



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Intervenção Psicomotora em Centro de Acolhimento
Temporário com crianças dos 0-12 anos.**

Inês Gaspar Condeça Feliciano
Orientador da Universidade: Prof^a Doutora Ana Rita Matias
Orientador Local: Dr. Manuel Carona

Departamento de Desporto e Saúde
Mestrado em Psicomotricidade
Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**Intervenção Psicomotora em Centro de Acolhimento
Temporário com crianças dos 0-12 anos.**

Inês Gaspar Condeça Feliciano

Orientador da Universidade: Prof^a Doutora Ana Rita Matias

Orientador Local: Dr. Manuel Carona

Departamento de Desporto e Saúde
Mestrado em Psicomotricidade
Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Ser criança é ter vida
É ter esperança
Ter respeito e opinião
Para poder amar com o coração
Para poder viver a vida com gratidão”

Matilde Extreia de Melo

Agradecimentos

Quero dedicar este relatório a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para a sua realização. Se aqui cheguei e o concluí devo-o a todos os que me marcaram e acreditaram em mim, um muito obrigado!

À Prof.^a Doutora Ana Rita Matias, orientadora académica, pelo apoio e disponibilidade demonstrados e pela voz da experiência e todos os conhecimentos que me transmitiu ao longo do período de estágio.

Ao Dr. Manuel Carona, orientador local, pelo apoio, disponibilidade, confiança e autonomia fornecida na tomada de decisões para com os casos a acompanhar.

A toda a equipa da Associação de Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”, pela excelente forma de integração, pelo apoio, compreensão e preocupação e pelos conhecimentos e conselhos fornecidos ao longo deste estágio curricular.

Às crianças acompanhadas na Associação, pelo carinho e amor que me transmitiram, por serem a minha maior motivação, por me permitirem evoluir profissionalmente e por toda a alegria e saudade que deixaram em mim.

À minha família, por todo o apoio e dedicação, por todo o carinho, respeito e confiança. Obrigada por nunca duvidarem de mim!

A todos os meus amigos, por toda a amizade e companheirismo, pela paciência, apoio e dedicação e por me fazerem acreditar que seria capaz de ultrapassar todos os obstáculos.

Resumo

No âmbito do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, surgiu a possibilidade de realizar um estágio curricular na Associação de Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos” e de elaborar o presente relatório sobre as atividades desenvolvidas durante o mesmo. O estágio incidiu na área da Psicomotricidade e possibilitou a Intervenção Psicomotora com crianças do Centro de Acolhimento Temporário I. As atividades de estágio foram desenvolvidas com 7 crianças com idades compreendidas entre os 11 meses e 10 anos, sendo que foram escolhidos dois casos para uma análise mais detalhada - com 2 e 7 anos de idade. As intervenções foram realizadas em contexto de sala terapêutica e maioritariamente com uma periodicidade bissemanal. Além disso, foi elaborado um Guia de intervenção “Fortalecer Laços” com atividades pedagógicas para auxiliares, pais e filhos sobre as seguintes temáticas: brincar, educação ambiental, segurança infantil e promoção de bons tratos.

Palavras-chave

Crianças; Maus-tratos; Abuso sexual; Desenvolvimento; Intervenção Psicomotora.

Psychomotor intervention in the Association of Friends of Children and Family “Chão dos Meninos” with children from 0-12 years.

Abstract

Within the scope of the master's degree in Psychomotricity of Universidade de Évora (University of Évora), the possibility of carrying out a curricular internship at the Association "Chão dos Meninos" and of preparing the present report on the activities developed during the the internship, came to fruition. The internship focused on Psychomotricity and allowed for a Psychomotor Intervention with children of the Temporary Shelter Center I. The internship activities were carried out with 7 children between the ages of 11 months and 10 years, and two cases studies were chosen for a more comprehensive analysis – 2 and 7 years of age. The interventions were performed in a therapeutic room setting and mostly with bi-weekly periodicity. Furthermore, a "Strengthening Ties" Intervention Guide was developed, which included pedagogical activities for assistants, parents and children on the following themes: play, environmental education, child safety and promotion of good treatment.

Key-words

Children; Mistreatment; Sexual abuse; Development; Psychomotor Intervention

Índice

Índice de Figuras.....	XI
Índice de Tabelas	XII
Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos.....	XIII
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento teórico da prática profissional	3
1 Caracterização da instituição e da população	3
1.1 Histórico da instituição.....	3
1.2 Objetivos da instituição.....	4
1.3 Organograma.....	5
1.4 Recursos humanos e materiais	5
1.5 Caracterização das problemáticas e necessidades da população.....	6
1.6 Caracterização da resposta institucional	8
1.6.1 Valências	8
1.6.1.1 CAT-I	8
1.6.1.2 CAT-II.....	8
1.6.1.3 CAFAP	8
1.6.1.4 Apartamento de automatização	9
2 Desenvolvimento psicomotor e socio emocional da criança.....	9
2.1 Da concepção ao nascimento	9
2.2 Do nascimento ao primeiro ano de vida.....	11
2.3 Segundo ano de vida	13
2.4 Terceiro e quarto ano de vida.....	14
2.5 Quinto, sexto e sétimo ano de vida	16
3 Vinculação e relações afetivas.....	18
4 Maus tratos infantis	22
4.1 Consequências dos maus-tratos infantis.....	25
5 Institucionalização de crianças vítimas de maus tratos infantis	27
6 Psicomotricidade	29

7	Jogo espontâneo.....	30
8	Coterapia e parceria pedagógica.....	32
III.	Organização das Atividades de Estágio	33
1	Descrição das Atividades.....	33
1.1	Horário Semanal.....	33
1.2	Calendarização das Atividades de Estágio.....	34
1.3	Atividades Complementares	34
2	Intervenção Psicomotora	35
2.1	Etapas de Intervenção.....	38
2.2	Instrumentos de Avaliação.....	39
2.2.1	Avaliação Informal	39
2.2.1.1	Grelha de Observação Psicomotora	39
2.2.2	Avaliação Informal	39
2.2.2.1	DAP	39
2.2.2.2	MABC-2.....	40
2.2.2.3	VMI	41
2.2.2.4	Currículo Carolina.....	41
2.2.2.5	SGS-II.....	42
3	Intervenção psicomotora dos casos individuais e de grupo.....	42
IV.	Estudo de Caso I.....	43
1	Identificação	43
2	Resultados da avaliação inicial.....	45
2.1	Avaliação informal.....	45
2.1.1	Grelha de Observação Psicomotora	45
2.2	Avaliação formal	46
2.2.1	DAP	46
2.2.2	MABC-2	47
2.2.3	VMI.....	49
3	Elementos critério.....	50
4	Hipóteses explicativas	51

5	Perfil intra-individual	52
6	Objetivos Terapêuticos	53
7	Projeto pedagógico-terapêutico	54
7.1	Fundamentação da intervenção	54
7.2	Estratégias específicas	57
7.3	Periodicidade	57
8	Progressão Terapêutica	57
8.1	Avaliação Inicial vs. Avaliação Final	57
8.1.1	DAP	58
8.1.2	MABC-2	59
8.1.3	VMI	61
8.2.	Análise e discussão dos resultados	62
V.	Estudo de Caso II	64
	Resumo	64
	Abstract	65
1	Introdução	65
2	Metodologia	67
a.	Caraterização do Participante	67
b.	Instrumentos de avaliação	69
i.	Currículo Carolina	69
ii.	Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição (SGS-II)	69
c.	Procedimentos	69
3	Resultados	72
a.	Avaliação Inicial	72
i.	Currículo Carolina	72
ii.	SGS-II	72
b.	Avaliação Inicial vs. Avaliação Final	73
4	Discussão dos resultados	75
5	Conclusões	76

6	Referências Bibliográficas.....	77
VI.	Conclusão	79
VII.	Referências Bibliográficas	81
Anexo I –	Breve descrição dos casos individuais.....	XIV
Anexo II –	Breve descrição do grupo terapêutico	XVII
Anexo III –	Exemplo de relatório de sessão (EC I).....	XIX
Anexo IV –	Exemplo de relatório de sessão (EC II)	XXI
Anexo V –	Exemplo de relatório de sessão (Grupo Terapêutico)	XXII
Anexo VI –	Desenhos da criança DAP: avaliação inicial (EC I)	XXIII
Anexo VII –	Desenhos da criança DAP: avaliação final (EC I).....	XXVI

Índice de Figuras

Figura 1. Organograma Hierárquico da Associação “Chão dos Meninos”.....	5
Figura 2. Problemáticas presentes nas crianças do CAT-I em 2017.....	7
Figura 3. Problemáticas presentes nas adolescentes do CAT-II em 2017.....	7
Figura 4. Problemáticas presentes nas crianças e adolescentes do CAFAP, em 2017.....	7
Figura 5. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial do MABC-2.....	49
Figura 6. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial do VMI.....	50
Figura 7. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial e final do MABC-2.....	59
Figura 8. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial e final do VMI.....	61
Figura 9. Resumo da pontuação (meses) da avaliação inicial da SGS-II.....	73
Figura 10. Resumo da pontuação (meses) da avaliação inicial e final da SGS-II.....	74

Índice de Tabelas

Tabela 1: Acompanhamentos realizados pela Associação “Chão dos Meninos” em 2017.....	6
Tabela 2: Horário semanal.....	34
Tabela 3: Cronograma das tarefas realizadas ao longo do estágio.....	34
Tabela 4: Número de sessões individuais dos casos intervencionados.....	43
Tabela 5: Resumo da pontuação da avaliação inicial do DAP.....	47
Tabela 6: Perfil intra-individual.....	52
Tabela 7: Objetivos Terapêuticos.....	53
Tabela 8: Resumo da pontuação da avaliação inicial e final do DAP.....	58

Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos

Associação “Chão dos Meninos” – Associação de Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”

HESE – Hospital Espírito Santo de Évora

GICRE – Grupo Interinstitucional de Crianças em Risco de Évora

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

CAT – Centro de Acolhimento Temporário

CAT-I – Centro de Acolhimento Temporário 1

CAT-II – Centro de Acolhimento Temporário 2

CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

UE – Universidade de Évora

NEOPRAXIS – Núcleo de Estudos e Observação de Psicomotricidade

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

IP – Intervenção Precoce

EMAT – Equipas Multidisciplinares de Apoio Técnico aos Tribunais

DAP – Desenho de uma pessoa

MABC-2 – Bateria de avaliação do movimento para crianças – 2ª edição

VMI – Teste de Desenvolvimento de Integração Visuo-Motora

SGS-II – Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição

CM – Coordenação Motora

PV – Perceção Visual

IVM – Integração Visuo-Motora

EC – Estudo de Caso

I. Introdução

No âmbito do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora (UE), surge a elaboração do presente relatório intitulado de “Intervenção Psicomotora em Centro de Acolhimento Temporário com crianças dos 0-12 anos”. Este teve como base as atividades realizadas durante o estágio curricular no Centro de Acolhimento Temporário (CAT-I) da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos” (Associação “Chão dos Meninos”), em Évora, com crianças vítimas de maus-tratos entre os 0-12 anos. A orientação deste estágio curricular teve como responsáveis a Professora Dr.^a Ana Rita Matias da UE e o Dr. Manuel Carona, psicólogo clínico da Associação “Chão dos Meninos”.

Hoje em dia os maus-tratos infantis ocorrem na nossa sociedade a nível mundial, principalmente nos locais onde pensamos estar mais seguros e protegidos, como em casa, na escola e em instituições (Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013). Estes podem ser maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual (Karli, 2002) e negligência, quer por falha na resposta, quer por falha na supervisão prestada às crianças e jovens (Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon & Arias, 2008; Butchart, Phinney, Mian & Furniss, 2006).

Todavia, os maus-tratos infantis podem ter consequências graves na saúde e bem-estar das crianças e jovens em risco e/ou perigo, afetando a saúde mental quer a curto, quer a longo prazo. Além disso, podem comprometer negativamente o desenvolvimento infantil a nível comportamental, emocional, social e cognitivo, originando dificuldades na aprendizagem escolar, na comunicação e nas competências socio emocionais, provocando determinadas psicopatologias na vida adulta (Gomez & Bazon, 2014). Deste modo criaram-se normas internacionais e, sequencialmente, nacionais alusivas à proteção dos direitos das crianças que abrangem a medida de acolhimento temporário (Lopes, Mendes, Magalhães, Fernandes & Martins, 2017).

