de objetivos, estratégias, planos de sessão, atividades, entre outros) e os resultados da intervenção serão abordados. Este relatório também irá contribuir para uma melhor compreensão do papel da Psicomotricidade e o impacto desta prática num serviço de saúde mental.

**Palavras-Chave:** Saúde Mental; Psicomotricidade; Mutismo Seletivo; Disforia de Género; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

## **Abstract**

### **Psychomotor Intervention in a Pedopsychiatry Unit: from childhood to adolescence**

The main objective of this document is to describe the activities developed in psychomotor practice when integrated in a Child and Adolescent Psychiatry Unit of a Public Hospital, within the scope of the curricular internship included in the master's degree in Psychomotricity of the University of Évora. The psychomotor intervention was carried out in a group and individual context, with children and adolescents, aged between 6 and 18 years. Among these are two cases studies will be addressed, where pathologies such as Selective Mutism, Gender Dysphoria and Attention Deficit Hyperactivity Disorder are considered. In addition, topics such as clinical history, initial assessment, elaboration of explanatory hypotheses, the outline of the intervention plan (definition of objectives, strategies, session plans, activities, among others) and the results of the intervention. This report will also contribute to a better understanding of the role of Psychomotricity and the impact of this practice on a mental health service.

**Keywords:** Mental Health; Psychomotricity; Selective Mutism; Gender Dysphoria; Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

## Índice

Índice de tabelas.....	VII
Lista de Abreviaturas.....	VIII
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional .....	3
1. Caracterização da Instituição .....	3
2. Psicomotricidade.....	4
2.1. Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil .....	4
2.2. Metodologia de Intervenção Psicomotora .....	6
3. Contextualização Clínica da Intervenção.....	9
3.1. Perturbação Desafiante da Oposição.....	9
3.3. Mutismo Seletivo.....	12
3.4. Inibição Psicomotora.....	14
3.5. Disforia de Género .....	14
III. Caracterização da Prática Profissional.....	17
1. Organização das Atividades de Estágio realizadas .....	17
1.1. Calendarização e horário das atividades de estágio .....	17
1.2. Experiências complementares de formação .....	18
1.3. Intervenção psicomotora no local de estágio.....	19
2. Etapas de Intervenção .....	21
2.1. Entrevista .....	21
2.2. Observação .....	22
2.3. Avaliação.....	23
3. Descrição dos casos acompanhados.....	24
3.1. Grupo.....	24
3.2. Individualmente.....	44
IV. Estudos de Caso.....	50
1. Estudo de Caso 1 .....	50



1.1.	Apresentação do caso .....	50
1.2.	História pessoal e clínica.....	50
1.3.	Avaliação Inicial .....	51
1.4.	Elementos Critério .....	54
1.5.	Hipóteses Explicativas .....	54
1.6.	Perfil Intra-Individual.....	57
1.7.	Objetivos Terapêuticos.....	58
1.8.	Projeto Pedagógico-terapêutico .....	58
1.9.	Progressão Terapêutica .....	62
1.10.	Discussão .....	65
2.	Estudo de Caso 2 .....	66
2.1.	Apresentação do caso .....	66
2.2.	História pessoal e clínica.....	66
2.3.	Avaliação Inicial .....	68
2.4.	Elementos Critério .....	69
2.5.	Hipóteses Explicativas .....	70
2.6.	Perfil Intra-Individual.....	72
2.7.	Objetivos Terapêuticos.....	73
2.8.	Projeto Pedagógico-terapêutico .....	73
2.9.	Progressão Terapêutica .....	77
2.10.	Discussão.....	79
V.	Conclusão .....	81
VI.	Referências Bibliográficas.....	82
	Anexos.....	93

## Índice de tabelas

<b>Tabela 1-</b> Calendarização das atividades de estágio.....	17
<b>Tabela 2-</b> Horário semanal das atividades de estágio.....	18
<b>Tabela 3-</b> Descrição dos casos acompanhados nos grupos da Área de Dia.....	25
<b>Tabela 4-</b> Perfil de Grupo (Área de Dia).....	28
<b>Tabela 5-</b> Objetivos terapêuticos dos grupos acompanhados na Área de Dia.....	28
<b>Tabela 6-</b> Progressão terapêutica dos casos acompanhados nos grupos da Área de Dia...31	
<b>Tabela 7-</b> Descrição dos casos acompanhados nos grupos do Hospital de Dia.....	34
<b>Tabela 8-</b> Perfil de Grupo (Hospital de Dia).....	37
<b>Tabela 9-</b> Objetivos terapêuticos dos grupos acompanhados no Hospital de Dia.....	38
<b>Tabela 10-</b> Progressão terapêutica dos casos acompanhados nos grupos do Hospital de Dia.....	41
<b>Tabela 11-</b> Resultados da Avaliação DAP da Alice.....	52
<b>Tabela 12-</b> Perfil Intra-Individual da Alice.....	57
<b>Tabela 13-</b> Objetivos terapêuticos da Alice.....	58
<b>Tabela 14-</b> Comparação Avaliação Inicial e Avaliação Final DAP da Alice.....	64
<b>Tabela 15-</b> Perfil Intra-Individual da Maria.....	72
<b>Tabela 16-</b> Objetivos terapêuticos da Maria.....	73

## **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

**DG-** Disforia de Género

**DAP-** Draw a Person

**FEP-** Fórum Europeu de Psicomotricidade

**HD-** Hospital de Dia

**LOFOPT-** The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy

**MS-** Mutismo Seletivo

**PA-** Perturbação da Ansiedade

**PC-** Perturbações do Comportamento

**PDO-** Perturbação Desafiante da Oposição

**PHDA-** Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

**SDQ-** Questionário de Capacidades e de Dificuldades

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

## I. Introdução

O presente documento foi realizado no âmbito do estágio curricular integrado no Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. O estágio foi desenvolvido numa Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, de outubro de 2022 a junho de 2023, com o objetivo de desenvolver e aplicar os conhecimentos e competências adquiridos ao longo da formação enquanto psicomotricista. Neste sentido, o seguinte relatório encontra-se estruturado de forma a incluir o enquadramento teórico da prática psicomotora num contexto de saúde mental infantojuvenil, onde será caracterizada a instituição, a população e a psicomotricidade enquanto intervenção. Serão também descritas as atividades desempenhadas no decorrer do estágio e os casos acompanhados em grupo e individualmente.

A psicomotricidade é uma práxis de mediação corporal, que procura compreender a ligação entre a cognição, a emoção e o movimento, a forma como estes se relacionam e, conseqüentemente, influenciam o desenvolvimento do indivíduo nos seus diferentes contextos biopsicossociais (FEP, 2023; Fonseca, 2010).

A infância e a adolescência são fases marcadas pelas mudanças físicas, psicológicas e emocionais que influenciam diretamente o comportamento, as crenças e as atitudes do indivíduo (Gaspar et al., 2021). Possíveis falhas neste processo de amadurecimento, tal como vivências negativas, podem resultar num sofrimento intrínseco ao crescimento, havendo possibilidade de serem traduzidas a nível psíquico (OMS, 2022; Veiga, 2012).

Neste sentido, no âmbito da saúde mental infantojuvenil, a psicomotricidade permite a resolução de conflitos internos, a partir da atuação sobre as diferentes impressões e expressões do corpo, assim como da análise do significado simbólico da ação (APP, 2017). Este tipo de intervenção irá promover o (re)ajuste do comportamento ao meio, uma melhoria das capacidades de auto-compreensão, uma melhor integração dinâmica afetiva, de mentalização e a diminuição de comportamentos desajustados, habilitando o indivíduo à relação (Fernandes, 2012; Veiga, 2012).

O presente relatório encontra-se organizado em três partes principais. Numa fase inicial, será realizado o enquadramento teórico da prática profissional, onde é caracterizada a instituição, a psicomotricidade, a intervenção psicomotora em saúde mental infantojuvenil e as diferentes metodologias. Será, ainda, abordada a contextualização clínica da intervenção psicomotora, onde são descritas as diferentes psicopatologias que suportam os casos clínicos futuramente apresentados. No seguinte capítulo, é abordada a prática profissional, desde a organização e calendarização das atividades, às etapas de intervenção e descrição dos casos acompanhados tanto em grupo como individualmente. Na terceira parte, são analisados dois

casos clínicos acompanhados durante o estágio. Por último, é realizada uma reflexão sobre a prática psicomotora no contexto de saúde mental infantojuvenil, a sua importância e o seu impacto na minha formação enquanto psicomotricista.

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

### **1. Caracterização da Instituição**

A Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, também conhecida por Pedopsiquiatria, possui como principal objetivo o diagnóstico e o tratamento das perturbações emocionais e comportamentais de crianças e adolescentes (0 aos 18 anos, inclusive) (Ministério da Saúde, 2023). Neste sentido, é constituída por uma equipa multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas, desde médicos/as pedopsiquiatras, enfermeiros/as, psicólogos/as, psicomotricista, assistente social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, professor/a de ensino especial e um/a educador/a. Ademais, também estão presentes internos/as de pedopsiquiatria, assim como, estagiários/as de psicologia e psicomotricidade.

Além da presença de uma vasta equipa multidisciplinar, a unidade de pedopsiquiatria procurou ao longo dos anos adotar medidas, de modo a dar resposta às necessidades dos utentes e das suas respetivas famílias, desta forma, surgiu a criação de projetos como a Área de Dia (AD) e o Hospital de Dia (HD).

A AD foi inaugurada em 2009, esta visa responder às dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde no que toca ao elevado número de pedidos de consultas por alterações do comportamento na idade da latência. Estas crianças são caracterizadas pelo agir, pelas dificuldades de mentalização e simbolização, muitas vezes com contextos familiares difíceis e com percussões notáveis no seu desempenho académico e social (Esquina et al., 2013). Neste sentido, tornou-se necessário a adoção de novas vertentes, sendo a criação de uma unidade de cuidados a tempo parcial, uma delas. Com uma periodicidade semanal e com acompanhamento de 4 grupos terapêuticos, a Área de Dia divide-se em dois ateliers, sendo estes: a expressão plástica e a psicomotricidade. Revelou ser essencial para a equipa, o envolvimento da família e da escola na presente intervenção, neste sentido, quinzenalmente decorre o grupo de pais, onde são discutidos pontos fulcrais da intervenção terapêutica, assim como decorrem periodicamente reuniões com os professores responsáveis (Esquina et al., 2013).

O número de utentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos com alterações de comportamento, relações interpessoais instáveis, absentismo escolar, perturbações de ansiedade e do foro depressivo e comportamentos autolesivos, tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Deste modo, surgiu a necessidade de dar uma resposta eficiente a estes jovens, assim, foi criada uma intervenção de cuidados a tempo parcial, chamada Hospital de Dia. Este projeto fundamenta uma intervenção em grupo, uma vez que esta potencia a adesão e investimento ao acompanhamento por parte de jovens com sintomatologia do foro comportamental e relacional (Carvalho et al., 2013). O HD é constituído por diversos grupos

terapêuticos que utilizam diferentes mediadores em prol da facilitação à adesão e ao sucesso da intervenção. Assim, atualmente, existem 6 ateliers dos quais: Medi 'Arte, A Arte dos Jogos, Psicomotricidade, Pensar a Desenhar, Musicoterapia e Conto por Conto.

## **2. Psicomotricidade**

A psicomotricidade é uma práxis que estuda o Homem como um todo, isto é, holisticamente, a partir do seu corpo em movimento (FEP, 2023). Tem como principal objetivo compreender a importância da ligação entre o psiquismo e a motricidade, a forma como a cognição, a emoção e o movimento se relacionam e se influenciam no desenvolvimento das competências do indivíduo nos diferentes contextos em que este se insere (FEP, 2023; Fonseca, 2010).

O psíquico integra funções socioefetivas e cognitivas, como é exemplo as percepções, simbolizações, representações, emoções, entre outras (Fonseca, 2001; Fonseca, 2008). Enquanto, a motricidade é tida como as ações do indivíduo, o seu movimento que, por sua vez, é visto pela sua origem, ou seja, pela motivação, intencionalidade, componente emocional, etc. (Fonseca, 2001). Assim, a motricidade é o resultado da componente mental, isto é, o psíquico, uma vez que, a organização motora é inseparável da organização mental (Fonseca, 2001). Esta conceção dinâmica está encarregue de diferentes processos que integram, processam, planificam, regulam e executam a resposta motora, que tem uma finalidade adaptativa, intencional e inteligível, exclusiva do homem (Fonseca, 2010). Neste sentido, é possível afirmar que o binómio corpo e mente, são uma unidade total do ser humano e, por isso, devem ser ambos tidos em ponderação aquando da psicomotricidade (Fonseca, 2001).

A prática psicomotora é destinada a todas as faixas etárias e pode ocorrer no âmbito preventivo, reeducativo e/ou terapêutico, associada a problemas de desenvolvimento, maturação psicomotora, comportamento, aprendizagem e psicoafetivos (APP, 2017; FEP, 2023). São utilizadas diferentes metodologias como é exemplo as técnicas de relaxação e consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades de consciência motora, entre outras (APP, 2017). Ademais, a atividade do psicomotricista pode ser desenvolvida em diversos locais do setor público e privado, desde hospitais, escolas, associações desportivas até clínicas, entre outros. (APP, 2017).

### **2.1. Intervenção Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil**

A infância e a adolescência são descritas como fases críticas do desenvolvimento humano, marcadas pelas mudanças físicas, psicológicas e emocionais que influenciam diretamente o comportamento, as crenças e as atitudes do indivíduo (Gaspar et al., 2021).

Possíveis falhas neste processo de amadurecimento podem resultar num sofrimento inerente ao crescimento, havendo possibilidade de serem traduzidas a nível psíquico (Veiga, 2012). Ademais, experiências negativas em casa, na escola, situações de violência, perturbações mentais de familiares, entre outros fatores, podem contribuir para o aumento da probabilidade do desenvolvimento de uma perturbação mental (OMS, 2022).

Segundo a UNICEF (2022), as crianças possuem direito de crescer em ambientes seguros e protetores com relações de apoio e acesso a serviços de saúde mental. Esta é tida como um estado pleno de bem-estar que possibilita o indivíduo de realizar as suas próprias atividades, lidar com as adversidades do quotidiano, trabalhar produtivamente e contribuir positivamente para a comunidade (OMS, 2014). Complicações a nível da saúde mental podem ser caracterizadas por conflitos cognitivos, emocionais e comportamentais, resultando numa perturbação mental (APA, 2014). De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, 20% das crianças vivenciam sintomatologia de uma perturbação mental, assim como 75% dos adultos afirmam que os sinais e sintomas iniciaram na infância ou na adolescência (Guiomar & Pires, 2013). Neste sentido, torna-se importante a implementação de programas de intervenção adequados às características do indivíduo e às suas necessidades, sendo fundamental destacar que quanto mais precocemente desenvolvidos, mais eficazes são (Guiomar & Pires, 2013).

A psicomotricidade surge como uma grande aliada na intervenção em saúde mental, esta é uma terapia de mediação corporal que encara o indivíduo de forma holística, sendo o comportamento considerado a expressão da vida psíquica (Maximiano, 2004). Assim, os impulsos, as emoções, os sentimentos e os pensamentos são expressos através da motricidade (Branco, 2013). Esta práxis procura compreender a ligação entre o binómio cérebro-corpo, tal como resolver os conflitos internos do indivíduo, permitindo a construção e reestruturação do psíquico (Almeida, 2005; Fonseca, 2001; Fernandes, 2012).

Em saúde mental infantojuvenil, a psicomotricidade pretende compensar problemáticas situadas na convergência do psiquismo e do somático, atuando sobre as diferentes impressões e expressões do corpo, analisando o significado simbólico da ação (APP, 2017), apelando sempre a conexão mente-corpo (V'eron et al., 2021). O principal objetivo desta intervenção passa pela otimização do bem-estar do indivíduo, tal como a sua capacitação, a consciência do movimento, o movimento funcional, reunindo diferentes aspetos físicos e mentais (Probst, 2017).

Como já referido anteriormente, a infância é um período significativo no desenvolvimento psicomotor do indivíduo, onde podem surgir crises ou sintomas de crise, resultantes da interação com o meio envolvente, do impulso e/ou da relação. A prática



psicomotora procura soluções para estas questões através da elaboração mental e da expressão corporal, dado que a motricidade é afetada pelos conflitos internos do EU (Rodrigues et al., 2003).

A expressão corporal é vista como parte biopsicossocial do indivíduo, assim a psicomotricidade centra-se no investimento do “eu corporal”, a partir do movimento, do envolvimento lúdico, relacional e transformador, proporcionando um conjunto de vivências corporais, que por sua vez, favorecem o desenvolvimento dos processos simbólicos (Maximiano, 2004; Joly, 2007; Martins, 2008). Através deste trabalho será permitido ao indivíduo o ajuste ou reajuste do seu comportamento ao meio, desenvolvendo assim competências adaptativas, relacionais, simbólicas, emocionais e de resiliência (Fernandes, 2012; Maximiano, 2004; Veiga, 2012). A partir do desenvolvimento destas capacidades, a intervenção psicomotora irá promover uma autoimagem positiva, o bem-estar pessoal, melhoria das capacidades de auto-compreensão, criação de relações sociais equilibradas, autonomia no seu contexto psicossocial, diminuição de comportamentos desajustados habilitando o indivíduo à relação (Fernandes, 2012; Veiga, 2012; Probst, 2017).

A prática psicomotora no âmbito da saúde mental pode ser em contexto individual ou grupal (Matias & Morais, 2011), sendo os principais quadros referenciados as problemáticas de vinculação e da interação precoce, onde estão incluídas psicopatologias como perturbações disruptivas do comportamento, perturbações da ansiedade, perturbações do humor, perturbações do comportamento alimentar, perturbações psicossomáticas, perturbações do âmbito psicoafetivo, entre outras (APP, 2017). É importante reforçar que, uma intervenção em psicomotricidade, tem sempre como base as características do indivíduo, a sua história, origem e as suas dificuldades, sendo uma prática adaptada a cada caso clínico, onde podem ser utilizados diferentes metodologias (Rodrigues et al., 2003).

## **2.2. Metodologia de Intervenção Psicomotora**

A intervenção psicomotora centra-se na experiência do “corpo em relação”, através do envolvimento lúdico, relacional e transformador (Joly, 2007; Martins, 2008). A metodologia utilizada varia consoante as necessidades de cada indivíduo, tendo sempre por base o plano terapêutico e os respetivos objetivos. Neste sentido, as técnicas praticadas procuram contribuir para o estabelecimento da relação entre a emoção e o corpo (Maximiano, 2004). A atividade lúdica, técnicas de relaxação, mediadores artístico-expressivos, entre outros, podem ser tidos em consideração aquando da prática psicomotora.

A atividade lúdica, isto é, o jogo, é uma das principais fontes do desenvolvimento nos primeiros anos de vida do ser humano, este representa um lugar de construção e socialização, onde a criança é vista como um ser ativo, espontâneo e criativo (Silveira & Cunha, 2014). É

através da brincadeira que a criança cria e atribui significado ao mundo que a rodeia, ganha consciência do seu próprio corpo e descobre o seu mundo interno em simultâneo (Fernandes et al., 2018; Silveira & Cunha, 2014).

O uso do jogo na prática psicomotora irá permitir a vivência e expressão psico-corporal do indivíduo, fornecendo as bases necessárias para a criação de um espaço contendor apto à relação terapêutica, à vivência simbólica e à reparação de conflitos profundos (APP, 2017; Veiga, 2012). Assim, no jogo é permitido à criança satisfazer as suas necessidades de proteção, de poder, de ataque e de defesa (Veiga, 2012), ocorrendo conseqüentemente, a projeção de conflitos, o confronto externo com as dificuldades emocionais internas, apelando assim à reflexão a partir da ação (...).

Em prol desta reflexão, o jogo promove a atenção, imaginação, projeção, fantasmização, entre outras; e externas como a interação, imitação, afiliação, etc., estas funcionalidades adaptativas são pilares fundamentais ao desenvolvimento infantil (Fonseca, 2008). Neste sentido, brincar irá permitir à criança ativar funções propriocetivas e exteroceptivas, que geram respostas motoras adaptativas (Fonseca, 2008).

Desde o jogo espontâneo, ao faz-de-conta, brincar aos jogos de luta e perseguição, todos estes acarretam uma forte carga emocional, que proporcionam sentimentos e melhorias na habilidade de comunicação, tal como, resolução de problemas, contribuindo para a autorregulação emocional, uma vez que o jogo possibilita a capacidade de se descentrar de si próprio em prol de considerar as perspetivas e as emoções do outro (Kernberg & Chazan, 1992; Veiga, 2012). Assim, a criança torna-se capaz de gerir melhor os seus relacionamentos, o que estimula o desenvolvimento emocional e torna possível a descodificação do seu mundo interno (Lima et al., 2015; Veiga, 2012).

Outra metodologia utilizada na prática psicomotora em saúde mental são as técnicas de relaxação. A relaxação é descrita como uma prática de mediação corporal, abrange aspetos fisiológicos, emocionais e comportamentais, que privilegiam a consciência e a regulação tónico-emocional (Fonseca, 2007; Veiga & Marmeleira, 2018). Assim, através da redução da pressão sanguínea, do ritmo cardíaco, respiratório e da tensão muscular, é induzida uma sensação de alívio e bem-estar (Benson & Klipper, 2000). Estas alterações são promovidas pela abordagem de diferentes técnicas de respiração, descontração neuromuscular, toma de consciência das alterações tónicas, entre outras, sendo permitido ao indivíduo uma maior consciencialização do seu corpo (Guillaud, 2006; Veiga & Marmeleira, 2018). As técnicas de relaxação podem ser mediadas através do toque, objetos (bolas, lenços, cordas, etc.) e até mesmo auto-massagem (Maximiano, 2004).

Estas práticas são conhecidas por atenuar o sofrimento, sintomas de ansiedade e depressão, assim como tornar o indivíduo capaz de controlar e dominar o próprio corpo, reduzindo os comportamentos desadequados e/ou desajustados, atitudes e estados de tensão (Maximiano, 2004; Jain et al., 2007).

Os métodos de relaxação em psicomotricidade são vistos como práticas terapêuticas, reeducativas e educativas que promovem uma resolução tónica a partir da regulação de parâmetros corporais, como o tónus e a respiração, e parâmetros cognitivos, como a atenção seletiva (Veiga & Marmeleira, 2018). Estes vão permitir uma maior toma de consciência de si próprio, possibilitando a expressão individual, uma ação flexível, equilibrada e adaptada aos diferentes contextos do indivíduo. O corpo deixa de ser um meio funcional que atua segundo os seus impulsos e passa a ser um corpo com capacidade simbólica, que permite a toma de consciência no espaço e no tempo, maior capacidade representativa e associativa, assim como, um olhar mais atento aos sinais corporais (Maximiano, 2004). Neste sentido, a relaxação surge como um mediador que possibilita uma intervenção na saúde mental infantojuvenil, dado que permite à criança sentir o seu corpo, vivenciar os seus limites e adaptar as suas respostas ao meio (Bergès-Bounes et al., 2008).

Quando abordada uma população infantojuvenil, existem diversas técnicas e métodos de relaxação que podem ser tidos em conta, Guiose (2008) categoriza-os em dois grupos, sendo estes os métodos focados na descontração neuromuscular e os métodos de recurso à sugestão. Algumas das práticas de relaxação que integram os métodos de descontração neuromuscular são: a relaxação progressiva de Jacobson, relaxação ativo-passiva de Henry Wintrebert, a relaxação psicomotora dinâmica de Dupont e a eutonia de Gerda Alexander (Veiga & Marmeleira, 2018). Já os métodos de recurso à sugestão podem incluir o Treino Autógeno de Schultz, a relaxação terapêutica de Jean Bergès e a reeducação psicotónica de Ajuriaguerra (Veiga & Marmeleira, 2018).

A nível dos mediadores artístico-expressivos, o exemplo da expressão plástica, mediador frequentemente utilizado nas sessões de psicomotricidade, é permitido que o indivíduo exprima o seu mundo interno, as suas angústias e sofrimentos, apelando sempre ao pensar, à criatividade e ao sentir (Esquina et al., 2013). Na psicomotricidade podem ser utilizados diferentes materiais, desde tintas, lápis de cor, plasticina, desenho, entre outros.

As sessões de psicomotricidade devem ser realizadas num ambiente protegido e securizante, com objetivos terapêuticos previamente definidos, estes facilitam e estimulam a comunicação e expressão simbólica, que se materializam no recurso à palavra e ao símbolo como elementos primordiais e centrais da vivência e da expressão (Vidigal et al., 2005).

Possibilitam ainda o estabelecimento de limites, internos e externos, vinculando a necessidade de utilizar, partilhar e respeitar regras e valores universais (Vidigal et al., 2005).

É importante salientar que, durante a prática psicomotora, emergirão emoções, pulsões e desejos, onde o psicomotricista possui um papel contendor e está disponível para estabelecer uma relação com o indivíduo, ajudando-o a gerir os seus comportamentos, sentimentos e pensamentos que vão surgindo durante a prática (APP, 2017).

A intervenção psicomotora poderá ser realizada em grupo ou individualmente, dependendo das características dos indivíduos e as suas necessidades (Matias & Morais, 2011). As sessões individuais de psicomotricidade permitem que o terapeuta tenha mais disponibilidade para o indivíduo e que a intervenção seja planeada tendo em conta exclusivamente as suas necessidades, apelando à sua participação (Aragón, 2007). Por sua vez, as sessões de grupo surgem como uma forma de gerir os recursos humanos e as longas listas de espera que existem (Costa, 2011; Vidigal, 2005), a partir desta é possível que um maior número de indivíduos beneficie da intervenção que necessita. Estas acabam por se tornar mais dinâmicas, dado que é estimulada a comunicação e a cooperação entre os elementos do grupo, potenciando a socialização, criatividade e aprendizagem (Aragón, 2007; Onofre, 2004). Ademais, o grupo acaba por funcionar como um espaço mediador e contendor, que irá permitir a identificação entre os diferentes elementos, a melhoria da regulação emocional, flexibilidade do pensamento, respeito das regras e normas da interação social (Chapellière, 2009; Moutinho, 2012), possuindo um papel fulcral na expansão e desenvolvimento psíquico da criança (Vidigal, 2005).

### **3. Contextualização Clínica da Intervenção**

#### **3.1. Perturbação Desafiante da Oposição**

As Perturbações do Comportamento (PC) são muito comuns na infância e na adolescência, possuindo um forte impacto na vida do indivíduo. A nível pessoal observam-se complicações em estabelecer relações sociais; a nível familiar há presença de castigos e maus-tratos, sendo notório o afastamento entre os elementos da família, na escola é vivenciado um mau rendimento, expulsões ou, até mesmo, o abandono escolar (Almeida et al., 2005).

Usualmente surgem no início da infância ou na adolescência, onde estão presentes problemáticas do autocontrolo das emoções e do comportamento (APA, 2014), os indivíduos com este tipo de psicopatologia são caracterizados pela impulsividade e agressividade, isto é, o agir (Veiga, 2012). É importante reforçar que o comportamento é o espelho motor do mundo interior da criança (Stretch, 2001), sendo o ato o principal modo de externalização dos pensamentos e emoções (Veiga, 2012).

Vistos como uma população de risco, os indivíduos com PC adotam comportamentos caracterizados pelo severo desrespeito pelo outro como conflitos com as figuras de autoridade e/ou normas da sociedade, falta de empatia e afeto deficitário (APA, 2014; Pisano et al., 2017; Böttinger et al., 2023). Algumas das dificuldades manifestadas passam pelo cumprimento e respeito de regras, resolução de problemas, mentalização, sentimentos de não pertença, dificuldade em estabelecer relações interpessoais, baixa autoestima, imagem corporal pouco investida e fragmentada, etc (Almeida et al., 2005; APA, 2014; Veiga, 2012).

As PC são consideradas das psicopatologias mais comuns na psiquiatria da infância e da adolescência (Guiomar & Pires, 2013), sendo estimada uma prevalência de 6,1% (O'Connell et al., 2009). A prevalência é mais elevada na adolescência do que na infância, sendo também mais presente no sexo masculino (APA, 2014).

É fundamental reforçar que existem diagnósticos diferenciados, como é caso a Perturbação Desafiante da Oposição (PDO).

Segundo o DSM-5, a PDO possui 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 (Almeida et al., 2005). Alguns dos comportamentos descritos podem passar pela perda de controlo, sentir raiva e ressentimento, discutir e desafiar figuras de autoridade, culpabilizar os outros pelas suas ações, etc. (APA, 2014). Os sintomas podem-se manifestar num só contexto, ou até mesmo, apenas com um grupo de pessoas. Caso estes sejam globais e sejam vivenciados em diferentes circunstâncias, são um indicador de gravidade da perturbação (APA, 2014).

As crianças com PDO apresentam dificuldades nas competências cognitivas e emocionais, o que influenciam a sua forma de regular, resolver conflitos, não sendo as respostas adotadas as mais corretas (Nascimento & Antunes, 2018). Neste sentido, comportamento de oposição é sinal de dificuldades de adaptação a diferentes contextos e pessoas, assim como a falta de clareza a sinalizar o que é sentido (Nascimento & Antunes, 2018).

Algumas das características deste diagnóstico passam pela inflexibilidade cognitiva, dificuldade em descodificar informação, na regulação da atenção, ansiedade, comportamentos de perfeccionismo, mentira, reatividade emocional, agressividade física e verbal, hipersensibilidade ou hipossensibilidade sensoriais, dificuldade no estabelecimento de relações interpessoais, entre outros (Nascimento & Antunes, 2018).

A PDO, em semelhança com as PC, 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 também difere entre géneros, neste sentido, enquanto os rapazes apresentam um comportamento antissocial mais grave, as raparigas são conhecidas por serem menos violentas e agressivas, contudo possuem comportamentos mais vingativos, de maus-tratos emocionais, conduta sexual e abusos de substâncias (Almeida et al., 2005).

Alguns dos fatores de risco associados são problemas de regulação emocional (por exemplo: reatividade emocional e baixa tolerância à frustração), educação severas, inconscientes e negligentes, maus-tratos, problemas relacionais entre pais-filhos, entre outros (APA, 2014; Guiomar & Pires, 2013).

A presente psicopatologia descrita é muitas vezes associada a diagnósticos de Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), sendo esta considerada uma das maiores comorbilidades (APA, 2014). Em consequência podem sugerir patologias do foro depressivo e ansioso, assim como, há mais probabilidade do consumo de substâncias (APA, 2014).

### **3.2. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

A PHDA é descrita pelo conjunto significativo de alterações comportamentais que influenciam o funcionamento e o desenvolvimento do indivíduo ao longo da sua vida (APA, 2014). Esta perturbação é caracterizada pela presença de sintomas como o défice de atenção, hiperatividade e/ou impulsividade (APA, 2014).

O défice de atenção é manifestado na dificuldade em dirigir e manter a atenção, assim como, na pouca persistência na realização de tarefas; a hiperatividade é refletida na atividade motora excessiva e desadequada; enquanto, a impulsividade refere-se à dificuldade em gerir os impulsos, toma de decisões/ ações precipitadas (APA, 2014).

O diagnóstico da PHDA tem em conta a duração e a tipologia dos sintomas, deste modo, os sintomas devem persistir, no mínimo, durante meio ano, estes devem ser, pelo menos, seis sintomas de défice de atenção, seis ou mais sintomas de hiperatividade ou impulsividade. Estes sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos, assim como demonstrarem um impacto negativo no desempenho funcional do indivíduo, sendo vivenciados em mais que um contexto (casa, escola, trabalho) (Antunes et al., 2018; Coelho et al., 2014).

A PHDA pode ter apresentações distintas, indo estas de acordo com a quantidade de sintomas de cada tipologia, isto é, desatenção, hiperatividade e impulsividade. Assim, se a maioria dos sintomas forem de desatenção, a PHDA é definida como predominante desatenta; caso além destes, estejam associados sintomas de hiperatividade, é considerada mista; se os sintomas estiverem dentro da linha da hiperatividade e da impulsividade, é uma PHDA de expressão

hiperativa-impulsiva (Antunes et al., 2018). A manifestação da sintomatologia varia de indivíduo para indivíduo, sendo influenciada por fatores como o género e a idade (APA, 2014; Antunes et al., 2018). Assim, a sua expressão é mais tardia no género feminino (Coelho et al., 2014), aquando das idades, sabe-se que, na idade pré-escolar, a sintomatologia é maioritariamente hiperativa-impulsiva, onde estão presentes comportamentos de oposição; na idade escolar, os sintomas de desatenção são mais predominantes e, na adolescência e adultez, enquanto a agitação motora tende a diminuir, a impulsividade e a desatenção aumentam (Antunes et al., 2018).

Os indivíduos com esta perturbação possuem limitações na regulação da atenção e do comportamento, uma vez que a PHDA manifesta uma debilidade no funcionamento executivo, mais especificamente no controlo inibitório (Antunes et al., 2018). Competências como iniciar e manter um comportamento, inibir ações, criar e escolher estratégias, podem ser tarefas árduas para um indivíduo com PHDA, além destas, as questões emocionais também são influenciadas, mais especificamente, a capacidade de autorregulação (Antunes et al., 2018). Neste sentido, 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, são todos estados associados à PHDA (APA, 2014; Antunes et al., 2018).

A nível da prevalência, a PHDA, na maioria das culturas, ocorre em 5% das crianças e 2,5% dos adultos (APA, 2014). Já as comorbilidades mais associadas são as alterações do comportamento, quadros de ansiedade e as dificuldades de aprendizagem (Coelho et al., 2014).

### **3.3. Mutismo Seletivo**

O Mutismo Seletivo (MS) é considerado um tipo de Perturbação de Ansiedade (PA) (Antunes, 2018). Estas são muito comuns na população infantojuvenil, estimando-se que mais de 20% das crianças sofre com algum tipo de PA (Silva, 2018).

A ansiedade é vista como um estado emocional comum no desenvolvimento do indivíduo, uma vez que ao longo do crescimento são enfrentados diferentes desafios, como por exemplo os medos (Silva, 2018). Estas duas emoções são, muitas vezes, vistas como sinónimos, contudo, a presença ou ausência de estímulos desencadeadores externos e o comportamento de evitação são fatores que as distinguem (Baptista et al., 2005). Assim, o medo é considerado quando o indivíduo vivencia uma situação perigosa e tem de a confrontar, o que, conseqüentemente, promove a sua autonomia. Por outro lado, no caso da ansiedade, o indivíduo imagina a situação perigosa, não a presenciando (Baptista et al., 2005; Silva, 2018).

As PA possuem sintomatologia a nível cognitivo, emocional, comportamental e fisiológico. Do ponto de vista cognitivo, surgem pensamentos ou imagens perturbadoras, o indivíduo tende para avaliar situações de forma catastrófica, sentindo-se incapaz de as enfrentar, naturalmente, assomam sentimentos de preocupação, pânico, angústia e, até mesmo, irritabilidade. Face ao comportamento, o indivíduo tem tendência para evitar as situações que lhe despertam ansiedade, podendo inclusivamente alterar a sua rotina, são também adotados comportamentos de segurança. Como principais sintomas fisiológicos surgem as palpitações, tremores, tonturas, vômitos, dificuldades respiratórias, batimento cardíaco acelerado, até mesmo, alterações a nível do sono e da alimentação (Silva, 2018).

A sintomatologia referida anteriormente varia consoante o tipo de PA, no caso do MS, este é caracterizado pela ausência de comunicação em determinados contextos e grupos de pessoas (APA, 2014), por exemplo, uma criança com MS pode não falar com professores, mas falar com os seus pares (Silva, 2018). É importante ter em conta que, este quadro deve estar presente durante, pelo menos, um mês e a dificuldade não pode ser justificada pelo desconforto da língua falada (APA, 2014). O MS é considerado uma manifestação extrema de ansiedade que a criança sente em situações sociais, desenvolvida usualmente na entrada para a escola. Neste sentido, a ansiedade social é tida como uma das grandes componentes do MS (Silva, 2018).

Os indivíduos com esta psicopatologia apresentam distorções e rigidez na sua forma de pensar, logo a criança não consegue flexibilizar os seus pensamentos, interpretações e comportamentos (Silva, 2018). São presentes limitações na leitura emocional, assim como dificuldades nas competências sociais, estes aspetos influenciam negativamente a criança no seu desenvolvimento acabando por ser reveladas dificuldades no estabelecimento de relações interpessoais, assim como na vida académica (Silva, 2018). Além disso, crianças com MS são descritas pela timidez excessiva, isolamento, traços compulsivos, negativismo, possíveis comportamentos de oposição, etc (APA, 2014).

Com um diagnóstico de MS surgem, inevitavelmente, consequências funcionais na vida do indivíduo. Algumas das consequências mais comuns são o isolamento social, prejuízo académico, uma vez que não comunicam, os professores não conseguem compreender as necessidades da criança, nem as suas dificuldades (APA, 2014). Na maioria dos casos, crianças com MS não possuem dificuldades de linguagem, porém, caso existam dificuldades estas podem ser intensificadas (Silva, 2018).

As comorbilidades mais frequentes estão usualmente associadas a outras PA, como é o caso da Perturbação de Ansiedade Social, a Perturbação de Ansiedade de Separação e a



Fobia Específica (APA, 2014). Ademais, também são comuns comportamentos de oposição face a situações que requerem fala (APA, 2014).

### **3.4. Inibição Psicomotora**

A inibição é descrita pela limitação ou incapacidade de expressar o próprio potencial motor, afetivo, social e/ou cognitivo (Ballouard, 2011; Vecchiato, 2022). Geralmente, associada a uma retenção emocional causada pelas inseguranças e desprazer emocional, estas crianças não agem, sonham ou pensam, vivenciando uma grave desvalorização narcísica (Aucouturier, 2005).

As crianças inibidas possuem uma atitude rígida e de poucos movimentos, sendo esta vista como um mecanismo adaptativo perante uma situação relacional e/ou ambiental (Ballouard, 2011). Ademais é considerada uma defesa criada pelo indivíduo face à ansiedade disputada por algum acontecimento, sendo notada uma timidez, retraimento, isolamento e recusa de atividade (Ballouard, 2011).

Segundo Vecchiato (2022), a criança inibida apresenta uma contração particular do tônus muscular, esta pode ser distinguida em duas categorias: inibição em dar e inibição em receber.

A inibição em dar retrata uma criança pouco expressiva, com pouca iniciativa e ação reduzida, frequentemente com uma expressão facial triste (Vecchiato, 2022). O seu tônus muscular é baixo, sendo o seu corpo descrito como mole e arredondado ou, por outro lado, magro e reduzido. Esta possui dificuldade em estabelecer relações de confiança, apresentando uma postura insegura e relutante (Vecchiato, 2022). Já na inibição em receber, a criança possui características semelhantes, ela é estática, pouco expressiva e fechada. Contudo, o seu tônus muscular é mais alto, adotando uma postura quase de defesa perante o mundo exterior. Numa primeira interação é frequentemente observado uma rigidez que, muitas vezes, é seguida por uma redução do tônus, sinalizando a procura por relações de proteção e dependência (Vecchiato, 2022).

Destarte, a inibição psicomotora usualmente é caracterizada pelos movimentos lentificados, contidos e medidos. Ademais, dificuldades associadas à coordenação motora, problemas de comportamento, são comuns nestes indivíduos. Usualmente, também é associada a outros tipos de perturbações (Ballouard, 2011).

### **3.5. Disforia de Género**

Quando o ser humano nasce, é-lhe atribuído um género segundo a sua anatomia e base genética. Usualmente, esta atribuição corresponde à identidade de género do indivíduo,

no entanto há casos em que podem ser sentidas incongruências e o mesmo não se verifica (Garg et al., 2018). Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (2014), a disforia de género (DG) é uma condição que na maioria das vezes resulta no mal-estar do indivíduo. Esta ocorre quando o género presente à nascença, género atribuído, não corresponde ao género com que o indivíduo se identifica, género expresso (Boston Children's Hospital, 2023). A incongruência entre o género atribuído e o género expresso é considerada a principal componente do diagnóstico da DG, no entanto a sua expressão pode variar consoante a idade do indivíduo (APA, 2014).

A expressão da DG varia consoante a idade, assim quando abordadas as características da DG em crianças, são principalmente tidos em conta os fatores comportamentais (APA, 2014). Há um forte desejo de ser do outro género, ou até mesmo a insistência de que se é do outro género; preferência por vestir roupa e utilizar penteados do género expresso; em jogos de faz-de-conta ou fantasia há preferência pelos papéis do outro género; rejeição de brinquedos, jogos e atividades do género atribuído; repulsão à anatomia sexual; desejo das características sexuais primárias e/ou secundárias do género expressado e mal-estar associado (défice social, escolar, entre outros) (APA, 2014; Garg et al., 2018).

No caso das raparigas estas escolhem o vestuário e penteados masculinos, são muitas vezes identificadas como rapazes por terceiros e, inclusive, podem pedir para serem chamadas por um nome do género expresso. Há preferência pelos papéis, sonhos, fantasias masculinas, assim como desportos de contacto e brincadeiras turbulentas. Em alguns casos, pode haver recusa em urinar numa posição sentada, é expresso o desejo de ter um pénis e a negação do desenvolvimento das mamas e da menstruação. Já os rapazes podem expressar o desejo de serem uma rapariga, onde há preferência pelo vestuário feminino (improvisam com diferentes materiais), gostam de brincadeiras típicas do género feminino como brincar às casinhas, bonecas, entre outros. Ocasionalmente, podem fingir não ter um pénis e sentam-se para urinar (APA, 2014).

A adolescência é uma fase crucial para o desenvolvimento psicosexual em jovens com questões de identidade de género (Steensma et al., 2013). É na adolescência que frequentemente surgem as preocupações com as alterações físicas iminentes, podendo ser experienciada a vontade de se livrar dos caracteres sexuais primários e/ou secundários do género atribuído e adquirir algumas das características do outro género. Ademais, são adotados comportamentos, vestuários e maneirismos do género expresso. Adolescentes que vivam num ambiente seguro, podem expressar abertamente o desejo de serem, e de serem tratados como, um indivíduo do género expresso, de se vestirem e pentearem e, até mesmo, adotar um novo primeiro nome consistente com o género expresso (APA, 2014).

Com as mudanças corporais que surgem com a puberdade, a adolescência pode torna-se uma fase descrita pelo mal-estar vivenciado por parte dos jovens com DG. As raparigas procuram esconder o peito, podem ligar as mamas, andar curvadas e/ou usar camisolas largas. Já os rapazes depilam as pernas e podem chegar a prender os genitais de forma a não tornar tão evidentes possíveis ereções (APA, 2014).

Estudos apoiam que o número de adolescentes a procurar cuidados de saúde especializados, como o tratamento hormonal e a cirurgia de reatribuição de género, aumentaram consideravelmente na última década na Europa e na América do Norte (APA, 2014; Eitken et al., 2015; Wood et al., 2013). Esta pode ser justificada pela elevada pressão imposta pela sociedade, a maior exposição, aceitação social e o maior acesso aos cuidados (Garg et al., 2018).

Apesar do maior acesso e procura por cuidados de saúde, nem todos os indivíduos com DG são acompanhados clinicamente, neste sentido não existem dados concretos aquando da prevalência. Contudo, segundo a literatura, a DG é mais comum em crianças do género feminino (género atribuído), enquanto na adolescência o rácio é semelhante em ambos os géneros (APA, 2014).

Quando abordada a DG é importante ressaltar o impacto que esta possui na vida do indivíduo, havendo uma maior pré-disposição para o mal-estar, isolamento social, incapacidade em estabelecer relações de confiança, conflitos interpessoais, abuso de substâncias, baixa auto-estima, aumento do risco de comportamentos autolesivos e suicídio (Kaltiala-Heino, 2018). Ademais, interferência com as atividades diárias como a ida à escola e dificuldade no acesso aos cuidados de saúde são algumas das consequências funcionais que surgem com a disforia de género. Também são descritos elevado número de provocações e perseguições que estes indivíduos (APA, 2014).

As comorbilidades mais comuns nestes indivíduos são as questões emocionais e comportamentais como comportamentos disruptivos e do controlo dos impulsos, perturbações depressivas e de ansiedade (APA, 2014). Além disso, a insatisfação com o corpo e com a aparência são bastante comuns em indivíduos com DG (Feusner et al., 2016; Turan et al., 2018). Estudos recentes relatam que 69,8% dos indivíduos com DG descrevem sentirem-se desconectados do seu próprio corpo, sendo este corpo visto como “errado” e “desconfortável” (Pulice-Farrow et al., 2020). Alguns casos chegam inclusive a relatar partes do corpo como inexistentes, como se pertencessem a outro indivíduo, denotando que o que é observado não corresponde ao que se passa na sua cabeça (Pulice-Farrow et al., 2020). Assim, estas problemáticas associadas à imagem do corpo envolvem também inúmeras problemáticas de

personalidade e comportamento (Fonseca, 2010), já referidas anteriormente como comorbilidades habituais na DG.

### III. Caracterização da Prática Profissional

#### 1. Organização das Atividades de Estágio realizadas

Foram desempenhadas diversas atividades ao longo do presente estágio, desde a observação e avaliação psicomotora, à implementação de um plano terapêutico, até mesmo, à participação semanal em reuniões clínicas. Ademais, foram desempenhadas algumas atividades complementares, como a participação em formações, reuniões com as orientadoras, clínica e académica, tal como, a elaboração dos planeamentos de sessão, relatórios de sessão, pesquisa bibliográfica, entre outros.

##### 1.1. Calendarização e horário das atividades de estágio

Com início a 10 de outubro de 2022 e término a 30 de junho de 2023, o estágio contou com a duração de 9 meses. Neste sentido, será apresentado um cronograma (Tabela 1) com a calendarização das atividades realizadas em prol do estágio.

**Tabela 1-** Calendarização das atividades de estágio

Atividades Realizadas	2022			2023									
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.
Integração na equipa													
Avaliações													
Intervenção Psicomotora													
Reuniões Clínicas													
Pesquisa Bibliográfica													
Relatório de Estágio	Redação												
	Entrega												

Aquando do horário semanal das atividades de estágio (Tabela 2), foram tidos diversos fatores em conta, como o horário disponível da sala de psicomotricidade e da sala polivalente, de modo que as duas estagiárias e a psicomotricista da unidade pudessem calendarizar as sessões sem as sobrepor.

**Tabela 2-** Horário semanal das atividades de estágio

Horário	segunda-Feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira	sexta-feira
8h00		Sessão Individual 2		Atividades Complementares de Estágio	Atividades Complementares de Estágio
9h00					
9h00	AD- Grupo1	Atividades Complementares de Estágio	Reunião Clínica		
10h00					
10h00	Lanche AD				
11h00	Atividade Complementares de Estágio	Reunião HD			
12h00					
12h00	Reunião AD	Reunião Orientadora Clínica			
13h00	Hora de Almoço	Hora de Almoço	Hora de Almoço		
14h00	AD- Grupo 3	HD-Grupo1	Atividades Complementares de Estágio		
15h00	Lanche AD	HD- Grupo 2	Sessão Individual 3		
16h00	Sessão Individual 1				
16h00	Reunião AD				
17h00					

## 1.2. Experiências complementares de formação

Durante o estágio foram realizadas atividades complementares que ajudaram a contribuir para uma melhor formação profissional e pessoal.

Reuniões Clínicas- Com periodicidade semanal, estas decorriam às quartas-feiras, reunindo toda a equipa da unidade de pedopsiquiatria. Eram abordados diversos temas de interesse da equipa como a apresentação e respetiva discussão de casos clínicos.

Reuniões de Equipa-As presentes consistiam em reuniões de equipa da Área de Dia e do Hospital de dia. As reuniões da Área de Dia decorriam à segunda-feira após os grupos enquanto as reuniões do Hospital de Dia decorriam à quarta-feira, contudo ambas possuíam uma estrutura semelhante, no sentido em que era realizada uma reflexão dos acontecimentos das sessões em equipa. Na reunião do Hospital de Dia, há a exposição semanal de um dos ateliers que o constituem, com o objetivo de ser apresentado o trabalho desenvolvido com os

adolescentes, permitindo conhecer o trabalho desempenhado nos diferentes ateliers e terapias.

Apresentação Reunião Clínica- As estagiárias de psicomotricidade tiveram a oportunidade de realizarem uma apresentação sobre um tema à sua escolha, este devia de ser relacionado com a área de intervenção e com os diferentes temas discutidos em equipa ao longo das reuniões clínicas. O tema apresentado foi “Corpo e Emoção- O papel das intervenções de mediação corporal no bem-estar emocional”.

Observação- Foi possibilitada a observação de primeiras consultas em psicomotricidade, assim como auxiliar a realização de avaliações iniciais.

Formações Adicionais- durante o período de estágio, foram realizadas três formações complementares, das quais: no dia 10 de dezembro, o ciclo de conferências em “*Bases teóricas da prática psicomotora- perspectivas atuais e futuras*” promovida pela Universidade de Évora, no dia 18 de maio, a tertúlia “*A Humanidade no Fio da Navalha*”, promovida pelo Serviço de Psicologia da Unidade de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, no dia 27 de maio, o workshop online “*Comportamentos Desafiante- Como lidar?*”, promovido pela Academia 108.

### **1.3. Intervenção psicomotora no local de estágio**

A unidade de pedopsiquiatria em questão tem como uma das suas respostas, a terapia psicomotora. O encaminhamento para a psicomotricidade é feito através do/a pedopsiquiatra ou do/a psicólogo/a responsável pelo caso clínico, que entende que a criança ou jovem possui indicações terapêuticas para este tipo de intervenção. Neste sentido, é solicitada uma primeira consulta em psicomotricidade, que vai permitir ao terapeuta conhecer melhor o caso e compreender a pertinência da intervenção psicomotora.

Numa primeira fase, é realizada uma entrevista semiestruturada com a criança/ jovem e o adulto responsável, a partir desta é permitido ao terapeuta compreender o motivo que os leva à consulta e as suas principais preocupações. Além disso, através da entrevista, é possível a recolha de informações essenciais à prática terapêutica, como é exemplo: o contexto familiar, os marcos do desenvolvimento, dados referentes à escola, antecedentes clínicos familiares, entre outros.

Nas sessões iniciais com o utente, é-lhe dado espaço para explorar a sala e os diversos materiais, possibilitando ao terapeuta uma visão mais completa, isto é, a observação, com o intuito de analisar os comportamentos e as atitudes do utente. É nesta etapa que são notórios algumas das brincadeiras de eleição e interesses.

Posteriormente, é realizada uma avaliação, com recurso a diversos instrumentos de avaliação selecionados de acordo com as necessidades do indivíduo. A avaliação fornece ao psicomotricista uma visão aprofundada das necessidades do utente, deste modo sucede-se a elaboração de um projeto de intervenção adequado à criança/ jovem em questão.

Existem duas salas na unidade que podem ser utilizadas para as sessões de psicomotricidade, ambas situadas no segundo piso, sendo estas a sala polivalente e a sala de psicomotricidade. A nível do espaço, a sala polivalente possui uma estrutura mais ampla, o seu chão é azul e as paredes brancas, numa das paredes possui um espelho de grandes dimensões e noutra um quadro que usualmente dá auxílio às dinâmicas. A sala polivalente usualmente é utilizada para as sessões de grupo, visto que é mais ampla, estas sessões possuem a duração de 45 minutos a 1 hora. Já a outra sala, de dimensões mais reduzidas, possui um armário com diversos materiais, além destes, existem outros materiais de maior dimensão dispostos pela sala, como materiais de esponja, colchões, entre outros, em semelhança com a sala polivalente, esta também possui um espelho numa das paredes. A presente sala é utilizada exclusivamente para sessões individuais, uma vez que é de dimensões mais reduzidas, as sessões possuem duração de 45 minutos. Além do material disponível nas salas, existe uma arrecadação de apoio, onde é guardado mais material que poderá ser utilizado nas sessões de psicomotricidade.

As sessões de psicomotricidade são planeadas consoante as características e as necessidades do utente, contudo estas possuem uma estrutura em comum: conversa inicial, desenvolvimento de atividades psicomotoras e conversa final.

Dá-se início à sessão com a conversa inicial, onde é questionado ao utente como foi a sua semana e se quer partilhar algum detalhe com a terapeuta. Neste momento da sessão é definido com a criança/jovem a estrutura das atividades a realizar.

Posteriormente, são realizadas as atividades escolhidas na conversa inicial, em alguns casos, as atividades podem decorrer de forma espontânea, este parâmetro varia de utente para utente, uma vez que vai de encontro às suas características e objetivos delineados.

A conversa final serve como um momento de reflexão sobre a sessão, é dada a oportunidade ao/à utente de referir as atividades que gostou mais ou que menos gostou, assim como o que sentiu durante estas.

Além das fases descritas anteriormente, podem ser acrescentados alguns momentos à sessão, como é o caso do retorno à calma e da simbolização, estes vão variando conforme as necessidades e características do indivíduo.

É importante notar que ao longo da intervenção poderão ser realizadas alterações ao plano de intervenção, conforme as necessidades do utente. No final da intervenção é realizada uma avaliação que permite refletir sobre a intervenção, nomeadamente sobre a continuidade da mesma, o encaminhamento para outra especialidade ou uma possível alta.

## **2. Etapas de Intervenção**

A intervenção psicomotora tem como principal foco compreender e respeitar a individualidade do indivíduo, tendo em conta as suas características aquando do desenvolvimento do projeto terapêutico (Costa, 2008). Neste último, é favorecida a relação com o outro e com o meio envolvente, a partir do movimento, da intenção e do uso de materiais distintos, que acarretam as ferramentas necessárias para o indivíduo ser capaz de mentalizar e organizar as suas competências e limitações (Costa, 2008).

Quando procuramos uma intervenção adequada às necessidades do indivíduo é imprescindível respeitar as diferentes etapas da intervenção psicomotora, que são essenciais, dado que, fornecem informação crucial ao terapeuta aquando da elaboração do projeto terapêutico. Neste sentido, pode-se ter em conta o Modelo de Intervenção Psicomotora de Vitor da Fonseca (2001), este considera inúmeras etapas das quais: identificação de sintomas, a formulação de hipóteses, delimitação dos objetivos, estruturação do plano reeducativo-terapêutico individualizado (PRETI) e a constante avaliação que permitirá ao terapeuta identificar os sucessos e insucessos da sua prática. O psicomotricista recorre ainda à entrevista, observação e à avaliação, aspetos imprescindíveis na prática psicomotora. Desta forma, partir do estudo realizado, o terapeuta capta os sinais disfuncionais (Fonseca, 1998), considerando estes como base na estruturação do plano de intervenção, onde se dá a formulação de hipóteses teóricas e a procura de razões explicativas que justifiquem a dinâmica apresentada pelo indivíduo (Fonseca, 1975). Através destas serão traçados os objetivos da intervenção, escolhidas as metodologias e estratégias a utilizar (Fonseca, 2001; Costa, 2008).

### **2.1. Entrevista**

A entrevista é tida como um momento onde há a troca de impressões entre os indivíduos, havendo dois papéis importantes: o entrevistador e o entrevistado. Apesar desta prática se basear no questionamento, o psicomotricista deve dar espaço ao outro, permitindo que este expresse o seu ponto de vista, as suas dúvidas e inseguranças (Leal, 2010). De modo que esta fase da intervenção psicomotora seja bem-sucedida, o terapeuta deve ouvir ativamente o indivíduo, apresentar interesse no seu discurso, validar as suas emoções e, colocar novas questões, demonstrando que o ouve e que o procura compreender (Batista et al., 2017).



Assim, numa fase inicial da intervenção psicomotora é realizada a entrevista, com o objetivo de coletar dados relativos ao indivíduo, desde a sua história pessoal e familiar, até ao seu comportamento, isto é, o seu discurso, olhar e postura (Maximiano, 2004). Esta recolha permite ao terapeuta construir um processo, onde estão presentes os dados anamnésicos, informações escolares ou referentes a outros contextos. Ademais, são recolhidos dados sobre os padrões do desenvolvimento psicomotor, emocional e da linguagem da criança (Costa, 2008). A organização de uma boa história clínica é sinónimo de uma intervenção mais fiável, na medida em que é procurado compreender a motivação e especificação do pedido, assim como os sintomas e as queixas apresentadas (Costa, 2008). Através desta análise, o terapeuta é capaz de formular objetivos e, inevitavelmente, elaborar um projeto terapêutico adaptando-o às características e necessidades do indivíduo (Batista et al., 2017).

## **2.2. Observação**

A observação possui um papel fundamental na prática psicomotora, contribuindo para a recolha de informação referente ao indivíduo, como por exemplo as suas competências (Sage & Chéron, 2018). Através da observação, o psicomotricista é capaz de compreender a personalidade da criança e os seus interesses, estudando aspetos como a qualidade do gesto, intenção do movimento, a orientação espaço-temporal, o equilíbrio, a lateralização, a linguagem e o conteúdo do discurso, a manipulação dos objetos e a eficiência desta (Costa, 2008). Ainda, são tidos em conta, propriedades da comunicação não-verbal como o olhar, a postura e as expressões faciais (Costa, 2008).

A observação psicomotora é espontânea, isto é, não se deve instruir o indivíduo, ser-lhe-á dado espaço para ser criativo e imaginativo (Costa, 2008). Também é importante compreender a forma como se relaciona com o que o rodeia, a interação com o adulto, com os pares e com os objetos, assim como a atitude que manifesta face às tarefas, à distância e à própria atividade espontânea (Costa, 2008).

Em psicomotricidade, a observação permite ao terapeuta delinear um perfil psicomotor do indivíduo, fundamental para a construção de um programa de intervenção adequado às características do indivíduo (Fonseca, 2001).

Durante a intervenção psicomotora realizada na Unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência foi utilizada uma escala de observação, de modo a auxiliar e orientar o terapeuta. Assim, foi usada “*The Louvain Observation Scales for Objectives in Psychomotor Therapy*” (LOFOPT) (Van Coppenolle et al., 1989), esta trata-se de um instrumento de observação com o intuito de identificar as características disruptivas da personalidade do indivíduo através da sua participação em atividades que são realizadas na terapia psicomotora (Van Coppenolle et al., 1989). A partir deste instrumento é possível observar 9

áreas distintas, sendo estas: “Relações Emocionais”; “Autoconfiança”; “Tipo de Atividade”; “Relaxação”; “Controlo do Movimento”; “Capacidade de Atenção”; “Expressão Corporal”; “Comunicação Verbal” e “Regulação Social”.

As áreas referidas anteriormente têm uma cotação no intervalo de -3 a 3, sendo que numa extremidade é descrito um comportamento excessivamente perturbado e na outra o comportamento oposto, porém também este perturbado. A cotação 0 corresponde ao comportamento não perturbado (Van Coppenolle et al., 1989).

### **2.3. Avaliação**

A avaliação psicomotora procura criar condições que façam emergir, facilitar e enriquecer o potencial de aprendizagem e de adaptação do indivíduo, ademais possibilita a obtenção de um perfil psicomotor, a partir da identificação das áreas fortes e das áreas fracas, permitindo a construção e a criação de projetos de intervenção com o intuito de enriquecer o indivíduo, focados sempre na otimização do potencial de aprendizagem (Fonseca, 2001).

Na prática psicomotora realizada durante o estágio curricular foram utilizados diferentes instrumentos de avaliação, que permitiram ao terapeuta estudar o perfil psicomotor dos jovens e compreender melhor as áreas de intervenção. Desta forma, foram utilizadas as seguintes provas: “*Draw a Person*” (DAP) (Naglieri, 1988), Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oserestiky 2 (BOT-2) (Bruininks, 1978) e o Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ) (Goodman, 1997).

O teste “*Draw a Person*” de Naglieri (1988) trata-se de um instrumento de avaliação quantitativo, onde é pedido ao indivíduo que desenhe a figura humana de um homem, de uma mulher e do próprio. O principal objetivo é compreender a forma como o indivíduo percebe as pessoas à sua volta, incluindo a sua família e ele próprio. Também é possível aceder a diferentes aspetos psicológicos como a personalidade, o background familiar, o abuso físico e emocional, a sintomas depressivos, entre outros (Naglieri, 1988). Para a sua cotação é tido em conta a presença das diferentes partes do corpo, a ligação entre estas, o vestuário e os detalhes do desenho. Este instrumento permite compreender se os desenhos realizados vão de encontro à idade do utente, isto é, se são deficitários ou superiores (Mpangane, 2015).

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oserestiky 2 (BOT-2) de Bruininks (1978) é um instrumento que avalia as habilidades motoras, de modo a identificar o estado do desenvolvimento e as capacidades de controlo motor fino e grosso (Bruininks & Bruininks, 2010). Este instrumento é composto por 4 áreas, sendo que cada uma possui 2 subtestes, apresentando o total de 8 subtestes. Cada subteste avalia um aspeto específico das habilidades motoras finas e grossas. Deste modo, a área “Controlo Manual Fino” possui os subtestes de “Precisão Motora Fina” e “Integração Motora Fina”; a área “Coordenação

Manual” tem os subtestes “Destreza Manual” e “Coordenação dos Membros Superiores”; a área “Coordenação do Corpo” é composta pelos subtestes “Coordenação Bilateral” e “Equilíbrio”; e por último, a área “Força e Agilidade” é constituída pelos subtestes “Corrida de velocidade e agilidade” e “Força”. Além disso, são tidos em conta aspetos como a mão preferencial e o pé/perna preferida.

É possível ainda a observação de itens como a atenção, a fluidez do movimento, o esforço e a compreensão do indivíduo, estes aspetos são avaliados qualitativamente pelo terapeuta através da prestação do utente nos subtestes (Bruininks & Bruininks, 2010). O presente instrumento de avaliação possui dois formatos: o completo e o reduzido. O completo permite uma avaliação mais aprofundada, sendo que a sua aplicação pode demorar entre 40 a 60 minutos. Já o reduzido possibilita uma avaliação mais breve, sendo a sua aplicação de 15 a 20 minutos.

O Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ) de Goodman (1997) é um questionário que pode ser descrito como uma breve triagem comportamental, uma vez que permite avaliar os comportamentos, as emoções e os relacionamentos do indivíduo (Goodman, 1997). É constituído por 25 itens organizados em 5 escalas: “Hiperatividade”, “Problemas de Comportamento”, “Problemas de Relacionamento com os Colegas”, “Sintomas Emocionais” e “Comportamento Pró-Social”. Cada escala é constituída por 5 itens, sendo que cada um possui 3 opções de resposta: “Não é verdade”, “É pouco verdade”, “É muito verdade”. A escolha da presente escala deve-se ao seu formato simples e breve, que permite a focalização nas capacidades e dificuldades do indivíduo. Além disso, através da aplicação deste instrumento, o terapeuta possui uma visão global do utente, dado que, este questionário pode ser preenchido pelo utente (a partir dos 4 anos), pelos professores e pelos pais.

### **3. Descrição dos casos acompanhados**

#### **3.1. Grupo**

No presente estágio foram acompanhados grupos terapêuticos no âmbito do projeto da Área de Dia e do Hospital de Dia, contabilizando um total de 27 casos com idades compreendidas entre os 9 e os 17 anos de idade.

##### **3.1.1. Área de Dia**

As sessões de psicomotricidade da Área de Dia iniciaram em outubro de 2022 e terminaram em junho de 2023, contabilizando no total 28 sessões. Estas eram semanais, com duração de uma hora, sendo realizadas por duas terapeutas, uma das estagiárias do mestrado em Psicomotricidade e a psicomotricista da unidade de psiquiatria da Infância e da Adolescência.

A equipa da Área de Dia organizou quatro grupos terapêuticos que foram distribuídos entre as duas estagiárias de psicomotricidade. Neste sentido serão apresentados mais detalhadamente dois dos grupos existentes, que foram acompanhados pela estagiária relatora deste documento. O grupo I e o grupo III são constituídos por 6 crianças, três rapazes e três raparigas. De seguida, serão apresentados detalhadamente os dois grupos (Tabela 3), tal como as suas problemáticas, a avaliação realizada e a progressão terapêutica.