A estrutura do presente relatório encontra-se dividida em três partes fundamentais: a primeira parte - Enquadramento da Prática Profissional - apresenta uma revisão teórica dos conteúdos abordados na prática profissional referentes à população atendida e às metodologias adotadas e, ainda, uma caracterização da instituição; a segunda parte – Organização das Atividades de Estágio – apresenta uma descrição sistemática e circunstanciada, pormenorizada e detalhada das atividades realizadas ao longo do estágio;

e, por fim, a terceira parte – Estudo de Caso I – apresenta um dos dois estudos de casos com quem se interveio ao longo deste período, envolvendo a sua identificação, resultados da avaliação inicial, perfil psicomotor, hipóteses explicativas, projeto pedagógico-terapêutico e a progressão terapêutica e – Estudo de Caso II – em formato de artigo, apresenta outro estudo de caso com quem se interveio, composto por resumo em português e em inglês, introdução, metodologia (a caracterização do participante, os instrumentos de avaliação e os procedimentos), resultados (avaliação inicial e comparação da avaliação inicial e final), discussão dos resultados e, por fim, conclusão.

II. Enquadramento teórico da prática profissional

1 Caracterização da instituição e da população

1.1 Histórico da instituição

A Associação “Chão dos Meninos” foi fundada em 1993 por um conjunto de pessoas que criaram um Grupo Interinstitucional denominado de “Crianças em Risco de Évora”. Este era constituído por vários técnicos do hospital, de administração regional de saúde, de educação, de forças de segurança e de justiça, por alunos da Escola de Enfermagem de Évora e por vários cidadãos da sociedade e tinha como finalidade a reflexão sobre as questões direcionadas às problemáticas das crianças em risco e a resolução destas de forma organizada e em parceria com os vários recursos locais existentes.

Em 1991, o Grupo Interinstitucional de Crianças em Risco de Évora (GICRE) promoveu o encontro entre os vários centros de acolhimentos existentes em Portugal e, posteriormente, em 1992, realizou as primeiras Jornadas sobre a Criança Maltratada – Respostas da Comunidade. Do GICRE nasceu então a Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos” e a Comissão de Crianças e Jovens de Évora.

Ao princípio, o Hospital Espírito Santo de Évora (HESE) cedeu à Associação um espaço nas instalações provisórias do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental para que esta começasse a funcionar. Deste modo, em 1995, uma pequena equipa iniciou um apoio socio terapêutico às crianças e jovens em situação de risco e suas famílias.

Em 1999, a associação tornou-se numa Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) e inaugurou a sua sede, criando um Gabinete de Apoio Familiar para intervir, em regime ambulatorio, para crianças, jovens e as suas famílias e um Centro de Acolhimento para Crianças dos 0 aos 12 anos. Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos acerca do modelo de intervenção desenvolvido na área de maus tratos infantis, os técnicos desta Associação realizaram um estágio em organizações públicas e particulares no Quebec. Contudo, a Associação tem mantido a determinação em investir no estudo e reflexão acerca da temática dos maus tratos infantis e, por isso, tem potenciado o encontro de profissionais e a realização de formações para vários profissionais em todo o país.

Apesar de todos os esforços realizados por esta equipa, apenas em 2014 conseguiram celebrar a abertura de um centro de acolhimento para crianças e jovens dos 0 aos 18 anos e, posteriormente, a abertura de um apartamento de automatização para jovens do sexo feminino dos 16 aos 21 anos.

Atualmente, a Associação Chão dos Meninos apresenta dois Centros de Acolhimento Temporário (CAT-I e CAT-II), um Apartamento de Automatização e um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP).

Em 2015, a associação foi certificada como entidade formadora e a sua equipa tem vindo a realizar várias formações dirigidas a profissionais do setor público e privado, principalmente a Comissões de Proteção de Crianças e Jovens, Administrações Regionais de Saúde, escolas e diferentes entidades, nas áreas dos maus tratos, abuso sexual infantil, violência conjugal, mediação de conflitos e competências parentais.

Após o investimento no estudo e reflexão contínua das práticas a equipa decidiu publicar o Guia “Quebrar o Silêncio. A intervenção socio judiciária no Abuso Sexual Infantil Intrafamiliar”, uma edição apoiada pela Administração Regional de Saúde do Algarve. Para além disto, os profissionais têm vindo a desenvolver várias metodologias de intervenção adequadas às necessidades das crianças, jovens e suas famílias e a transmitir e a sensibilizar a comunidade para os direitos das crianças e a importância do apoio às suas famílias.

1.2 Objetivos da instituição

A Associação “Chão dos Meninos” tem como objetivos gerais: a sensibilização dos serviços para a detenção e intervenção em casos de risco, que poderão ser acompanhados pela a equipa da associação ou pelos seus parceiros, seguindo uma perspetiva pluridisciplinar; a promoção da elaboração de respostas “normalizastes” integradoras e variadas tendo como modelo as crianças e o seu projeto de vida; o planeamento de um apoio social e/ou terapêutico para as famílias em situação de crise; a elaboração de programas de prevenção; a participação e organização dos profissionais que atuam nas áreas da infância e da família, através de ações de formação e reflexão; e a promoção do voluntariado como referência de uma nova cidadania.

1.3 Organograma

Seguidamente será apresentado o organograma da Associação “Chão dos Meninos”, que representa a estrutura formal da instituição e está disposto em função dos cargos atuais.

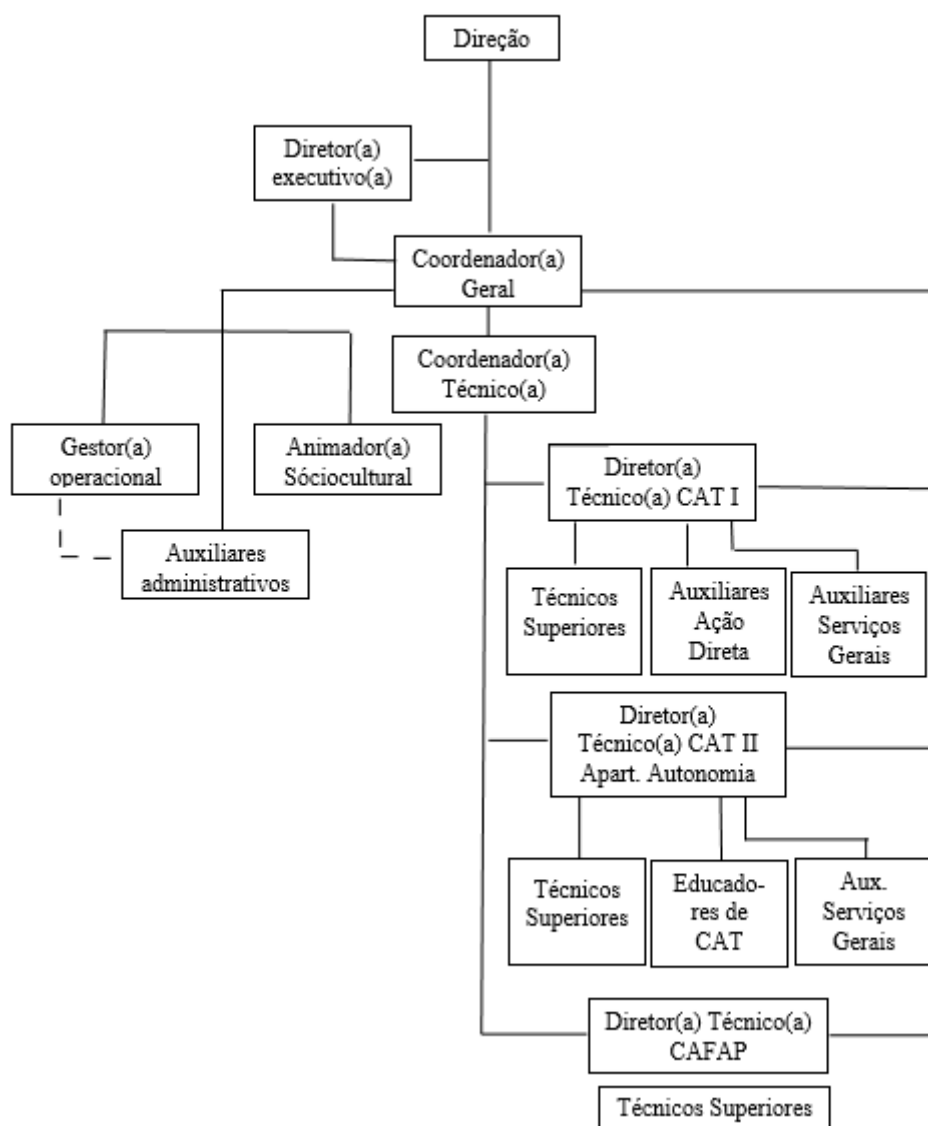


Figura 1. Organograma Hierárquico da Associação “Chão dos Meninos”

1.4 Recursos humanos e materiais

Atualmente, a Associação “Chão dos Meninos” é formada por uma equipa multidisciplinar de técnicos e auxiliares, onde se inserem 6 Psicólogos, 5 Assistentes

Sociais, 1 Gestora Operacional, 1 Animador sociocultural, 11 Educadores, 9 Auxiliares de Ação Direta, 3 Auxiliares de Serviços Gerais e 2 Técnicos Administrativos.

O CAFAP localiza-se no edifício sede da Associação “Chão dos Meninos” e é constituído por 3 gabinetes de atendimento, 1 espaço lúdico-pedagógico, 1 sala de reuniões, formação e centro de documentação, e um gabinete de trabalho em *open-space*. Neste decorrem, por exemplo, reuniões de coordenação de equipa, reuniões com os pais das crianças e/ou adolescentes, terapias familiares, sessões com as crianças e/ou adolescentes, entre outros.

1.5 Caracterização das problemáticas e necessidades da população

Segundo o Relatório de Execução de 2017 da Associação “Chão dos Meninos”, os acompanhamentos realizados no ano passado nas quatro valências foram (Tabela 1):

Tabela 1:
Acompanhamentos realizados pela Associação “Chão dos Meninos” em 2017

Valências	Crianças e adolescentes acompanhados(as)			Famílias	
	Regular	Emergências	Transitaram de 2016	Acompanhadas	
CAT-I (0-12 anos)	2	4	10	13	
CAT-II (13-18 anos)	4	7	20	25	
Apartamento de Automatização (16-21 anos)	3	-	2	2	
CAFAP	Preservação familiar	33	4	54	80
	Ponto de Encontro Familiar	12	-	22	50
	Reunificação Familiar	6	1	2	21

Na totalidade, em 2017, foram acompanhadas pela a Associação “Chão dos Meninos” 16 crianças no CAT I, 25 adolescentes no CAT II, 2 jovens no Apartamento de Automatização e 151 famílias no CAFAP.