**Tabela 3-** Descrição dos casos acompanhados nos grupos da Área de Dia

<b>Grupo I</b>	
<b>Identificação dos Casos</b>	<b>Avaliação Inicial</b>
<p><b>BP</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> Agitação psicomotora; baixa tolerância à frustração; comportamentos impulsivos e de oposição.</p>	<p>Com um perfil hipertónico, a BP frequentemente perde-se no próprio espaço, é uma menina com dificuldade a nível da coordenação e da harmonização do movimento. Demonstra dependência da figura adulta e dos seus pares, especialmente da MF, com quem procura realizar as atividades. O seu comportamento é excessivo para o contexto, acabando por influenciar a sua atenção/ concentração. Inicia as tarefas antes do tempo, não consegue aguardar pela sua vez, adota um perfil de co-terapeuta. É uma criança bastante comunicativa, contudo o seu discurso é bastante rápido e alto. Dificuldade em cumprir regras e indicações. É o segundo ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>MF</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> Comportamento adultomorfo; dificuldade de integração com os pares; baixa autoestima.</p>	<p>Respeita o adulto e interage de forma apropriada com os pares, apesar de possuir dificuldade em criar relações com os mesmos. Revela ser uma criança insegura, necessita do reforço positivo do adulto para iniciar as atividades. Apresenta um movimento fluido e harmonioso, possuindo controlo sobre o mesmo. Consegue compreender as instruções das atividades com facilidade, contudo leva as mesmas demasiado a sério, exigindo uma performance perfeita por parte da própria e dos seus pares. Expressa-se pouco verbalmente, o seu diálogo é audível, mantém contacto visual e é adaptado ao contexto. É o segundo ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>SO</b> <b>(8 anos, Masculino)</b> Agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração; baixa autoestima; dificuldades na coordenação e no equilíbrio.</p>	<p>É uma criança insegura, raramente toma a iniciativa, evitando confrontos com os colegas, acaba por seguir a mesma linha de pensamento dos pares, indo de acordo com as ideias dos outros. A sua participação nas atividades é esporádica, necessitando do incentivo de terceiros. Usualmente encontra-se tenso e nervoso, os seus movimentos são lentificados e medidos. Revela dificuldades a nível do equilíbrio (estático e dinâmico), da coordenação e da praxia fina. Em termos de comunicação, raramente inicia um diálogo, o seu discurso é audível e coerente. Procura respeitar as regras da sessão, assim como estabelecer uma boa relação com os seus pares. É o segundo ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>MR</b> <b>(8 anos, Feminino)</b> Quadro de MS; comportamentos de oposição; dificuldade em</p>	<p>Não se envolve com o grupo, recusa o contacto com os pares e com as terapeutas. A sua participação nas atividades é por imitação, revelando uma baixa autoestima. Os seus movimentos são pouco investidos e desinteressados, além de serem reduzidos, possuindo um perfil hipertónico.</p>

relacionar-se com o adulto; onipotência.	Não comunica verbalmente, nem procura adotar alternativas não-verbais. É o primeiro ano da MR na intervenção de grupo.
<b>AV</b> <b>(9 anos, Masculino)</b> PHDA; comportamentos de oposição; dificuldade na regulação emocional e na gestão de informação.	Investe na relação com o adulto e com os pares, procura interagir com eles durante as atividades e partilhar as suas ideias. Toma iniciativa perante as tarefas, no entanto apresenta um perfil agitado com movimentos desinibidos e descontrolados, não adequando o movimento à ação. Revela dificuldade em permanecer atento às instruções e à conversa inicial, distraíndo-se com facilidade, não consegue permanecer sentado. Procura respeitar as regras, revelando-se um pouco obsessivo com estas durante as atividades. Quando o resultado não é o pretendido, o AV adota uma postura de oposição e grande frustração. É o primeiro ano no grupo terapêutico.
<b>ML</b> <b>(9 anos, Masculino)</b> Agitação psicomotora; comportamentos de oposição e desafio; situação familiar complexa.	É uma criança insegura, necessita de incentivo perante as diferentes tarefas. Envolve-se nas atividades e respeita as regras das mesmas, relacionando-se com os seus pares. Revela dificuldade em permanecer sentado na conversa inicial. O ML tem um perfil hipotónico, os seus movimentos são soltos e leves. Queixa-se constantemente que está cansado e com sono, chegando inclusive a adormecer nas atividades de retorno à calma. É comunicativo, conversa com os pares sobre a sua semana, possuindo um discurso audível e adequado ao contexto. É o primeiro ano do ML no grupo terapêutico.
<b>Grupo III</b>	
<b>Identificação dos Casos</b>	<b>Avaliação Inicial</b>
<b>LCC</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> PHDA; DG; agitação psicomotora; comportamentos de oposição.	Procura pela atenção do adulto e dos pares, adotando um comportamento mais agitado e elevando o seu tom de voz. Quer sempre iniciar as atividades propostas, demonstrando desagrado quando não o faz. Possui dificuldade em focar a sua atenção, envolvendo-se em conversas e brincadeiras paralelas com os pares. É uma criança bastante expressiva que acaba por adotar o papel de “palhaço” do grupo. O seu discurso é alto e rápido. Em termos psicomotores, são notórias dificuldades a nível da estruturação espaço-temporal, assim como na noção do corpo. É o segundo ano no grupo terapêutico.
<b>IA</b> <b>(9 anos, Masculino)</b> Baixa tolerância à frustração; agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração.	Não estabelece contacto com as terapeutas, nem com os pares, possuindo a tendência para se afastar do grupo. Queixa-se constantemente que está cansado e com sono, sendo necessário incentivar a criança a envolver-se nas atividades. A sua participação é esporádica, possui momentos em que o seu movimento é excessivo contrastando com os restantes em que não se envolve. Possui dificuldade em estar atento às instruções, envolvendo-se nas brincadeiras paralelas do LM, acabando por não respeitar as regras da sessão. É o segundo ano no grupo terapêutico.
<b>TP</b> <b>(9 anos, Masculino)</b> Agitação psicomotora; baixa autoestima; sintomatologia ansiosa.	Trata-se de uma criança insegura que procura pelo apoio dos pares durante as atividades, colando-se a estes. Evita situações de confronto e conflito no grupo, refugiando-se nas terapeutas. Consegue prestar atenção às instruções dadas, participando nas atividades. O seu movimento é expressivo e, às vezes, exagerado para a situação, sendo considerada uma

	<p>criança hipotônica. Procura comunicar com o grupo, o seu discurso é audível e coerente. Usualmente fica bastante entusiasmado saltando e gesticulando simultaneamente com as mãos. É o segundo ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>LC</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> Quadro de tiques ligeiros; obsessão com regras; agitação psicomotora; dificuldades na gestão emocional.</p>	<p>Envolve-se demasiado com os outros, colando-se a eles durante a sessão. Os seus movimentos são excessivos e descontrolados, assim como as suas expressões faciais. Não espera pela sua vez e procura iniciar o diálogo com o grupo, assim como as atividades. Demonstra alguma dificuldade em prestar atenção às instruções, uma vez que se distrai com os seus pares. O seu discurso é alto e rápido. Possui dificuldade em cumprir regras e indicações, contudo durante as atividades procura verificar se os seus pares as cumprem. Quando as dinâmicas não correm como esperado, ou quando não é ela a iniciar as dinâmicas, a LC usualmente chora, adotando um perfil de oposição perante a figura adulta. É uma criança com dificuldades a nível da coordenação e da estruturação espaço-temporal, acabando por ir contra os pares muitas vezes durante as atividades. É o segundo ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>CF</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> Alterações do comportamento; agitação psicomotora.</p>	<p>Não demonstra iniciativa em estabelecer contacto com o grupo. É uma criança insegura, participa nas atividades apenas quando recebe incentivo por parte do adulto. Ainda assim, durante as tarefas, há pouco investimento, o movimento é desinteressado e passivo. Revela um perfil apático, as suas expressões faciais mantêm-se independentemente do resultado das atividades. Quando há conflitos no grupo, exclui-se, não se envolvendo neles. Permanece em silêncio a maior parte do tempo, quando fala, o seu discurso é pouco audível, no entanto é adequado ao contexto. É o seu primeiro ano no grupo.</p>
<p><b>LM</b> <b>(10 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; agitação psicomotora; comportamentos de oposição e desajustados; baixa tolerância à frustração; meio familiar débil.</p>	<p>Durante a sessão interfere com tudo e com todos, sendo o contacto muitas vezes desadequado ao contexto. Procura pela atenção do adulto através de comportamentos desajustados. Possui um perfil bastante agitado, revelando dificuldade em permanecer sentado durante a conversa inicial. Ri e chora de forma inapropriada, possuindo uma atitude exagerada e facetada. Destabiliza os pares com brincadeiras paralelas, perturbando o decorrer da sessão. O seu discurso é demasiado alto e excessivo, não consegue respeitar a vez dos outros falarem. É notória uma grande dificuldade em compreender e a respeitar as regras, assim como os seus pares e as terapeutas. Dificuldade na mentalização, passagem ao ato. Frequentemente possui uma postura mais tensa e rígida. ademas revela uma grande agitação psicomotora, acabando por não conseguir adequar o seu movimento às diferentes dinâmicas. É o primeiro ano no grupo terapêutico.</p>

Possuindo como base as características das crianças apresentadas, será realizado um perfil de grupo (Tabela 4).

**Tabela 4-** Perfil de Grupo (Área de Dia)

Identificação dos Grupos	Caracterização
<b>Grupo I</b>	Numa fase inicial está presente uma grande timidez por parte dos elementos, sendo um grupo mais inibido. As terapeutas apelam à sua participação nas atividades e são propostas dinâmicas que apele ao trabalho de grupo. As crianças conseguem colaborar entre si em prol do sucesso do grupo, ademais, apesar das dificuldades sentidas por parte da MR no envolvimento nas atividades, os seus pares procuram incluir a colega, demonstrando-se sempre disponível para a ajudar. Trata-se de um grupo interessado em que, nas situações de conversa inicial e final, conseguem partilhar os seus interesses e ideias.
<b>Grupo III</b>	O presente grupo é caracterizado pela agitação psicomotora e por uma elevada postura de oposição/ desafio. Há dificuldade em cumprir o planeamento da sessão, devido à agitação das crianças e à sua dificuldade na realização da conversa inicial, que acaba por se prolongar, tomando grande parte da sessão. Durante as dinâmicas, as crianças revelam dificuldade em colaborar uns com os outros, acabando por ser vivenciados diversos conflitos entre os diferentes elementos do grupo. É visível a dificuldade em respeitar o espaço do outro, havendo contactos invasivos como empurrões. Está muito presente a oposição à figura adulta e ao cumprimento das regras estabelecidas. É de destacar o LM, elemento que acaba por se envolver em discussões e conflitos com os pares constantemente, o que influencia a sua relação com os colegas e o decorrer das sessões de psicomotricidade.

Através da caracterização das crianças e dos grupos onde estão incluídas foram traçados os objetivos terapêuticos para cada grupo (Tabela 5).

**Tabela 5-** Objetivos terapêuticos dos grupos acompanhados na Área de Dia

Grupo I		
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Psicomotor</b>	Melhorar o equilíbrio	-Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico;
	Promover a estruturação espacial	-Melhorar a capacidade de organização no espaço; -Diferenciar noções de ordem e sequência.
	Promover a motricidade global	-Melhorar a coordenação motora.

<b>Socioemocional</b>	Promover as competências socioemocionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconhecer/ distinguir as próprias emoções;</li> <li>-Reconhecer a influência das próprias emoções nos outros;</li> <li>-Reconhecer as emoções dos outros;</li> <li>-Identificar os estados corporais associados às emoções básicas;</li> <li>-Identificar as situações tipicamente evocadoras de determinadas emoções;</li> <li>-Promover a autorregulação comportamental;</li> <li>-Aumentar a autoestima;</li> <li>-Melhorar a capacidade de comunicação com os pares e em grupo.</li> </ul>
<b>Cognitivo</b>	Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Potencializar a capacidade atencional;</li> <li>-Estimular a capacidade de planeamento.</li> </ul>
<b>Grupo III</b>		
<b>Domínio</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Psicomotor</b>	Promover a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhorar a noção da imagem/esquema corporal;</li> <li>-Melhorar a consciencialização corporal.</li> </ul>
	Melhorar a estruturação espacial	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver as noções temporais na organização da dinâmica das sessões;</li> <li>-Desenvolver a capacidade de organização no espaço.</li> </ul>
<b>Socioemocional</b>	Promover as competências socioemocionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconhecer/ distinguir as próprias emoções;</li> <li>-Reconhecer a influência das próprias emoções nos outros;</li> <li>-Reconhecer as emoções dos outros;</li> <li>-Identificar os estados corporais associados às emoções básicas;</li> <li>-Identificar as situações tipicamente evocadoras de determinadas emoções.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a autorregulação comportamental;</li> <li>-Aumentar a resistência à frustração;</li> <li>-Estimular a cooperação entre o grupo;</li> <li>-Promover a partilha e coesão entre o grupo.</li> </ul>
<b>Cognitivo</b>	Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar os períodos de atenção/ concentração;</li> <li>-Melhorar o planeamento e organização das tarefas.</li> </ul>

Os objetivos abordados foram implementados durante as sessões de psicomotricidade de ambos os grupos terapêuticos. O trabalho realizado centrou-se nos mediadores descritos no Enquadramento Teórico da Prática Profissional, contudo estes acabaram por ser distintos entre o grupo I e o grupo III devido às suas características.

### **Grupo I**

O presente grupo contava com 6 elementos, sendo o segundo ano de 3 na Área de Dia. Desta forma, com o início das sessões, a BP, a MF e o SO, deram as boas-vindas aos novos elementos, dando-lhes a conhecer um pouco da intervenção psicomotora. O grupo encontrava-se entusiasmado com a terapia e desde início colaboraram entre si durante as dinâmicas propostas. As sessões eram estruturadas, as atividades programadas pelas terapeutas tendo por base os objetivos definidos, sendo sempre dada a oportunidade às crianças de sugerir dinâmicas. Muitas das atividades apelavam à colaboração entre os pares, assim como procuravam potenciar momentos de socialização. Numa fase inicial, a MR revelava bastante dificuldade em integrar-se no grupo e em envolver-se nas atividades, contudo os seus pares sempre a incluíam através de estratégias adotadas (por exemplo: ajudar a MR na atividade, dar-lhe a mão, entre outras). Com o avançar do tempo, foi possível observar um maior à vontade da MR que se auxiliava muito na MF. Esta relação acabou por originar um conflito com a BP, que procurava sempre pela MF em todas as atividades. Durante o ano, o SO e o ML aliaram-se, criando uma relação de grande cumplicidade, acabando os dois por partilharem os mesmos ideais, assim quando o ML declarava não gostar de um jogo, o SO frequentemente imitava o colega, recusando-se a participar. A meio do ano, o ML acabou por deixar de comparecer às sessões de psicomotricidade devido a questões familiares, já a MF revelava falta de interesse afirmando que os seus colegas eram demasiado infantis, chegando a faltar a algumas sessões. A presente situação levou a que a BP se aproximasse da MR, do SO e do AV. Por sua vez, o AV acabava por se excluir das atividades, ficava

frequentemente chateado com os resultados ou o desempenho dos colegas, entrando numa postura de oposição com a BP.

### **Grupo III**

Em semelhança com o grupo anterior, alguns dos elementos já tinham frequentado a Área de Dia no ano anterior, sendo apenas o primeiro ano da CF e do LM. As atividades eram escolhidas pelas terapeutas que realizavam o planeamento da sessão seguindo os objetivos terapêuticos determinados e respeitando os diferentes momentos da sessão, isto é, conversa inicial, atividade preparatória, atividade fundamental, retorno à calma, simbolização e conversa final. Contudo, desde o início que o presente grupo se revelou bastante desafiante sendo vivenciados momentos de grande agitação e conflitos entre o LM e os pares, o que acabou por influenciar negativamente a intervenção. As terapeutas acabaram por optar por dinâmicas que não envolvessem tanto contacto físico, uma vez que este era um dos grandes causadores de conflitos por parte do LM, que frequentemente afirmava que os seus colegas estavam contra si, o empurravam, o metiam de parte, etc. Atividades de expressão plástica desempenharam um papel essencial no presente grupo, representando momentos em que os elementos investiam nos seus trabalhos e não eram vivenciados tantos conflitos, tratando-se de um trabalho mais dirigido e individualizado. É de notar que, com o avançar das sessões, alguns elementos começavam a ficar frustrados com o LM, pois consideravam que devido ao seu comportamento, não conseguiam realizar as atividades propostas pelas terapeutas. O TP e a CF procuravam afastar-se do colega, recorrendo à figura adulta quando eram vivenciados conflitos. Ao longo das sessões estes conflitos foram trabalhados constantemente, em prol de um melhor ambiente e intervenção. No final do ano, com a realização do projeto grupo, todos os elementos foram capazes de se envolver num trabalho em conjunto, verificando-se melhorias nesta área.

De seguida, será abordada a progressão terapêutica de cada elemento do grupo mais pormenorizadamente (Tabela 6).

**Tabela 6-** Progressão terapêutica dos casos acompanhados nos grupos da Área de Dia

<b>Grupo I</b>	
<b>Identificação dos Casos</b>	<b>Progressão Terapêutica</b>
<p><b>BP</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> Agitação psicomotora; baixa tolerância à frustração; comportamentos impulsivos e de oposição.</p>	<p>Consegue estabelecer uma relação de sintonia com os pares e com as terapeutas. Durante a conversa inicial aguarda pela sua vez, ouve os seus colegas, assim como as instruções das atividades. Revela ser uma criança participativa e interessada. Consegue planear a sua ação, assim como pensar na mesma. Nas atividades adota um comportamento de liderança, onde toma a iniciativa e organiza o grupo. Possui alguma dificuldade em</p>

	regular o tom da sua voz, acabando por projetar demasiado a mesma. Compreende as regras e procura cumpri-las.
<p><b>MF</b> <b>(9 anos, Feminino)</b></p> <p>Comportamento adultomorfo; dificuldade de integração com os pares; baixa autoestima.</p>	Atualmente, demonstra um maior à vontade na interação com os pares. Toma iniciativa nas dinâmicas de grupo, coopera com pares e procura resolver conflitos de forma justa, expondo o seu ponto de vista. Gosta de ajudar os seus colegas, especialmente a MR. O seu diálogo é audível e durante as conversas consegue abordar temas de forma elaborada e fundamentada. A sua comunicação é adaptada ao contexto e à sua idade.
<p><b>SO</b> <b>(8 anos, Masculino)</b></p> <p>Agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração; baixa autoestima; dificuldades na coordenação e no equilíbrio.</p>	Atualmente, possui uma melhor integração no grupo, onde foi capaz de criar laços significativos com os seus pares e colabora com eles durante a sessão. Nas dinâmicas é autónomo e ativo, contudo, às vezes são observados comportamentos de oposição, onde há a recusa na participação nas atividades. Usualmente, após conversar com as terapeutas, acaba por participar e investir nas mesmas. Não são sentidas tantas dificuldades nas questões da coordenação e do equilíbrio, acredita-se que a iniciação de práticas desportivas nos tempos livres também tenham contribuído para esta melhoria. Tem tendência para se distrair com o AV, com quem estabelece conversas paralelas durante os momentos de instrução. Consegue expressar-se melhor em grupo, demonstrando um maior à vontade.
<p><b>MR</b> <b>(8 anos, Feminino)</b></p> <p>Quadro de MS; comportamentos de oposição; dificuldade em relacionar-se com o adulto; onnipotência;</p>	Apesar de não comunicar verbalmente em grupo, a MR adota estratégias não-verbais para se expressar, apresentando uma maior expressão corporal e facial. Assim, é uma criança mais comunicativa, mais ligada aos seus pares, mais expressiva contrariando as suas características de oposição. Encontra-se menos tensa e permite o toque terapêutico. Já procura participar nas atividades sem necessitar de incentivo constante, apesar dos seus pares a ajudarem, especialmente a MF. Recusa a realização do desenho final e o envolvimento em atividades que não vão de encontro aos seus interesses.
<p><b>AV</b> <b>(9 anos, Masculino)</b></p> <p>PHDA; comportamentos de oposição; dificuldade na regulação emocional e na gestão de informação.</p>	Foi observada uma regressão, na medida que são sentidas dificuldades no estabelecimento de relações de confiança com os pares. Frequentemente, o AV retira-se das dinâmicas de grupo, adotando um contacto imparcial e inacessível. É vista como uma criança insegura, que procura apoio exterior. Tem dificuldade em lidar com a falha, apresenta comportamentos de frustração quando o resultado obtido não é o desejado. Durante as conversas em grupo, revela dificuldade em permanecer sentado e prestar atenção. O vocabulário adotado não é o mais adequado ao contexto, os seus temas de conversa baseiam-se em jogos, não explorando além disso.
<p><b>ML</b> <b>(9 anos, Masculino)</b></p> <p>Agitação psicomotora; comportamentos de oposição e desafio; situação familiar complexa.</p>	Participa com interesse nas sessões e investe nas atividades, estabelecendo relações de confiança com os pares, especialmente com SO. São notórios momentos em que a criança fica mais frustrada com o desenrolar das atividades ou com o comportamento dos seus pares. Uma vez que ML desistiu no acompanhamento no grupo terapêutico não foram obtidos mais dados relativos à progressão terapêutica.

<b>Grupo III</b>	
<b>Identificação dos Casos</b>	<b>Progressão Terapêutica</b>
<p><b>LCC</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> PHDA; DG; agitação psicomotora; comportamentos de oposição.</p>	<p>É visível um perfil mais inseguro, onde a criança está mais fechada e reservada, não se envolve tanto com o grupo, nem participa nas atividades tão assiduamente. O seu comportamento adota um elevado contraste com o observado inicialmente, há o abandono do papel de “palhaço” do grupo. O seu discurso é mais adequado ao contexto, consegue regular o tom da sua voz e aguarda pela sua vez para falar, contudo não o procura fazer. Com o início do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, estão cada vez mais presentes dificuldades relacionadas com a noção do corpo e a aceitação a “este corpo” com que não se identifica, sendo este fator traduzido nas suas relações com o exterior. Consegue cumprir as regras e os limites.</p>
<p><b>IA</b> <b>(9 anos, Masculino)</b> Baixa tolerância à frustração; agitação psicomotora; dificuldades de atenção e concentração.</p>	<p>Estabelece contacto com o grupo, procura colaborar e participar nas atividades. Envolve-se em brincadeiras paralelas com os pares, onde acabam por ser vivenciadas situações de conflito com o LM, quais a criança tenta evitar e procura apoio do grupo. Não consegue permanecer sentado durante a conversa inicial, nem se foca nas instruções dadas. Dificuldade em respeitar as indicações dadas e as regras da sessão. Dado que o IA foi pouco assíduo às sessões, não há muitos dados da progressão terapêutica.</p>
<p><b>TP</b> <b>(9 anos, Masculino)</b> Agitação psicomotora; baixa autoestima; sintomatologia ansiosa.</p>	<p>Está mais confiante, na medida que não procura tanto pelo apoio dos pares. Interage com o grupo e consegue manter relações positivas. Expressa as suas ideias, demonstrando ser uma criança bastante criativa. Durante a sessão consegue adotar um comportamento mais calmo e medido. Quando são vivenciados conflitos no grupo, TP refugia-se na figura adulta. Atualmente, TP começa a adotar comportamentos autolesivos que preocupam a equipa. Acredita-se que estes estão associados à sua sintomatologia ansiosa e às mudanças que irá enfrentar com a entrada no 5º ano.</p>
<p><b>LC</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> Quadro de tiques ligeiros; obsessão com regras; agitação psicomotora; dificuldades na gestão emocional.</p>	<p>Cria laços com os seus colegas, especialmente com a CF, com quem procura estar sempre. É uma criança insegura que procura validação do adulto. Consegue adaptar o seu comportamento ao contexto, autorregulando-o. Ouve as instruções e coloca questões. Envolve-se nas atividades ativamente e demonstra interesse nestas. O seu discurso é audível e é capaz de esperar pela sua vez de falar, escutando os outros durante a conversa inicial.</p>
<p><b>CF</b> <b>(9 anos, Feminino)</b> Alterações do comportamento; agitação psicomotora.</p>	<p>Consegue estabelecer relações de confiança com os seus pares, especialmente com a LC. Atualmente, revela uma postura menos inibida e mais valorizada. É visível um maior investimento nas atividades, assim como uma maior expressão corporal e facial. O seu pensamento é desorganizado, assim como o planeamento da ação. Procura a perfeição, o que pode influenciar negativamente o seu desempenho. Consegue estabelecer conversas com o grupo, o seu discurso é rápido e procura prolongar-se.</p>

<p><b>LM</b> <b>(10 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; agitação psicomotora; comportamentos de oposição e desajustados; baixa tolerância à frustração; meio familiar débil.</p>	<p>Apesar de serem visíveis ligeiras melhorias, o LM mantém dificuldades notórias no estabelecimento de relações com o outro. Procura a atenção e a defesa do adulto, adotando comportamentos indevidos como movimentos agitados, elevação do seu tom de voz, ações impróprias e conflitos com os pares. Envolve-se nas atividades com interesse, apesar dos seus movimentos serem exagerados. Revela dificuldade em esperar pela sua vez e aceitar falhas da sua parte. Baixa tolerância à frustração. Dificuldade em compreender e respeitar as regras. A criança começa a conhecer as suas dificuldades abordando-as com o adulto.</p>
---	---

### 3.1.2. Hospital de Dia

O Hospital de Dia iniciou em outubro de 2022 e terminou em junho de 2023, sendo realizadas no total 31 sessões com periodicidade semanal, duração entre 45 minutos e 1 hora, com a presença de três terapeutas, sendo estas as duas estagiárias do mestrado em psicomotricidade e a psicomotricista da unidade.

Numa fase inicial, este projeto era constituído por dois grupos de psicomotricidade, o grupo I e o grupo II. Serão detalhadas as características dos jovens que constituem os grupos (Tabela 7), serão atribuídas siglas, de modo, proteger a identidade destes.

**Tabela 7-** Descrição dos casos acompanhados nos grupos do Hospital de Dia

<b>Grupo I</b>	
<b>Utentes</b>	<b>Avaliação Inicial</b>
<p><b>CV</b> <b>(17 anos, Feminino)</b> Ansiedade Generalizada; absentismo escolar; dificuldade a estabelecer relações com os pares.</p>	<p>Possui alguma dificuldade em estabelecer relações com os pares, interage apenas quando lhe é dirigida alguma questão. Possui um perfil ansioso bastante notório nos seus movimentos hesitantes e pouco dinâmicos, acabando por apresentar uma postura tensa. A sua expressão facial tende a manter-se independentemente da situação. Consegue captar as instruções dadas pelas terapeutas e envolve-se nas atividades propostas. O seu discurso é inaudível e o contacto visual é reduzido. Compreende e respeita as regras da sessão. É o segundo ano da CV no grupo terapêutico.</p>
<p><b>DG</b> <b>(16 anos, Masculino)</b> Imaturidade psicoafetiva; funcionamento Borderline; estrutura familiar desorganizada.</p>	<p>Contacto excessivo e indiferenciado, procura constante pela atenção e validação do adulto. Nas atividades procura sobressair-se através da sua participação, colocação de questões e piadas. O seu movimento é desinteressado e desleixado, postura hipotónica. Demonstra bastante desorganização espacial, vai contra os seus colegas durante as dinâmicas, chegando inclusivo a parecer desorientado. Comunica com as terapeutas e com os pares, o seu discurso é audível e mantém contacto visual. Compreende as regras, apesar de revelar alguma dificuldade em cumpri-las, dado que se distrai com facilidade com o TB. Trata-se do segundo ano no grupo terapêutico.</p>

<p style="text-align: center;"><b>TB</b> <b>(13 anos, Masculino)</b></p> <p>Comportamentos de oposição; aborda temas desajustados ao contexto.</p>	<p>Estabelece relações com os pares, colabora com eles e envolve-se com interesse na sessão. Procura sobressair-se no grupo a partir do seu envolvimento nas atividades, onde procura ser o melhor, apresentando movimentos excessivos para o contexto. Durante as instruções, costuma distrair-se com os seus pares, especialmente com o DG com quem entra em brincadeiras paralelas. O seu movimento é expressivo e adequado ao contexto, assim como o seu discurso. Possui algumas dificuldades a compreender e a respeitar as regras, uma vez que se distrai com bastante facilidade. Segundo ano no grupo terapêutico.</p>
<p style="text-align: center;"><b>SA</b> <b>(15 anos, Feminino)</b></p> <p>Sintomatologia ansiosa; inibida; absentismo escolar; baixa autoestima.</p>	<p>Possui um contacto artificial e excessivo, onde elogia constantemente os pares e as terapeutas. Raramente toma a iniciativa, sendo necessário incentivar à sua participação. Nas atividades, respeita as dinâmicas propostas e envolve-se com interesse, apesar dos seus movimentos serem rígidos e controlados. O seu discurso é audível e adequado ao contexto. Compreende e respeita as regras. Primeiro ano no grupo terapêutico.</p>
<p style="text-align: center;"><b>LC</b> <b>(12 anos, Masculino)</b></p> <p>Sintomatologia ansiosa; dificuldade em estabelecer relações com os pares; baixa interação social.</p>	<p>Contacto inibido e hesitante, bastante dificuldade em estabelecer relações com os pares e com a figura adulta. Não demonstra iniciativa durante a sessão. Os seus movimentos são ansiosos, vagarosos e escassos. Demonstra cansaço perante atividades mais dinâmicas, queixando-se. A sua expressão corporal e facial são reduzidas, possuindo um perfil apático. Presta atenção às instruções dadas e aos seus pares durante a conversa inicial. O seu discurso é vagaroso e inaudível. Cumpre as regras da sessão. É o primeiro ano no grupo terapêutico.</p>
<p style="text-align: center;"><b>BM</b> <b>(13 anos, Feminino)</b></p> <p>Baixa autoestima; imaturidade psicoafetiva; absentismo escolar; aborda assuntos desadequados ao contexto; perturbação do comportamento alimentar.</p>	<p>Contacto artificial e solícito. Aborda temas que não são adequados à sua faixa etária adotando uma postura adultomorfa. Envolve-se nas atividades, apesar do seu movimento ser pouco dinâmico e vagarosos, possui um perfil hipertónico, necessita do encorajamento do terapeuta. Durante o movimento, procura por pausas para descansar. Revela dificuldades a nível da motricidade global. Expressa as suas opiniões e procura relacionar-se com o grupo, o seu discurso é audível, apesar de não ser adequado à sua idade. Compreende e cumpre as regras. É o primeiro ano no grupo terapêutico.</p>
<p style="text-align: center;"><b>AM</b> <b>(15 anos, Feminino)</b></p> <p>Sintomatologia ansiosa; baixa autoestima.</p>	<p>AM apenas compareceu à primeira sessão de psicomotricidade, não sendo possível recolher os dados necessários. Ainda assim, foi observado que AM consegue estabelecer um contacto apropriado com os pares e com as terapeutas. Participa nas atividades, onde procura colocar questões e colaborar com o grupo. O seu comportamento e discurso são adequados ao contexto. Primeiro ano na intervenção de grupo.</p>
<b>Grupo II</b>	
<b>Utentes</b>	<b>Avaliação Inicial</b>
<p style="text-align: center;"><b>CR</b> <b>(12 anos, Masculino)</b></p> <p>Alterações do comportamento; agitação psicomotora.</p>	<p>Procura pela relação com os pares e com as terapeutas, comunicando e envolvendo-se com estes durante as atividades. Movimenta-se com confiança, não subestimando a sua performance. Possui um comportamento agitado e bastante expressivo, podendo inclusive ser</p>

	<p>exagerado para a situação. É considerado o “palhaço” do grupo. Perante situações de conflito retira-se, não se envolvendo. Revela alguma dificuldade em prestar atenção às instruções. O CR é bastante comunicativo, o seu discurso é audível e extenso. É o segundo ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>DS</b> <b>(12 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento; dificuldades de atenção e concentração; baixa tolerância à frustração; queixas no contexto escolar e familiar.</p>	<p>Com uma baixa autoestima, o DS procura relacionar-se com os seus pares seguindo os seus ideais, não exprimindo o seu ponto de vista. Há a procura pelo contacto com os pares e a validação destes durante as atividades propostas. O seu movimento é descontrolado, iniciando o mesmo antes da instrução ser dada. Dificuldade na mentalização e passagem ao ato. Acaba por se envolver em conflitos com os seus pares durante as atividades, adotando comportamentos mais violentos. Baixa tolerância à frustração. Demonstra dificuldade em manter atenção, distraído-se com facilidade com fatores externos. Dificuldade em cumprir as regras estabelecidas. Primeiro ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>PD</b> <b>(11 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; baixa tolerância à frustração; agitação psicomotora; queixas a nível escolar e familiar.</p>	<p>Estabelece ligação com o outro, procura relacionar-se com todos, comunicando e envolvendo-se com o grupo. Durante a sessão possui um perfil dominante e independente, tenta impressionar os colegas através da sua performance. Durante as dinâmicas fica frustrado com facilidade quando o resultado não é o esperado, protestando com o grupo. O seu comportamento é agitado e intenso, inicia a tarefa antes desta ser instruída. Distrai-se facilmente com os seus colegas, envolvendo-se em conversas paralelas. O seu discurso é respeitador, utiliza um vocabulário adequado ao contexto e é audível. Procura cumprir as regras da sessão. É o primeiro ano do PD no grupo terapêutico.</p>
<p><b>SS</b> <b>(11 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; comportamentos de oposição e desafio; baixa tolerância à frustração; dificuldades no desenvolvimento psicoafetivo.</p>	<p>Cria relações superficiais, onde tenta agradar ao outro e procura pela atenção do mesmo. Possui excesso de autoconfiança, sendo este demonstrado no seu desempenho ao longo das atividades. Possui momentos de grande agitação, onde o comportamento é excessivo e até mesmo violento, esbarrando em tudo e todos. Perfil tenso e rígido. Dificuldade na mentalização e passagem ao ato. Rigidez de pensamento. Entra em conflitos com os pares, onde é visível a sua baixa tolerância à frustração e comportamentos reativos e de desafio perante as regras impostas. Utiliza expressões irreconhecíveis, insultando os seus pares, assim, o seu discurso é incompreensível. Notória dificuldade em cumprir as regras. Trata-se do primeiro ano no grupo terapêutico.</p>
<p><b>BV</b> <b>(11 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; agitação psicomotora; comportamentos</p>	<p>Procura dominar a sessão a partir da sua performance e no tipo de relações que estabelece com os seus pares. Apresenta um perfil de excesso de confiança, onde tenta ser o melhor nas diferentes atividades, revelando comportamentos reativos quando não consegue. Tem dificuldade em permanecer sentado durante a conversa inicial; tenta começar as dinâmicas antes do tempo. Evidente rigidez de pensamento, dificuldade na mentalização e passagem ao ato. Postura de oposição e desafio perante a figura adulta. O seu comportamento é excessivo e até mesmo violento.</p>

de oposição e desafio; baixa tolerância à frustração.	Entra em conflitos com os pares, onde é visível a sua baixa tolerância à frustração e comportamentos reativos perante as regras impostas. Apresenta um perfil hipertônico, sendo a sua postura usualmente tensa e rígida, esbarra contra tudo e todos. É o primeiro ano no grupo terapêutico.
<p style="text-align: center;"><b>FC</b> <b>(11 anos, Feminino)</b></p> <p>Sintomatologia da linha da ansiedade; comportamentos autolesivos; dificuldades no desenvolvimento psicoafetivo; baixa autoestima.</p>	Estabelece relações superficiais, onde tentar agradar aos outros através do uso de elogios e, até mesmo, seguindo as mesmas linhas de pensamento. Os seus movimentos são hesitantes, vagarosos e pouco investidos. Evita o confronto com os colegas e não tem iniciativa perante as diferentes dinâmicas. Usualmente é necessário incentivo por parte das terapeutas. Não consegue compreender as instruções das atividades, distrai-se facilmente nos seus próprios pensamentos. O seu discurso é audível e compreensível, contudo utiliza linguagem invulgar. A FC não se envolve nas conversas do grupo, excluindo-se destas. Apresenta comportamentos autolesivos que procura evidenciar ao grupo. Primeiro ano no grupo terapêutico.
<p style="text-align: center;"><b>LL</b> <b>(13 anos, Masculino)</b></p> <p>Alterações do comportamento; dificuldades no desenvolvimento psicoafetivo.</p>	Consegue estabelecer relações com os seus pares, já com a figura adulta parece ignorá-la, não prestando atenção à mesma. Envolve-se nas atividades com uma atitude confiante, não subestimando a sua performance, os seus movimentos são fluidos e acompanham as dinâmicas propostas. A sua expressão é apática e monótona, não sofrendo mudanças independentemente do contexto. Usualmente distrai-se com os pares, não conseguindo prestar atenção à sessão. O seu discurso é bastante escasso, apenas comunica quando lhe são direcionadas questões, evita envolver-se nas conversas iniciais ou finais. Quando há conflitos, o LL não se envolve, procura respeitar as regras da sessão. Apesar de ser um jovem envolvido, na sessão, recusa a realizar a simbolização, brincando com a folha de papel. É o primeiro ano no grupo terapêutico.
<p style="text-align: center;"><b>AA</b> <b>(11 anos, Masculino)</b></p> <p>Sintomatologia ansiosa; vítima de bullying na escola; dificuldade em arranjar estratégias para se defender; baixa autoestima.</p>	Com alguma dificuldade em estabelecer relações com os pares, o AA reia-se mais na figura adulta. É um menino que possui baixa autoestima, necessita de incentivo para se envolver nas atividades propostas. Numa fase inicial os seus movimentos são hesitantes e modestos, evita confrontos seguindo a linha de ação dos seus pares. Possui um perfil hipertônico, onde adota uma postura tensa, já as suas expressões faciais são calmas e monótonas durante a sessão. O seu discurso é audível e calmo, aborda o grupo e as terapeutas, contudo apenas quando lhe é dirigida alguma questão. Compreende e cumpre as regras da sessão. É o seu primeiro ano no grupo terapêutico, porém é de salientar que, anteriormente, beneficiou de sessões de psicomotricidade individual no presente hospital público.