Durante o ano 2017, as problemáticas apresentadas pelas crianças do CAT-I (Figura 2) e do CAT-II (Figura 3) foram as seguintes:

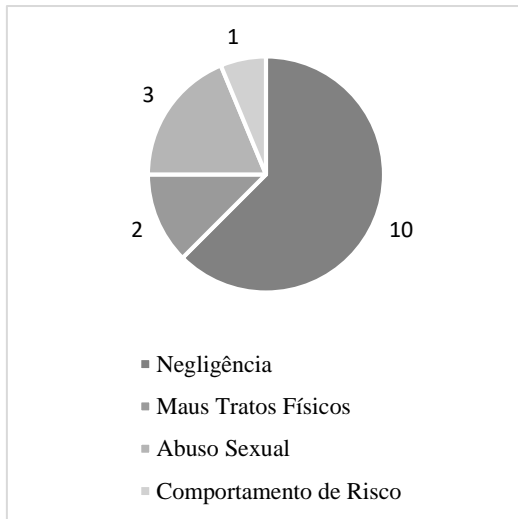


Figura 2. Problemáticas presentes nas crianças do CAT I em 2017

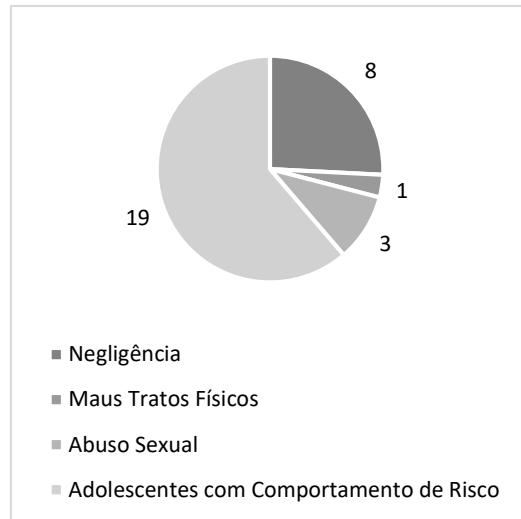


Figura 3. Problemáticas presentes nas adolescentes do CAT II em 2017

Pelo Centro de Apoio Familiar e Acompanhamento Parental (CAFAP), segundo o relatório de execução de 2017, foram acompanhadas 134 crianças e jovens com as seguintes problemáticas (Figura 4):

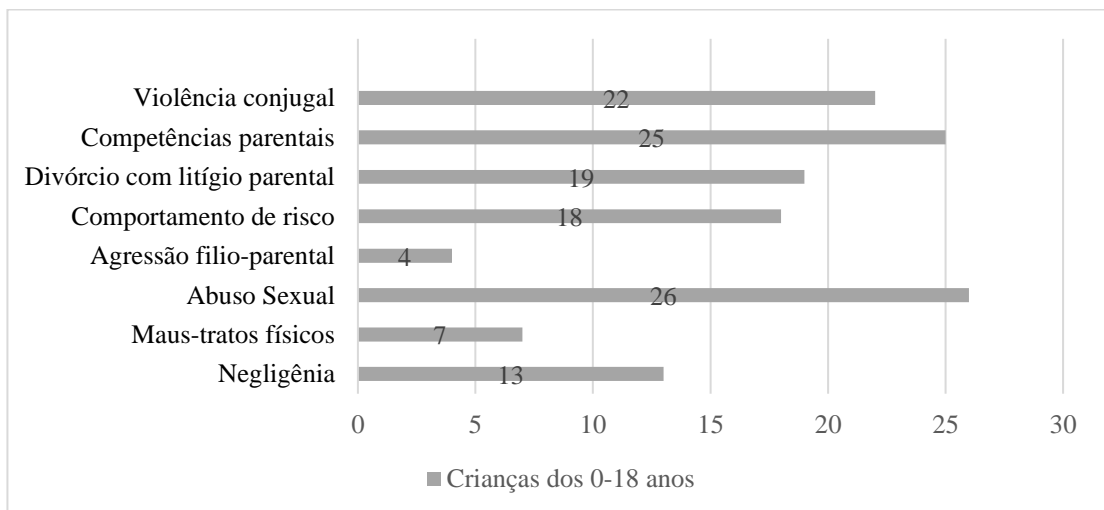


Figura 4. Problemáticas presentes nas crianças e adolescentes do CAFAP, em 2017

1.6 Caracterização da resposta institucional

1.6.1 Valências

1.6.1.1 CAT-I

O CAT-I está direcionado para o acolhimento de crianças, entre os 0 e 12 anos, em situação de risco social, sendo assegurados a estas os serviços inerentes ao alojamento, alimentação, vestuário e higiene pessoal, serviços de educação, saúde e lazer de acordo com as suas idades. Este apresenta uma capacidade de 10 crianças em acolhimento regular e 2 crianças em acolhimento de emergência.

1.6.1.2 CAT-II

O CAT-II está direcionado para o acolhimento de jovens dos 12 aos 18 anos, em situação de risco social, sendo assegurados a estes os serviços de alojamento, alimentação, vestuário e higiene pessoal, serviços de educação, saúde e lazer e, ainda, o apoio psicológico. Este apresenta uma capacidade de 25 jovens do género feminino.

1.6.1.3 CAFAP

O CAFAP apresenta uma resposta em regime ambulatorio e está direcionado para a prevenção e reparação de situações de risco psicossocial prestando, atualmente, apoio individualizado a 100 famílias de crianças e jovens em situação de crise. A equipa do CAFAP intervém em situações de maus tratos físicos, psicológicos e de abuso sexual, bem como em situações de negligência. Para além disto, intervém ao nível da mediação familiar e dá suporte aos pais que necessitam, ajudando-os a lidar com questões particulares das etapas de desenvolvimento das crianças e jovens.

O CAFAP apresenta capacidade para 100 famílias, nas diferentes modalidades: preservação familiar (63 famílias), ponto de encontro familiar (25 famílias) e reunificação familiar (12 famílias). A abordagem terapêutica passa pelo aconselhamento parental, supervisão de visitas, mediação familiar, terapia familiar, grupos de formação parental, grupos terapêuticos, acompanhamento psicológico a crianças e jovens e visitas domiciliárias. Para além disto, o CAFAP apresenta três equipas: “Quebrar o Silêncio” que intervém em situações de abuso sexual, “Em Família para Crescer” que intervém noutras situações de maus-tratos e “Juntos no Trapézio” que intervém com jovens com

comportamento de risco. Esta equipa apresenta uma resposta acessível e flexível de 24 horas, ou seja, para além dos horários ditos “normais”, particularmente em período de almoço, pós-laboral e, ainda, na deslocação ao domicílio.

1.6.1.4 Apartamento de automatização

O apartamento de automatização visa dar resposta ao desenvolvimento das competências sociais e pessoais com vista à automatização de jovens do género feminino dos 16 aos 25 anos.

2 Desenvolvimento psicomotor e socio emocional da criança

Todas as crianças passam por diversas etapas do desenvolvimento até conseguirem colocar-se em pé e caminhar regularmente. Contudo nem todas passam por essas etapas ao mesmo tempo, ou seja, apesar do desenvolvimento ser contínuo os ritmos de desenvolvimento são diferentes de uma criança para a outra. Uma podem manter-se numa etapa do desenvolvimento por muito tempo, enquanto outras transpõem essa etapa rapidamente e com facilidade. Todavia, o desenvolvimento depende do grau de maturidade do cérebro, do sistema nervoso e de outras partes do corpo, bem como dos estímulos recebidos por parte dos pais/cuidadores durante a infância, da hereditariedade e dos contextos ambientais a que a criança está sujeita (Diekmeyer, 1998; Papalia, Olds & Feldman, 2001; Brazelton & Greenspan, 2002; Stoppard, 2002, 2004). Se os cuidadores oferecerem à criança estímulos suficientes que permitam modificar e melhorar o meio ambiente e compensar as condições menos desejáveis e apoiar as condições desejáveis a criança terá maior possibilidades de se desenvolver desde o primeiro dia de vida (Diekmeyer, 1998).

2.1 Da concepção ao nascimento

Desde a concepção ao nascimento do bebé ocorre a formação da estrutura básica do corpo e dos órgãos. Para além disso, o crescimento físico é o mais rápido de todos os ciclos de vida e a vulnerabilidade relativamente às influências ambientais é grande (Papalia et al., 2001). É, também, antes do nascimento que começam as primeiras vivências, aproximadamente no quarto mês de gestação, em que o sistema nervoso se continua a formar e já é possível registar os estímulos recebidos. Estes estímulos são recebidos e o feto, efetivamente, consegue responder através de movimentos. As

sensações provenientes destes estímulos são armazenadas no inconsciente e em momentos de regressão, tanto o adulto como a criança alcançam a posição fetal, o encolhimento no calor e obscuridade como um desejo de regressar ao ventre materno, onde se sentiram protegidos e seguros (Lapierre & Lapierre, 2002).

De acordo com Brazelton (1993) quando a concepção é planeada já existiu, anteriormente, uma consciencialização crescente da responsabilidade logo, ao receber a notícia, a perspectiva de responsabilidade já está assimilada. Porém só até um certo ponto, pois, a realidade da gravidez exige uma nova adaptação, dado que em breve não haverá maneira de retroceder. Por outro lado, se a gravidez não for planeada pode ocorrer um aumento de ansiedade da mãe durante a gravidez e após o nascimento da criança (Gipson, Koenig & Hindin, 2008).

A gravidez não planeada pode ser resultado de falha contracetiva, não utilização de contraceptivos ou, menos comum, de violação. Esta acarreta gastos económicos não projetados, graves problemas sociais e psicológicos, tais como abandonar uma criança para adoção ou criar um filho sem apoios necessários (financeiros, físicos e emocionais) ou levar ao aborto (Klima, 1998). E, segundo Laukaran e van den Berg (1980), as consequências da gravidez indesejada podem ser: vómitos e náuseas, aborto espontâneo, toxemia da gravidez, complicações no parto, baixo peso ao nascer, doenças emocionais, abuso infantil e divórcio.

Após o nascimento do bebé, as mães podem possuir sentimentos negativos, a interação entre esta e a criança pode ser afetada, tal como a amamentação, e os cuidados oferecidos às crianças podem ser insuficientes (Alhusen, 2008). Deste modo, os pais que estabelecem um vínculo fraco com as crianças poderão estar a criar condições para problemas de saúde mental em idade adulta. Acresce ainda que a falta de cuidados parentais, particularmente das mães, pode estar associada a baixa-autoestima, pensamentos negativos e depressão (Hall, Peden, Rayens & Beebe, 2004). Em suma, o planeamento da gravidez pode ter várias repercussões no feto e na vida desta criança, adolescente e adulto.

2.2 Do nascimento ao primeiro ano de vida

Nas primeiras semanas é necessário ter algum cuidado, pois, para além do crescimento físico ser rápido e o recém-nascido ainda se encontrar muito vulnerável ao ambiente, o seu cérebro torna-se complexo e a sua capacidade de aprender e recordar é notória (Papalia et al., 2001).

No início o bebé apresenta o reflexo de agarrar que lhe permite pegar num objeto e segurá-lo. Aos 3 meses o bebé costuma demonstrar interesse pelos objetos e pelas pessoas que o rodeiam, olhando em volta e virando-se para escutar sons. Por volta dos 5 meses, apresenta-se feliz quando vê pessoas que gosta, olhando, sorrindo e emitindo sons ou gestos. Aos 6 meses a sua coordenação óculo-manual está suficientemente desenvolvida para que o bebé consiga pegar em alimentos e levá-los à boca, começando a comer sozinho. De acordo com Stoppard (2002; 2004) e Brazelton (2003) aos 7 meses a criança já diz “ma” “pa” ou “ta” e aos 9 meses já aponta, demonstrando o que quer emitindo sons ou esticando os braços. Assim, após adquirir algumas competências, a criança está preparada para começar a brincar, tornando-se benéfico oferecer jogos que estimulem os seus sentidos e as suas capacidades (Stoppard, 2002, 2004).

Segundo Lapierre e Lapierre (2002) até aos 9 meses a criança não tem consciência global do seu corpo nem do corpo do outro, compreendendo apenas que há um rosto, umas mãos, um seio (caso seja amamentado) e objetos parciais, que não estão integrados numa imagem global, sendo que a criança explora muito o rosto do adulto e os orifícios da comunicação antes de passar para uma exploração com as mãos. Aos 9 meses a criança já conseguirá suportar o seu peso quase todo nas pernas, mas ainda necessita de ajuda, pois a sua força muscular está mais desenvolvida que o equilíbrio (Stoppard, 2002, 2004).

De acordo com Stoppard (2002, 2004), por volta dos 11 meses, a criança compreende palavras simples (banho, comer, vestir, etc.) e utiliza uma palavra com significado. Papalia et al., (2001) acrescenta que esta palavra será influenciada pelo contexto em que a criança está inserida e pelas características da sua língua materna.

Stoppard (2002; 2004) menciona que a partir dos 13 meses a criança já consegue colocar-se de pé sem apoio e dar os primeiros passos de forma independente e aos 15 meses consegue baixar-se, ajoelhar-se e colocar-se de pé sozinho. Porém, o autor admite

que não há uma idade certa para o início da marcha sendo que geralmente acontece entre os 9 e 15 meses.

Segundo Diekmeyer (1998) é através de rastejar e gatinhar que a criança conquista o espaço, desenvolvendo também a sua percepção de distância e, por consequência, compreende se um objeto se encontra perto ou longe de si. Em simultâneo desenvolve-se a audição e a criança começa a diferenciar ruídos no espaço e a compreender de que direção veem.

Durante o primeiro ano de vida a criança aprende a pensar e a elaborar de maneira lógica e significativa os seus pensamentos. Esta começa a resolver pequenos problemas como, por exemplo, ir procurar uma cadeira que está no centro da sala para agarrar um brinquedo que está em cima da mesa ao canto da sala. No fim do primeiro ano de idade a criança já começa a compreender frases como “tens de pegar na caneca com as duas mãos”, ao invés de frases simples como “trás a caneca” (Diekmeyer, 1998).

De acordo com Brazelton (2003) aos 12 meses o espaço pessoal da criança torna-se cada vez mais importante. Por um lado, esta criança torna-se independente e quer explorar o espaço à sua vontade e por outro quer continuar a ser dependente formando, assim, um equilíbrio. Também, por volta desta idade, a criança procura algo com que possa atingir os pais, chamando à atenção destes e mostrando que precisa de carinho ou de um pouco de consideração e não de repreensões, castigos ou agressões.

Por volta dos 18 meses a criança consegue virar duas ou três páginas de um livro e construir uma torre de dois a três cubos (Stoppard, 2002, 2004). O comprimento dos seus passos aumenta e esta tropeça esporadicamente, sendo os seus passos mais regulares e precisos. Aos 18 meses a criança já consegue subir escadas, colocando sempre o mesmo pé à frente e arrastando o outro. A sua lateralidade ainda não está definida, tendo uma agilidade igual em ambas as mãos (Diekmeyer, 1998).

De acordo com Duclos (2006) aproximadamente entre os 18 e 20 meses a criança começa a afirmar-se e a tomar decisões, referindo muitas vezes “eu sou capaz”. Esta começa a valorizar a palavra e a pensar no significado desta, experimentando várias ações específicas, e já apresenta conhecimentos suficientes para saber que quando o telefone toca alguém irá atender ou que vai passear quando lhe colocam o gorro e o casaco, compreendendo assim as relações causa-efeito (Diekmeyer, 1998).

2.3 Segundo ano de vida

Aos 24 meses, a criança conseguirá responder às pessoas que falam ou brincam com ela utilizando palavras ou sequências de sons, na tentativa de formar palavras claras e com sentido. Para além disso, começa a imitar várias ações de “faz de conta” que lhe são familiares (por ex.: dar de comer ou abraçar uma boneca) e segue indicações dirigidas a si como “o brinquedo está ali” (Brazelton & Greenspan, 2003).

Segundo Diekmeyer (1998) a criança já consegue caminhar facilmente e com um ritmo harmonioso, colocando o segundo pé antes de ter o primeiro completamente assente no chão. Esta aprende a diferenciar sons isolados e a distinguir consoantes sonoras e surdas. É, também, nesta altura que a criança aumenta o seu vocabulário e aprende a dizer mais palavras, contudo estas ainda não designam um objeto específico, mas sim a situação em que a criança contactou com ele, ou seja, quando a criança diz “au-au” pode não estar a nomear só um cão, mas todos os animais que ela vir a mexer-se.

Aproximadamente aos 24 meses, a criança inclina-se em vez de se acocorar para agarrar os objetos, a coordenação óculo-manual torna-se mais precisa e, por consequência, a capacidade de manusear objetos (copos, colheres, etc.) torna-se mais ágil. Para além disso, os seus movimentos começam a ser mais completos, precisos e conscientes e as crianças começam a querer ajudar nas atividades diárias (por ex.: vestir-se, tomar banho, etc.). A sua motricidade fina desenvolve-se e a criança passa dos rabiscos ao acaso a traços conscientes e começa a conseguir realizar diversos jogos de encaixe, apresentando uma melhor destreza manual e um gosto por encaixar e desencaixar peças ou blocos, utilizando ambas as mãos de forma independente (Diekmeyer, 1998; Fonseca, 2005).

Quanto melhor for a coordenação motora da criança, melhor será a capacidade de explorar o meio ambiente e quanto maior a capacidade de explorar, mais a criança aprende. Além disso, aos dois anos, a autoconsciência da criança aumenta à medida que esta alcança novos êxitos, isto dependerá dos seus progressos físicos e da sua capacidade de explorar o meio ambiente sem grandes perigos. (Diekmeyer, 1998; Papalia et al., 2001).

Aos 2 anos o corpo da criança cresce e a cabeça parece mais pequena do que antes. Porém os pés continuam a parecer pequenos relativamente ao resto do corpo. Quanto ao

ritmo entre o sono e a vigília este já se encontra equilibrado, dormindo apenas depois de almoço, sendo no total 12 a 14 horas de sono. A criança começa a expressar os sentimentos de forma diferente e estes tornam-se cada vez mais polifacetados e diferenciados. Por exemplo, enquanto antes a criança gritava de medo ou de fúria, agora pode apresentar-se rígida, com raiva e atirar brinquedos ou começar a fugir. E, posteriormente poderá expressar-se por palavras, opondo-se quando é contrariada ou quando ninguém lhe dá atenção (Diekmeyer, 1998).

No final dos 2 anos de idade, a criança já ouve os sons emitidos por ela própria, controlando a sua pronúncia, chegando a melhorar primeiro a pronúncia das vogais e, a seguir, das consoantes. Nesta etapa, a criança já começa a formar frases de duas ou três palavras e estas deixam de estar associadas à situação e começam a ter o mesmo significado que as palavras dos adultos (Diekmeyer, 1998; Fonseca, 2005).

Nesta idade e, também, nas anteriores é importante estimular a criança a manusear objetos e utensílios, de maneira a que a criança perceba que uma colher pode ser utilizada para bater num prato e fazer música, mas também como um utensílio para comer a sopa. Deste modo, o adulto deverá demonstrar e explicar repetidamente algumas ações à criança que, por si só não conseguirá compreender (Diekmeyer, 1998).

Por volta dos 30 meses, a criança começa a brincar ao “faz de conta” com as outras crianças e os adultos (por ex.: dar de comer às bonecas, lanches, etc.) e torna-se capaz de utilizar ideias (palavras ou símbolos) para expressar o seu interesse (por ex.: “olha, camião!”) e para brincar com um ou mais amigos (Brazelton & Greenspan, 2003).

Entre os dois e os três anos a criança reclama a sua autonomia, sendo que esta vai depender da sua autoestima que, por consequência, vai depender da capacidade que os pais têm de reconhecer a criança como pessoa, diferente deles e com uma palavra a dizer. A maneira como os adultos lidam com a criança e a escutam vai contribuir para a imagem que esta tem de si, por exemplo “sou belo ou bela, sou rapaz ou rapariga, sou capaz ou não sou capaz” (Duclos, 2006).

2.4 Terceiro e quarto ano de vida

Aproximadamente aos três anos, a criança inicia a preferência por uma das mãos, começa a pegar nos objetos (por ex.: lápis, colher, etc.) com a mão elegida e consegue

copiar um círculo. Esta torna-se mais autónoma e o interesse e curiosidade por outras crianças aumenta (Diekmeyer, 1998; Papalia et al., 2001). Segundo Brazelton e Greenspan (2003), a criança já utiliza palavras ou símbolos (por ex.: desenhos) para expor aquilo de que gosta e não gosta, dizendo muitas vezes “quero aquilo” ou “não quero” e explica os seus desejos e necessidades (por ex.: “mãe, vai embora” ou “Brincar?”).

Brazelton e Greenspan (2003) realçam que aos 48 meses a criança já consegue justificar as suas escolhas (por ex.: Mãe – “porque queres a bolacha?” Criança – “porque tenho fome.”) e, ocasionalmente, exprimir os seus sentimentos para demonstrar um desejo (por ex.: “porque estou triste”). Para além disso, a sua capacidade de se envolver em brincadeiras imaginárias com as outras crianças e os adultos é possível com um número de elementos que se encaixem logicamente (por ex.: as crianças vão para a escola, estudam, almoçam e vem um dinossauro no caminho”).

Relativamente à sua maturidade psicomotora, aos três anos, a criança apresenta mais segurança em si e agilidade nos pés, começando a baloiçar os braços enquanto caminha ao invés de os esticar ao longo do corpo, a fugir, a atirar, a parar de repente e a dar voltas apertadas. A criança já consegue contar até três, comparar dois objetos, combinar um traço horizontal e um traço vertical de maneira a fazer uma cruz, trocar um objeto pelo outro e esperar pela sua vez numa atividade de grupo (Gesell, 1996).

Entre os três e os quatro anos a criança pretende ser valorizada e quer que a sua identidade sexual seja reconhecida. Durante este período as palavras e os gestos de aceitação e cumplicidade apresentam um impacto imediato sobre o autoconhecimento da criança (Duclos, 2006). Esta já corre e salta com facilidade, começando agora a realizar tentativas para saltar ao pé coxinho. Durante este período ocorre, também, a estruturação espaço-temporal dos acontecimentos, o desenvolvimento das praxias e o aparecimento da função simbólica. Esta já deverá conseguir realizar construções de torres com cubos, reconhecer o nome das diferentes partes do corpo, utilizar corretamente a colher e calçar-se sozinha (Fonseca, 2005).

A criança de quatro anos aprende novos advérbios, adjetivos e conjugações e começa a utilizar palavras e frases como “Talvez”, “Julgo eu”, “Aposto que não consegues fazer isto.” “Espero que não!”, “Na verdade”, entre outras. Nesta fase, a criança é faladora, conta histórias incríveis, ameaça, inventa desculpas e chama nomes.

Todavia, isto servirá para se descobrir a si própria e se desenvolver no meio ambiente em que está inserida.

2.5 Quinto, sexto e sétimo ano de vida

De acordo com Fonseca (2005), entre o quinto e o sétimo ano de idade ocorre o aperfeiçoamento perceptivo-motor e da coordenação geral, a criança aprende a ler e a escrever; manipula, constrói e modela vários objetos/estruturas; o seu vocabulário enriquece e começa a utilizar conjugações; e inicia a sua independência da mãe no vestuário, higiene e nutrição.

Aos cinco anos, a criança já tem a sua individualidade marcada e as suas capacidades, dons, qualidades e a sua maneira de enfrentar as instâncias do desenvolvimento já se manifestaram. Nesta idade, a criança apresenta um forte sentido de pertença, ou seja, as coisas de que gosta e as coisas que possui são suas e ela orgulha-se disso. Para além disso, preocupa-se e vive sobretudo o presente, sabendo responder a questões sobre o tempo como “Que dia é hoje?”, “Quantos anos fazes no teu próximo aniversário?” ou “Que dia vem a seguir a domingo?” (Gesell, 1996).

Segundo Brazelton e Sparrow (2003), a criança aos cinco anos torna-se consciente das suas ações, não apenas pela a reação das outras pessoas, mas pela compreensão dos seus sentimentos. Esta revela maior capacidade para brincar com outras crianças e a sua atividade espontânea costuma ser bem controlada, sendo que estas procuram muito o apoio e a aprovação do adulto. No geral, os seus jogos de grupo limitam-se a três pessoas, sendo que nestes não há distinção entre rapazes e raparigas, mas sim a distinção hierárquica em atribuir, por exemplo, o papel da mãe e do bebé. Nesta idade, tanto os rapazes como as raparigas gostam de construir casas, contudo enquanto as raparigas utilizam as casas para brincar com as bonecas, muitas vezes os rapazes utilizam as casas para colocar os carros, aviões e caminhões (Gesell, 1996).