Tendo em conta as características dos jovens apresentados, será realizado um perfil de grupo (Tabela 8).



**Tabela 8-** Perfil de Grupo (Hospital de Dia)

Identificação dos Grupos	Caracterização
<b>Grupo I</b>	O presente grupo é caracterizado pela sintomatologia ansiosa e dificuldade na criação de relações de confiança. Numa fase inicial está bastante presente a inibição dos diversos elementos, havendo pouco interesse e iniciativa perante as atividades propostas. A interação entre o grupo é escassa, sendo a participação motivada pelas terapeutas. Alguns dos elementos faltavam constantemente dificultando a coesão do grupo.
<b>Grupo II</b>	É um grupo interessado nas dinâmicas e empenhado, contudo com dificuldade em colaborar entre si. Caracterizado pela agitação psicomotora, pelos comportamentos de oposição e agressividade, impulsividade e intolerância à frustração, dificuldade na mentalização e passagem ao ato. Usualmente o excesso de competitividade entre alguns dos elementos (BV, SS e D), resultam em conflitos durante as atividades, o que acaba por influenciar o decorrer da sessão. Perante estas situações, existem elementos que procuram excluir-se, enquanto há outros que acabam por escolher um lado, dando razão a um dos colegas.

A partir da descrição dos jovens e dos grupos como um todo foram definidos os objetivos terapêuticos (Tabela 9).

**Tabela 9-** Objetivos terapêuticos dos grupos acompanhados no Hospital de Dia

<b>Grupo I</b>		
<b>Domínio</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Psicomotor</b>	Regular a tonicidade	-Diminuir tensões musculares.
	Promover a noção do corpo	-Melhorar a noção da imagem/esquema corporal; -Promover a consciencialização corporal.
<b>Socioemocional</b>	Promover as competências socioemocionais	-Reconhecer/ distinguir as próprias emoções; -Reconhecer a influência das próprias emoções nos outros; -Identificar os estados corporais associados às emoções; -Identificar as situações tipicamente evocadoras de determinadas emoções; -Melhorar a capacidade de envolver o corpo na relação com o outro;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diminuir estados ansiosos;</li> <li>-Maximizar a autoestima;</li> <li>-Estimular a expressividade;</li> <li>-Diminuir a inibição social;</li> <li>-Desenvolver competências sociais (cooperação e interação com o outro).</li> </ul>
<b>Cognitivo</b>	Melhorar as competências cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover concentração na tarefa;</li> <li>-Estimular a capacidade de planeamento.</li> </ul>
<b>Grupo II</b>		
<b>Domínio</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Psicomotor</b>	Promover a regulação tónica	-Diminuir tensões musculares.
	Promover a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhorar a noção da imagem/esquema corporal;</li> <li>-Promover a consciencialização corporal.</li> </ul>
	Melhorar a estruturação espacial	-Promover as noções espaciais.
<b>Socioemocional</b>	Promover as competências socioemocionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconhecer/ distinguir as próprias emoções;</li> <li>-Reconhecer a influência das próprias emoções nos outros;</li> <li>-Reconhecer as emoções dos outros;</li> <li>-Identificar os estados corporais associados às emoções básicas;</li> <li>-Identificar as situações tipicamente evocadoras de determinadas emoções;</li> <li>-Promover o controlo dos impulsos;</li> <li>-Aumentar a resistência à frustração;</li> <li>-Proporcionar relações interpessoais;</li> <li>-Estimular a cooperação entre o grupo;</li> <li>-Aumentar a capacidade empática.</li> </ul>
<b>Cognitivo</b>	Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumentar períodos de atenção;</li> <li>-Desenvolver a capacidade de planeamento.</li> </ul>

A intervenção terapêutica possuiu como referência os objetivos definidos, tal como as características dos grupos terapêuticos. Durante as sessões foram utilizados alguns dos mediadores descritos anteriormente.

### **Grupo I**

Desde o primeiro momento visto como um grupo bastante inibido, onde os elementos tinham medo de partilhar as suas ideias e participar nas diferentes tarefas. As terapeutas recorreram a atividades mais dinâmicas na tentativa de captar o interesse dos adolescentes, através de materiais diferentes como tecidos, bolas sensoriais, música, ou, até mesmo, atividades onde os jovens tivessem de cooperar uns com os outros, de modo a potencializar a interação entre os mesmos. No entanto, o presente grupo tornou-se bastante inconstante, onde entradas e saídas de novos elementos foram persistentes, o que dificultou a coesão de grupo. A certo momento, a CV e o TB eram os únicos elementos que vinham às sessões, contudo a diferença de idades entre eles influenciou o seu interesse pela intervenção. A CV explicou às terapeutas que não andava bem, após tentar regressar ao ambiente escolar, sentia-se mais ansiosa, havendo semanas em que descrevia não ser capaz de vir às sessões de psicomotricidade. Posto isto, o TB acabou por possuir algumas sessões de caráter individual. Nestas era notória a falta de motivação do TB, quando questionado o jovem afirmou que não era este o tipo de sessões que esperava, mas sim em grupo. A presente situação foi apresentada numa reunião clínica, onde a equipa concordou que a intervenção já não se encontrava a ser benéfica para o TB e foi decidido dar-lhe alta, mantendo o acompanhamento na unidade com o/a pedopsiquiatra de referência. Neste sentido, o grupo I terminou a 16 de maio de 2023, contando com o total de 27 sessões.

### **Grupo II**

O grupo II era constituído por 8 jovens que, desde início, se apresentaram entusiasmados com a ideia do grupo e com as atividades propostas pelas terapeutas. Frequentemente partilhavam ideias para atividades, revelando preferência por dinâmicas mais motoras, parecidas a jogos desportivos, que posteriormente eram adaptados ao contexto. Apesar de se mostrarem bem recetivos à intervenção terapêutica, os jovens frequentemente demonstravam dificuldade em colaborar entre si durante as atividades, sendo necessário as terapeutas interferirem. Ao longo da intervenção, a rivalidade entre o BV, o SS e o DS foi-se tornando cada vez mais notória, influenciando negativamente o decorrer das sessões. O BV e o SS uniam-se contra o DS, chegando inclusive a existirem situações de violência dentro do grupo. Perante a gravidade do cenário, nas reuniões clínicas foi abordado o tema, uma vez que estes jovens frequentavam outro atelier terapêutico, onde a situação era bastante semelhante. Neste sentido, foi decidido dividir o grupo ao meio, passando a existir o

grupo II A e o grupo II B, cada um com 4 elementos. O grupo II A continha o CR, o DS, o PD e o SS, enquanto o grupo II B era formado pelo BV, o LL, o AA e a FC. O SS e o BV demonstraram o seu desagrado perante a divisão do grupo, no entanto foi possível observar que as dinâmicas entre os jovens começaram a decorrer de forma muito mais positiva, sendo dada a oportunidade a todos os elementos de participarem. A FC, o SS e o AA apresentavam-se mais confiantes e colaborativos durante as atividades propostas. Foi possível observar a criação de ligações entre os jovens, como por exemplo o CR e o DS, onde o CR foi um grande apoio ao DS perante as situações vivenciadas anteriormente. Já o BV tornou-se mais colaborativo e conseguiu lidar melhor com os seus impulsos, procurava colaborar com os colegas, especialmente com a FC, pedindo a opinião à colega quando eram realizadas atividades com recurso a mediadores artísticos-expressivos.

Desta forma, considera-se que a divisão do grupo foi positiva e promoveu um trabalho mais harmonioso com os jovens. De seguida, será abordada a progressão terapêutica de cada elemento do grupo mais pormenorizadamente (Tabela 10).

**Tabela 10-** Progressão terapêutica dos casos acompanhados nos grupos do Hospital de Dia

<b>Grupo I</b>	
<b>Utentes</b>	<b>Progressão Terapêutica</b>
<p><b>CV</b> <b>(17 anos, Feminino)</b> Ansiedade Generalizada; absentismo escolar; dificuldade a estabelecer relações com os pares.</p>	<p>Consegue estabelecer relações com os pares, apesar da presença dos seus traços ansiosos. Envolve-se mais nas dinâmicas, contudo necessita do incentivo da figura adulta. Atualmente, expressa-se mais, tanto a nível corporal como facial, expondo-se mais e partilhando as suas ideias. Dado que a sua assiduidade às sessões foi escassa, não há muitos dados da progressão terapêutica, contudo, é de salientar que as melhorias referidas foram sentidas com a diminuição do grupo, o que pode ter deixado a CV mais à vontade.</p>
<p><b>DG</b> <b>(16 anos, Masculino)</b> Imaturidade psicoafetiva; funcionamento Borderline; estrutura familiar desorganizada.</p>	<p>DG não possuiu uma boa adesão terapêutica ao grupo, frequentando poucas sessões, o que impossibilita o relato da progressão terapêutica.</p>
<p><b>TB</b> <b>(13 anos, Masculino)</b> Comportamentos de oposição; aborda temas desajustados ao contexto.</p>	<p>Com o evoluir do grupo terapêutico e com as desistências, a maioria das sessões começaram a ser de caráter individual. Nestas, o TB parecia menos interessado, uma vez que não havia a dinâmica grupal com qual estava familiarizado. Apesar de tudo, continuou a frequentar o grupo, onde demonstrou uma evolução positiva. O TB consegue estabelecer relações de confiança, envolve-se nas atividades, compreende as regras e respeitá-las. A sua postura é mais ajustada ao contexto, conseguindo lidar com os seus comportamentos impulsivos. Procura dar a sua opinião e partilhá-la com o adulto com um discurso adequado à sua idade. Neste sentido, foi</p>

	dada alta clínica, continuando o acompanhamento com o/a pedopsiquiatra de referência.
<p><b>SA</b> <b>(15 anos, Feminina)</b> Sintomatologia ansiosa; inibida; absentismo escolar; baixa autoestima.</p>	A sua assiduidade às sessões era escassa, acabando inclusive por desistir. Contudo, ainda foram notórias algumas evoluções. SA conseguiu demonstrar mais iniciativa perante as atividades propostas, assim como foi capaz de expressar algumas das suas questões pessoais ao grupo, expondo as suas dúvidas e hesitações. É de notar que a adolescente frequentemente apresentava uma imagem pouco investida, sendo o seu vestuário desadequado ao contexto.
<p><b>LC</b> <b>(12 anos, Masculino)</b> Sintomatologia ansiosa; dificuldade em estabelecer relações com os pares; baixa interação social.</p>	Foi visível uma evolução positiva independentemente da sua desistência do grupo terapêutico. Assim, LC começou a mostrar-se mais à vontade com os seus pares, especialmente com o TB. Apesar de ser necessário o incentivo das terapeutas para a sua participação nas atividades, LC demonstrava mais interesse e investimento. As restantes características continuavam a verificar-se: movimentos lentificados, expressão apática, etc.
<p><b>BM</b> <b>(13 anos, Feminino)</b> Baixa autoestima; imaturidade psicoafetiva; absentismo escolar; aborda assuntos desadequados ao contexto; perturbação do comportamento alimentar.</p>	Apenas compareceu a três sessões de psicomotricidade, o que não permite recolher informação para considerar o seu progresso terapêutico.
<p><b>AM</b> <b>(15 anos, Feminino)</b> Sintomatologia ansiosa; baixa autoestima.</p>	Apenas compareceu a uma sessão, não sendo possível avaliar a progressão terapêutica.
<b>Grupo II</b>	
<b>A</b>	
<b>Utentes</b>	<b>Progressão Terapêutica</b>
<p><b>CR</b> <b>(12 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento; agitação psicomotora.</p>	O contacto é adequado e mostra interesse e gosto a estar no grupo. Atualmente, é notório um comportamento mais calmo e controlado, apesar deste se manter bastante expressivo. Em situações de conflito CR encontra-se mais reativo, procurando responder aos seus pares. Criou uma aliança com DS, o que leva a momentos de distração durante a sessão. Contudo, é visível uma evolução positiva, no sentido em que CR partilha com os pares algumas das suas dúvidas e hesitações, assim como projetos para o futuro.
<p><b>DS</b> <b>(12 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento; dificuldades de atenção e concentração; baixa tolerância à frustração; queixas no contexto escolar e familiar.</p>	Procura agradar aos pares, moldando o seu comportamento e temas de conversa perante a preferência do grupo. Perante as terapeutas, o DS parece inacessível, chegando inclusive a ignorar a figura adulta. Participa nas atividades propostas e, atualmente, consegue controlar melhor os seus impulsos. Já não são vivenciados comportamentos violentos e possui uma maior tolerância à frustração. Criou uma aliança com CR, onde relia e procura durante as sessões. Distrai-se com facilidade e revela dificuldade

	em compreender as instruções. Cumpre as regras estabelecidas, respeitando-as.
<p><b>PD</b> <b>(11 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; baixa tolerância à frustração; agitação psicomotora; queixas a nível escolar e familiar.</p>	São visíveis melhorias na progressão terapêutica, na medida em que PD é capaz de estabelecer uma relação com os pares e encontrar pontos que os unem. Durante a sessão, investe nas atividades e procura ajudar os pares nestas, chegando inclusive a organizar o grupo. Maior capacidade de autorregulação comportamental, respeita as regras e colabora. Expressões faciais e corporais menos exageradas. Aguarda pela sua vez para falar, o seu discurso é audível e apropriado. Adota uma postura de liderança no grupo, procurando organizar os diferentes elementos durante as dinâmicas realizadas.
<p><b>SS</b> <b>(11 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; comportamentos de oposição e desafio; baixa tolerância à frustração; dificuldades no desenvolvimento psicoafetivo.</p>	Durante as sessões foi visível uma melhoria positiva no SS, menos agitação psicomotora, maior tolerância à frustração e ausência de episódios de agressividade. Contudo, houve um período no qual o SS faltou às sessões. Quando regressou adotava uma postura diferente, regressando ao comportamento descrito inicialmente, isto é, mais reativo, menor tolerância à frustração e, inclusive, menos envolvimento com o grupo. Nas últimas sessões do grupo, SS faltou, não finalizando o processo terapêutico.
<b>Grupo II</b>	
<b>B</b>	
<b>Utentes</b>	<b>Progressão Terapêutica</b>
<p><b>BV</b> <b>(11 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento com episódios de heteroagressividade; agitação psicomotora; comportamentos de oposição e desafio; baixa tolerância à frustração.</p>	A sua relação estabelecida com os pares possui uma conotação intrusiva. Nas atividades toma iniciativa e move-se de forma independente, procura ser o melhor criando competições com o grupo, onde acaba por ficar frustrado quando o resultado não é o pretendido. Consegue participar na conversa inicial e ouve os seus colegas, coloca questões e demonstra interesse nos assuntos partilhados. Atualmente, é visível uma menor agitação psicomotora, mais tolerância à frustração e um comportamento menos reativo. Aliança com a FC, procura pela opinião da colega.
<p><b>FC</b> <b>(11 anos, Feminino)</b> Sintomatologia da linha da ansiedade; comportamentos autolesivos; dificuldades no desenvolvimento psicoafetivo; baixa autoestima.</p>	É notório um maior à vontade com o grupo, consegue relacionar-se com os pares e partilhar alguns acontecimentos da sua semana. Demonstra mais interesse nas atividades e investe mais no seu movimento, acabando por adotar um comportamento mais expressivo e brincalhão. A FC distrai-se nos seus próprios pensamentos e revela dificuldade em compreender as instruções das atividades. Quanto ao seu discurso, a escolha do tipo de vocabulário revela-se mais adequada ao contexto. Ademais, há um maior à vontade para falar com o grupo, sendo visível uma boa relação com o BV.
<p><b>LL</b> <b>(13 anos, Masculino)</b> Alterações do comportamento; dificuldades no desenvolvimento psicoafetivo.</p>	A sua presença nas sessões de psicomotricidade não era regular, o que acabou por influenciar a sua progressão terapêutica. Ainda assim, foi visível um maior à vontade com o grupo, na medida que LL apresentava uma maior expressão corporal e facial. Manteve o seu envolvimento positivo e investido nas atividades, contudo era capaz de comunicar e falar com os seus pares

	durante as mesmas, o que anteriormente não acontecia. Começou a realizar a simbolização.
<p style="text-align: center;"><b>AA</b> <b>(11 anos, Masculino)</b></p> <p>Sintomatologia ansiosa; vítima de bullying na escola; dificuldade em arranjar estratégias para se defender; baixa autoestima.</p>	Atualmente, AA consegue estabelecer relações com os pares, procura ajudá-los e colaborar com eles nas atividades propostas. É visível um maior à vontade no seu envolvimento na sessão, não sendo necessário o incentivo constante por parte da figura adulta. Já é capaz de tomar iniciativa, envolver-se nas atividades e interagir com os pares. Adota uma postura mais expressiva, tanto em termos do movimento como da sua expressão facial. Durante as partilhas, AA procura contar ao grupo novidades da sua semana.

### 3.2. Individualmente

A nível de casos individuais, no decorrer do estágio foram acompanhadas três crianças com diferentes idades e problemáticas. As sessões iniciaram em janeiro de 2023 e terminaram em junho de 2023, com uma frequência semanal e uma duração de 45 minutos. Serão resumidamente apresentados dois dos três casos acompanhados, dado que o terceiro será apresentado detalhadamente no capítulo IV.

- **MB**

A MB foi reencaminhada para as consultas individuais de psicomotricidade pela/o pedopsiquiatra devido às alterações do comportamento, dificuldade no autocontrolo e na regulação tónico-emocional, assim como, elevados níveis de ansiedade. Além disso, possui Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

Atualmente com 10 anos, a MB é resultado de uma gravidez não planeada, contudo bastante desejada por ambos os progenitores, dado a dificuldade na conceção. Em bebé, passava a maior parte do tempo aos cuidados da mãe, sendo bastante raro ficar com outras pessoas. É descrita pelo pai como um bebé calmo, porém com dificuldade a adormecer. Quando era mais nova, a MB necessitou de intervenção da terapia da fala, sendo descrito que entre os 3 e os 4 anos, a criança falava pouco, não sendo perceptível. O controlo dos esfíncteres não está adquirido, são vivenciados episódios de enurese diurna e noturna, sendo esta a última mais recorrente. Em termos da alimentação, em bebé foi amamentada e a sua adaptação aos alimentos decorreu normalmente, contudo, recentemente surge a recusa à ingestão de alguns alimentos, sendo manifestadas queixas perante a textura dos mesmos.

Na dinâmica escolar, a criança frequentou a creche e o ensino pré-escolar, sempre com uma boa adesão. Nos dias de hoje, anda no 5º ano de escolaridade, a sua disciplina favorita é educação visual e demonstra interesse pela escola. No entanto, acaba por ser uma criança bastante reservada no presente contexto, uma vez que, a sua relação com os outros

é difícil, especialmente com os pares, a MB possui dificuldade em fazer amigos, demonstra preferência pelos adultos, “*eles protegem-me*” [sic]. É descrita pelo pai como uma criança dramática, teatral e exagerada.

Já nas sessões de psicomotricidade, foi possível observar que a MB possui um aspeto cuidado, no entanto, de aparência infantilizada para a idade. O seu contacto é simpático e demonstra-se entusiasmada para a intervenção psicomotora, transmitindo-o através dos seus movimentos expressivos e, por vezes, excessivos. Envolve-se em atividades, demonstrando as suas preferências à terapeuta, como é exemplo: pintar, construções com plasticina, música, entre outras. Em contrapartida, a nível psicomotor, a MB apresenta dificuldades em termos da estruturação espaço-temporal, esta reflete-se na planificação das suas ações e da gestão de tempo, assim, no término das sessões, procura prolongar as mesmas através de atividades e/ou conversas.

De modo a compreender melhor as necessidades da MB, foi realizada uma avaliação inicial com recurso aos seguintes instrumentos: DAP, BOT-2, SDQ.

No que diz respeito ao DAP, a MB obteve um desempenho médio, considerando os valores normativos da sua idade. É visível um maior investimento no desenho da figura feminina, onde procura representar as roupas com pequenos detalhes como textura e animações, contudo, não há ilustração das mãos, escondendo-as atrás das costas da figura. No desenho do próprio, copia as suas roupas e o seu penteado, analisando a sua figura representando-a. De modo geral, há investimento no desenho, sendo este visível nos pormenores do vestuário e do cabelo. No entanto, não há representação de algumas partes corporais, como é o caso das orelhas e das mãos. Em média os desenhos são realizados no espaço de 1 a 2 minutos, demorando mais no desenho do próprio. Dada a cotação obtida, é possível afirmar que a MB apresenta um esquema corporal correspondente à sua faixa etária.

A partir da aplicação do BOT-2 foi permitido observar que a MB possui um desempenho acima da média para a sua idade, obtendo uma cotação de 62 pontos.

Quando estudados os resultados, a MB desempenha as provas de “Precisão Motora Fina”, “Integração Motora Fina” e “Coordenação dos Membros Superiores” com facilidade. Na prova de “Destreza Manual”, é visível algum nervosismo quando é referida a cotação do tempo, a MB duvida do seu desempenho e é notória a falta de confiança da jovem. A terapeuta acaba por a motivar, quando realizada a prova o seu desempenho acaba por ser melhor na segunda tentativa. A nível das provas “Coordenação Bilateral” e “Equilíbrio”, apesar de realizar os exercícios propostos, são notórias dificuldades no equilíbrio dinâmico, onde a MB chega a necessitar de parar e reiniciar a tarefa. Na prova da “Força e Agilidade”, a MB perde o equilíbrio e, inclusivo, chega a magoar-se, aclamando ter torcido o pé. Por último, na prova



da “Força”, a postura adotada pela criança aquando da realização das flexões completas, não é a desejada, a MB revela dificuldade em coordenar os movimentos, além disso, queixa-se de fadiga. Com a aplicação do presente teste foi possível verificar que a MB possui a mão direita como mão preferida para desenho e para lançamento, assim como o pé/ perna direita como preferidos no desempenho das provas em questão.

Além dos presentes instrumentos, foi aplicado o SDQ, tanto a versão para pais como a versão para professores, sendo facultada uma visão global da criança nos diferentes contextos. O seguinte questionário permite ao terapeuta ter uma visão aprofundada sobre 5 categorias: “Hiperatividade”, “Problemas de Comportamento”, “Problemas de Relacionamento com os Colegas”, “Sintomas Emocionais” e “Comportamento Pró-Social” (Goodman, 1997). A partir do preenchimento do presente questionário pela mãe, são descritas dificuldades em permanecer sentada durante as tarefas, mexendo-se muito apresentando um perfil bastante agitado, além disso, a mãe considera que a MB possui frequentemente crises de birra, não sendo obediente quando lhe é pedido. É também retratada a dificuldade em relacionar-se com os pares, apresentando frequentemente comportamentos de briga com outras crianças. É vista como uma criança que perde facilmente a concentração, não conseguindo completar as tarefas que começa. Estas características descritas anteriormente influenciam a dinâmica familiar, no sentido que estas dificuldades comprometem situações do dia-a-dia em casa, assim como a criação de laços com os outros. Aquando da escola, as informações dadas vão de encontro ao feedback da família, isto é, dificuldade em estabelecer uma rede de amigos, problemas de concentração e atenção. Além disso, é retratada como uma criança com medos, sintomas da linha somática e que, usualmente, inicia birras.

Com suporte nos dados recolhidos, foi criado um projeto de intervenção, onde foram traçados os principais objetivos da mesma, sendo estes: melhorar o equilíbrio, a estruturação espaço-temporal e a coordenação motora; aumentar os períodos de atenção e concentração; melhorar o planeamento e a organização das atividades; e desenvolver a consciencialização e regulação emocional. Neste sentido, nas sessões de psicomotricidade realizaram-se atividades baseadas no movimento do corpo, jogos de faz de conta, uso de artes plásticas e, inclusive, música, de forma a ter em conta as preferências da criança e os objetivos a alcançar.

Através das sessões foi possível observar que a MB consegue gerir melhor os momentos de frustração, falar sobre as emoções e compreender os diferentes estados do seu corpo. A MB frequentemente procurava partilhar com a terapeuta questões que a aborreciam na escola com os seus pares, conseguindo expor e refletir como se sentia perante estas. Durante as sessões, a MB revelou ser bastante criativa, criando histórias com a terapeuta, elaborando inclusive um livro e as personagens. Ademais, demonstrou interesse em

atividades sensoriais, onde eram utilizados materiais com diferentes texturas, como é exemplo das fibras óticas. Ademais, aderiu às dinâmicas de retorno à calma, aguardando no final da sessão por estas.

Quanto à avaliação final, na DAP foi sentido um maior investimento na representação da figura masculina, há a representação de todas as partes do corpo humano, assim como de diversos detalhes, possui uma classificação acima da média para a sua idade. Quanto à BOT-2 foi sentida uma regressão em algumas provas, das quais “Força e Agilidade” e “Força”, onde a MB se queixa de cansaço e acaba por desistir da realização das mesmas. Acredita-se que o possível resultado seja justificado pelo conhecimento da prova, dada a sua realização anterior, daí a falta de investimento na mesma. Ademais, a MB apresenta preferência por atividades do foro expressivo, havendo uma maior dedicação nestas. O feedback dado pela mãe e pela professora mantêm-se semelhantes, a mãe relata que a MB é muito impulsiva, que “faz as coisas sem pensar” [sic.], o que acaba por influenciar a dinâmica familiar e, até mesmo, escolar, onde têm sido referenciadas queixas. Destarte, apesar de algumas melhorias verificadas, é aconselhada a continuação do acompanhamento em psicomotricidade.

#### ▪ RC

Com apenas 6 anos de idade, o RC é indicado para as sessões individuais de psicomotricidade devido à sua irrequietude, impulsividade, intolerância à frustração e dificuldades comportamentais. Ademais possui o diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Este encaminhamento é realizado pelo/a pedopsiquiatra de referência.

A altura da gravidez é descrita, pelo pai, como um período de insegurança e nervosismo. Ambos os pais encontravam-se imigrados no Reino Unido, o pai mantinha diversos empregos para assegurar boas oportunidades à família, enquanto a mãe vivencia uma mudança, não só física e psicológica, como habitacional. Descrita como uma gravidez de risco, face ao parto marcado por complicações que colocaram a puérpera e o recém-nascido numa situação de risco de vida.

Em bebé é descrito como sendo bastante calmo e amigável, procurava constantemente pelo colo e consolo da mãe. Os seus primeiros meses de vida foram acompanhados sobretudo pela sua mãe, o pai descreve-se como ausente, uma vez que ainda se encontrava no Reino Unido.

O seu desenvolvimento é considerado típico pelo pai, contudo, o controlo dos esfíncteres noturnos ainda não se encontra adquirido, o RC relata ter pesadelos. A nível familiar, os pais da criança encontram-se separados, sendo a guarda partilhada. Ademais, possui um irmão mais novo por parte da mãe e aguarda o nascimento de mais dois irmãos, um por parte da

mãe e outro pela parte do pai. No contexto escolar, RC frequentou o ensino pré-escolar, no qual a sua integração revelou ser complicada, devido à separação da figura materna. As educadoras queriam que a criança ficasse mais um ano, uma vez que consideravam que esta não se encontrava preparada para a entrada no 1º ciclo, caracterizando-a pela sua imaturidade emocional, sendo descritas birras constantes e episódios de intolerância à frustração. Atualmente, o RC encontra-se no 1º ano, revela dificuldade em permanecer atento em contexto sala de aula, sendo prejudicado pela sua agitação psicomotora. A sua relação com os outros é difícil, os pares possuem medo da inquietude do RC, afastando-se dele. Os pais descrevem-no como sendo “*demasiado*” [sic.]. É visto como uma criança distraída, irrequieta e impulsiva.

Com o início das sessões de psicomotricidade foi permitido observar que o RC é uma criança cuidada e com o vestuário adequado. Quando chega à sala, a criança fica visivelmente excitada com a quantidade de material disponível, procura experimentar tudo em simultâneo, não se conseguindo organizar, nem prestar atenção à figura adulta. Os seus movimentos muitas vezes são descoordenados e excessivos, sendo notória a desorganização do RC no espaço. Estão presentes comportamentos de oposição, onde o RC não colabora com a terapeuta e afirma não necessitar das consultas. Revela dificuldade na noção de permanência de objeto, no estabelecimento de rotinas (ritual de entrada e saída), assim como rigidez de pensamento e perfeccionismo.

Posto isto, foi realizada uma avaliação inicial com recurso aos seguintes instrumentos: DAP, BOT-2 e SDQ.

Em termos da DAP, o RC possui um desempenho inferior ao esperado para a sua idade. É sentido, de modo geral, pouco investimento por parte da criança nas representações da figura humana, procura ser rápido, demorando menos de 1 minuto por desenho. Acaba por investir mais no desenho do próprio, porém, em semelhança ao do desenho do homem e da mulher, não há a representação de diversos elementos como é exemplo: as mãos, o nariz, as orelhas, o pescoço, entre outros. Dada a cotação obtida, é possível afirmar que a criança apresenta um esquema corporal imaturo para a sua faixa etária.

No que diz respeito ao BOT-2, apresenta um desempenho abaixo da média para a sua idade, possuindo uma cotação total de 39 pontos. Quando estudados os resultados, o RC desempenha as provas de “Precisão Motora Fina” e “Integração Motora Fina” medianamente, uma vez que a força exercida na preensão do lápis é excessiva face à tarefa. Já a nível da “Destreza Manual” e “Coordenação Bilateral”, fica frustrado facilmente quando não consegue realizar a tarefa proposta, acaba por desistir não realizando a mesma. Deste modo, na “Coordenação Bilateral” acaba por apenas realizar a prova de tocar no nariz, uma vez que

não consegue compreender a segunda dinâmica proposta e desiste. Na prova do “Equilíbrio” obtém a cotação máxima, consegue realizar os exercícios propostos com sucesso. Outrora, na prova da “Força e Agilidade”, são reveladas algumas dificuldades, não consegue ficar no mesmo lugar, acaba por andar sobre a linha. Na “Coordenação dos Membros Superiores”, o RC procura agarrar a bola com as duas mãos, não indo de encontro ao objetivo da tarefa. Por último, na prova da “Força”, o RC consegue realizar com facilidade as flexões de joelhos, adotando uma postura adequada, contudo quando lhe é pedido as flexões completas, o mesmo não se verifica.

Com a aplicação do presente teste foi possível verificar que o RC possui a mão direita como mão preferida para desenho e a mão esquerda para lançamento, ademais o pé/ perna esquerda como preferidos no desempenho das provas em questão.

O preenchimento do SDQ pelo pai do utente, permitiu compreender algumas das dificuldades vivenciadas em casa. Assim, é notória a dificuldade em permanecer sentado durante as tarefas, mexendo-se muito, apresentando um perfil bastante agitado, ademais, é retratado um comportamento de oposição, havendo a recusa na realização de tarefas. É tida como uma criança pouco confiante, que possui preocupações e, usualmente, queixas somáticas. Nas tarefas é difícil manter a concentração, o que influencia a sua performance nas mesmas, não as concluindo. O presente questionário também foi preenchido pela professora responsável, o que nos permite compreender a dinâmica da criança em contexto escolar. Desta forma, é tido como uma criança irrequieta, com dificuldade em terminar tarefas e a obedecer à figura adulta, contrariando as regras. É visto como uma criança amável com interesse na relação com os outros, apesar da mesma se revelar difícil devido às suas características. A professora afirma que as dificuldades do RC tomam grande percussão na turma, influenciando a dinâmica da mesma e do ensino.

Face aos dados obtidos, foi elaborado um projeto de intervenção com os respetivos objetivos: melhorar a noção do esquema corporal, a coordenação motora e a estruturação espaço-temporal; maximizar a capacidade atencional; melhorar o planeamento e a organização das atividades; aumentar a resistência à frustração.

Durante a intervenção com o RC, o setting terapêutico é difícil de alcançar, dado que a assiduidade da criança não é ideal. Após longos períodos de faltas, o RC adota um comportamento de oposição, recusa-se a cooperar com a terapeuta, afirmando diversas vezes que *“Já se porta bem na escola.”* [sic.] e, por isso, não precisa de vir à terapia. É difícil para o RC cumprir as rotinas, isto é, o planeamento da sessão, a terapeuta acaba por adotar o jogo espontâneo, o que permite ao RC explorar a sala e conduzir a atividade. Com o passar do tempo, a terapeuta começa a introduzir atividades, que são aceites pela criança.

O RC revela ser uma criança simpática, de fácil contacto, porém com dificuldade no cumprimento de rotinas e no estabelecimento de regras. É de notar que a sua assiduidade nas sessões de psicomotricidade acabou por prejudicar a criação do setting terapêutico, tal como a compreensão e o estabelecimento de regras e limites. Neste sentido, a progressão terapêutica da presente criança acabou por ser negativamente influenciada, visto que eram longos os períodos que o RC não comparecia às sessões de psicomotricidade. Devido às faltas, foi notório uma mudança de postura do RC perante a terapia, este apresentava um perfil de oposição e pouco colaborante, recusava-se a falar e adotava comportamentos infantilizados para a idade. A avaliação final não foi realizada com sucesso, uma vez que houve recusa total da criança. É de notar que, se trata de uma criança com características que justificam este tipo de intervenção terapêutica, sendo esta positiva para o mesmo. Contudo, devido à sua assiduidade, a progressão terapêutica acaba por ser prejudicada, não sendo benéfica, influenciando questões fundamentais como o setting terapêutico, o estabelecimento de rotinas e limites na sala de psicomotricidade.

#### **IV. Estudos de Caso**

##### **1. Estudo de Caso 1**

###### **1.1. Apresentação do caso**

A Alice (nome fictício), atualmente com 9 anos de idade, frequenta o 2º ano de escolaridade.

É referenciada à unidade de pedopsiquiatria em 2018 devido ao seu quadro clínico de mutismo seletivo com adultos. Em 2020, o/a médico/a pedopsiquiatra de referência encaminha a criança para o seguimento em psicomotricidade devido às características apresentadas: dificuldade em estabelecer relações de confiança, postura infantilizada e inibida, contudo colaborante e disponível para interagir com recursos cognitivos suficientes.

###### **1.2. História pessoal e clínica**

A Alice possui 9 anos, coabita com os seus pais e dois irmãos mais velhos, 15 e 18 anos de idade, sendo estes bastante protetores da irmã mais nova.

Nasceu às 38/39 semanas, parto eutócico, era uma bebé saudável, fruto de uma gravidez não planeada, contudo desejada e vivida sem conflitos.

Em bebé passou grande parte do seu tempo aos cuidados da mãe, na altura desempregada, sendo raro a Alice ficar com familiares ou pessoas próximas da família, a mãe afirma que *“A Alice estava melhor comigo”* [sic.]. Durante o seu desenvolvimento, a Alice atinge os diversos marcos de desenvolvimento no tempo esperado, não sendo descrita nenhuma discrepância significativa. O controlo dos esfíncteres está adquirido, porém é

relatado que o controlo dos esfíncteres noturnos foi mais tardio. A Alice não apresenta comprometimentos a nível da alimentação, já a nível do sono, quando era mais pequena procurava dormir com os pais, contudo, atualmente, possui o seu quarto e dorme sozinha, possuindo um sono de qualidade, onde não são referenciados pesadelos.

Frequentou o ensino pré-escolar com uma adaptação bastante positiva. Atualmente, a Alice frequenta o 2º ano de escolaridade, sendo a sua história escolar descrita como “*complexa*” [sic.]. É relatado que a Alice se encontrava numa turma bastante complicada, com diversas trocas de professores. Um dia, um dos professores substitutos contactou a mãe e expôs que a Alice não falava com as pessoas ao seu redor, especialmente com os adultos. A mãe deduz que esta recusa tenha sido consequência de um episódio de exposição e heteroagressividade verbal no infantário, perante os pares, por parte da educadora. Face à situação, a mãe procurou compreender o que estava a acontecer com a sua filha, a Alice começou a ser acompanhada em diversos médicos, sendo diagnosticada com Mutismo Seletivo. Este diagnóstico apresentou diversas percussões no seu percurso académico, levando à mudança de escola e à reprovação. De momento, a Alice frequenta o 2º ano de escolaridade, o seu percurso académico é marcado pela regressão, dado que a criança passou do 1º ano para o 2º e, de seguida, houve a necessidade de voltar para o 1º ano, considerando as dificuldades académicas vivenciadas a nível da escrita, leitura e cálculo. É abrangida pelo DL 54/2018 e é acompanhada pela psicóloga da escola.

Apesar do seu quadro clínico, a Alice consegue estabelecer uma relação positiva com os seus pares, gosta de brincar e possui alguns amigos próximos. Alguns dos seus principais interesses é a dança, andar de bicicleta, jogar à bola, apanhada e às cartas.

A Alice é descrita como sendo uma criança autónoma, assim como distraída, que requer muita atenção parental. A mãe relata ainda preocupação a nível da comunicação e motricidade fina da criança.

Quando abordada a história clínica e pessoal da criança, é fundamental ter em conta os antecedentes clínicos da família, uma vez que estes podem apresentar um papel importante no desenvolvimento desta. No presente caso, é retratado um quadro depressivo pela parte da mãe, sendo este vivenciado já antes do nascimento da Alice.

### **1.3. Avaliação Inicial**

Foi realizada uma avaliação inicial com recurso a diversas técnicas, desde a entrevista à mãe da criança, à observação e à avaliação com recursos a diferentes instrumentos de avaliação. É importante referenciar que a Alice já frequentou sessões de psicomotricidade, encontrando-se familiarizada com os atos terapêuticos associados.

Com a observação foi possível verificar que a Alice possui uma aparência cuidada. É uma criança de fácil contacto desde o primeiro encontro, durante a entrevista inicial realizada com a mãe, a criança mantém-se sentada ao lado da mesma, observa com curiosidade a terapeuta e vai reagindo às respostas que a sua mãe vai dando. A Alice nunca fala com a terapeuta, mantendo o seu quadro de MS, contudo acaba por interagir de forma não-verbal, a partir do riso e olhar. Desta forma, toda a informação obtida durante a entrevista é dada pela mãe.

Nas primeiras sessões, a criança demonstra-se entusiasmada e curiosa para conhecer a terapeuta, neste sentido procura colaborar com a mesma, envolvendo-se positivamente nas atividades propostas e, inclusivo, chega a sugerir atividades, a partir da escolha de diferentes materiais. É notória a preferência por dinâmicas motoras, assim como jogos que envolvam força e agilidade, por exemplo: jogar à bola e derrubar materiais.

Quando as atividades propostas não são do agrado da utente, ela adota um comportamento de oposição, recusando-se a participar. Nestes casos, a terapeuta dá liberdade à criança de escolher um material e elaborar a sua atividade. Tarefa que se revela difícil, dado que a Alice escolhe sempre jogos de bola, não variando nas dinâmicas. Quando ingressa nos jogos de bola, a utente demonstra-se energética e empenhada, contudo rapidamente fica cansada, acabando por se deitar no chão da sala, recusando-se a continuar a sessão. É notório que a Alice possui dificuldade em regular a sua força quando brinca, sendo esta de extremos, isto é, períodos de grande energia e atividade, seguidos por períodos opostos, onde há fadiga.

De modo geral, a Alice é uma criança agradável e de fácil contacto, durante as sessões mantém o seu perfil de MS, comunicando através de gestos e pequenos sons. Apresenta um perfil de pouca confiança, demonstrando-se insegura, sendo muitas vezes necessário o incentivo da terapeuta. Além disso, é respeitadora, cumprindo com as regras estabelecidas, como por exemplo o ritual de entrada e saída da sala.

Relativamente aos testes aplicados, no teste DAP (Tabela 11), isto é, o desenho da figura humana (do homem, da mulher e do próprio), a Alice obteve um desempenho inferior ao esperado para a sua idade.

**Tabela 11-** Resultados da Avaliação DAP da Alice

	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)	Totais (H+M+P)
<b>Valor Standard</b>	79	79	79	75
<b>Percentil</b>	8	8	8	5

De modo geral, não há investimento no desenho, procura ser rápida, demorando menos de 1 minuto por desenho. Os desenhos acabam por não ser elaborados, visto que não há uma representação de certas partes do corpo, como é exemplo: as orelhas e o pescoço; ademais, as pernas e os braços são de uma dimensão. Contudo, realiza pormenores no vestuário das figuras e representa brincos no desenho da mulher e no próprio.

Dada a cotação obtida, é possível afirmar que a Alice apresenta um esquema corporal imaturo para a sua faixa etária.

No que diz respeito ao BOT-2, apresenta um desempenho dentro da média para a idade, possuindo uma cotação total de 44 pontos. Quando estudados os resultados, a Alice desempenha as provas de “Precisão Motora Fina” e “Integração Motora Fina” medianamente, apresenta dificuldade na tarefa de copiar formas, mais precisamente a copiar o diamante, não consegue localizar no espaço a forma, revelando dificuldades a nível perceptivo. Na “Destreza Manual”, realiza a prova com calma, não apressa a tarefa, independentemente da cronometragem do tempo utilizado. Não consegue compreender a segunda dinâmica da “Coordenação Bilateral”, realiza os movimentos com hesitação e descoordenados. Apresenta dificuldades nas provas “Força e Agilidade” e “Força”, onde se movimenta, adota uma postura inadequada, sendo esta caracterizada pela tensão do seu corpo. Com a aplicação do presente teste foi possível verificar que a Alice possui a mão direita como mão preferida para desenho e lançamento, tal como o pé/ perna direita como preferidos no desempenho das provas em questão.

Além dos presentes instrumentos, foi aplicado o SDQ, tanto a versão para pais como a versão para professores. A partir deste instrumento, é-nos facultada uma visão global da criança nos diferentes contextos e em diferentes parâmetros, sendo estes: “Hiperatividade”, “Problemas de Comportamento”, “Problemas de Relacionamento com os Colegas”, “Sintomas Emocionais” e “Comportamento Pró-Social”.

A partir do preenchimento do presente questionário pela mãe da utente, foi-nos permitido compreender algumas das dificuldades vivenciadas em casa. A Alice é vista como uma criança que gosta de partilhar, que cumpre as instruções da figura adulta e que consegue ficar sentada enquanto realiza uma tarefa, contudo é difícil manter a concentração na mesma. A relação dela com as outras crianças é favorável e consegue criar laços com os pares com facilidade. Estas características descritas anteriormente influenciam a dinâmica familiar, no sentido que estas dificuldades comprometem, a ver da mãe, a aprendizagem da sua filha, o que acaba por transmitir um peso para a família.

O SDQ também foi preenchido pelo/a professor/a responsável, o que nos permite compreender a dinâmica em contexto escolar. Desta forma, a Alice é tida como uma criança que consegue permanecer sossegada em contexto sala de aula, colabora com o adulto e com os pares, assim como apresenta pelo menos um bom amigo. É descrita como “meiga”, bem



integrada na turma, conversa com os colegas, apesar de não falar com a figura adulta, é capaz de manter uma boa relação com eles. A professora afirma que as dificuldades da Alice tomam grande repercussão no ensino, uma vez que a professora não consegue compreender quais as dificuldades da criança, visto que não a consegue ouvir a falar ou a ler. Já na relação com os pares, estas não tomam grande influência, visto que consegue estabelecer relações positivas com os colegas.

#### **1.4. Elementos Critério**

Os elementos critério são tidas como as informações mais significativas que caracterizam a criança, essenciais para o estabelecimento de um plano terapêutico adequado às suas características e necessidades. Desta forma, tendo em conta as informações obtidas durante a avaliação inicial, é possível definir os seguintes pontos:

- Disponibilidade da mãe;
- Interesse nas sessões e no acompanhamento;
- Quadro de Mutismo Seletivo;
- Dificuldade no planeamento e na capacidade atencional;
- Pobre noção de esquema corporal;
- Facilidade em estabelecer relações de confiança com os pares;
- Dificuldade em relacionar-se com a figura adulta;
- Diagnóstico de depressão da mãe.

#### **1.5. Hipóteses Explicativas**

Segundo a história pessoal e clínica da Alice, assim como os resultados obtidos durante as avaliações realizadas, é essencial compreender melhor as suas características, em prol do delineamento de um programa de intervenção terapêutico que vá de acordo às suas necessidades. Destarte, foram formuladas hipóteses explicativas, tendo em consideração os aspetos que possuíram um maior impacto no desenvolvimento da criança em questão.

A Alice possui um diagnóstico de MS que vai de acordo aos critérios estabelecidos. Segundo o DSM-5, o indivíduo tem dificuldade em falar em situações específicas, contudo é capaz de o fazer noutras; o diagnóstico pode interferir com o rendimento escolar e com a inclusão social, uma vez que cria barreiras ocupacionais e sociais; os sintomas têm de estar presentes à pelo menos um mês, não sendo contabilizado o primeiro mês de introdução escolar; ademais, falta de conhecimento da língua falada, tal como a presença de perturbações de comunicação não podem justificar o diagnóstico (APA, 2014). Quando

analisado o caso da Alice, sabe-se que a criança em questão, possui dificuldades em falar no contexto escolar, especialmente com a figura adulta, sendo que esta limitação se estende além do presente contexto. Estas dificuldades impactam negativamente o seu percurso escolar, dado que não consegue ler à frente da turma, nem apresentar as suas dúvidas à professora. Os sintomas são relatados desde 2018, não são verificadas dificuldades na língua materna e não estão presentes outros diagnósticos que possam justificar o quadro clínico em causa. Além disso, a Alice possui um perfil inseguro, timidez excessiva e comportamentos de oposição ligeiros, características que suportam o quadro de MS.

Quando estudada a história pessoal e clínica da Alice, é relatado um quadro depressivo por parte da sua mãe. Atualmente, sabe-se que um diagnóstico de depressão materna possui um grande impacto no desenvolvimento infantil, podendo inclusive interferir com o desenvolvimento socioemocional e cognitivo da criança (Bernard-Bonnin et al., 2004). O vínculo formado entre a mãe e o bebé é bastante significativo no desenvolvimento infantil, usualmente está associado a aspetos emocionais e cognitivos que permitem que o bebé seja visto como um ser humano. Esta ligação procura promover o bem-estar do bebé, contudo poderá ser influenciada por fatores externos, como é o caso da saúde mental da mãe (Roncallo et al., 2015). A presença de perturbações mentais a nível parental é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de perturbações mentais na infância (Ribeiro et al., 2016). Estudos demonstram que mães com sintomas da linha depressiva representam um modelo negativo a nível da regulação emocional e da resolução de problemas, são mais vulneráveis, usualmente associadas a interações sociais escassas (Field et al., 1996), além disso, possuem mais dificuldade em estabelecer limites e em segui-los (Kochanska et al., 1987). Crianças com progenitores depressivos têm um risco mais elevado de desenvolver uma psicopatologia da linha afetiva, algumas das principais consequências da depressão materna passam por, na idade escolar, a criança possuir dificuldade nas respostas adaptativas e emocionais, resolução de problemas, e a possível presença de perturbações da ansiedade e do comportamento. A nível académico são retratados problemas de atenção e hiperatividade, assim como uma performance mais baixa (Bernard-Bonnin et al., 2004). Ao longo do seu desenvolvimento, a Alice vivenciou alguns dos comportamentos em questão, o que apoia a possível influência da depressão materna no seu desenvolvimento.

Um dos principais fatores de risco e de prognóstico do MS são os fatores ambientais, onde a família está incluída (APA, 2014). Esta possui um papel importante no desenvolvimento infantil, como visto anteriormente, a presença de psicopatologia parental tem uma elevada repercussão na criança, contudo é importante ter em conta outros aspetos como a superproteção dos progenitores (Kolvin et al., 1997).

No presente caso clínico, desde cedo é apresentado um papel bastante protetor por parte da mãe, sendo este visível na recusa em deixar a filha com familiares e amigos, “*A Alice estava melhor comigo*” [sic.]. Os pais das crianças com MS são usualmente descritos como protetores e mais controladores do que os pais de crianças com/ sem outras psicopatologias (APA, 2014). É fundamentado que a díade mãe-criança, onde a mãe possui um papel super protetor e é super envolvida é uma das principais influências do MS (Krohn, Weckstein & Wright, 1992). A figura materna possui um papel de extrema importância no desenvolvimento da criança, ela é símbolo de cuidado e proteção, onde o bebê procura o conforto necessário para o seu desenvolvimento. Porém, há situações em que este cuidado é excessivo, o que acaba por influenciar negativamente a vida da criança, uma vez que não a deixam explorar o mundo ao seu redor, não permitindo que a criança chore, corra, brinque, etc (Benício & Souza, 2020). Winnicott (1999), afirma que a postura de superproteção promove o desenvolvimento de um self inseguro com uma autonomia debilitada, o que acaba por influenciar as interações sociais da criança, limitando a sua autonomia e o seu envolvimento nas atividades de vida diárias. Neste sentido, a superproteção por parte dos pais leva a criança a ver o mundo como um lugar perigoso, reforça o seu evitamento, prejudicando o desenvolvimento das suas capacidades de lidar com possíveis desafios, tal como a sua autoconfiança. Estas sensações são usualmente associados a sentimentos de ansiedade vivenciados pela criança, assim como possíveis psicopatologias (Clarke et al., 2013). No presente caso, com o relato de um quadro depressivo por parte da mãe, a necessidade de manter a Alice sempre consigo, não aceitar a separação, nem permitir que os familiares cuidassem da criança, vem fundamentar esta teoria de mãe super protetora, onde existe uma dependência contínua e o filho acaba por ser visto como uma compensação de angústias passadas (Ferreira, 2022).

Por outro lado, a problemática no estabelecimento de relações com a figura adulta poderá estar ainda associada ao episódio vivenciado, no jardim de infância, onde uma educadora adotou um comportamento de heteroagressividade verbal com a criança em questão, expondo-a à frente dos seus pares. Apesar de não ser comum, o quadro de MS pode ser consequência de uma situação traumática na vida da criança (NHS, 2023). As psicopatologias são vistas como desvios das trajetórias normais do desenvolvimento humano, sendo estas moldadas pelas influências intra e extra individuais (O’Malley, 2003). Assim, os comportamentos adaptativos podem ser compreendidos apenas em certos contextos, neste sentido, poderíamos prever que o MS surge na vida da Alice como um comportamento adaptativo perante uma figura que anteriormente lhe disputou mau estar. O MS torna-se então uma resposta ao ambiente ameaçador, no qual a pessoa não consegue falar devido à ansiedade sentida (APA, 2014).

Segundo Kumpulainen et al. (1998), frequentemente o MS tem início na escola, o que coincide com a história da Alice. A sinalização de sintomas foi dada apenas no primeiro ciclo, todavia é de prever que estes já estivessem presentes anteriormente, contudo, devido às características da turma, a Alice era vista como uma aluna bem-comportada, não sendo valorizado o seu silêncio, além disso, em casa, era uma criança capaz de estabelecer um diálogo com os seus familiares, entrando em relação com eles. De acordo com o DSM-V, uma criança com o quadro de MS usualmente evita falar quando confrontada com contextos específicos. Neste sentido, enquanto uma criança em casa poderá falar normalmente com a sua família, esta poderá adotar um comportamento totalmente oposto noutra contexto, como é o exemplo da escola, onde acaba por interferir com o rendimento escolar (APA, 2014).

Frequentemente, crianças com MS apresentam um desempenho escolar baixo, dado que não conseguem comunicar com os professores as suas dúvidas (APA, 2014), além disso, os próprios professores são enfrentados com uma barreira, visto que não compreendem se o aluno em causa domina a matéria ou, até mesmo, por exemplo, se sabe ler. As presentes situações são retratadas pela professora da Alice, *“essas dificuldades fazem com que eu não perceba quais as dificuldades que a aluna revela porque não a consigo ouvir a falar ou a ler.”* [sic.]. Diversos autores defendem que o MS influencia o percurso académico da criança, uma vez que é considerado que uma criança que não consiga interagir verbalmente na escola, usualmente possui mais dificuldade em envolver-se nas atividades sociais e de aprendizagem (Busse & Downey, 2011), esta limitação é traduzida nas dificuldades de aprendizagem que consequentemente resultam na baixa performance académica (Bulotsky-Shearer et al., 2008), características que suportam o diagnóstico de MS da Alice.

### 1.6. Perfil Intra-Individual

Após ser analisada a história pessoal e clínica, é possível concluir que a Alice possui dificuldades de base socioemocional que acarretam inúmeras consequências no seu dia-a-dia.

**Tabela 12-** Perfil Intra-Individual da Alice

Áreas Fortes	Áreas Fracas
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Motricidade global;</li> <li>-Cumprimento de regras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tonicidade;</li> <li>- Equilíbrio;</li> <li>- Noção do Corpo;</li> <li>- Competências cognitivas;</li> <li>- Competências socioemocionais.</li> </ul>

## 1.7. Objetivos Terapêuticos

**Tabela 13-** Objetivos terapêuticos da Alice

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Regular a tonicidade	-Diminuir tensões musculares; -Estimular a capacidade de preensão, controlo e força da pega.
	Melhorar o equilíbrio	-Promover o controlo do equilíbrio dinâmico.
	Promover a noção do corpo	-Melhorar a noção da imagem/esquema corporal; -Promover a consciencialização corporal.
Socioemocional	Promover as competências socioemocionais	-Promover a autorregulação comportamental; -Reconhecer/ distinguir as próprias emoções; -Reconhecer as emoções dos outros; -Identificar os estados corporais associados às emoções básicas; -Aumentar a resistência à frustração; -Promover a autoestima; -Proporcionar relações interpessoais; -Promover a comunicação verbal.
Cognitivo	Melhorar as competências cognitivas.	-Potencializar a capacidade atencional; -Desenvolver a capacidade de planeamento.

## 1.8. Projeto Pedagógico-terapêutico

### 1.8.1. Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

A intervenção concebida possui como base os resultados obtidos na avaliação, as hipóteses explicativas, o perfil intra-individual da criança, assim como os objetivos traçados anteriormente. De seguida, serão apresentadas as diretrizes da intervenção, isto é, a sua frequência, duração, tipo de atividades realizadas, materiais, métodos e técnicas realizadas.

Atualmente existem inúmeras tipologias de intervenção para crianças com MS, é fundamentado pela literatura, que tanto intervenção individual e grupal evidenciam resultados positivos (Reuther et al., 2011). Estas ajudam na redução dos níveis de ansiedade e permitem o desenvolvimento das competências comunicacionais da criança (Schum, 2002; Reuther et al., 2011). Devido à sua timidez, dificuldade em estabelecer relações de confiança e questões logísticas, a Alice irá usufruir de sessões de psicomotricidade individuais semanalmente, às segundas-feiras às 15h30, com duração de 45 minutos.

A relação terapêutica é vista como um dos principais preditores dos resultados de uma intervenção terapêutica (Norcross, 2002; Mira & Fernandes, 2015). Desta forma, numa fase inicial das sessões de psicomotricidade, é fundamental estabelecer um setting terapêutico seguro e contentor, de modo que a criança se sinta confortável e à vontade. Aspectos como a empatia, a simpatia e a sintonia afetiva são muito importantes para este efeito, tal como para o estabelecimento de uma relação terapêutica (Costa, 2008). É importante salientar que é a qualidade da relação estabelecida que faz com que a criança tome iniciativa, se sinta maximizada e use o gesto espontâneo como meio de exploração (Costa, 2008). No caso da Alice, o estabelecimento de uma relação securizante possui um papel bastante importante na intervenção terapêutica, dado ao episódio vivenciado no jardim de infância e à sua dificuldade em falar com adultos.

Nas sessões serão trabalhados os objetivos delineados, a partir de jogos lúdicos, técnicas expressivas e de relaxação, tendo sempre em consideração as preferências e as características da criança. O planeamento das sessões de psicomotricidade será realizado em conjunto com a criança, sendo estas de carácter semidirigido, o que permitirá à terapeuta introduzir atividades que vão de acordo com os objetivos definidos, mas também à Alice mostrar as suas preferências e trabalhar a partir delas. Costa (2008), defende que a sessão se deve focar nos interesses e motivações da criança, assim, é importante incluí-la na idealização do planeamento, o que, conseqüentemente, faz com que a criança se sinta mais valorizada contribuindo para a promoção da sua autoestima.

Na prática psicomotora é importante ter em ponderação a comunicação não-verbal, o psicomotricista deve considerar todos os sinais não verbais, sendo capaz de ler o seu significado e oferecer uma intervenção de sucesso. Destarte, nas sessões será essencial utilizar outros meios de comunicação além da comunicação verbal, sendo valorizados outros métodos como: a expressão corporal, o movimento, expressão sonora rítmica e musical, expressão plástica e gráfica, entre outras (Costa, 2008). Por conseguinte, foram realizadas diversas atividades com recurso a diferentes materiais, métodos e técnicas.

Quando falamos dos materiais em psicomotricidade, estes possuem um papel de extrema importância, uma vez que eles influenciam o indivíduo através das suas características: cor, forma, tamanho, peso, textura, significado, recordações, etc (Costa, 2008). Uma vez que, o planeamento da sessão se realizava em conjunto com a Alice, era-lhe dada a liberdade de explorar os materiais disponíveis na sala e escolher um para uma dinâmica a realizar. Usualmente, a criança escolhia bolas, criando dinâmicas mais motoras, onde era estimulado sobretudo a motricidade grossa, o equilíbrio e a coordenação visuomotora. Bastões, cones e balões também eram frequentemente utilizados, assim como, os materiais de esponja e tecidos, apelando ao jogo simbólico. Além destes, foram introduzidos materiais de cariz plástico, como lápis de cor, plasticina, tintas, entre outros, visto que, a partir destes é permitido à criança expressar os seus pensamentos, comportamentos e emoções (Malchiodi, 2007). O uso de diferentes materiais apela a um ambiente lúdico que vai permitir à criança vivenciar o prazer de jogar, observar e explorar potencializando o desenvolvimento do ser, a promoção do bem-estar e segurança, que permite à criança com MS expressar-se e ampliar os seus meios de comunicação (Costa, 2008; Fernandes et al., 2018).

A intervenção com a Alice usufruiu de diversas metodologias, desde técnicas de relaxação, a terapias expressivas, ao jogo, entre outras (APP, 2023). Quando à relaxação, foi aplicado o Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque, a partir desta prática é possível melhorar aspetos como a autorregulação, a autonomia, a receptividade, a integração em diferentes contextos, a interação com a família e os pares (Choque, 1994). Devido à sua componente lúdica, este método poderá ser bastante benéfico neste caso específico, dado que irá funcionar como um plano não-verbal, possibilitando à criança a exploração e expressão, promovendo as suas capacidades simbólicas, possibilitando que esta aceda com maior facilidade ao seu mundo interno e externo. Através de técnicas de mediação corporal como a relaxação, as técnicas de controlo respiratório, o toque, o jogo, entre outras, é permitido à criança uma maior consciencialização do seu corpo (Guillaud, 2006).

### **1.8.2. Estratégias**

Tendo em consideração as características da Alice, foram adotadas algumas estratégias durante a intervenção, com a finalidade de garantir uma boa progressão terapêutica.

- Estabelecer um setting terapêutico securizante;
- Diálogo inicial, onde é explicado à criança o planeamento da sessão, de forma a promover uma rotina;
- Incluir a criança na escolha das atividades, permitindo que esta se sinta valorizada e envolvida no planeamento da sessão;

- Atividades que vão de encontro aos interesses da criança, com a finalidade de a manter motivada e investida na sessão;
- Instrução clara e simplificada;
- Valorização das áreas fortes da criança, motivando-a para as sessões, possibilitando o trabalho das áreas fracas posteriormente;
- Atribuição de feedbacks e uso de reforços positivos;
- Realização da simbolização no diálogo final, esta dá a oportunidade à criança de se expressar e comunicar com a terapeuta.

### **1.8.3. Exemplos de Atividades**

De seguida, serão apresentados alguns exemplos de atividades realizadas nos diferentes momentos da sessão, possuindo sempre como referência as características da criança e os objetivos terapêuticos delineados.

No início da sessão era realizado um diálogo inicial onde a terapeuta questionava à criança como tinha sido a sua semana, dando-lhe a liberdade de se expressar seguindo a sua preferência (gestos, desenho, verbalmente, ...). Em conjunto era delineado o planeamento da sessão, onde eram expostas algumas ideias de atividades e dada a liberdade à Alice de escolher um material/ atividade. Como referido anteriormente, incluir a criança na construção do plano de sessão é um aspeto muito importante, dado que promove o sentimento de valorização e de autoestima (Costa, 2008).

Ao longo das sessões de psicomotricidade, foram realizados jogos de construção e destruição, que permitiam à criança a externalização dos seus sentimentos, regular a sua agressividade, descarregá-la, contudo mantendo sempre um ambiente lúdico (Veiga, 2012). Segundo, Vidigal (2005), na ausência de palavra surge a expressão corporal, sendo esta muitas vezes associada a situações de violência. A Alice procurava construir casas e fortes protetores com os materiais da sala, onde se escondia e posteriormente derrubava com recurso à bola, a bastões ou com o próprio corpo. Simultaneamente, havia vocalizações que transmitiam as emoções sentidas pela criança, desde onomatopeias, gestos e atitudes (Costa, 2008). Também foram realizadas atividades com o objetivo de trabalhar a noção do corpo e as emoções, uma das dinâmicas criadas foi o jogo da estátua, quando a música parava, a terapeuta enumerava uma emoção que a Alice teria de representar com o seu corpo.

A Alice revelava dificuldade em aderir a atividades de relaxação, assim foi utilizado o Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque, que possui uma vertente mais lúdica e dinâmica, na qual a criança se conseguia identificar. Este consiste numa dinâmica lúdica de alternância de momentos de atividade com momentos de imobilidade/passividade



(Choque, 1994). Ademais, durante as sessões, foram propostas atividades de retorno à calma com uso de diferentes materiais, de modo a captar a sua atenção. Foram utilizados desde balões, ao paraquedas, a bolas, entre outros. Através destes mediadores era possível observar uma maior adesão a este tipo de dinâmicas.

No final da sessão, era proposta a simbolização, que permitia à Alice comunicar com a terapeuta as suas atividades favoritas e como se sentiu durante a sessão. A expressão plástica era vista como um meio facilitador de comunicação entre a terapeuta e a criança, uma vez que o desenho era utilizado como base para a realização do diálogo final, de modo a finalizar a sessão.

### **1.9. Progressão Terapêutica**

Deu-se início à intervenção em psicomotricidade com a Alice no dia 11 de janeiro de 2023, sendo realizadas um total de 17 sessões, terminando no dia 19 de junho do mesmo ano. A Alice sempre foi uma criança assídua e pontual ao longo de toda a intervenção, quando havia algum imprevisto a mãe procurava comunicar à terapeuta.

Uma vez que a Alice já tinha sido acompanhada em psicomotricidade, a criança já tinha conhecimento da prática e do tipo de dinâmicas criadas, o que facilitou o início do processo terapêutico. Sempre bem-disposta e disponível para participar e ajudar, a Alice possuía um ar amigável e procurava sugerir atividades comunicando com a terapeuta de forma não-verbal.