De acordo com Gesell (1996) a criança de cinco anos fica confusa e aborrecida com contos de fadas irrealistas ou com muitos pormenores. Se lhe pedirmos para desenhar faz um homem com cabeça, tronco, membros, nariz e olhos e pode ainda desenhar cinco dedos porque já é capaz de contar até cinco. Para além disso, a sua motricidade fina desenvolve-se e a criança já consegue copiar um quadrado, atar os cordões dos sapatos, abotoar os botões e de “coser” um fio num cartão com furos. A sua lateralidade encontra-

se estabelecida e a criança consegue identificar a mão que utiliza para desenhar, contudo apenas aos seis anos é que aprende a distinguir a direita da esquerda em si, mas não no outro. Nas construções de blocos e ao apontar para as figuras de um livro a criança utiliza as duas mãos, contudo maioritariamente a mão dominante.

Aos cinco anos e meio a criança costuma ser muito desinquieta, brincando quer dentro ou fora de casa, sem saber em que sítio deve estar. E aos seis anos a coisa agrava-se, a criança permanece em constante movimento, sendo que não consegue estar sossegada quer sentada ou em pé. Entre estas idades, cinco anos e meio e seis anos, podem ocorrer comportamentos preocupantes por parte dos cuidadores, pois, é quando a criança liberta algumas tensões em forma de birra, choros, gritos e agressões físicas, querendo sempre ter razão em tudo o que diz ou faz (Gesell, 1996).

As suas brincadeiras são a maior parte das vezes violentas e ruidosas e não olha a riscos, ou seja, joga à bola dentro de casa, baloiça o mais alto possível e trepa tudo o que puder trepar, sem pensar nas consequências. A criança de seis anos é o centro do seu próprio universo, quer sempre ser a primeira em tudo, ganhar sempre, que gostem mais dela do que das outras crianças e ter mais brinquedos do que todos. Esta não gosta de perder nem que a critiquem, mas adora que lhe façam elogios. Geralmente, gostam de jogos de perseguição e jogos de corridas, bem como de patinar, jogar à bola, andar de baloiço e jogar ao “faz de conta”, onde uma cama facilmente se transforma num forte ou numa fila de passageiros de um barco (Gesell, 1996). Os autores Brazelton e Sparrow (2003) referem que as brincadeiras de “faz de conta” levam a criança a vivenciar novas experiências, a compreender diferentes papéis, a aprender a controlar-se e a adaptar-se, a fazer amigos, a construir a sua autoestima e a expressar sentimentos que os angustiam ou os confundem.

Por volta dos 6 anos e meio a criança inicia um período de equilíbrio e as suas relações com os adultos tornam-se profundas. Esta aparenta ser uma companhia encantadora. Por norma, aos sete anos a criança torna-se num bom ouvinte, gosta de ouvir uma história encantada várias vezes e concentra-se durante períodos mais longos numa só atividade, tornando-se mais madura do que nas idades anteriores. Contudo, esta ainda apresenta alguns níveis de humor oscilatórios, sendo umas vezes dócil e outras vezes rebelde, pois ainda não se encontra estável de funcionamento (Gesell, 1996).

Antes a criança fazia birras e chorava e agora, aos sete anos, amua mais facilmente indo para um canto ou batendo com a porta. Além disso, muitas vezes utilizam desculpas para tudo o que fazem de errado ou culpa os outros das suas ações. Esta utiliza linguagem não só para se justificar ou estabelecer relações, bem como para fazer comentários a seu respeito: “Não sou capaz”, “Temos de fazer isso?” ou “Isto é capaz de sair bem”. Para além disso, aos sete anos, a criança já consegue orientar-se no espaço e no tempo, sabe ver as horas, dizer em que estação do ano está, referir em que mês estamos e associar um determinado acontecimento a uma hora (Gesell, 1996).

Nesta altura começa a notar-se uma distinção de géneros, ou seja, apesar dos sexos opostos ainda brincarem juntos, por vezes, os rapazes não querem ser incomodados pelas raparigas e as raparigas acham que os rapazes se portam mal. Os jogos de grupo, que exijam cooperação, ainda não se encontram organizados e a criança não gosta de perder nem sabe lidar com essa frustração (Gesell, 1996).

Segundo Duclos (2006) durante os sete ou oito anos a criança apresenta novas estruturas mentais que a levam a refletir e a formular juízos lógicos e práticos, começa a compreender melhor as regras do jogo, a cooperar em grupo e a aprender coisas novas. Nesta altura, com a entrada na escola, a sua imagem física e social encontra-se ameaçada e pode ser ou não enriquecida com a sua imagem intelectual, sendo que as exigências estabelecidas pelos adultos, a falta ou excesso de estimulação e os juízos que fazem de si podem afetar a sua autoestima. As palavras, gestos violentos e a negligência podem causar grandes prejuízos na autoestima da criança.

3 Vinculação e relações afetivas

A teoria da vinculação baseia-se no desenvolvimento das ligações afetivas e emocionais entre o bebé e a mãe ou o cuidador, que oferecem à criança proteção, segurança e conforto (Costa & dos Santos, 2011). Esta resulta de um trabalho em conjunto de John Bowlby e Mary Ainsworth (Ainsworth & Bowlby, 1991), sendo que o primeiro formulou os princípios básicos da teoria e a segunda ajudou a expandir a teoria e a direcioná-la, contribuindo para o conceito de uma figura de vinculação como base segura para a criança explorar o meio. Deste modo, a criança cria uma base de segurança que lhe permite explorar o meio que a rodeia, confiante na disponibilidade da figura de

vinculação, para a qual pode retornar quando angustiada ou assustada (Bowlby, 1988, 1998; Guedeney & Guedeney, 2004).

Após Ainsworth (1967, cit in Guedeney & Guedeney, 2004) realizar um estudo pioneiro em Uganda, sobre o comportamento das crianças e suas aquisições desenvolvimentais e cuidados maternos e interações mãe-filho, foi possível apresentar três tipos de vinculação: (1) vinculação segura, a mais comum nas crianças presentes no estudo, caracterizada por um choro pouco frequente e uma capacidade para explorar o ambiente por parte da criança; (2) vinculação insegura, caracterizada por um choro frequente e uma incapacidade para explorar o ambiente com a mãe por perto; (3) vinculação evitante, definida posteriormente por Ainsworth (1978, cit in Guedeney & Guedeney, 2004), caracterizada por uma interação entre mãe-filho inexistente ou semelhante à interação com outros adultos.

Assim, Ainsworth e os seus colaboradores através de várias experiências, chegaram um método de avaliação da segurança de vinculação realizada em laboratório e em crianças a partir dos 12 meses, denominada de Situação Estranha, em as reações das crianças são observadas e registadas durante três minutos em oito momentos. Durante este período de tempo ocorrem separações e encontros entre a mãe e o filho e, ainda, a introdução de uma figura estranha à criança (Guedeney & Guedeney, 2004).

Após observar a qualidade e quantidade de exploração das crianças com ou sem a mãe e como eles a tratam quando ela está presente, quando sai e/ou quando volta, foi possível definir três tipos de vinculação que acabaram por coincidir em parte com os tipos de vinculação referidos anteriormente no estudo pioneiro de Ainsworth. A vinculação segura que corresponde a uma criança confiante e capaz de explorar dada a disponibilidade da figura de vinculação perante situações adversas ou assustadoras. A vinculação evitante que apresenta comportamentos inseguros perante os cuidados recebidos e corresponde a uma rejeição por parte do cuidador sempre que é solicitada a sua atenção. Por fim, a vinculação resistente ou ambivalente que representa uma criança indecisa relativamente à disponibilidade do cuidador. Isto pode levar à ansiedade de separação e a uma limitação da exploração do meio, dado que a criança se encontra sempre atento à localização do cuidador com receio que este se afaste (Bowlby, 1988).

Posteriormente, Main e Solomon (1986, cit in Duschinsky, 2015) referem um quarto tipo de vinculação, denominado de desorganizado/desorientado e propuseram a Ainsworth inclui-lo na Estranha Situação. Este tipo poderia estar ou não associado a um dos outros tipos de vinculação (segura, evitante, resistente/ambivalente) e é característico de crianças que apresentam comportamentos contraditórios, movimentos não direcionados, sem objetivo, incompletos e interrompidos; estereotípias, movimentos assimétricos, movimentos confusos e posturas bizarras; expressões e movimentos estáticos, medo e apreensão relativamente ao cuidador e desorganização e desorientação (Main & Solomon, 1990, cit in Duschinsky, 2015). Estudos posteriores, referenciados por Duschinsky (2015), indicam que a vinculação desorganizada/desorientada pode estar associada a crianças que sofreram de abuso ou negligência e pode levar a problemas de comportamentos e psicopatologias.

De acordo com Papalia et al. (2001), a qualidade de vinculação estabelecida é influenciada não só pela interação entre o bebé e a mãe/cuidador, bem como pela regulação mútua, ou seja, pela capacidade que ambos apresentam de responder adequadamente a sinais referentes aos estados emocionais de cada um. Deste modo, as relações afetivas e contínuas são cada vez mais importantes para o desenvolvimento da criança, dado que podem comprometer as capacidades cognitivas e emocionais. Para além disso, as várias interações emocionais estabelecidas com a criança (afeto, apoio e carinho) poderão comprometer o sistema nervoso central. Assim, é importante estabelecer interações de gestos emocionais que estimulem a reação a estímulos emocionais e promovam a aprendizagem da tomada de consciência do “eu” (*self*). Todavia, a carência destas relações afetivas e destes gestos emocionais podem levar a vários défices no desenvolvimento da criança (Brazelton & Greenspan, 2002).

Portanto, a estimulação oferecida ao bebé é muito importante para o desenvolvimento deste, todavia é necessário haver um doseamento desta, sendo que pouca estimulação leva o bebé a desinteressar-se e em demasia sufoca-o (Tronick, 1989 cit in Papalia et al., 2001). Para oferecer esta estimulação torna-se necessário estabelecer uma relação entre o bebé e o progenitor, para que este último possa ajudar o bebé a compreender o mundo que o rodeia. Assim o bebé conseguirá transmitir os seus desejos e mensagens e o progenitor poderá oferecer o estímulo necessário ao seu filho, pois

através da interação saberá exatamente a quantidade de estímulo a oferecer e de que forma (Papalia et al., 2001).

É através dos cuidados básicos prestados pela figura de vinculação e das experiências partilhadas com esta que vão desenvolver-se modelos internos dinâmicos de vinculação (Bretherton, 1985). Estes possuem um papel importante no desenvolvimento da criança, afetando a compreensão do *self* e do mundo, o planeamento da ação e o estabelecimento das relações com os outros, pois é através destes modelos internos dinâmicos que as crianças ou adultos reconstróem a sua compreensão de novos relacionamentos e experiências (Thompson, 2008).

De acordo com Brazelton e Greenspan (2002) as relações estabelecidas com os outros vão favorecer o afeto, a intimidade e o prazer, oferecer confiança, segurança e proteção e fornecer as necessidades básicas relativas à alimentação e à habitação. Por fim, estes fatores poderão contribuir para que a criança adquira uma boa autoestima e motivação para aprender futuramente.

Segundo Bretherton (1985) existe uma relação de vinculação segura entre o bebé e a figura materna ou cuidadora quando esta última reconhece os sinais da criança e modula eficazmente a ativação emocional negativa. Este tipo de vinculação terá como efeito o aumento da possibilidade de o bebé desenvolver um modelo interno dinâmico, recorrer em situações de mal-estar a este cuidador e aumentar a sua segurança para explorar o mundo. Para além disso, permitirá à criança aprender a pensar. Por exemplo, nas brincadeiras de faz de conta ou de imaginação que incluem interações humanas a criança aprende a utilizar um desejo e associá-lo a uma imagem/representação e, posteriormente, a utilizar essa representação para pensar (por ex.: “se eu me portar bem e for bom para a mãe, ela leva-me ao parque”). Assim, esta capacidade de pensar e criar representações deve ser trabalhada para chegar a um pensamento mais elaborado da criança (Brazelton & Greenspan, 2002).

A qualidade das relações estabelecidas, bem como os propósitos favoráveis ou desfavoráveis defendidos por um adulto significativo apresentam uma grande influência sobre a autoestima da criança, podendo beneficiar ou prejudicar a imagem que esta tem de si. É importante que este adulto elogie e exprima por palavras o quão orgulhoso está da criança sempre que esta apresente sucessos, por mais pequenos que sejam, pois, as

palavras consciencializam a criança do seu valor e dão-lhe esperança para continuar a ter certos comportamentos. Para além disso, devemos relembrar a criança de gestos positivos que ocorreram no passado para que estes permaneçam na sua memória, por exemplo: “No outro dia, o lavatório transbordava e tu encontraste a solução, fechaste a torneira de acesso” (Duclos, 2006).