Possuindo como base o projeto terapêutico, no início da sessão era realizado um diálogo inicial, onde era questionado como tinha sido a sua semana e dada oportunidade à Alice de explorar os materiais e definir uma atividade, contribuindo para a elaboração do planeamento da sessão. A criança tinha tendência para escolher dinâmicas mais motoras, nas quais se sentia mais confortável. Contudo, aos poucos, foi permitido à terapeuta introduzir diferentes tipos de atividades com recurso a diversos materiais, como por exemplo utensílios de desenho, que facilitavam a comunicação entre as duas. Neste sentido, nas sessões eram predominantes jogos lúdicos e técnicas expressivas.

Durante as sessões de psicomotricidade, a Alice sempre se mostrou disponível e empenhada nas atividades realizadas, todavia houve momentos de recusa, onde a criança adotava comportamentos de oposição e não se envolvia nas dinâmicas. Este tipo de comportamento é visto como comum em crianças com MS (Sharp et al., 2007), assim numa fase inicial há mais disponibilidade para a terapia, surgindo mais tarde as atitudes de oposição e recusa (Costa, 2008).

A terapeuta tentou introduzir momentos de retorno à calma no final da sessão, no entanto a Alice revelou dificuldade em aderir a estes. Neste sentido, foram adotados métodos e técnicas que fossem de acordo às preferências da criança, como já referido anteriormente. Quando realizados momentos de retorno à calma mais dinâmicos e com recurso a diferentes materiais foi possível observar que a Alice ficava mais calma e menos tensa. No final da intervenção terapêutica, a criança já era capaz de aderir às dinâmicas de relaxação e desfrutar das mesmas.

No final da sessão era realizada a simbolização, onde era pedido à criança para representar algo simbólico que tenha acontecido na sessão, ou até como se sentia. O desenho era posteriormente utilizado no diálogo final, sendo este baseado nele e no que ele transmitia.

A Alice manteve-se em mutismo durante a maioria da intervenção, comunicando sobretudo de forma não-verbal com a terapeuta. Havia momentos em que, procurava emitir sons como onomatopeias durante a realização de atividades, assim como pequenos sussurros, demonstrando vontade de comunicar com a terapeuta e uma consequente criação de uma relação.

Numa fase inicial, a Alice demonstrava tendência para desistir das tarefas quando sentia dificuldades ou quando falhava, atualmente permanece em tarefa e consegue lidar melhor com as dificuldades que sente, procurando apoio no terapeuta. Desta forma, são visíveis melhorias no desempenho da criança: maior tolerância à frustração e maior persistência nas atividades.

De modo geral, durante toda a intervenção, a Alice foi mostrando uma evolução positiva e constante. Procurava trazer jogos/ objetos de casa para propor atividades, como foi o exemplo de carimbos, balões e jogos de memória, revelando-se empenhada na intervenção terapêutica.

Foi realizada uma avaliação final com recurso aos mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial, de modo a compreender a evolução terapêutica da Alice.

Ao longo das sessões foi possível observar que a Alice se encontrava menos inibida e ansiosa. Apresentava-se de forma mais confiante com o seu desempenho durante as atividades, as suas dificuldades a nível do equilíbrio dinâmico diminuíram e exibiu uma maior capacidade de planeamento e foco nas atividades desenvolvidas.

Quanto à avaliação final, estava mais descontraída, o que influenciou positivamente a sua performance.

No que diz respeito à avaliação da representação da figura humana, a Alice revela uma melhoria na mesma, apesar de obter uma classificação abaixo da média para a idade.

**Tabela 14-** Comparação Avaliação Inicial e Avaliação Final DAP da Alice

	Homem (H) Inicial	Homem (H) Final	Mulher (M) Inicial	Mulher (M) Final	Próprio (P) Inicial	Próprio (P) Final	Totais (H+M+P) Inicial	Totais (H+M+P) Final
<b>Valor Standard</b>	79	88	79	77	79	91	75	83
<b>Percentil</b>	8	21	8	6	8	27	5	13

É notório um maior investimento no desenho, especialmente no desenho do próprio. A representação dos braços e das pernas deixa de ser unidimensional e começa a ser bidimensional, assim como já há presença de detalhes que, anteriormente, não existiam, como é exemplo os dedos. Os seus desenhos são mais proporcionais, não havendo discrepâncias entre as diferentes partes do corpo. Deste modo, é possível afirmar que há um maior investimento na representação da figura humana.

Apesar da evolução, a Alice apresenta um esquema corporal imaturo para a sua faixa etária, aspeto fundamental continuar a ser trabalhado.

Relativamente à avaliação da competência motora, é possível observar que a criança em causa revela um desempenho dentro da média para a idade, possuindo uma cotação total de 48 pontos. Quando comparada com a avaliação inicial é visível uma melhoria na cotação da prova, especialmente em alguns dos parâmetros que serão referidos à posteriori.

A nível da prova de “Precisão Motora Fina” é notória uma melhoria no seu desempenho, a Alice é capaz de colorir a estrela sem sair de dentro das linhas, alcançando o objetivo. Quanto à “Integração Motora Fina”, são mantidas as dificuldades na cópia do diamante, a criança não consegue alcançar a forma, obtendo uma cotação de 0. Há uma evolução positiva na prova de “Coordenação Bilateral”, mais especificamente na tarefa de rodar os dedos, que a utente já consegue compreender e realizar. Perante a “Destreza Manual”, o “Equilíbrio” e a “Coordenação dos membros superiores” não são observadas alterações significativas. Outrora, na prova da “Força e Agilidade”, apesar das melhorias sentidas, ainda são observadas dificuldades na tarefa, principalmente no equilíbrio e coordenação dos movimentos. Por último, na prova da “Força”, a Alice consegue realizar 11 extensões completas, adota uma postura adequada, especialmente quando são as flexões de joelhos, apresenta, assim, uma evolução positiva no presente parâmetro.

Na sessão final foi importante conversar com a mãe, de modo a ser dado e recebido o feedback da intervenção psicomotora e da progressão terapêutica da Alice. Quando questionada, a mãe reflete na intervenção em psicomotricidade e refere que observa a Alice diferente, que a criança gosta da terapia e que aderiu de um modo muito positivo. São

abordados os aspetos trabalhados e que, ainda, há para trabalhar. Além disso, a mãe afirma que a Alice se encontra mais colaborante, que apesar de manter o mutismo seletivo, consegue envolver-se mais nas atividades da escola, possui uma boa relação com os seus pares e que começa a conseguir estabelecer relações de confiança com adultos de referência.

### **1.10. Discussão**

Numa fase inicial, as crianças com MS podem ser consideradas apenas tímidas, uma vez que usualmente não são sentidas dificuldades em casa, contudo, é importante salientar o benefício da intervenção precoce, uma vez que, com o avançar dos anos, podem aparecer limitações como dificuldades na aprendizagem, na criação de relações de confiança, etc (Esposito et al., 2016).

Através do presente estudo de caso, podemos fundamentar a importância da intervenção psicomotora no MS. Estudos comprovam que a intervenção psicomotora ajuda tanto os pais como as crianças a identificarem e a gerir as situações/ contextos que influenciam o MS, fornecendo capacidades socioemocionais que permitem à criança gerir as suas emoções e compreendê-las melhor; além disso, há contribuições significativas a nível das capacidades sociais (Esposito et al., 2015). Estas melhorias são promovidas a partir da atmosfera lúdica que propicia bem-estar e segurança à criança, tal como, do ambiente seguro e contentor (Costa, 2008). O jogo é visto como um aliado no desenvolvimento infantil, este representa uma oportunidade para a criança experimentar, descobrir e aprender. As capacidades cognitivas são promovidas, assim como as emocionais e afetivas (Alves & Bianchin, 2010). O uso do jogo como mediador permite as vivências corporais, sensoriais, gnoscopráticas, lúdicas e cinestésicas da criança, essenciais à re(construção) do esquema corporal, imagem do corpo e à promoção da identidade (Fernandes et al., 2018).

Quando analisada a progressão terapêutica da Alice, é possível constatar melhorias em diferentes aspetos.

A nível psicomotor, foram observadas melhorias na motricidade fina, assim como na coordenação dos movimentos. Inicialmente estes eram controlados e hesitantes, porém com o avançar da intervenção terapêutica, foi possível sentir um maior à vontade por parte da Alice para se expressar. A criança era capaz de se movimentar pelo espaço livremente, os seus movimentos tornaram-se mais dinâmicos e menos controlados. É notória uma redução do seu tónus, não sendo a sua postura tão tensa como numa fase inicial do acompanhamento. Acredita-se que esta melhoria seja influenciada, não só, pelo estabelecimento do setting terapêutico, que permitiu à criança estabelecer uma relação de confiança com a terapeuta, onde se sentia confortável para ser ela mesma e se expor, mas também pela diminuição da

inibição sentida numa fase inicial face a uma figura nova, características comuns no diagnóstico de MS. Quanto à noção do corpo, acredita-se que, além do jogo, as técnicas e métodos de relaxação também tenham sido benéficos, uma vez que a relaxação possibilita que a criança se torne capaz de controlar e dominar o próprio corpo, ganhando mais consciência do mesmo (Maximiano, 2004). As competências socioemocionais e cognitivas também foram melhoradas através da terapia psicomotora. É notório o aumento da autoestima da Alice através da toma de iniciativa e escolha de atividades e de comunicação, ademais, atualmente, consegue permanecer mais tempo em tarefa, focando-se na mesma. Estas alterações são apoiadas pela mãe da criança que descreve a filha como uma menina mais colaborativa, tanto em casa como na escola.

No geral, foi observada uma evolução positiva na sintomatologia da Alice, no entanto, ainda existem aspetos que devem continuar a ser trabalhados, visto que persistem algumas das suas principais dificuldades a nível socioemocional. Neste sentido, é sugerida a continuação no acompanhamento em psicomotricidade com a possível integração num grupo terapêutico. Acredita-se que a Alice fosse beneficiar dessa dinâmica, uma vez que é um meio que poderá estimular as suas capacidades sociais e a criação de relações de confiança com o outro (Costa, 2008).

## **2. Estudo de Caso 2**

### **2.1. Apresentação do caso**

Com 9 anos de idade, a Maria (nome fictício) é acompanhada na unidade de pedopsiquiatria desde setembro de 2020, possuindo um quadro clínico de PHDA.

O pedido de consulta surge por parte dos pais, aquando da sua entrada no primeiro ciclo, dadas as queixas de alterações do comportamento, hiperatividade e dificuldades de atenção. Em 2021 é encaminhada para o projeto da Área de Dia pelo/a psicólogo/a de referência, onde frequenta os ateliês de Psicomotricidade e Expressão Plástica.

Atualmente, surgem outras preocupações além da PHDA, como é o caso do quadro clínico de Disforia de Género.

### **2.2. História pessoal e clínica**

A Maria é uma menina fruto de uma gravidez planeada e bastante desejada pelos pais, sendo esta vivida sem complicações. Nasceu em 2012, sendo um bebé saudável, por parto eutócico a termo.

Em bebê usualmente ficava aos cuidados da mãe, do pai e, mais tarde, da avó materna, que representa um grande apoio para a família. Era vista como um bebê difícil, bastante agitada e possuía muita dificuldade em adormecer. A mãe relata esta fase como uma altura difícil devido à privação do sono. Atualmente, a Maria já dorme sozinha e possui um sono de qualidade.

A nível do desenvolvimento, não se levantam questões significativas quanto à aquisição de competências e marcos de desenvolvimento. Começou a andar com 11 meses e a dizer as primeiras palavras com 1 ano de idade. O desfralde ocorreu entre os 2 anos e os 2 anos e meio, estando o controlo dos esfíncteres adquirido. Não apresenta complicações a nível alimentar.

Entra para o ensino pré-escolar aos 2 anos, tendo até então ficado aos cuidados da avó materna. Apesar da sua integração ser positiva, com o passar do tempo, começam a ser relatadas algumas dificuldades pelas educadoras que a acompanharam. Estas descrevem a Maria como uma criança com dificuldade em se manter concentrada, ademais, apesar de apresentar evoluções positivas, também possui dificuldades em esperar pela sua vez e a ser autónoma na realização dos trabalhos. Desde cedo apresenta interesse e motivação para atividades plásticas, assim como para a escola. É uma criança que aceita a diferença dos outros e apresenta-se sempre pronta em ajudar os pares. Tendo em conta, às dificuldades da criança apresentadas pelas educadoras, os pais da Maria procuraram ajuda, de modo a compreender se a filha se encontrava pronta para entrar no 1º ciclo. Neste seguimento, foi realizado o diagnóstico de PHDA, também foi iniciado o acompanhamento na pedopsiquiatria, onde após uma avaliação realizada, foi considerado que a Maria possuía os requisitos necessários para ingressar ao 1º ciclo.

Durante o 1º ano são vivenciadas algumas dificuldades no contexto sala de aula, indo estas de acordo às sentidas no jardim de infância, isto é, períodos curtos de atenção, pouca persistência na realização das tarefas e agitação psicomotora. É sentida uma melhoria graças à abrangência do DL 54/2018. Ademais, é descrito pelos pais que, com a pandemia de COVID-19 e com as aulas online, a Maria possuía um acompanhamento mais próximo em casa, o que acabou por beneficiar a criança. A sua avó materna também estava habitualmente presente e servia de apoio na realização dos trabalhos de casa.

Atualmente, a Maria frequenta o 4º ano e possui um bom aproveitamento escolar. Ademais, a nível clínico a jovem possui medicação prescrita pelo/a pedopsiquiatra de referência, *rubifen*.

Algumas das preocupações da família, além do quadro clínico de PHDA, passam pelas questões da identidade de género da Maria. Desde cedo são relatados episódios que

alertaram a família, no jardim de infância, a Maria já demonstrava a sua preferência pela figura masculina, identificando-se mais com os seus colegas, chegando inclusive a ser a única rapariga na equipa escolar de futsal. Aos 6 anos, como prenda de anos, a Maria pediu aos seus pais que a deixassem cortar o seu cabelo curto, penteado que agora ainda mantém, bem como o vestuário de cariz masculino. Questões importantes como a entrada na puberdade começam a surgir e a tomar um papel importante na sua vida.

Atualmente, mora com os seus pais e com a sua irmã mais nova. Possui, ainda, um irmão mais velho com 20 anos por parte do seu pai, com quem mantém uma boa relação apesar da diferença de idades.

A Maria é descrita como uma criança bastante social que consegue criar relações positivas e de confiança com os pares e com os adultos. Alguns dos seus principais interesses é desenhar, ademais frequenta a natação e o judo.

### **2.3. Avaliação Inicial**

Devido a questões de logística e temporais, assim como o tipo de intervenção (grupal), a avaliação realizada é de carácter informal, são também apresentados dados fornecidos pelo/a pedopsiquiatra e pelo/a psicólogo/a de referência. De modo a auxiliar a avaliação foi utilizada a Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora (LOFOPT) (Van Coppenolle et al., 1989).

A partir da observação da Maria nas sessões de grupo de psicomotricidade foi possível verificar que possui uma aparência cuidada, contudo com preferência no vestuário e no cabelo do género masculino. É uma criança de fácil contacto desde o primeiro encontro, demonstrando-se interessada no grupo e nas dinâmicas criadas.

Nas primeiras sessões, a Maria procura dar-se com os seus pares e com as terapeutas, a relação que estabelece é sobre relacionada, onde há uma grande procura pelo toque. Preocupa-se com os pares e com o bem-estar deles, colaborando com eles durante as atividades propostas.

É visível alguma dificuldade em respeitar as regras, sendo adotado um comportamento bastante agitado, onde não consegue esperar pela sua vez, nem ouvir as instruções dadas. Durante a conversa inicial, usualmente é sentida alguma dificuldade por parte da Maria em permanecer sentada e em silêncio. Distrai-se facilmente, acabando por se envolver em brincadeiras aleatórias com os seus pares. É de notar que, apesar desta dificuldade, quando está em tarefa consegue manter o foco. Muitas vezes, nas atividades realizadas, a Maria apresenta movimentos e expressões faciais extremas, quase teatrais, sendo vista muitas vezes como a “palhaça do grupo”. Adora partilhar os seus pontos de vista e as suas ideias, é

vista como uma criança comunicativa, no entanto o seu discurso é rápido e alto. Na conversa inicial gosta de contar ao grupo como foi a sua semana, enumerando diversos eventos da mesma, prolongando-se.

Na sessão dá preferência a atividades de caráter motor, onde lhe é dada a liberdade para se movimentar e expressar. Não são observadas dificuldades a nível psicomotor. Em avaliações anteriormente realizadas, mais precisamente em 2020, foi observado um desenvolvimento motor acima do esperado para a sua idade, sendo ressaltados aspetos como o equilíbrio, a coordenação motora e o controlo do movimento. Estes dados são verificados também na observação realizada em contexto de grupo. Ademais, a Maria demonstra interesse por dinâmicas que a desafiem e coloquem à prova.

No final das sessões, gosta de realizar a simbolização, porém habitualmente o seu desenho não está relacionado com a sessão, mas sim com personagens de desenhos animados, pessoas ou objetos distintos. O seu desenho é intencional e organizado, revelando boas capacidades de motricidade fina e coordenação óculomanual. Gosta quando as terapeutas e os seus pares admiram os seus desenhos e os elogiam.

Em situações de stress, quando confrontada, a Maria tem tendência para agir, sendo vista como uma criança impulsiva e com necessidade de estar constantemente em movimento.

A nível escolar as características descritas são vivenciadas, sendo estas relatadas desde o jardim de infância. No entanto, é notória uma evolução positiva no contexto sala de aula. Em casa, as queixas centram-se na agitação psicomotora da Maria, assim como surgem preocupações com as questões de identidade de género.

De modo geral, a Maria é uma criança agradável e de fácil contacto, durante as sessões revela um comportamento agido, onde o movimento é o seu principal meio de comunicação. Apresenta um perfil de confiança, onde participa nas atividades propostas e consegue entrar em relação.

#### **2.4. Elementos Critério**

Os elementos critério são vistos como as informações mais significativas que caracterizam a criança, essenciais para o estabelecimento de um plano terapêutico adequado às suas características e necessidades. Desta forma, tendo em conta as informações obtidas durante a avaliação inicial, é possível definir os seguintes pontos:

- Disponibilidade da família;
- Interesse nas sessões e no acompanhamento;
- Diagnóstico de PHDA;
- Preocupações da família com questões da identidade de género;
- Dificuldade na regulação emocional e comportamental;



- Dificuldade na capacidade atencional;
- Agitação psicomotora;
- Facilidade em estabelecer relações de confiança com os pares;
- Dificuldade no cumprimento de regras.

## **2.5. Hipóteses Explicativas**

Para o delineamento de um programa de intervenção terapêutico adequado às necessidades da Maria, revela ser fundamental compreender melhor a informação recolhida. Prontamente, serão formuladas hipóteses explicativas tendo em conta os aspetos que possivelmente possuíram um maior impacto ao longo do desenvolvimento da criança em questão.

O pedido para seguimento surge por parte dos pais da Maria, que na altura encontravam-se preocupados com as queixas de alterações do comportamento, hiperatividade e dificuldades de atenção.

Atualmente, com o diagnóstico de PHDA, a Maria é uma criança que apresenta um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que influenciam o seu funcionamento e desenvolvimento (APA, 2014). Quando estudado o presente caso clínico, é possível observar características que apoiam o diagnóstico como é o caso das dificuldades de atenção, atividade motora excessiva, inquietação e impulsividade (APA, 2014). Estas dificuldades são vivenciadas desde o jardim de infância, contudo é com a entrada na escola, aos 6 anos, que é sentido um maior impacto. É de salientar que, a Maria, apresenta os comportamentos descritos em mais do que um contexto, no entanto é na escola onde são visíveis mais comprometimentos, por exemplo a nível da aprendizagem. A nível social, apesar da sua sintomatologia, a Maria tem facilidade em relacionar-se com o outro e fazer amizades, sendo descrita como uma criança extrovertida e interessada.

Quando analisada a história pessoal e clínica da Maria, em bebé é descrita pela agitação e dificuldade em adormecer. Diversas pesquisas fundamentam a importância do sono aquando do desenvolvimento biológico, emocional e social (Davis et al., 2004), assim como o impacto do mesmo quando não é de qualidade.

O sono permite o desenvolvimento de métodos de autorregulação essenciais para o desenvolvimento emocional e social da criança. Muitas vezes visto como um momento de qualidade, o sono, às vezes, pode ser sinónimo de um momento de angústia para a família, acabando por influenciar significativamente a relação entre os pais e os filhos, bem como o desenvolvimento do infante (Salavessa & Vilariça, 2009). Estas questões revelam-se

bastante comuns na infância, sendo visível um impacto negativo a nível comportamental, emocional, social e académico (Davis et al., 2004).

Os problemas de sono, muitas vezes, encontram-se associados a diferentes perturbações psiquiátricas, estudos revelam que crianças com PHDA são duas a três vezes mais propensas a experienciar este tipo de dificuldades (Corkum et al., 2001; Salavessa & Vilariça, 2009). Questões como resistência a ir para a cama, dificuldade em adormecer, sono agitado e frequentes despertares noturnos são bastantes comuns nas crianças com este diagnóstico (Salavessa & Vilariça, 2009). Estas complicações acabam por ser refletidas no dia-a-dia da criança através de queixas de sono, fadiga, dificuldade em manter a atenção e comportamentos agitados (Gruber et al., 2011).

EI-Sheikh e Kelly (2017) fundamentam que os padrões de sono da criança são desenvolvidos e influenciados pelo meio familiar, tal como, conseqüentemente, o meio familiar é influenciado pela criança e as suas dificuldades. Em muitos casos, as famílias acabam por experienciar conseqüências negativas como dificuldades de sono, períodos de grande stress, depressão materna e, até mesmo, problemas conjugais (Wiggs, 2001; Polimeni et al., 2007). As presentes situações descritas podem tomar um grande peso na saúde mental dos pais, acabando por influenciar negativamente o desenvolvimento infantil (Laucht et al., 1994).

Durante a infância da Maria não são retratados outros marcos de desenvolvimento críticos até à sua entrada no ensino pré-escolar. Apesar da sua integração ser positiva, a Maria é descrita pela sua agitação, dificuldade em prestar atenção e em realizar/ concluir tarefas, características frequentemente associadas a diagnósticos como a PHDA (APA, 2014). Esta perturbação representa um grupo vulnerável no sistema de ensino, sendo estas crianças descritas pela sua dificuldade de atenção, hiperatividade e/ou impulsividade que acabam por impactar negativamente a sua performance (DuPaul & Langberg, 2015). Outros aspetos que frequentemente apoiam o diagnóstico de PHDA e são notórios em contexto sala de aula são a baixa tolerância à frustração e a irritabilidade (APA, 2014), características visíveis no caso da Maria, onde usualmente são sentidas e vivenciadas limitações no controlo de impulsos, dificuldade em respeitar e cumprir as regras estabelecidas (Pardilhão et al., 2009). Usualmente as crianças com PHDA possuem um desempenho escolar baixo e uma realização académica reduzida, o que poderá apresentar um forte impacto na sua autoestima (APA, 2014).

Com a entrada no 1º ano é notória a necessidade de um apoio mais personalizado e individualizado que vá de encontro às dificuldades da Maria. É sentida uma melhoria com a abrangência do DL 54/2018, contudo é durante a pandemia COVID-19, com as aulas online

e um acompanhamento mais próximo por parte da sua família, que são observados resultados positivos.

A pandemia COVID-19 trouxe diversas preocupações, sendo uma das principais o ensino à distância e o impacto deste ensino nas crianças com psicopatologias (Lupas et al., 2021). Diversas estratégias foram adotadas em prol do apoio a esta população, as famílias foram aconselhadas a um acompanhamento mais próximo das suas crianças, monitorização da realização de tarefas, uso de estratégias comportamentais de modo a reduzir comportamentos de oposição e desafio, implementação de uma rotina e horário de sono, etc (Daley et al., 2018; Cortese et al., 2020). No caso da Maria foi permitido observar uma melhoria na sua performance escolar, sendo esta justificada pelo estabelecimento de rotinas e o apoio contínuo que recebia por parte da sua família, especialmente da sua avó.

Atualmente, uma das principais preocupações manifestadas é a Disforia de Género e o impacto que este diagnóstico poderá ter na exteriorização socioemocional e comportamental da Maria, aspetos já influenciados pela PHDA. Strang et al. (2014) observaram que crianças com PHDA são 6,64 vezes mais prováveis de expressar variações de género. Outros estudos apoiam que a PHDA é um diagnóstico comum na DG, sendo observadas características em comum em ambas as psicopatologias como é caso da falta de atenção e dificuldades socioemocionais (Becerra-Culqui et al., 2018; Thrower et al., 2020). No entanto, a associação entre a PHDA e a DG ainda é considerada uma investigação recente, não existindo dados suficientes para suportar esta teoria, contudo torna-se importante refletir na possível influência a nível comportamental e socioemocional que estes diagnósticos em conjuntos poderão ter na criança em questão.

## 2.6. Perfil Intra-Individual

Com base nos dados recolhidos e no estudo realizado, é permitido afirmar que a Maria é uma criança com dificuldades a nível da autorregulação comportamental e socioemocional. Ademais, devido às questões que começam a surgir associadas à identificação de género, é possível deduzir que estas possuíram um forte impacto no desenvolvimento da criança.

**Tabela 15-** Perfil Intra-Individual da Maria

Áreas Fortes	Áreas Fracas
- Motricidade global; - Equilíbrio; - Estruturação Espaço-temporal; - Motricidade Fina; - Estabelecimento de relações interpessoais	-Noção do Corpo; -Autorregulação comportamental; -Atenção; -Cumprimento de regras; -Capacidade de atenção/ concentração.

## 2.7. Objetivos Terapêuticos

**Tabela 16-** Objetivos terapêuticos da Maria

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Psicomotor</b>	Melhorar a noção do corpo	-Melhorar a noção da imagem/ esquema corporal; -Promover a consciencialização corporal.
<b>Socioemocional</b>	Melhorar a autorregulação comportamental	-Aumentar a tolerância à frustração; -Reduzir os momentos de agitação psicomotora e impulsividade.
	Melhorar as competências socioemocionais	-Reconhecer/ distinguir as próprias emoções; -Reconhecer a influência das próprias emoções nos outros; -Reconhecer as emoções dos outros; -Identificar os estados corporais associados às emoções básicas; -Identificar as situações tipicamente evocadoras de determinadas emoções; -Promover a autorregulação comportamental; -Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites; -Promover a autoestima.
<b>Cognitivo</b>	Melhorar as competências cognitivas	-Aumentar a capacidade atencional; -Melhorar a capacidade de planeamento.

## 2.8. Projeto Pedagógico-terapêutico

### 2.8.1. Diretrizes e Fundamentação da Intervenção

A intervenção planeada tem em conta a informação recolhida aos outros especialistas que acompanham a criança, os resultados obtidos durante a avaliação, as hipóteses explicativas, o perfil intra-individual da criança, assim como os objetivos traçados

anteriormente. Posteriormente, serão apresentadas as diretrizes da intervenção como por exemplo: a sua frequência, duração, métodos e técnicas realizadas.

No presente caso será realizada uma intervenção em grupo, é defendido pela literatura os diversos benefícios deste tipo de terapia em crianças com perturbações da esfera psicoafetiva e relacional (Malpique et al., 1988), sendo um deles a riqueza da dinâmica e das interações (Vidigal, 2005). O grupo simboliza as sensibilidades e os conhecimentos, é visto como um espaço seguro de partilha de sentimentos, emoções e pensamentos (Onofre, 2003; Vidigal, 2005). Através do grupo terapêutico, é dado à criança um lugar de consolo, satisfação e prazer, onde esta pode expressar as suas angústias, dúvidas e dificuldades apelando ao pensamento, isto é, à simbolização (Vidigal, 2005). As principais indicações para uma intervenção em grupo centram-se nas dificuldades que algumas crianças têm na comunicação dos seus pensamentos e emoções (Esquina et al., 2013). Devido às características da Maria e ao motivo do seu encaminhamento, acredita-se que este tipo de terapia será benéfica, uma vez que será permitido trabalhar capacidades como a consciencialização emocional, a autorregulação comportamental, a socialização, etc. Neste seguimento, a Maria irá beneficiar de sessões de psicomotricidade em grupo semanalmente, às segundas-feiras às 14h, com duração de 1 hora.

Numa fase inicial da intervenção terapêutica em grupo é importante criar um setting terapêutico bem definido, proporcionador de experiências, condição essencial ao desenvolvimento do processo terapêutico (Vidigal, 2005). Além disso, a aliança terapêutica entre os elementos do grupo deve ser forte e segura, de modo a favorecer a expressão de ideias, medos, fantasias e sonhos (Costa, 2008). Através de fatores como o setting terapêutico e a aliança terapêutica, será potencializada a construção de um espaço protegido, seguro e contentor, que irá permitir à criança que se sinta confortável, disposta à criação de vínculos e à simbolização do seu mundo interno (Costa, 2008; Esquina et al., 2013).

Com o decorrer das sessões, o grupo começa a funcionar como um todo, rapidamente se torna uma referência importante para a criança, sendo um agente de socialização, que contribui para o sentimento de pertença (Malpique et al., 1988; Veiga, 2012). A partir da intervenção em grupo são estimuladas as competências socioemocionais, as capacidades construtivas, reflexivas e, ainda, o sentido crítico (Veiga, 2012). Ademais, a criança aprende a respeitar as regras e as normas de interação social, ganhando ferramentas para a regulação das suas ações e impulsos (Veiga, 2012). Estes aspetos referidos são muito importantes aquando do caso abordado, uma vez que a Maria apresenta dificuldade em gerir as suas emoções, sendo frequentemente descrita pela sua agitação e ações precipitadas.

A intervenção terapêutica será baseada nos objetivos delineados anteriormente, a partir de jogos lúdicos e técnicas expressivas, possuindo como referência as preferências e as características da criança, assim como do grupo onde ela se encontra inserida. O jogo e as técnicas expressivas surgem como importantes aliados, uma vez que se trata de duas formas de expressão e de comunicação, que permitem a simbolização das fantasias inconscientes (Malpique et al., 1988). A prática psicomotora procura na atividade lúdica, isto é, no jogo, uma forma de prolongar os centros de interesse, promover a autorregulação dos impulsos, aumentar os períodos de atenção, consciencializar as ações pelo planeamento, estimular o diálogo, aceitar a opinião dos outros e apelar à construção de ideias coletivas (Costa, 2008).

Nas sessões são facultados o uso de diferentes materiais como colchões, bolas, dados, tintas, materiais de esponja e tecidos (Costa, 2008). A partir destes materiais é permitido uma maior qualidade de gesto, harmonia do movimento, conhecimento do próprio corpo, entre outras vertentes psicomotoras (Vidigal et al., 2005). Os materiais eram explorados e introduzidos nas atividades desenvolvidas, muitas vezes pré-definidas, devido às características do grupo em questão. A elaboração do plano de sessão será realizado no início da sessão, onde as terapeutas devem apresentar o planeamento da sessão ao grupo, havendo sempre espaço para as crianças se pronunciarem, darem sugestões e ideias, que podem ser introduzidas na presente sessão ou adaptadas para uma próxima (Vidigal et al., 2005). Esta planificação revela ser muito importante neste tipo de psicopatologias, dado que implica a reflexão, previsão, antecipação e projeto (Costa, 2008). Usualmente esta etapa da sessão é auxiliada pelo quadro, onde é registado o plano de sessão e as presenças.

Na presente intervenção, além de técnicas de jogo e terapias expressivas, devem ser utilizadas técnicas de relaxação, como o Método de Concentração e Relaxação de Jacques Choque. Esta prática estimula aspetos como autorregulação, a autonomia, a recetividade, a interação com a família e os pares (Choque, 1994). Este método será tido em conta nas etapas finais da sessão, onde é fundamental realizar um retorno à calma com o grupo, preparando-o para a simbolização e para a conversa final. Nestas últimas etapas será fornecida uma folha e um lápis a cada criança, sendo-lhes pedido para representarem algo relacionado à sessão, à forma como se sentiram, etc. Através do desenho e/ou escrita, é dado às crianças um meio de expressão dos seus pensamentos e emoções, facilitando a sua participação na conversa final, onde em grupo é realizada uma reflexão sobre a sessão, os acontecimentos que a marcaram, as sensações e emoções proporcionadas.

### **2.8.2. Estratégias**

Considerando os dados recolhidos sobre o presente estudo de caso e as características da Maria, foram delineadas algumas estratégias que poderão ser fundamentais para garantir uma boa progressão terapêutica.

Segundo Costa (2008), algumas das estratégias a adotar quando se trabalha com este tipo de diagnóstico centram-se sobretudo no favorecimento da autonomia, da participação e integração da criança; aumentar a consciencialização da ação a partir da leitura das situações estimulando a criança a pensar, planear e estruturar a ação; nas conversas em grupo é essencial encorajar a partilha de opiniões e a aceitação das mesmas.