Em suma, as relações afetivas estabelecidas formam não só as bases cognitivas, mas também a maior parte das capacidades intelectuais da criança, como é o caso da criatividade e do pensamento abstrato (Brazelton & Greenspan, 2002). Contudo, quando a criança se separa por longos períodos de tempo da sua figura materna (ou da sua figura de vinculação), quando espera essa separação ou perde definitivamente a mãe pode desenvolver estados de angústia e de depressão que se manifestam, posteriormente, na fase adulta. Para além disto, pode gerar condições psicopáticas associadas a quadros de angústia, de desapego e de desespero (Bowlby, 1998).

4 Maus tratos infantis

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Sociedade Internacional para Prevenção ao Abuso e à Negligência na Infância (ISPCAN) a forma de violência encontrada no contexto familiar pode denominar-se de maus tratos infantis domésticos, englobando todas as formas de maus tratos físicos e/ou psicológicos, abuso sexual, negligência ou tratamento negligenciado, comercialização ou outra forma de exploração, prejudicando a saúde, a sobrevivência, o desenvolvimento e a dignidade da criança. Os agressores podem ser: pais e outros membros da família, cuidadores, amigos, conhecidos, desconhecidos, professores, polícias, profissionais de saúde, outras crianças, etc. (Butchart et al., 2006)

Atualmente sabe-se que os maus-tratos infantis ocorrem a nível mundial e que a criança pode ser maltratada em diversos contextos, especialmente naqueles em que a criança se deveria sentir mais segura e protegida como a própria casa, escola e instituições (Radford et al., 2013).

Segundo Karli (2002) os maus-tratos podem revelar-se sob a forma de maltrato físico, maltrato psicológico e abuso sexual, sendo o mais conhecido o maltrato físico. Por outro lado, Leeb et al. (2008) definiram quatro tipos de maus tratos, ou seja, mais um que o autor anterior, que vão ao encontro dos referenciados por Butchart et al. (2006):

- **Abuso físico:** Utilização intencional de força física sobre uma criança, que pode causar danos físicos (por exemplo: bater, arrastar, agitar, estrangular, esfaquear, sufocar, queimar, envenenar, etc.), excluindo ferimentos físicos na área anal, genital ou em áreas circunjacentes.
- **Abuso sexual:** Tentativa ou realização do ato sexual, contato sexual ou exploração de uma criança pelo cuidador.
 - **Ato sexual:** Contato com penetração entre a boca, o pênis, a vulva ou o ânus da criança e do outro sujeito, incluindo penetração da abertura anal ou genital por mão, dedo ou outro objeto. Estes atos sexuais podem ser realizados pelo cuidador da criança ou pela criança no cuidador, sendo que este também pode forçar ou coagir a criança a cometer um ato sexual noutro indivíduo.
 - **Contato sexual abusivo:** Contato com toque intencional diretamente ou através da roupa, que não inclui penetração. Estes contatos podem ser realizados pelo cuidador da criança ou pela criança no cuidador, sendo que este também pode forçar ou coagir a criança a cometer um contato sexual abusivo noutro indivíduo. Contudo, o contato em questão não inclui o toque necessário ao cuidado normal das necessidades básicas da criança.
 - **Abuso sexual sem contato:** Não inclui contato físico de natureza sexual. Pode incluir: atos que expõem a criança à atividade sexual (por ex.: pornografia); filmar ou fotografar a criança de modo sexual; assédio sexual (por ex.: através de comentários ou atenção de natureza sexual); prostituição da criança (por ex.: incentivando, persuadindo, atraindo ou permitindo que uma criança se envolva com outra pessoa) ou tráfico sexual.
- **Abuso Psicológico:** comportamento intencional do cuidador que transmite à criança que ela é inútil, não é amada, indesejada, etc. Este tipo de abuso pode ser contínuo (por ex.: crônico) ou episódico (por ex.: acontecer esporadicamente devido a uma situação específica) e pode incluir a culpa, a depreciação, a corrupção a exploração, a rejeição, entre outros.
 - **Terrorizar:** inclui um cuidador que ameaça a vida, deixa a criança insegura, define expectativas irrealistas da criança ameaçando-a de perda ou perigo se algo não for cumprido ou ameaça ou perpetua violência contra um ente querido, animais de estimação ou objetos da criança.

- Isolamento: inclui um cuidador que proíbe, previne ou minimiza o contato de uma criança com os outros indivíduos.
- Negligência:
 - Falha no fornecimento: o cuidador não consegue atender as necessidades básicas da criança, isto inclui:
 - Negligência física: o cuidador não consegue fornecer à criança a higiene, a nutrição (por ex.: criança desnutrida) e o abrigo necessário (por ex.: residência suja ou infestada de baratas), ou não consegue fornecer roupas devidamente limpas e adequadas ao clima (por ex.: a criança não utiliza casaco e luvas quando está frio).
 - Negligência emocional: a criança é negada ou ignorada pelo cuidador e este não apresenta capacidade de resposta emocional ou acesso aos cuidados de saúde mental (por ex.: não responde aos gritos da criança).
 - Negligência médica: a criança não apresenta cuidados médicos, de visão ou dentários por parte do cuidador (por ex.: o cuidador não administra medicamentos prescritos ou recusa levar a criança ao médico).
 - Negligência educacional: o cuidador não fornece à criança uma educação adequada (por ex.: não inscrever o filho na escola, a criança faltar à escola sem qualquer desculpa ou abandonar a escola).
 - Falha na supervisão: o cuidador não consegue assegurar a segurança da criança dentro e fora de casa, isto inclui:
 - Supervisão inadequada: o cuidador primário não consegue proteger a criança de maus tratos perpetrados por um cuidador substituto.
 - Exposição a ambientes violentos: o cuidador não consegue tomar medidas que protejam a criança à exposição de violência dentro da casa, bairro ou comunidade (por ex.: o cuidador está a ser vítima de violência por parte do parceiro).

Os maus tratos infantis podem ser uma das causas de morbidade e mortalidade infantil e as suas consequências podem ser psicológicas, somáticas e sociais, podendo comprometer o desenvolvimento e o bem-estar da criança, persistindo em adulto e tendo efeitos prologados sobre a saúde mental, o consumo de drogas e álcool, comportamentos sexuais de risco, obesidade e comportamento criminal (Unicef, 2014; Gilbert et al., 2009)

Segundo o estudo realizado por Simões, Dixe e Lopes (2016), sobre as problemáticas mais frequentes nas crianças e jovens em risco e/ou perigo sinalizadas à Comissão de Proteção Crianças e Jovens (CPCJ), a maior parte das crianças sinalizadas são crianças do género masculino e pertencem a famílias nucleares, sendo que a sinalização mais frequente é a negligência. Para além disso, segundo a OMS e a ISPCAN, os maus-tratos podem ocorrer em simultâneo com outros tipos de violência como, sendo frequente encontrar o maltrato infantil em famílias em que também ocorre a violência por parte do parceiro íntimo (Butchart et al., 2006)

De acordo com Gilbert et al. (2009), estima-se que, por ano, cerca de 4% a 16% das crianças são abusadas fisicamente e uma em cada dez sofre de abuso psicológico ou negligência, o que justifica o aumento da procura de estratégias preventivas e terapêuticas desde a primeira infância.

4.1 Consequências dos maus-tratos infantis

Os maus tratos infantis apresentados anteriormente podem ter consequências devastadoras nestas crianças e quando partem dos cuidadores principais podem trazer dificuldades relativamente ao bem-estar psicológico da criança e à sua saúde mental, quer a curto ou longo prazo. Estes podem afetar e comprometer negativamente o desenvolvimento infantil em aspetos comportamentais, emocionais, sociais e cognitivos, originando dificuldades ao nível da linguagem, a nível escolar e sócio emocional e provocando determinadas psicopatologias na vida adulta (Gomez & Bazon, 2014).

Assim, desde cedo que são notórias alterações ao nível do desenvolvimento da criança nos vários âmbitos e notados algumas repercussões como ansiedade, stress, isolamento e retraimento, que mais tarde podem tornar-se em sérios problemas e afetar, de forma crónica, o desenvolvimento a longo prazo (Gomez & Bazon, 2014).

Relativamente ao abuso sexual, de acordo com Strecht (1998), existem pelo menos três evoluções para uma criança que passa por este tipo de abuso. Primeiro, este poderá adquirir uma capacidade de reparação e um papel de proteção em relação às outras crianças com as quais se identifica. Segundo, poderá repetir a situação traumática compulsivamente, numa condição de externalização do mesmo cenário perverso, por exemplo, alguns adolescentes e adultos que se colocam em posições evolutivas ligadas a estas complicações, como é o caso do sadismo ou do masoquismo. Terceiro, a criança

pode passar de abusado a abusador, identificando-se com o agressor e expulsando o sofrimento a que esteve sujeito, contudo, as dificuldades encontradas em evitar estas experiências são consequências de uma desastrosa disrupção da normal organização sexual.

Por vezes, a criança vítima de abuso sexual demonstra sentimentos ambivalentes, por exemplo, no caso do abusador ser um dos progenitores, esta tem tendência a culpar o progenitor não abusador por este ter falhado na sua proteção. Para além disto, pode apresentar sentimentos de desconfiança, insegurança e medo, receando que a experiência se repita ou que ocorram outras situações que não estão relacionadas com abuso (SgROI, Porter & Blick, 1982; Finkelhor & Browne, 1986, cit in Fávero, 2003).

Segundo os resultados apresentados no estudo realizado por Sousa e Cruz (2016), as crianças maltratadas e não maltratadas apresentam uma tendência para representar as figuras parentais de forma idêntica, sendo os seus relatos influenciados pelas representações e pelos mecanismos de regulação emocional. Para além disto, as autoras também concluíram que as crianças maltratadas são vistas e entendidas como menos aptas socialmente e com problemas de comportamento relativamente maiores em comparação com as crianças não maltratadas. Contudo, estes resultados não podem ser generalizados dado que a amostra utilizada não é significativa.

Fávero (2003) refere que consoante as idades das crianças maltratadas sucedem diferentes tipos de comportamentos sociais desadequados, por exemplo, nas crianças mais novas podem ser visíveis perturbações do comportamento, agressividade contra os companheiros e agressividade sexual e nas crianças mais velhas podem ser observáveis comportamentos delinquentes, roubos, consumo de drogas e álcool e agressividade contra os companheiros e agressividade sexual.

Segundo Florentino (2015) é natural que estas crianças apresentem um comportamento sexual inadequado, podendo vir a realizar brincadeiras de caráter sexual com bonecas, introduzir objetos ou dedos no ânus ou na vagina, bem como apresentar comportamentos sedutores e um conhecimento sobre a temática imprópria para a idade. Para além disto, muitas crianças podem solicitar a estimulação sexual por parte dos adultos ou de outras crianças.

Do ponto de vista emocional e físico, a criança não está preparada para o ato sexual e, por isso, pode desenvolver e manifestar problemas consequentes da temática do abuso sexual que, muitas vezes, está associado à violência física e psicológica. Contudo, não é possível generalizar ou delimitar completamente os efeitos do abuso sexual, dado que, cada vítima é uma vítima e os casos são únicos (Florentino, 2015).

Concluindo, qualquer que seja a forma de maus-tratos utilizada terá influência no desenvolvimento e na vida adulta destas crianças (Karli, 2002).

5 Institucionalização de crianças vítimas de maus tratos infantis

O tema das crianças maltratadas desde sempre foi um dos temas mais alarmantes da sociedade, dado que, o número de vítimas existentes e as consequências destes maus-tratos não passam de despercebidos. Deste modo, continuam a procurar-se estratégias preventivas para estes casos, de maneira a minimizar e a identificar o mais rapidamente estes acontecimentos. Assim, criaram-se normas internacionais e, sequencialmente, nacionais referentes à proteção dos direitos das crianças, nomeadamente a partir da autenticação da Convenção dos Direitos da Criança em 1989, sendo um dos documentos mais importante relativamente a este tema (Lopes, Mendes, Magalhães, Fernandes & Martins, 2017).

Tal como outros países, também Portugal criou um sistema para proteger as crianças e jovens, particularmente aqueles que se encontram em risco ou perigo. Assim, a Constituição da República Portuguesa (CRP) assume e delega no estado a sua obrigação em proteger os cidadãos portugueses, mais especificamente crianças órfãs, abandonadas ou privadas de um ambiente familiar dito normal por algum motivo e o Código Civil Português (CCP) reúne uma série de regras que regulam a sociedade, abordando temas como a constituição e funcionamento das relações familiares e, por conseguinte, dos direitos declarados à criança (Lopes et al., 2017).

Após isto, surgiu a atual Lei 147/99, de 1 de setembro – Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP) que realiza a intervenção da atual Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ), quando não é possível uma intervenção adequada por parte das Entidades com Competência em Matéria de Infância e Juventude (ECMIJ) nas crianças e jovens em perigo (Lopes et al., 2017).

De acordo com o artigo 49.º da Lei Portuguesa de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo n.º 147/99 de 1 de setembro “a medida de acolhimento em instituição consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamento de acolhimento permanente e de uma equipa técnica que lhes garantam os cuidados adequados às suas necessidades e lhes proporcionem condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.” (*Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*, 1999).

As crianças apresentam um grupo social com direitos como qualquer outro grupo. Estas encontram-se numa etapa do desenvolvimento sensível e determinante para a organização de qualquer sociedade. Deste modo, todas elas apresentam direitos de provisão (direitos sociais – saúde, educação, segurança social, vida familiar, cultura, cuidados físicos e recreio), proteção (relativos à discriminação, exploração, abuso físico e sexual, injustiça e conflito) e participação (direitos civis e políticos – direito a ter uma identidade e um nome, a ser consultada e escutada, à liberdade de expressão, tomar decisões em seu benefício, etc.) (Fernandes, 2009).

Geralmente, as crianças institucionalizadas têm acesso a cuidados físicos (alimentação, higiene, tratamento de doenças) relativamente adequados, contudo, comparativamente aos cuidados emocionais oferecidos por estas instituições a situação já piora, pois o contato entre os adultos e as crianças não é tão afetivo como deveria ser. Para além disso, quando a institucionalização permanece por um longo período de tempo, a criança é obrigada a relacionar-se direta ou indiretamente com várias pessoas que assumem e dividem poder sobre ela (por ex.: técnicos, auxiliares, tutores e educadores) (Cavalcante, Magalhães & Pontes, 2007).

Segundo Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007), a permanência nestas institucionalizações, em conjunto com o padrão familiar, pode influenciar o estado de desenvolvimento da criança e contribuir para a propagação de doenças infetocontagiosas, estados depressivos, défices cognitivos e outras perturbações do desenvolvimento. Além disso, algumas destas crianças apresentam problemas de relacionamento com os seus pares, devido à disputa de objetos ou de poder.

6 Psicomotricidade

A psicomotricidade é a ciência que estuda o ser humano, a partir do seu corpo em movimento e em relação com o seu mundo interno e externo. Está relacionada com o conhecimento do movimento humano e com o seu processo de maturação, em que o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivo sociais e orgânicas, e é sustentada pelas relações e as influências recíprocas e sistêmicas, entre o psiquismo e o corpo, e, entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2005, 2010).

Segundo Fonseca (2001) a psicomotricidade tem como objetivo associar de forma dinâmica o pensamento ao ato, o gesto à palavra e as emoções às imagens e símbolos, ou seja, relacionar o corpo, o cérebro e os ecossistemas envolventes. O mesmo autor defende que a psicomotricidade não atua apenas na motricidade do indivíduo nem apenas na ludicidade, esta procura intervir na personalidade total, bem como nos conflitos, angustias, tensões, pulsões, ambivalências, fantasmas, sentimentos, projeções, transferências e defesa do indivíduo. Segundo o autor, a psicomotricidade pretende intervir na mente, no psiquismo e no imaginário através da mediatização e vivência afetivo-corporal (Fonseca, 2010).

De acordo com Ballouard (2008) a psicomotricidade foca a sua intervenção nas manifestações corporais e nos seus significados, permitindo assim, o estabelecimento de um diálogo corporal. É através da unificação do indivíduo que a psicomotricidade procura modificar a atitude da pessoa em relação ao seu corpo, num esforço para estabelecer, restaurar, manter e enriquecer as relações da pessoa com ela própria, com o outro e com o meio que a rodeia. A intervenção psicomotora oferece inúmeras possibilidades, desde a relaxação à harmonização de um corpo ferido, a qual pode ocorrer individualmente ou em grupo e abranger, sobretudo, perturbações designadas de perturbações psicomotoras ou, por outro lado, abranger indivíduos para os quais a abordagem do corpo parece ser a única possibilidade ou a melhor hipótese num momento específico.

A psicomotricidade utiliza uma intervenção de vertente relacional, onde a comunicação não verbal se torna um fator essencial na observação e interpretação da importância e significado das posturas, da respiração, das orientações, do ritmo, do contato corporal, do diálogo tónico, da distância interpessoal, das palavras e do olhar das crianças (Lapierre, 2002, cit in Almeida & Morais, 2008). É uma vertente funcional que

aborda vários fatores psicomotores que se relacionam uns com os outros: noção do corpo, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, estruturação espaço-temporal, praxia fina e praxia global (Fonseca, 2010). Todavia estas duas vertentes coexistem ao mesmo tempo, pois “não há nenhum movimento que não seja em interação com pessoas ou objetos, num espaço existencial sempre representativo, vivenciado pelo meio envolvente” (Onofre, 2004, p. 44).

Segundo Costa (2008) a intervenção psicomotora é centrada na criança, nos seus interesses e motivações, permitindo à criança estabelecer o seu espaço, ganhar confiança e segurança, apoderar-se dos objetos e materiais e despertar a sua curiosidade, criatividade e gesto espontâneo. Deste modo, esta terapia pode oferecer a estas crianças uma intervenção direcionada para uma dinâmica relacional, através do jogo livre, da espontaneidade e da criatividade, evoluindo gradualmente para uma construção do Eu-corporal, ou seja, para a criação da sua identificação e individuação promovendo, assim, a sua autonomia (Almeida & Morais, 2008; Maximiano, 2004).

Já Marta e Rodrigues (1994) mencionam que é através da atividade lúdica, do jogo, da expressão corporal, da relaxação, entre outras técnicas, que é estabelecida uma relação com o psicomotricista que, posteriormente, irá orientar a criança num processo terapêutico que vai de encontro ao equilíbrio do desenvolvimento desta

De acordo com Rodrigues (2005) a Psicomotricidade tem procurado responder a questões levantadas nas crianças como, por exemplo, o significado da descoordenação, do desajeitamento, da irrequietude, o facto de não saber identificar as partes do corpo, nem representar este corpo graficamente, não ser capaz de fechar ou olhos ou até mesmo equilibrar-se em cima de um banco. Ocorrendo, assim, a necessidade de estudar a expressão motora das crianças que apresentavam instabilidade motora e inibição motora na relação com os pares e o adulto.

7 Jogo espontâneo

De acordo com a população atendida considera-se pertinente utilizar o jogo espontâneo como metodologia de intervenção dos dois Estudos de Caso, realizando uma breve descrição acerca deste.

Segundo Lapierre & Aucouturier (2004) o desejo de todas as crianças é ser livre, poder fazer aquilo que quiser, sem ser criticada nem submetida aos desejos do adulto. Assim, deve ser dada à criança todas as possibilidades de liberdade para que esta se expresse sem quaisquer limitações. O adulto deverá estar à disposição da criança e não o contrário, promovendo a sua aprendizagem e o seu desenvolvimento com prazer e dinamismo.

Para tal a criança poderá usufruir em conjunto com o adulto do “brincar”, desfrutando da sua liberdade de criação, pois é através do brincar que a criança manifesta a sua criatividade e usufrui da sua personalidade integral, descobrindo o eu (*self*). Para além disso, o brincar facilita o crescimento e a própria saúde, favorece a comunicação e a criação de relações entre os pares (Winnicott, 1975). Para brincar é importante que a criança utilize a simbolização, pois é através desta ferramenta que a criança vai descobrir quem é, do que gosta e não gosta, quais as suas preferências, desejos e gostos e como pode expressá-los (Vicens, 2004).

O autor Vicens (2004) refere que a primeira forma de simbolização da criança que acontece é o jogo espontâneo. Nele a criança refaz as suas relações afetivas voltando a produzir os acontecimentos de uma forma imaginária, interpretando aquilo que significou para si e de que forma o afetou emocionalmente. Para tal é importante que o adulto respeite a criança e o seu jogo, intervindo para ajudar a exteriorizar a sua vida interna, caso a criança não consiga fazê-lo sozinha e ofereça contextos que provoquem emoções que esta controle menos, para poder vivenciá-las em segurança, proporcionada pelo jogo.

De acordo com Ferro (1995, cit in Almeida & Morais, 2008) é através do jogo espontâneo que as crianças podem dramatizar, comunicar, representar, descarregar as próprias fantasias inconscientes, elaborando e modelando a ansiedade e as angústias ligadas a essas fantasias. A criança aprende a distinguir o que está a acontecer no campo relacional, as suas defesas, as suas disfunções e as suas lacunas comunicativas. Para além disso, é importante que a criança tenha condições para se expressar, para arriscar, ser quem quiser, por exemplo, um rei, um pirata, um herói, para que, gradualmente, crie a sua identidade e aprenda a ser ela mesma, acreditando em si e nas suas capacidades (Rodrigues, 2005).

8 Coterapia e parceria pedagógica

Uma equipa multidisciplinar é constituída por profissionais de várias áreas e dentro desta equipa o conhecimento de cada um é complementar e fonte de riqueza. No entanto, quando isto não acontece existe o risco de haver uma limitação, apenas uma visão e um único pensamento. Deste modo, é importante manter uma boa relação com a equipa e aceitar, recusar e/ou negociar ajustes para que certos projetos possam ser realizados, promovendo assim um consenso coletivo que favorecerá a harmonização das práticas profissionais (Albaret, Giromini & Scialom, 2015).

A coterapia é uma prática especial de intervenção terapêutica em que dois terapeutas intervêm com um individuo ou vários indivíduos em simultâneo e no mesmo local (Roller & Nelson, 1991). Esta pode ser realizada por profissionais da mesma área ou não, podendo ocorrer um trabalho multidisciplinar. Neste caso, existe um cruzamento de conhecimentos e teorias que beneficiará a intervenção realizada (Albaret, Giromini & Scialom, 2015). Segundo Roller e Nelson (1991), a terapia com múltiplos terapeutas também é habitual, sendo realizadas diferentes terapias em diferentes momentos para o mesmo indivíduo.

Na coterapia é fundamental existir uma boa relação entre os terapeutas para que a intervenção seja fiável (Roller & Nelson, 1991). Estes devem desenvolver um clima que seja terapêutico e confortável para os participantes. Cada terapeuta deve escutar o outro e aceitar as suas críticas e interpretações, de modo a chegarem a um consenso (MacLennan, 1965). Ainda assim, cada terapeuta pode assumir um papel diferente no grupo, assumindo uma atitude mais ou menos distanciada, sendo que a coterapia facilita quando um indivíduo precisa de uma atenção especial (Albaret, Giromini & Scialom, 2015).

MacLennan (1965) refere que a coterapia tem sido frequente em programas de treino para dar a um formando/estagiário uma experiência grupal real, auxiliando-o a adquirir certas competências.

Para além da coterapia existe outra forma de trabalhar em multidisciplinaridade denominada de parceria pedagógica, utilizada essencialmente nas escolas, mas com possibilidades de ser alargada a outros contextos. Segundo Sanches (2011) a parceria pedagógica é a cooperação entre um professor titular e um professor de educação especial

e/ou outros técnicos, tais como terapeutas e assistentes operacionais. Esta cooperação entre os profissionais leva à reflexão, ao questionamento das práticas, a uma melhor compreensão dos erros de cada um, à investigação de respostas para diferentes situações, à utilização de novas estratégias e à sensação de consenso grupal, de partilha e de união entre equipas, contribuindo assim para o desenvolvimento das práticas profissionais (Sanches, 2011).