Além das estratégias referidas anteriormente, também foram tidas em conta as seguintes:

- Promover um ambiente securizante e contentor;
- Estabelecer limites e regras dentro da sala de psicomotricidade;
- Diálogo inicial, onde é explicado à criança o planeamento da sessão, de forma a promover uma rotina;
- Promover a focalização, discriminação e seleção de estímulos;
- 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, motivando-a para as sessões, possibilitando o trabalho das áreas fracas posteriormente;
- Atribuição de feedbacks e uso de reforços positivos.

### **2.8.3. Exemplo de Atividades**

Com base nas características da criança e os objetivos terapêuticos pré-definidos, serão apresentados alguns exemplos de atividades realizadas ao longo da intervenção.

Inúmeros tipos de atividades foram realizadas, sendo a maioria da linha do agir, devido às características do grupo onde a Maria se encontrava inserida. Assim, serão abordadas atividades de imitação, faz-de-conta, perseguição, construção e destruição, entre outras.

Em algumas sessões foram realizadas atividades de imitação, onde um elemento do grupo representava alguma situação/ conceito e os restantes pares tinham de adivinhar. Como mediadores eram utilizados tecidos, que estimulavam a criatividade das crianças, que os usavam como auxílios na representação. A partir deste tipo de atividades são estimuladas inúmeras capacidades como o imaginário, a criatividade, o autocontrolo, a comunicação verbal e emocional (Costa, 2008). A Maria demonstrava um elevado interesse neste tipo de

atividades, sendo expressiva nas suas representações, frequentemente procurava ajudar os seus colegas que possuíam mais dificuldades neste tipo de dinâmicas.

Numa sessão, a Maria pediu para realizar uma atividade de faz-de-conta, esta envolvia uma história sobre amigos que dormiam numa casa que era invadida durante a noite por ladrões. Durante a atividade, a Maria era a narradora e distribuía os papéis pelos diferentes elementos do grupo, incluindo as terapeutas. Na presente atividade, os colchões deram lugar a uma casa e o paraquedas ao seu telhado. Atividades de faz-de-conta são tidas como um elemento bastante positivo na terapia psicomotora, uma vez que apelam à imaginação da criança (Kishimoto, 1994), permitindo que esta experiencie diferentes respostas comportamentais e emocionais (Seja & Russ, 1999), tendo em consideração as ideias e emoções dos outros contribuindo para a autorregulação emocional (Veiga, 2012).

Atividades de perseguição, construção e destruição também foram realizadas. Estas possuem uma forte carga emocional, exigindo que a criança seja capaz de codificar e descodificar as expressões corporais e os comportamentos adotados, promovendo as capacidades de regulação emocional e comportamental (Veiga, 2012).

Além disso, também foi trabalhada a noção do corpo através de atividades como o jogo da estátua, a mamã dá licença, a construção de formas geométricas a partir do corpo, etc.

As presentes atividades estimulam o brincar em grupo, isto é, a cooperação entre os diferentes elementos, o respeito das regras, a socialização, a autorregulação emocional e comportamental (Costa, 2008; Veiga, 2012).

## **2.9. Progressão Terapêutica**

A intervenção psicomotora teve início no dia 10 de outubro de 2022 e terminou no dia 12 de junho de 2023, contabilizando um total de 27 sessões. Durante a terapia, a Maria sempre foi uma criança assídua e pontual, que demonstrava interesse nas atividades propostas e procurava colaborar com as terapeutas e com os pares.

É importante salientar que o presente ano terapêutico era o segundo ano da Maria no projeto da Área de Dia, tendo, portanto, frequentado os grupos terapêuticos no ano anterior. Neste sentido, a Maria já se encontrava familiarizada com a dinâmica e com os ateliers terapêuticos de expressão plástica e de psicomotricidade.

No início das sessões de psicomotricidade, a Maria apresenta um perfil brincalhão, falador e confiante, procura relacionar-se com os pares e mostrar os seus gostos e ideias. Na primeira sessão, num exercício de apresentação, onde as crianças tinham de falar um pouco



sobre si e as suas férias, a Maria afirma que gostava de ser um rapaz, levantando algumas questões sobre a sua identidade de género e a curiosidade dos seus colegas. Durante as restantes atividades, revela dificuldade em permanecer atenta às instruções das terapeutas, em esperar pela sua vez, a cumprir as regras da sessão e o seu comportamento é agitado.

Nas sessões iniciais, o perfil anteriormente descrito mantém-se, são vivenciadas situações de grande agitação psicomotora, onde a Maria possui dificuldade em permanecer sentada durante a conversa inicial e final, estabelece brincadeiras paralelas com o grupo, onde frequentemente eleva o seu tom de voz para ser ouvida, sendo este inadequado ao contexto terapêutico.

Durante o processo terapêutico, questões relacionadas com a identidade de género surgem através de atividades realizadas, onde a criança adota um papel do género masculino. Na atividade mamã dá licença, a Maria escolhe ser o papá; assim como num jogo faz-de-conta, adota um nome neutro, isto é, que não corresponde a nenhum género específico. As presentes situações são frequentemente relacionadas com o diagnóstico de disforia de género, onde o indivíduo possui preferência por papéis do género expresso, isto é, o género com que se identifica, no caso da Maria, o género masculino (APA, 2014).

A identidade de género tomou um grande peso na vida da Maria, uma vez que começam a surgir preocupações com o seu corpo, especialmente, com as mudanças físicas que vêm com a adolescência. A jovem tornou-se mais retraída, menos disponível, mais consciente do seu corpo e mais preocupada com o futuro, especialmente com a entrada no 5º ano.

Apesar destas questões influenciarem o processo terapêutico da Maria, foram notórias diversas melhorias no seu comportamento, como por exemplo, maior tolerância à frustração, aumento dos períodos de atenção, capacidade de aguardar pela sua vez, permanecer sentada quando necessário, ouvir o grupo e o seu discurso é mais adequado (Costa, 2008).

Nas sessões de psicomotricidade foi sentida uma grande diferença no seu envolvimento nas atividades, inicialmente desorganizado e atualmente bastante cauteloso. A Maria possui um perfil mais inseguro, é vista como uma criança mais fechada e reservada, não procura partilhar detalhes sobre o seu fim de semana com o grupo, aguardando em silêncio até ao início das atividades. Nestas, participa de forma ordeira, respeita as regras e colabora com os pares para o sucesso do grupo.

Destarte, com recurso à Escala de Observação de Louvain para Objetivos em Terapia Psicomotora foi realizada uma avaliação final de carácter informal, que permite compreender melhor a evolução terapêutica da Maria, complementando a descrição realizada.

A Maria procura pela relação com os seus pares e terapeutas, contudo atualmente consegue compreender melhor o espaço do outro e respeitá-lo, não se tornando tão invasiva como numa fase inicial da intervenção terapêutica. Preocupa-se com os pares e com o bem-estar deles, colaborando com eles durante as dinâmicas propostas. Possui um perfil mais inseguro, onde se mantém em silêncio e não procura tomar iniciativa próprias nas atividades, imitando os seus pares. A presente questão é visível nas atividades que envolvam o desenho, vertente onde a Maria inicialmente se destacava no grupo. Na conversa inicial consegue permanecer sentada, ouve o grupo e espera pela sua vez. São visíveis melhorias gerais no seu comportamento, não sendo vivenciados tantos momentos de agitação psicomotora. A Maria abandona o papel de “palhaça do grupo”, não procura partilhar as suas ideias, nem participar nas diferentes dinâmicas. Atividades que anteriormente gostava, atualmente tem dificuldade, como é o caso da simbolização, onde imita o desenho dos seus pares. O seu desenho não é intencional, nem trabalhado, sendo muitas vezes inacabado. O seu discurso é mais adequado ao contexto, consegue regular o tom da sua voz e aguarda pela sua vez para falar, contudo não o procura fazer. Consegue cumprir as regras e os limites

As presentes mudanças são sentidas pela restante equipa terapêutica que acompanha a criança, especialmente no outro atelier que frequenta, de expressão plástica.

## **2.10. Discussão**

Quando abordado o caso clínico da Maria, devem ser tidos em conta dois fatores muito importantes, a PHDA e a Disforia de Género, e o papel que estes possuíram na sua progressão terapêutica.

Numa fase inicial, referenciada devido à sua agitação psicomotora, desatenção, baixa tolerância à frustração, dificuldade em cumprir regras e respeitar limites (APA, 2014; Antunes et al., 2018), a Maria era vista como uma criança irrequieta com dificuldade em estabelecer relações de segurança e a lidar com as suas emoções. Neste sentido, as sessões de psicomotricidade surgem como um meio vantajoso, visto que se trata de uma prática de mediação corporal que proporciona um espaço seguro e contentor, onde é permitido à criança reencontrar o prazer sensório-motor a partir do movimento e da sua regulação tónico-emocional (Costa, 2008; Esquina et al., 2013; Vidigal, 2005). A prática psicomotora em crianças com PHDA permite trabalhar aspetos fundamentais como o aumento do tempo de concentração e atenção na tarefa, desenvolver capacidades de autocontrolo, reduzir a agitação psicomotora, melhorar as habilidades sociais, a compreensão e a expressão da comunicação não-verbal (Vidigal, 2005). Quando analisado o caso da Maria, é visível a melhoria nos presentes aspetos, no sentido que, atualmente, consegue ouvir as instruções das terapeutas até ao fim, gere melhor o seu comportamento, adequando-o às diferentes

situações vivenciadas, assim como consegue adequar o seu discurso, baixando o seu tom de voz e aguardando pela sua vez de falar.

Contudo, apesar das melhorias descritas, é sentido um elevado contraste na forma da Maria se expressar. Esta tornou-se uma criança mais reservada, pouco confiante e com medo de se envolver nas diferentes dinâmicas, imitando as ações dos seus colegas. Acredita-se que as questões de identidade de género podem representar um papel importante nas mudanças observadas. Segundo a literatura, sabe-se que indivíduos com Disforia de Género, estão mais predispostos a vivenciar mal-estar, isolamento social, incapacidade de estabelecer relações de confiança e baixa auto-estima (Kaltiala-Heino, 2018). Ademais, usualmente estão associadas perturbações depressivas e de ansiedade (APA, 2014).

Neste sentido, quando analisado o caso da Maria, é possível afirmar que a intervenção psicomotora possuiu um impacto positivo no quadro clínico de PHDA, visto que foi observada uma melhoria em diversos sintomas que inicialmente preocupavam a família da criança, como é o caso da intolerância à frustração, agitação psicomotora e as dificuldades de atenção. Porém, com o avançar do ano e com a chegada da pré-puberdade, novas preocupações começam a ser sentidas pela Maria, como é o exemplo das mudanças físicas, isto é, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. A sua presente inibição, recusa à atividade e ao envolvimento poderá estar associada a estas alterações e à insegurança que estas lhe proporcionam.

Desta forma, apesar de ser sentida uma evolução positiva no quadro clínico de PHDA, atualmente surgem novas dificuldades que devem ser tidas em conta e trabalhadas com a Maria, de modo a esta encontrar as ferramentas necessárias para compreender as mudanças que vivencia e como poderá lidar com as inseguranças, emoções e dúvidas que com elas vêm. O acompanhamento em psicomotricidade poderá continuar a ser um aliado bastante positivo, uma vez que o corpo é tido como um lugar fenomenológico, onde a identidade, o sentimento e conhecimento de si é construído, sendo uma fonte de sensações, pulsões, emoções e intenções (Fonseca, 2010). Contudo, é essencial discutir a pertinência da passagem a uma possível intervenção individual, dadas as questões apresentadas pela Maria. Acredita-se que uma intervenção individual seria benéfica no presente caso, uma vez que seria dado à criança mais espaço para se expressar, uma maior disponibilidade e atenção por parte do terapeuta face aos desafios que a Maria começa a enfrentar no presente momento com a entrada na puberdade, não apenas a nível corporal, mas também na procura por uma identidade, pela pertença (Lescher et al., 2014).

## **V. Conclusão**

O desejo de realizar uma intervenção na área da saúde mental surge desde o início do meu caminho enquanto psicomotricista e, neste último ano, foi possível aprofundar os meus conhecimentos teóricos e práticos, acompanhar inúmeras crianças com as mais diversas problemáticas e estar envolvida numa vasta equipa multidisciplinar.

O seguinte documento surge como narração de uma intervenção psicomotora numa unidade de pedopsiquiatria durante 9 meses, onde foram acompanhados 4 grupos terapêuticos, num total de 27 crianças/ jovens, em regime de co-terapia e 3 casos individuais. Todos os casos foram apresentados, dos quais dois de forma detalhada nos estudos de caso: a Alice e a Maria, onde perturbações como o mutismo seletivo, hiperatividade e défice de atenção e disforia do género foram abordadas e discutidas. Além disso, a importância da aliança terapêutica, de um espaço seguro e contentor, assim como a adoção de diferentes metodologias, foram descritas e defendidas no presente relatório.

O estágio foi marcado por grandes aprendizagens, sendo uma delas a importância do trabalho em equipa e os benefícios do mesmo. Graças à presença de uma vasta equipa multidisciplinar, foi-me possibilitado trabalhar com diversos profissionais, que durante as reuniões partilhavam as suas opiniões e experiências, ajudando-me a compreender e a ler melhor as crianças/ jovens que acompanhei. A equipa da Área de Dia e do Hospital de Dia, dispunham de reuniões semanais, que permitiam a discussão de casos, a colocação de possíveis dúvidas e a discussão de alternativas terapêuticas. Estes momentos demonstraram ser fundamentais para o sucesso da intervenção realizada e para a minha aprendizagem enquanto estagiária.

Considero que concluo esta experiência com um balanço positivo. Durante o estágio foi possível aprofundar os meus conhecimentos, trabalhar na minha formação enquanto psicomotricista (aplicação de instrumentos de avaliação, desenvolvimento de projetos terapêuticos, acompanhamento de casos individuais e de grupos terapêuticos, etc.), envolver-me numa equipa multidisciplinar e nos seus projetos. Este estágio forneceu ferramentas necessárias para, num futuro, integrar no trabalho, como por exemplo: a postura a adotar enquanto psicomotricista, a capacidade refletiva, como comunicar com os familiares e integrar uma equipa multidisciplinar.

De modo a concluir, tendo por base a literatura apresentada neste relatório e os resultados positivos da intervenção terapêutica, salienta-se a importância da implementação da intervenção psicomotora nas unidades de saúde mental.

## VI. Referências Bibliográficas

- Aitken, M., Steensma, T. D., Blanchard, R., VanderLaan, D. P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L., Ames, M., Fitzsimmons, C. L., Leef, J. H., Lishak, V., Reim, E., Takagi, A., Vinik, J., Wreford, J., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L., Kreukels, B. P., & Zucker, K. J. (2015). Evidence for an altered sex ratio in clinic-referred adolescents with gender dysphoria. *The journal of sexual medicine*, 12(3), 756–763. <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>
- Almeida, G. N. (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*. Lisboa Trilhos editora.
- Alves, L., & Bianchin, M. A. (2010). O jogo como recurso de aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 27(83), 282-287.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Climepsi.
- Antunes, N. L., Rodrigues, A., & Jesus, G. (2018). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos* (pp. 219-270). Lua de Papel.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). *Prática Profissional*. <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Aucouturier, B. (2005). *La méthode Aucouturier: Fantasmies d'action & pratique psychomotrice*. De Boeck Supérieur.
- Ballouard, C. (2011). *L'Aide-mémoire de psychomotricité-2e édition*. Dunod.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1/2), 267-277.
- Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23–38.
- Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., & Goodman, M. (2018). Mental Health

of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>

Benício, D. G., & Souza, D. A. (2020). O impacto da superproteção no desenvolvimento psicológico da criança. *O portal dos psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1384.pdf>

Benson, H. & Klipper, M. (2000). *The relaxation response*. HarperCollins.

Bergès-Bounes, M., Bonnet, C., Ginoux, G., Pecarelo, A.-M., & Sironneau-Bernardeau, C. (2008). La relaxation thérapeutique chez l'enfant: Corps, langage, sujet. Méthode J. Bergès. elsevier masson. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.9.990-a>

Bernard-Bonnin, A. C., Canadian Paediatric Society, & Mental Health and Developmental Disabilities Committee. (2004). Maternal depression and child development. *Paediatrics & Child Health*, 9(8), 575-583.

Boston Children's Hospital. (2023). Gender Dysphoria. <https://www.childrenshospital.org/conditions/gender-dysphoria>

Branco, M. E. (2013). *Vida, pensamento e obra de João dos Santos*. Coisas de Ler

Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2010). *BOT-2 Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency Second Edition Brief Form MANUAL and ADMINISTRATION EASEL*.

Bulotsky-Shearer, R. J., Fantuzzo, J. W., & McDermott, P. A. (2008). An investigation of classroom situational dimensions of emotional and behavioral adjustment and cognitive and social outcomes for Head Start children. *Developmental Psychology*, 44, 139–154.

Busse, R. T., & Downey, J. (2011). Selective mutism: A three-tiered approach to prevention and intervention. *Contemporary School Psychology*, 15, 53–63.

Carvalho, I., Pereira, I., Zaragoza, P., Ramos, V., & Pires, P. (2013). Intervenção Psicoterapêutica em Grupo de Adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. (35), páginas 91-103.

Chapellière, H. (2009). Les groupes thérapeutiques d'enfants: indications, processus, cadre et dispositif. *Reliance Psychomotrice*, (1), 9–17.

Choque, J. (1994). *Concentration et relaxation pour les enfants*. Paris: Michel Albim.

Clarke, K., Cooper, P., & Creswell, C. (2013). The parental overprotection scale: associations with child and parental anxiety. *Journal of affective disorders*, 151(2), 618–624. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.007>

Coelho, J., Melo, C., Rocha, F., Santos, S., Barros, S., Martins, C. (2014). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: casuística de um Centro Secundário. *Nascer e Crescer*, 23(4), páginas 195-200.

Corkum, P., Tannock, R., Moldofsky, H., Hogg-Johnson, S., & Humphries, T. (2001). Actigraphy and parental ratings of sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Sleep*, 24(3), 303–312. <https://doi.org/10.1093/sleep/24.3.303>

Cortese, S., Asherson, P., Sonuga-Barke, E., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Coghill, D., Daley, D., Danckaerts, M., Dittmann, R. W., Doepfner, M., Ferrin, M., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Santosh, P., Rothenberger, A., Soutullo, C., Steinhausen, H. C., ... European ADHD Guidelines Group (2020). ADHD management during the COVID-19 pandemic: guidance from the European ADHD Guidelines Group. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(6), 412–414. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30110-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30110-3)

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Trilhos Editora.

Costa, J. (2011). *Adoles Ser: psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos Editora

Daley, D., Van Der Oord, S., Ferrin, M., Cortese, S., Danckaerts, M., Doepfner, M., Van den Hoofdakker, B. J., Coghill, D., Thompson, M., Asherson, P., Banaschewski, T., Brandeis, D., Buitelaar, J., Dittmann, R. W., Hollis, C., Holtmann, M., Konofal, E., Lecendreux, M., Rothenberger, A., Santosh, P., ... Sonuga-Barke, E. J. (2018). Practitioner Review: Current best practice in the use of parent training and other behavioural interventions in the treatment of children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(9), 932–947. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12825>

Davis, K. F., Parker, K. P., & Montgomery, G. L. (2004). Sleep in infants and young children: Part one: normal sleep. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 18(2), 65–71. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(03\)00149-4](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(03)00149-4)

DuPaul, G. J., & Langberg, J. M. (2015). Educational impairments in children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (pp. 169–190). The Guilford Press.

El-Sheikh, M., & Kelly, R. J. (2017). Family Functioning and Children's Sleep. *Child development perspectives*, 11(4), 264–269. <https://doi.org/10.1111/cdep.12243>

- Esposito, M., Gimigliano, F., Barillari, M. R., Precenzano, F., Ruberto, M., Sepe, J., ... & Carotenuto, M. (2016). Pediatric selective mutism therapy: a randomized controlled trial. *Eur J Phys Rehabil Med*, 11.
- Esposito, M., Precenzano, F., Ruberto, M., & Carotenuto, M. (2015). Efficacy and safety of psychomotor approach in children affected by selective mutism: a multicenter study in Italian pediatric population. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*, 1(2), 107.
- Esquina, R., Figueiredo, I., Silva, P., Alves, M., & Pires, P. (2013). Reflexões sobre uma intervenção terapêutica de grupo para crianças com alterações do comportamento no contexto da Área de Dia. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. (35), páginas 53-70.
- Fernandes, J. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. In J. Fernandes & P. Gutierrez (Ed.) *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. (pp. 1-12). São Paulo: Manole Editores.
- Fernandes, J. M. G. A., Filho, P. J. B. G., & Rezende, A. L. G. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 26(3). 702-709
- Ferreira, T. (2002). Em Defesa da Criança. Teoria e Prática Psicanalítica da Infância. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Feusner, J. D., Dervisic, J., Kosidou, K., Dhejne, C., Bookheimer, S., & Savic, I. (2016). Female-to-male transsexual individuals demonstrate different own body identification. *Archives of Sexual Behavior*, 45(3), 525–536.
- Field, T., Lang, C., Martinez, A., Yando, R., Pickens, J., & Bendell, D. (1996). Preschool follow-up of infants of dysphoric mothers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(3), 272-279.
- Figueira, K., & Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e saúde mental infantil e juvenil—Caraterização de uma consulta de psicomotricidade integrada num serviço de pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (41), 41-57.
- Fonseca, J. (2007). O papel da relaxação no percurso psicoterapêutico. *A Psicomotricidade*, 9, 35-40.
- Fonseca, V. (1975). Contributo para o Estudo da Génese da Psicomotricidade. (4th ed). Editorial Notícias, Lisboa.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. (3rd ed). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. (1st ed). Artmed.



Fonseca, V. (2010). Psicometricidade: Uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42–52. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a04.pdf>

Fórum Europeu de Psicometricidade. (2023). *Psychomotricity*. <https://psychomot.org/psychomotricity/>

Garg, G., Elshimy, G., & Marwaha, R. (2018). Gender dysphoria.

Gaspar, T., Guedes, F. B., Cerqueira, A., & Matos, M. G. (2021). A Adolescência. In I. Leal & J. P. Ribeiro (Ed.) *Manual de Psicologia da Saúde* (pp. 195-200). Pactor.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.

Gruber, R., Wiebe, S., Montecalvo, L., Brunetti, B., Amsel, R., & Carrier, J. (2011). Impact of sleep restriction on neurobehavioral functioning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Sleep*, 34(3), 315–323. <https://doi.org/10.1093/sleep/34.3.315>

Guillaud, M. (2006). *Relaxar as Crianças no jardim de infância. Como descontrair com atividades simples e eficazes*. Porto: Porto Editora.

Guillaud, M. (2006). *Relaxar as Crianças no jardim de infância. Como descontrair com atividades simples e eficazes*. Porto: Porto Editora.

Guiomar, A. L., & Pires, P. (2013). Saúde Mental da Infância e Adolescência- Colaboração entre cuidados de Saúde Primários e Secundários. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*. (35), páginas 7-18.

Guiose, M. (2008). Rétrospective des méthodes de relaxations thérapeutiques. *Santé Mentale*, 129.

Jain, S., Shapiro, S., Swanick, S., Roesch, S., Mills, P., Bell, I. & Schwartz, G. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(1), 11- 21. [https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301\\_2](https://doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2)

Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescence*, 55, 73-86.

Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M., & Frisén, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 9, 31–41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>

Kernberg, P., & Chazan, S. (1992). *Crianças com transtornos de comportamento*. Porto Alegre: Artes Médicas

- Kishimoto, T. M. (1994). O jogo e a educação infantil. *Perspectiva*, 12(22), 105-128.
- Kochanska, G., Kuczynski, L., Radke-Yarrow, M., & Welsh, J. D. (1987). Resolutions of control episodes between well and affectively ill mothers and their young children. *Journal of abnormal child psychology*, 15(3), 441-456.
- Kolvin, I., Trowell, J., Le Couteur, A., Baharaki, S., & Morgan, J. (1997). The origins of selective mutism: Some strategies in attachment and bonding research. *Occasional Papers-Association for Child Psychology and Psychiatry*, 14, 17-26.
- Krohn, D. D., Weckstein, S. M., & Wright, H. L. (1992). A study of the effectiveness of a specific treatment for elective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 711–718. <https://doi.org/10.1097/00004583-199207000-00020>
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Raaska, H., & Somppi, V. (1998). Selective mutism among second-graders in elementary school. *European child & adolescent psychiatry*, 7(1), 24–29. <https://doi.org/10.1007/s007870050041>
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (1994). Parental mental disorder and early child development. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 3, 125-137.
- Leal, I. (2010). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Placebo Editora.
- Lescher, A., Boulon, S., & Grabot, D. (2014). *Approche psychomotrice de la problématique du sujet transsexuel*.
- Lima, G., Fernandes, J. & Araújo, L. (2015). Psicomotricidade e psicanálise: a linguagem faz corpo. In J. Fernandes & P. Gutierrez (Ed.) *Atualidades da prática psicomotora*. (pp. 105-121). Rio de Janeiro: Wak.
- Lupas, K. K., Mavrakis, A., Altszuler, A., Tower, D., Gnagy, E., MacPhee, F., Ramos, M., Merrill, B., Ward, L., Gordon, C., Schatz, N., Fabiano, G., & Pelham, W., Jr. (2021). The short-term impact of remote instruction on achievement in children with ADHD during the COVID-19 pandemic. *School Psychology*, 36(5), 313–324. <https://doi.org/10.1037/spq0000474>
- Malchiodi, C.A. (2007). *The art therapy sourcebook*. New York: The Mc Graw Hill Companies.
- Malpique, C., Cabral, F., Flores, F., & Soares, I. (1988). Psicoterapia de grupo no período da latência. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 6, 69-96.
- Veiga, G. & Marmeleira, J. (2018). Regulação Emocional: Contributos das técnicas de relaxação. In Candeias, A., Portelada, A., Vaz Velho, C., Galindo, E., Pires, E., Borrvalho, L.,

- Grácio, L., Costa, N., Reschke, K., & Witruk, E. (Eds). *Multiple approaches to the study and intervention in stress*. Proceedings of the International Seminar. Évora, Portugal
- Marques, C., Capêda, T., Barrias, P., Correia, P., & Goldschmidt, T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da saúde infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários*. (1º ed.). Coordenação Nacional para a Saúde Mental. <https://www.pgdlisboa.pt/docpgd/files/cnsm.pdf>
- Martin, C. A., Papadopoulos, N., Chellew, T., Rinehart, N. J., & Sciberras, E. (2019). Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Research in developmental disabilities*, 93, 103463. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103463>
- Martins, R. A. (2008). Criança hiperativa e a psicomotricidade como recurso pedagógico-terapêutico. *Revista Diversidades*, 6, 19-29.
- 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*, 1(1), 85-95. <https://doi.org/10.25752/psi.6089>
- Ministério da Saúde. (2023a). *História do HGO*. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Ministério da Saúde. (2023b). *Hospital Garcia de Orta*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-garcia-de-orta-epe/>
- Ministério da Saúde. (2023c). *Área Materna e Infantil*. <https://www.hgo.min-saude.pt/category/servicos/area-materna-e-infantil/>
- Mira, A. R., & Fernandes, J. (2015). *A comunicação não-verbal na intervenção psicomotora*.
- Moutinho, G. V. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. Fernandes & P. Filho, (Eds). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (45-57). São Paulo, BR: Editora Manole..
- Mpangane, E. M. (2015). *Draw a Person Test*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3831.9841>.
- Nascimento, D., & Antunes, N. L. (2018). De Perturbação de Oposição e Desafio para Comportamentos de Oposição e Desafio. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos* (pp. 401-429). Lua de Papel.
- NHS. (2023). Selective Mutism. <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/selective-mutism/>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.

- O'Malley K. (2003). Developmental Psychopathology and Family Process: Theory, Research and Clinical Implications. *The Canadian child and adolescent psychiatry review*, 12(4), 120.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal...na Psicomotricidade da criança. Um Ensaio para uma Estratégia de Intervenção Educo-Terapêutica...para que a Criança comece a adquirir a Noção da Sociabilidade, da Criatividade e da Aprendizagem em grupo. A Psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Onofre, P. S. (2004). *A Criança...e a sua Psicomotricidade...uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(5), 592-9.
- Polimeni, M., Richdale, A., & Francis, A. (2007). The impact of children's sleep problems on the family and behavioural processes related to their development and maintenance. *E-Journal of Applied Psychology*, 3(1), pp-76.
- Probst, M. (2017). Psychomotor therapy for patients with severe mental health disorders. *Occupational therapy- Occupation focused holistic practice in rehabilitation*, 26-47.
- Pulice-Farrow, L., Cusack, C. E., & Galupo, M. P. (2020). "Certain parts of my body don't belong to me": Trans individuals' descriptions of body-specific gender dysphoria. *Sexuality Research and Social Policy*, 17, 654-667.
- Reuther, E. T., Davis, T. E., Moree, B. N., & Matson, J. L. (2011). Treating selective mutism using modular CBT for child anxiety: a case study. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 40(1), 156-163. <https://doi.org/10.1080/15374416.2011.533415>
- Ribeiro, S., Basto-Pereira, M., & Maia, A. (2016). Impacto intergeracional da perturbação mental em jovens com história de vitimização. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(1), 74-81. doi: 10.15309/16psd170111
- Rodrigues, A. N., Martins, S., & Rodrigues, V. (2003). Psicomotricidade e Pedagogia Terapêutica. *A Psicomotricidade*, 1(1), 35-96.
- Roncallo, P. C. A, Miguel, S. M., & Freijo, H. A. (2015). Vínculo materno-fetal: implicaciones en el desarrollo psicológico y propuesta de intervención en atención temprana. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(2), 14-23. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2015.0706>

Sage, I. & Chéron, A. (2018). L'Observation. In J. M. Albaret, P. Scialom & F. Giromini (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité*. deBoeck.

Salavessa, M., & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(5), 584–91. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10676>

Schum, R. L. (2002). Selective mutism: An integrated approach. *The ASHA Leader*, 7(17), 4-6.

Scott, S. (2000). Conduct disorders in childhood and Adolescence. In Gelder M., López-Ibor J., Andreasen N. (Eds.) *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford University Press, Oxford, 1750-1762.

Seja, A. L., & Russ, S. W. (1999). Children's fantasy play and emotional understanding. *Journal of clinical child psychology*, 28(2), 269–277. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2802\\_13](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2802_13)

Sharp, W. G., Sherman, C., & Gross, A. M. (2007). Selective mutism and anxiety: A review of the current conceptualization of the disorder. *Journal of anxiety disorders*, 21(4), 568-579.

Silva, M. J. (2018). Perturbação de Ansiedade. In N. L. Antunes (Ed.), *Sentidos* (pp. 327-360). Lua de Papel.

Silveira, L., & Cunha, A. C. (2014). *O Jogo e a Infância entre o mundo pensado e o mundo vivido*. (1º Ed.). De Facto Editores.

Steensma, T. D., McGuire, J. K., Kreukels, B. P., Beekman, A. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>

Strang, J. F., Kenworthy, L., Dominska, A., Sokoloff, J., Kenealy, L. E., Berl, M., Walsh, K., Menvielle, E., Slesaransky-Poe, G., Kim, K. E., Luong-Tran, C., Meagher, H., & Wallace, G. L. (2014). Increased gender variance in autism spectrum disorders and attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1525–1533. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0285-3>

Strecht, P. (2001). *Interiores: uma ajuda aos pais na vida emocional dos filhos*. Lisboa: Assírio & Alvim.

Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder and Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Amongst Individuals

with Gender Dysphoria: A Systematic Review. *Journal of autism and developmental disorders*, 50(3), 695–706. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>

Turan, Ş., Poyraz, C. A., Sağlam, N. G. U., Demirel, Ö. F., Haliloğlu, Ö., Kadioğlu, P., & Duran, A. (2018). Alterations in body uneasiness, eating attitudes, and psychopathology before and after cross-sex hormonal treatment in patients with female-to-male gender dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 47, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1189-4>

UNICEF. (2022). *Mais saúde mental para todas as crianças*. [https://www.unicef.pt/mais-saude-mental-para-todas-as-criancas/?canalGooPag&utm\\_medium=cpc&utm\\_source=google&utm\\_campaign=sea-out22-saude%20mental&gclid=CjwKCAjw5P2aBhAIEiwAAAdY7dHFNBp1fRLHkP3-ESrZiPus9PM-yoHt0WUGroeltRg2LMIUwHsje8RoCpVcQAvD\\_BWE](https://www.unicef.pt/mais-saude-mental-para-todas-as-criancas/?canalGooPag&utm_medium=cpc&utm_source=google&utm_campaign=sea-out22-saude%20mental&gclid=CjwKCAjw5P2aBhAIEiwAAAdY7dHFNBp1fRLHkP3-ESrZiPus9PM-yoHt0WUGroeltRg2LMIUwHsje8RoCpVcQAvD_BWE)

Véron, C., Genevay, S., Bastard, M. K., Fleury, A., & Cedraschi, C. (2021). Psychomotor therapy as a treatment of chronic spinal pain: A qualitative study. *Complementary therapies in Medicine*, 56, Article 102590. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102590>

Van Coppenolle, H., Simons, J., Pierloot, R., Probst, M., & Knapen, J. (1989). The Louvain observation scales for objectives in psychomotor therapy. *Adapted physical activity quarterly*, 6(2), 145–153.

Vecchiato, M. (2022). *O jogo psicomotor: psicomotricidade psicodinâmica*. Rio de Janeiro: Wak Editora.

Veiga, G. (2012). A Psicomotricidade na Transformação do Agir- a brincar, a brincar... aprendemos a pensar! In J. Fernandes & P. Gutierrez (Ed.) *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. (pp. 45-58). São Paulo: Manole Editores.

Vidigal, M. J. (2005). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes- Aprender a pensar*. (1º ed). Trilhos Editora.

Wiggs, L. (2001). Sleep problems in children with developmental disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(4), 177-179.

Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães*. (2nd ed). São Paulo: Martins Fontes.

Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., Di Giacomo, A., Bain, J., & Zucker, K. J. (2013). Patterns of referral to a gender identity service for children and adolescents (1976-2011): age, sex ratio, and sexual orientation. *Journal of sex & marital therapy*, 39(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2012.675022>

World Health Organization. (2014). Mental Health: a State of well Being. [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)

World Health Organization. (2022). *Improving the mental and brain health of children and adolescents*. <https://www.who.int/activities/improving-the-mental-and-brain-health-of-children-and-adolescents>

## **Anexos**

### **Anexo A**

Acompanhamento dos Grupos Terapêuticos



▪ **Área de Dia**

Será apresentado um plano de sessão e o respetivo relatório do grupo 1.

**Relatório da Sessão nº 12**

<b>Plano de Sessão nº12</b>		
<b>Atividade</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>
Conversa inicial	<p>Ao chegarem à sala onde irá decorrer a sessão, as crianças descalçam os sapatos e vestem as meias antiderrapantes. De seguida, sentam-se nas almofadas, dispostas em círculo, e é escrito o nome de cada elemento presente no quadro, sendo que, quando alguém falta, o lugar dele fica vazio (mas determinado) e é assinalado verbalmente no grupo.</p> <p>É dada a oportunidade ao grupo falar sobre o seu fim-de-semana, o que fizeram, o que gostaram, etc.</p> <p>Por último, é escrito no quadro o planeamento da sessão em conjunto com as crianças.</p>	10 min.
Atividade Preparatória	<p>Uma das crianças deve-se manter junto a uma das paredes da sala e as restantes na parede do lado oposto. Posteriormente, a criança vira-se de costas para os colegas e conta “1,2,3, Macaquinho do Chinês”, simultaneamente os outros elementos do grupo devem avançar na sua direção, permanecendo em estátua quando a contagem acabar e a criança se virar.</p> <p>Caso alguma das crianças se mexa, volta ao início, isto é, à parede.</p>	10 min.
Parte Fundamental	<p>Serão delimitados dois espaços em lados opostos da sala com colchões, as ilhas, e o restante espaço será o mar. O grupo habitará uma das ilhas, onde haverá almofadas, bens-essenciais, que têm de transportar até à outra ilha. No mar estará um elemento do grupo, tubarão, que terá como objetivo impedir a passagem dos pares, se ele tocar em alguém, essa criança também se torna tubarão, juntando-se a ele.</p> <p>A atividade termina quando todas as almofadas e crianças estiverem na ilha oposta ou os utentes tiverem sido todos apanhados.</p>	15 min.
Retorno à calma/Relaxação	<p>Com as persianas fechadas, a luz apagada e uma música de fundo, cada criança terá um colchão, onde se deve deitar. De seguida, devem escutar as instruções das terapeutas, inspirando e expirando profundamente.</p>	5 min.
Simbolização	<p>As crianças espalham-se pela sala e é oferecida uma almofada a cada uma delas. De seguida, é entregue uma folha de papel e um lápis a cada, é-lhes pedido que pensem um pouco sobre a sessão e realizem um desenho da mesma. Podem desenhar o que quiserem, apenas o que mais gostaram, o que não gostaram ou tudo.</p>	10 min.
Conversa final	<p>Em círculo, o terapeuta pede que à vez, cada elemento do grupo verbalize o que foi realizado durante a sessão, como se sentiu no decorrer da mesma, a atividade que mais gostou e a que menos gostou, justificando. Podem também, mostrar os seus desenhos se assim o desejarem.</p>	10 min.

A décima segunda sessão de psicomotricidade do grupo 1 decorreu no dia 23 de janeiro. Inicialmente, as terapeutas dirigiram-se à entrada da unidade para irem buscar as crianças que já se encontravam presentes: MF, SO, ML e AV. Estes foram chamados para acompanharem as terapeutas até à sala polivalente onde decorre as sessões.

Enquanto o grupo subia as escadas, o ML metia-se de gatas, afirmando que se encontrava cansado.

Ao chegar à sala foi solicitado às crianças que descalçassem os seus sapatos e calçassem as meias antiderrapantes.

### **Conversa Inicial**

O grupo sentou-se nas almofadas dispostas no chão da sala, formando um círculo. Deu-se início à sessão questionando ao grupo como tinha sido a semana. O ML começou por contar que tinha ficado a jogar e, quando questionado pelas terapeutas, acrescentou que tinha ido à escola. De seguida, o SO contou uma situação que tinha vivenciado no Rugby. A criança foi questionada sobre a falta na semana anterior, contudo este disse que não se lembrava o porquê de ter faltado. O AV disse que tinha jogado durante a semana e que no fim-de-semana tinha tido a festa dos anos de casados dos seus avós. Por último, a MF partilhou que também tinha ido a uma festa. Durante a conversa inicial surgiu a temática dos aniversários, o ML contou que está quase a fazer anos, sendo o seu aniversário dia 23 de fevereiro.

De seguida, as terapeutas explicaram ao grupo as atividades planeadas para a sessão. O ML afirmou não gostar da ideia da atividade do “Macaquinho do chinês”, neste sentido as terapeutas sugeriram o jogo “A mamã dá licença?”, que foi aceite pelo grupo.

Quando questionados, todo o grupo queria ir ao quadro escrever, assim as terapeutas através dos lápis realizaram um sorteio aleatório. O ML foi escrever os nomes e o AV foi escrever o plano de sessão.

Perante a tarefa, o ML perguntou se deveria apenas escrever os nomes dos colegas que estavam presentes na sala, sendo a resposta afirmativa. Neste sentido, foi falado sobre os elementos do grupo que estavam a faltar, as crianças sinalizaram a falta das suas colegas BP e MR. Com isto, o ML afirmou que a MR estar presente ou não era igual, uma vez que ela não interage com o grupo. O AV disse que a MR tem medo deles, contudo a MF avisou que já ouviu a colega a dizer aos pais que não gosta de vir às sessões. As terapeutas falaram com o grupo sobre a MR, explicando que ela tem dificuldade em interagir com as pessoas e que estes tinham de respeitar as dificuldades de cada um.

Durante a conversa inicial, o ML possui a tendência para se deitar nas almofadas, acabando por divagar pela sala, sendo necessário as terapeutas chamarem-no à atenção.

### **Parte Preparatória**

A atividade preparatória foi a “A mamã dá licença?”. Desta forma, foi pedido às crianças para arrumarem as almofadas em prol da realização da atividade.

O grupo já conhecia a atividade, não sendo necessário as terapeutas explicarem a atividade, dado que a MF já a tinha explicado ao grupo. No início da atividade, as crianças foram para um lado da sala, colocando-se em linha, enquanto uma terapeuta era a “mamã”.

A atividade foi bem recebida pelo grupo, estes participaram de forma adequada e respeitaram as normas estabelecidas. Durante a mesma foi possível observar a dificuldade do SO a realizar os “passos à bebé”, sendo necessário explicar-lhe no que estes consistiam e como se realizavam. Além disso, o SO aparentava confuso perante alguns comandos, os seus pares e as terapeutas acabavam por exemplificar ou explicar. Já o ML, inicialmente, também apresentou dificuldade nos “passos à bebé”, ademais, durante a atividade tinha a tendência para se sentar ou deitar no chão, afirmando que o “*Papá está cansado*”. O AV participou ativamente na presente atividade, colaborando positivamente com o grupo e com as terapeutas, cumprindo com as indicações dadas pelos colegas. Quando foi a sua vez de ser o “Papá”, o AV procurava prolongar o jogo, de modo a dar as instruções durante mais tempo. Quando o AV era “bebé”, tinha a tendência para se atirar para o chão aquando de cumprir os passos que lhe eram atribuídos. Também foi possível observar a emergência de temas indevidos para o contexto, estes tópicos são abordados principalmente com o seu colega ML. Por último, a MF procura participar de forma adequada, cumprindo os passos dados pelos colegas.

Na presente atividade o grupo entrou num jogo do contra, no sentido em que quando eram questionados “*Papá/Mamã dá licença?*”, eles procuravam responder “*Não*”. Durante a atividade esteve presente o jogo simbólico, a partir do faz-de-conta, na medida em que o ML criou a situação enquanto ele era o “*Papá*” de que os seus filhos (as outras crianças) tinham comido o seu chocolate todo, daí não tinham autorização para dar os passos. A MF e o AV entraram no seu jogo, a MF respondeu que não tinha comido o chocolate e que tinha sido o seu irmão (o AV).

Uma vez que a atividade estava a ser bem recebida pela parte do grupo, esta acabou por se alongar, não sendo realizada a segunda atividade planeada, a “Ilha”.

### **Parte fundamental**

Não foi realizada.

### **Retorno à calma/ Relaxação**

As terapeutas anunciaram ao grupo que iria ser realizada a relaxação, as crianças questionaram se seriam usados os colchões. Desta forma, foi dado um colchão e uma almofada a cada elemento do grupo. As persianas foram fechadas criando um ambiente mais escuro na sala, permitindo que as crianças descansassem.

Foi pedido ao grupo para se manterem assim durante quatro minutos, em silêncio, repousando. As terapeutas cobriram os utentes com os seus casacos.

Durante o retorno à calma, o AV manteve-se com os olhos abertos, estando atento ao som do seu relógio. Por outro lado, o ML adormeceu, sendo necessário uma terapeuta despertá-lo.

### **Simbolização**

Foi entregue a cada criança uma folha e um lápis, de modo a estes desenharem ou escreverem algo sobre a sessão, como a sua atividade favorita, como se sentiram, etc.

Todos os elementos do grupo desenharam algo, a MF e o SO representaram a atividade realizada, o ML representou o retorno à calma e o AV desenhou sobre jogos que ele gosta.

### **Conversa Final**

Foi pedido ao grupo para partilhar as suas atividades favoritas, o que mais gostaram e o que menos gostaram.

O SO afirmou que gostou da atividade realizada e que tinha preferido ser o “*Papá*”. O AV disse que também tinha gostado e que preferia ser o “*Bebé*” porque achava piada quando caía ao chão. Já a MF disse que tinha gostado da sessão e que se tinha sentido feliz, não optando por nenhum papel, afirmando que gostava de ambos. O ML não quis falar, mantendo-se deitado e com a sua cara tapada pelas almofadas, acabou por apenas mostrar o seu desenho, que representava o retorno à calma, assim o grupo concluiu que essa tinha sido a parte favorita do colega.

O AV comentou que se tinha portado bem na sessão, tal como tinha combinado com a sua colega MF. Os dois aparentam dar-se bem, mantendo um contacto positivo entre ambos, conversando no final da sessão. O AV faz o movimento para ir mostrar a sua simbolização à colega e para lhe explicar o que desenhou.

Por último, foi pedido ao grupo que arrumassem as almofadas, os colchões e as meias, calçassem os sapatos e só saíssem ordeiramente da sala com a autorização das terapeutas.

Após a saída da sala, o grupo foi encaminhado para o lanche acompanhado pelas terapeutas.

De modo geral, a sessão decorreu de forma muito positiva, as crianças aderiram à atividade, cumprindo as instruções dadas pelas terapeutas.

- **Hospital de Dia**

Será apresentado um plano de sessão e o respetivo relatório do grupo 2.

<b>Plano de Sessão nº 7</b>		
<b>Atividades</b>	<b>Descrição</b>	<b>Duração</b>
Conversa Inicial	Ao chegar à sala onde irá decorrer a sessão, os jovens descalçam-se e sentam-se nas almofadas que estarão dispostas em círculo no centro da sala. É escrito o nome de cada jovem presente no quadro, sendo que, quando alguém falta, o lugar dele fica vazio (mas determinado) e assinala-se verbalmente a sua falta no grupo. No quadro escreve-se o planeamento da sessão em conjunto com os jovens.	10 min.
Parte Preparatória	Um dos elementos do grupo deve tapar os seus olhos com uma venda, aguardando junto à parede da sala. Simultaneamente, no lado oposto, os restantes jovens planeiam quem será o elemento que vai bater palmas. Numa fase seguinte, o jovem escolhido bate palmas e o elemento de olhos vendados deve tentar encontrar o par, adivinhando quem está a realizar o som. A atividade termina após todos os elementos participarem.	10 min.
Parte Fundamental	Os jovens deslocam-se pela sala ao som da música. Quando a música para estes devem seguir as instruções das terapeutas. Variável 1: ficar em estátua. Variável 2: formar grupos consoante o nº de elementos indicado (ex: 2, 3, 4, ...). Variável 3: organizar o grupo por ordem de alturas (do menor para o maior e vice-versa), alfabética, tamanho do cabelo, idade, etc.	15 min.
Retorno à Calma/ Relaxação	O grupo irá colocar-se em círculo, cada um terá de agarrar uma ponta do paraquedas. Inicialmente é pedido ao grupo para movimentarem o paraquedas consoante as noções de rápido e lento. De seguida, é realizada uma pequena dinâmica que envolva a troca dos elementos de lugar. Por último, devem de acompanhar a inspiração com o movimento de subida do paraquedas e a expiração com o de descida.	10 min.
Simbolização	Com os adolescentes sentados e espalhados pela sala, é-lhes entregue uma folha de papel e um lápis, sendo estes convidados a desenhar ou a escrever algo relacionado com a sessão, o que sentiram e vivenciaram ao longo da sessão.	10 min.
Conversa Final	É proposto ao grupo que se reúna em círculo, sobre as almofadas. Posteriormente, a terapeuta pede que à vez, cada elemento do grupo verbalize como se sentiu no decorrer da mesma, a atividade que mais gostou e a que menos gostou, justificando. Por fim, será solicitado que o grupo sugira atividades que gostariam de desenvolver na próxima semana.	5 min.

### **Relatório da Sessão nº 7**

No dia 29 de novembro pelas 15h30 deu-se início à sétima sessão de psicomotricidade com a chegada dos jovens à sala, onde eram esperados pelas terapeutas.

O primeiro elemento a chegar foi o CR, que logo se admirou por ser o único presente. Posteriormente, entraram na sala os restantes jovens que frequentam o grupo terapêutico anterior de Arte dos Jogos, estes informaram as terapeutas que tinha havido um conflito no outro atelier, daí o seu atraso. Por último, chegou a FC.

Foi pedido ao grupo consoante a sua chegada que se descalçassem e se sentassem nas almofadas dispostas na sala.

## **Conversa Inicial**

A conversa inicial começou com a introdução de um elemento novo: o PD. Neste sentido, as terapeutas apresentaram-se, assim como a FC e o CR, que não frequentam o atelier anterior, de onde o PD já tinha conhecido os restantes pares. Posteriormente, foram esclarecidas as regras das sessões de psicomotricidade, assim como o que era permitido fazer e no que consistia. Para este efeito foi pedida a ajuda aos jovens que frequentam o grupo, o CR contou ao colega algumas das atividades realizadas anteriormente no atelier.

Após a introdução do elemento novo ao grupo, foi questionado como tinha sido a semana aos jovens. De modo geral, todos responderam que tinham sido “normais” ou boas.

A FC voluntariou-se para ir escrever as presenças ao quadro e o plano de sessão. Durante a marcação das presenças, o BV disse o nome do DS à FC para esta escrever, situação que deixou o DS desconfortável e o levou a reclamar. O SS observou a presente troca, o que o levou a repetir o nome do DS para a colega escrever, provocando-o.

Foi delineado o plano de sessão entre as terapeutas e o grupo, que inicialmente propôs o jogo do mata ou do piolho, contudo as terapeutas explicaram que não poderiam realizar essas atividades em todas as sessões e que deviam de dar espaço a atividades novas. O grupo respeitou e ouviu as sugestões propostas pelas terapeutas.

Durante a conversa inicial o SS revelou-se mais participativo que o habitual, fazendo questão de participar no delineamento do plano de sessão, assim como na recolha das almofadas.

## **Preparação para a sessão**

O grupo encontrava-se entusiasmado com a presente atividade e voluntariaram-se logo para iniciar a mesma. Primeiramente, foi necessário as terapeutas repetirem as instruções, uma vez que o LL não tinha compreendido que só batia palmas o elemento designado pelas terapeutas.

Ao longo da presente atividade, o SS ia-se metendo com os seus pares, tocando-lhes nos braços e fazendo rasteiras. Neste seguimento, as terapeutas indicaram que os jovens tinham de se deslocar como velhinhos, com as mãos atrás das costas. Contudo, após a implementação desta medida, o SS começou a dar pontapés aos colegas. É de salientar que o LL também tocava nos pares, metendo-se com eles.

Assim, alguns dos elementos do grupo iam metendo-se com o elemento vendado, perturbando-o e complicando a sua tarefa. O BV ficou chateado quando alguém lhe bateu na cabeça, sendo necessário as terapeutas diluírem a situação. No entanto, após a retirada da

venda, o BV procurou ao grupo quem tinha sido a pessoa, estes afirmaram que tinha sido o CR, o que levou o BV a dar-lhe um encontrão.

O SS e o DS tiveram um desentendimento durante a atividade. O SS começou a acusar o colega de o empurrar de propósito. Este exaltou-se querendo bater no par. Foi necessária a intervenção das terapeutas. Foi proposto ao SS sair da sala com uma terapeuta para apanhar um pouco de ar e desabafar, porém, este afirmou que queria ir embora começando a pegar nas suas coisas. A terapeuta falou com ele, convencendo-o a ir com ela. Enquanto esteve fora da sala o SS desabafou com a terapeuta, chorando e explicando que se tinha sentido injustiçado porque uma terapeuta protegeu o DS e não o defendeu a ele.

Durante a retirada do SS da sala, as outras terapeutas falaram com o grupo, expondo a situação, de modo a explicar que não seriam permitidos comportamentos daquele foro no grupo, que ali se tinham de respeitar uns aos outros, não eram permitidos o uso de nomes, nem a violência. A FC apontou as culpas para o DS, sendo necessário as terapeutas falarem com esta.

Posteriormente retomou-se a atividade.

O CR quis esconder-se debaixo das almofadas para ser mais difícil de ser apanhado, visto que era ele a bater as palmas. O PD ajudou-o. Já quando era o BV a bater palmas, o jovem não permanecia no mesmo sítio, dificultando o jogo. Foi possível observar que a FC possui dificuldade na orientação espaço-temporal, não conseguindo ir de encontro ao som das palmas.

O Santiago regressou no final da atividade.

### **Parte fundamental**

Não foi realizada.

### **Retorno à calma/ Relaxação**

Foi pedido ao grupo para formarem um círculo, onde foi colocado o paraquedas no centro e pedido para os jovens agarrarem neste.

As terapeutas começaram por instruir a atividade, inicialmente foi pedido ao grupo para agitarem o paraquedas com força, libertando as suas energias. Posteriormente, mexerem o paraquedas devagar. O DS sugeriu que seria engraçado passarem por debaixo do paraquedas, atividade que foi posteriormente realizada. Assim, quando o paraquedas subia, era proposta a troca de lugares entre dois elementos do grupo. Numa última etapa, a inspiração e expiração acompanhou o movimento do paraquedas.

## Simbolização

Dado por terminado o retorno à calma, o grupo foi distribuído pela sala, recebendo um lápis e uma folha. Assim, estes teriam de escrever ou desenhar o que sentiram e vivenciaram.

O SS partilhou a sua simbolização com o BV, mostrando o que tinha escrito, referente ao DS.

Os restantes elementos representaram no papel as suas ideias, entregando os lápis a uma das terapeutas no final, aguardando pela sua vez da partilha.

## Conversa Final

Após terminarem a simbolização, o grupo voltou-se a reunir em círculo, onde lhes foi sugerido que partilhassem o desenho anteriormente realizado com os restantes elementos. Durante esta etapa o CR ainda se encontrava a realizar a simbolização.

O grupo partilhou as atividades favoritas e o que acharam da sessão, inclusive se tinham gostado mais de ser a pessoa vendada ou a pessoa que batia palmas. O PD partilhou que tinha adorado a sessão e as atividades realizadas. O DS partilhou que o dia tinha sido complicado devido a alguns acontecimentos, contudo não referiu o SS. Por outro lado, quando chegou a vez do SS, este referiu o colega e afirmou não ter gostado da atitude de uma terapeuta que, aos olhos dele, tomou partido do DS. Neste seguimento, as terapeutas voltaram a falar com o grupo, apelando ao bem-estar entre eles.

Posteriormente, as terapeutas disseram ao grupo que se podiam calçar e levar o lanche disponível na sala, despedindo-se deles. O DS ficou para trás, querendo falar com uma das terapeutas.

De modo geral, a sessão correu bem, o grupo aderiu positivamente às atividades propostas e, inclusivo, sugeriram algumas. Contudo, o conflito entre o SS e o DS, foi um momento sensível no grupo.

## Anexo B

### Acompanhamento dos Casos Individuais

#### ▪ Alice

Será apresentado um plano de sessão e o respetivo relatório do acompanhamento realizado com a Alice.

Plano de Sessão nº6		
Atividade	Descrição	Duração
Conversa Inicial	Ao chegar à sala, é pedido à criança que se descalce e se sente na almofada disposta. Será realizado um pequeno diálogo, onde será questionado à criança como está e como foi a sua semana. Posteriormente é realizado o planeamento da sessão.	5 min.
Parte Preparatória	Será dada oportunidade à criança de escolher uma atividade.	15 min.



Parte Fundamental	Ao som da música, a criança deve-se deslocar pela sala. Quando a música para, deve ficar em estátua. Variante: permanecer em estátua representando diferentes ações e emoções.	10 min.
Retorno à Calma/ Relaxação	Será mostrado um poster com imagens de posições de yoga, cada imagem corresponde a um número de 1 a 6. A criança terá de lançar um dado, o número que calhar irá corresponder à uma posição que terá de realizar.	5 min.
Simbolização	É pedido à criança que pense um pouco sobre a sessão e realize um desenho da mesma. Pode desenhar o que quiser, apenas o que mais gostou, o que não gostou, como se sentiu, etc.	5 min.
Conversa Final	Com o auxílio da simbolização realizada, a terapeuta irá questionar à criança como foi a sessão, como este se sentiu no decorrer da mesma.	5 min.

### Relatório da Sessão nº 6

No dia 6 de março decorreu a sexta sessão da Alice, esta aparentava estar bem-disposta quando chegou à unidade e acompanhou a terapeuta até à sala de psicomotricidade, onde habitualmente decorre a sessão.

Quando entra na sala, a Alice começa por se descalçar e de seguida coloca a tartaruga no lugar habitual. A criança demonstra estar bastante entusiasmada, procurando ser rápida a instalar-se na sala de psicomotricidade. Esta trazia consigo um saco com um jogo, a jenga.

A terapeuta indicou à Alice que esta se sentasse nas almofadas disponíveis na sala. Deu-se início a um pequeno diálogo, a terapeuta perguntou à criança como esta estava e se a sua semana tinha sido boa, a Alice sorriu acenando que sim. De seguida, a terapeuta questionou se queria realizar a atividade que trouxe consigo, a Alice acenou que sim, neste sentido, foi combinado jogar à jenga e ao jogo da estátua, proposto pela terapeuta.

Deu-se início ao jogo da jenga, a Alice começou por construir a torre do jogo, procurando a ajuda da terapeuta. Posteriormente, iniciou a atividade, retirando as peças, colando-as ao lado, de modo a construir outra torre. Ao longo do jogo, procurava ajudar a terapeuta quando esta não conseguia retirar uma peça. Na primeira ronda da atividade, a Alice perdeu, esta aceitou de forma positiva a derrota e procurou repetir o jogo.

A terapeuta explicou as regras, afirmando que teriam de colocar os blocos de madeira novamente em cima da torre quando os retiram. A Alice assentiu que sim e deu-se início à segunda ronda.

Após o final da segunda ronda, a Alice começou por construir torres com os blocos de madeira da atividade. Posteriormente, destruía-os, rindo-se.

A terapeuta passou para a atividade seguinte: o jogo da estátua. A criança aparentava entusiasmada com a atividade, uma vez que gosta de dançar.

Durante a presente atividade, a Alice adere de forma positiva, cumprindo com as instruções dadas. Era visível o seu esforço quando tinha de ficar em estátua, sendo estas variadas, representando animais ou ações que a terapeuta ia numerando.

No final da sessão, a Alice foi buscar a bola de futebol, propondo um rápido jogo. A terapeuta aceitou e foi realizado um pequeno jogo. Neste, a criança procura acertar na baliza da terapeuta, dando pequenos risos entusiasmada. Quando se encontrava cansada, para com a atividade, sentando-se nos materiais de esponja.

Neste seguimento não houve tempo para realizar a atividade de retorno à calma, a Alice ajudou a terapeuta a arrumar os materiais utilizados ao longo da sessão.

Posteriormente foi entregue uma folha e um lápis, sendo pedido para representar a sua atividade favorita. Esta desenhou o jogo da estátua, desenhando-se a si própria, a terapeuta e a tartaruga de peluche que à na sala.

No final da sessão, foi realizado um pequeno diálogo, onde lhe foi questionado se tinha gostado da sessão e se tinha se sentido bem, questões que a Alice respondeu assentindo com a cabeça. Posto isto, a Alice e a terapeuta calçaram-se, dando final à sessão.

A terapeuta levou-a até à sala de espera, onde a mãe a esperava.

▪ **Maria**

Será apresentado um plano de sessão e o respetivo relatório do acompanhamento realizado com a Maria, ela pertencia ao grupo III da Área de Dia.

Plano de Sessão nº9		
Atividades	Descrição	Duração
Conversa Inicial	Ao chegarem à sala onde irá decorrer a sessão, as crianças descalçam os sapatos e vestem as meias antiderrapantes. De seguida, sentam-se nas almofadas, dispostas em círculo, e é escrito o nome de cada elemento presente no quadro, sendo que, quando alguém falta, o lugar dele fica vazio (mas determinado) e é assinalado verbalmente no grupo. É dada a oportunidade ao grupo falar sobre o seu fim-de-semana, o que fizeram, o que gostaram, etc. Por último, é escrito no quadro o planeamento da sessão em conjunto com as crianças.	10 min.
Parte Preparatória + Parte Fundamental	O grupo terá de se deslocar pela sala ao som da música. Quando a música para, as terapeutas dizem uma figura relacionada com o Natal (p.e. árvore de natal, sino, estrela, etc.). Variável 1: Formar a figura com recurso a diversos materiais como tecidos, cordas, entre outros. Variável 2: Formar a figura com o corpo (individualmente ou em grupo).	15 min.
Retorno à Calma/ Relaxação	Será proposto ao grupo a construção de uma árvore de Natal numa cartolina. As crianças terão disponíveis vários materiais para a tarefa (lápis, marcadores, tintas, ...).	15 min.
Simbolização	As crianças espalham-se pela sala e é oferecida uma almofada a cada uma delas. De seguida, é entregue uma folha de papel e um lápis a cada, é-lhes pedido que pensem um pouco sobre a sessão e realizem um desenho da mesma. Podem desenhar o que quiserem, apenas o que mais gostaram, o que não gostaram ou tudo.	10 min.
Conversa Final	Em círculo, o terapeuta pede que à vez, cada elemento do grupo verbalize o que foi realizado durante a sessão, como se sentiu no decorrer da mesma, a	10 min.

	atividade que mais gostou e a que menos gostou, justificando. Podem também, mostrar os seus desenhos se assim o desejarem.	
--	--	--

### **Relatório da Sessão nº 9**

No dia 12 de dezembro decorreu a nona sessão de psicomotricidade do grupo 3. As terapeutas dirigiram-se à entrada da unidade de modo a encaminhar as crianças para a sala polivalente, onde usualmente decorrem as sessões.

Ao chegar à sala, as crianças descalçam os seus sapatos e vestem as meias antiderrapantes.

#### **Conversa Inicial**

Foi pedido ao grupo que se sentasse nas almofadas dispostas no chão da sala, formando um círculo. Numa fase inicial só se encontrava presente o LM, a LC e a CF. Contudo, os restantes elementos foram chegando durante a conversa inicial, integrando o grupo ao sentarem-se nas almofadas dispostas.

Quando questionados como tinha sido a semana, o grupo partilhou alguns detalhes. A Maria contou que tinha tido um amigo a dormir em sua casa e que tinha sido divertido. O IA disse que tinha feito anos e por isso trouxe um bolo para a Área de Dia. Neste sentido, o grupo cantou-lhe os parabéns, deixando-o contente.

Posteriormente, questionou-se ao grupo quem queria ir ao quadro escrever os nomes. Todos queriam, neste sentido foi necessário tirar à sorte. Não calhou a vez ao LM, o que o deixou chateado e aborrecido, indo para o outro lado da sala, envolvendo-se em brincadeiras paralelas com as almofadas. Calhou à LC escrever os nomes, assim esta dirigiu-se ao quadro para o fazer. Foi realizado o planeamento da sessão, as terapeutas expuseram as suas ideias ao grupo, que as aceitou entusiasmados por se tratar da última sessão antes das férias de Natal. O IA foi escrevê-lo ao quadro.

Durante a conversa inicial foi necessário as terapeutas chamarem o grupo à atenção, dado que estes se envolviam em conversas paralelas. Além disso, uma das terapeutas teve de falar com o LM, de modo a acalmá-lo, uma vez que este queria envolver-se em comportamentos violentos com os colegas, inclusive queria bater na Maria, acabando o IA por defender a colega.

#### **Parte Preparatória + Parte Fundamental**

A atividade envolvia a construção de figuras relacionadas ao Natal com diferentes materiais. Numa fase inicial, o grupo tinha de deambular pela sala ao som da música, porém estes encontravam-se bastante agitados sendo difícil ouvir a música de fundo. O LM e alguns dos elementos envolveram-se numa brincadeira de apanhada.

A terapeuta parou a música e indicou ao grupo que era para construir uma árvore de Natal. Inicialmente, o grupo possuiu alguma dificuldade em visualizar a árvore, assim a Maria desenhou no quadro uma árvore ajudando os colegas. Posteriormente, o grupo construiu a árvore com recurso aos tecidos.

O LM deu a ideia de colocarem neve, ajudando na construção, colaborando com os pares. Além disso, este fez o tronco da árvore. Porém, posteriormente acabou por se envolver numa brincadeira paralela com os tecidos em conjunto com o IA. Já a Maria, a CF, o TP e a LC encontravam-se bastante investidos na atividade, conversando entre si de modo a planearem os tecidos que deveriam usar e como os usar.

Após o grupo construir a árvore de Natal, a terapeuta sugeriu a construção de um sino de Natal. Em conjunto o grupo construiu o sino, recorrendo aos tecidos amarelos (o IA e o LM não participaram).

Posteriormente o grupo realizou a simbolização, dado que já não havia muito tempo. Durante esta fase o LM teve de ser retirado da sala, uma vez que se encontrava bastante agitado demonstrando comportamentos desadequados.

### **Simbolização**

Foi distribuído a cada elemento do grupo uma folha e um lápis em prol de representarem, através do desenho ou escrita, o que mais gostaram da sessão. Assim, todos os elementos acabaram por desenhar uma árvore de Natal, estando esta associada à atividade realizada.

Uma vez que ainda faltavam 10 minutos para o final da sessão, as terapeutas sugeriram ao grupo a construção rápida da árvore de Natal na cartolina, proposta que foi aceite.

O grupo reuniu à volta de uma cartolina A3, possuindo material à sua disposição para desenharem. A Maria começou por desenhar a árvore, o TP as estrelas, a CF uma rena. Posteriormente o IA juntou-se ajudando a Maria a colorir. De seguida, a LC juntou-se colaborando com os pares no desenho.

Durante a construção da árvore, o LM regressou à sala, participando no desenho. Este fez neve. Porém durante a realização da mesma, ficou frustrado com os colegas excluindo-se da atividade.

Todo o grupo possui a oportunidade de dar um pouco de si para a construção do desenho de Natal. De seguida, foi pedido ao grupo para arrumarem os materiais, uma vez que a sessão se encontrava no final.

### **Conversa Final**

Na presente sessão a conversa final não foi estruturada, sendo bastante curta e breve, uma vez que não restava muito tempo da sessão. Foi pedido às crianças que se calçassem, preparando-se para sair ordeiramente da sala.

O grupo foi encaminhado para o lanche pelas terapeutas. O lanche foi em conjunto com os elementos do outro grupo terapêutico.

De modo geral, a presente sessão foi marcada pela agitação, em especial o LM. As atividades planeadas foram realizadas, contudo com algumas limitações devido à agitação do grupo.