III. Organização das Atividades de Estágio

1 Descrição das Atividades

O Estágio Curricular na Associação “Chão dos Meninos” teve a duração de oito meses, sendo que decorreu desde o dia 2 de outubro de 2018 a 28 de junho de 2019. Durante este período foi acordado que realizasse sessões de intervenção psicomotora com crianças dos 0-3 anos em parceria com as auxiliares do Centro de Acolhimento Temporário I, sensibilizando-as para as diferentes etapas e domínios do desenvolvimento infantil e, mais tarde, em parceria com a estagiária de educação infantil durante o mês de março e abril, com uma periodicidade bissemanal; sessões com os dois Estudos de Caso com uma periodicidade maioritariamente bissemanal, em função das necessidades; um Guia de intervenções “Fortalecer Laços” com atividades pedagógicas para pais e filhos sobre as seguintes temáticas: brincar, educação ambiental, segurança infantil e promoção de bons tratos, nas várias faixas etárias do 0 aos 12 anos. E, por fim, sessões individuais com outras duas crianças do CAT-I, com uma periodicidade maioritariamente bissemanal. No total foram alvo da intervenção da estagiária 7 crianças com idades compreendidas entre os 11 meses e 10 anos.

Estava ainda previsto a realização de sessões de grupo semanais em coterapia com o Psicólogo da Associação “Chão dos Meninos”, todavia as mesmas não se realizaram devido à incompatibilidade horária. Além disso houve a possibilidade de realizar uma intervenção em meio aquático, contudo a mesma não se realizou devido à escassez de recursos humanos.

1.1 Horário Semanal

Ao longo do estágio tive um horário flexível, consoante os casos que tinha e as atividades a realizar. A Tabela 2 consiste no horário final da estagiária.

Tabela 2:
Horário semanal

Horas/Dias	Segunda feira	Terça feira	Quarta feira	Quinta feira
9h – 10h			Reunião de Planificação Semanal	Acompanhamento a Consulta de Terapia da Fala do C
10h – 11h		Sessão Grupo – E.	Sessão Grupo – E.	Sessão Grupo – E.
11h – 12h30		Caso II (C) + A e B	Caso II (C) + A e B	Caso II (C) + A e B
14h30 – 16h				Reunião de Equipa do CAT-I
16h – 17h	Sessão Individual – E. Caso I (J)	Sessão Individual – C	Sessão Individual – E	
17h – 18h				
18h – 19h	Sessão Individual – C	Sessão Individual – D	Sessão Individual – E. Caso I (J)	Sessão Individual – D

1.2 Calendarização das Atividades de Estágio

De seguida será apresentada, na Tabela 3, informação esquematizada acerca do desenvolvimento das diferentes etapas do estágio e das tarefas/atividades realizadas ao longo deste.

Tabela 3:

Cronograma das tarefas realizadas ao longo do estágio

Tarefa/Meses	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Março	Abril	Maió	Junho
Integração na Equipa	X	X							
Observação Psicomotora	X	X							
Avaliação Inicial		X	X	X					
Intervenção Individual			X	X	X	X	X	X	X
Intervenção em Grupo			X	X	X	X	X	X	X
Planificação Semanal	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões de Coordenação	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões Equipa CAT-I	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Reuniões Escolares	X			X				X	
Formações		X	X			X	X		
Acompanhamento de consultas		X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação Final									X

1.3 Atividades Complementares

Durante o período de estágio curricular, além das atividades delineadas inicialmente, a estagiária participou nas reuniões de equipa do CAT-I semanais, nas

reuniões de coordenação da Associação “Chão dos Meninos” mensais; nas reuniões de planificação semanais; nas reuniões escolares de início e final de período; nas supervisões de visitas; no acompanhamento de crianças a consultas de Terapia da Fala e Pediatria do Desenvolvimento; em formações e seminários; elaborou alguns relatórios em articulação com outras áreas de intervenção; e realizou intervenções em parceria com os serviços de Intervenção Precoce, Educação e Terapia da Fala, fora a intervenção com a equipa multidisciplinar da Associação “Chão dos Meninos”.

2 Intervenção Psicomotora

A Intervenção Psicomotora realizada durante o estágio na Associação “Chão dos Meninos”, com os dois Estudos de Caso em questão, seguiu uma metodologia centrada na criança e no seu contexto, focando não só as sessões que a estagiária tinha com estas, mas também no contexto em que estavam inseridas.

Relativamente ao Estudo de Caso I (João), a intervenção psicomotora seguiu uma metodologia baseada no jogo espontâneo e teve, ainda, como princípios básicos as intenções pedagógicas propostas por Onofre (2008). Assim, o João poderia escolher brincar aos médicos, polícias e ladrões ou aos bombeiros e, em simultâneo, organizar as suas brincadeiras no tempo e no espaço determinados, adquirindo a noção de si.

As sessões tiveram uma periodicidade bissemanal, ocorreram individualmente e na “sala das crianças” ou na “ludoteca” conforme a disponibilidade destas. Estava previsto, ainda, conforme planeado na fundamentação da intervenção, a colocação do João num grupo terapêutico, para que este começasse a olhar para as outras crianças e para as suas experiências e descobertas, nomeadamente diferentes das suas (Onofre, 2008). Todavia, o mesmo não aconteceu, pois, a intervenção psicomotora não tomou esse rumo, dado o curto período de intervenção (aproximadamente quatro meses).

Quanto à intervenção psicomotora realizada com o Estudo de Caso II (Catarina), esta seguiu uma metodologia baseada, maioritariamente, no jogo espontâneo e, também, em atividades semi-dirigidas, sobretudo nas sessões realizadas em parceria com a Equipa Local de Intervenção Precoce (IP), a mesma que realizou a avaliação inicial e detetou algumas dificuldades no desenvolvimento da criança. Deste modo, após a avaliação, a equipa de IP não só propôs a realização de uma intervenção com a criança, como a

presença da estagiária nas sessões, realçando o vínculo estabelecido um importante fator na execução das tarefas propostas (por ex.: puzzles, enfiamentos e soprar bolas de sabão).

Portanto, durante algum tempo as sessões tinham uma periodicidade trissemanal: uma sessão individual, uma sessão individual em parceria com a equipa de IP e uma sessão grupal. Este grupo era composto pela Catarina e mais duas crianças, a Ana com 11 meses e a Beatriz com 18 meses. As sessões em grupo apresentavam uma metodologia baseada no jogo espontâneo, sendo que as crianças eram livres de brincar com qualquer material presente na sala (puzzles, canetas, folhas, jogos de encaixe, bonecas, bolas, etc.), todavia como as salas apresentavam muita estimulação para estas crianças por norma colocava vários materiais numa caixa surpresa com um buraco na superfície, chamando assim a atenção para os brinquedos que lá estavam. Após retirarem os brinquedos as crianças escolhiam com quais brincar, tendo liberdade para explorar o espaço e escolher outros que não estivessem na caixa. Paralelamente, aquando a presença das auxiliares foi possível realizar algumas atividades dirigidas como, por exemplo, pintar com as mãos e os pés e fazer massa para brincar, todavia a assiduidade destas era condicionada pelas tarefas a realizar no dia a dia. Ainda assim, eram propostas algumas atividades para realizar com a Catarina durante o período em que estas estivessem disponíveis. Por exemplo, em consulta de oftalmologia foi proposto que a Catarina visualizasse algumas letras e identificasse as semelhantes, deste modo, a estagiária elaborou um jogo e colocou-o na parede da sala de convívio, para que sempre que as auxiliares pudessem executassem a atividade com a criança. Além disto, outras atividades e conselhos foram dados às auxiliares de serviço (por ex.: como incentivar a criança a comer sozinha ou a brincar).

Posteriormente, a equipa de IP entregou à estagiária uma lista com propostas de atividades para realizar com a Catarina e afirmou não ter disponibilidade para acompanhar a criança, apostando na estagiária de psicomotricidade para continuar a intervir com a criança. Assim, as sessões individuais passaram a ter uma periodicidade semanal e as sessões de grupo uma periodicidade bissemanal, após proposto em reunião de equipa aumentar a interação entre os pares, dado que a inserção da Catarina numa cresce ainda não era possível, por motivos externos à instituição. As sessões decorriam na “sala das crianças”, na “ludoteca” ou na “sala de convívio do CAT-I” e tiveram a duração de 45 minutos, porém a maioria das vezes prolongavam-se e a estagiária

permanecia com as crianças até à hora da sesta, auxiliando-as ao nível dos cuidados básicos e da autonomia pessoal

A meio da intervenção, com a chegada de uma estagiária de educação infantil foi proposto a realização de sessões em coterapia com as três crianças pertencentes ao grupo terapêutico da estagiária de psicomotricidade. Durante algum tempo a periodicidade das sessões mantiveram-se, mas posteriormente, em reunião de equipa foi sugerido realizar apenas intervenção em grupo. Esta decisão coincidiu com a reavaliação do desenvolvimento da Catarina, que apresentou resultados dentro e acima do esperado para a sua faixa etária, ao contrário da avaliação realizada inicialmente. Desta forma, poderia generalizar com outras crianças, as competências assimiladas nas sessões individuais.

Após 2 meses terminou o estágio da colega de Educação Infantil e a estagiária de psicomotricidade continuou a ter sessões de grupo até final de junho. Por último, como a equipa de IP só iria fazer nova avaliação à Catarina em outubro de 2018, contabilizou-se como avaliação final a avaliação realizada a meio da intervenção psicomotora da estagiária.

Ambas as salas, “sala das crianças” e “ludoteca”, apresentam um espaço acolhedor e com brinquedos diversificados, sendo que a primeira possui uma mesa pequena, duas cadeiras, um tapete, dois bancos, uma tenda, uma casa de fantoches, duas bolas grandes, um espelho, dois baús com mascaras, chapéus, sapatos, etc., uma caixa de areia e uma estante com brinquedos (utensílios de cozinha, bonecos, plasticina, espadas de esponja, instrumentos musicais, carris de madeira e comboios, legos, carros, camiões e tratores, etc.); e a segunda possui uma mesa redonda para crianças e uma mesa redonda para adultos, uma estante com jogos, livros, plasticina, barro, tintas, lápis, canetas e cartolinas, bolas de diferentes tamanhos e texturas, arcos, bastões, tapetes de encaixe, jogos de encaixe, cubos e legos, bonecos e peluches, quadro de brincar, instrumentos musicais (piano, xilofone, flauta, maracas, tambor, etc.), entre outros. Por fim, a “sala de convívio do CAT-I” que, apesar de não ser tão acolhedora devido à sua grande dimensão está estruturada de modo a oferecer conforto, apresenta uma estante com brinquedos (legos, bonecos, carros, livros, etc.), uma cozinha de brincar onde estão alguns móveis eletrodomésticos de brincar (fugão, forno, mesa, etc.), um canto com dois sofás de criança e dois poufs pequenos e, por fim, a sala possui três sofás, uma mesa grande com cadeiras e uma televisão, pois, para além de sala de convívio é também a sala de jantar das crianças.

2.1 Etapas de Intervenção

O período de estágio teve por base quatro etapas de intervenção fundamentais: observação informal, avaliação inicial, intervenção psicomotora e avaliação final, respetivamente.

Inicialmente, a estagiária começou por estabelecer o primeiro contato com as crianças, observando-as em contexto de CAT e participando em algumas das suas brincadeiras. E, em novembro, iniciou a Intervenção Psicomotora com o Estudo de Caso II, individual e em grupo, dado que a equipa de IP tinha aplicado a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição (SGS-II) a 9/10/2017. Além disso, aplicou-se o instrumento de avaliação Currículo Carolina como avaliação informal ao Estudo de Caso II e como avaliação formal às restantes duas crianças que fazem parte da intervenção em grupo, de modo a recolher informação acerca do seu desenvolvimento.

Posteriormente, em dezembro, deu-se início às avaliações iniciais formais, sendo que já tinham sido realizadas as avaliações informais (anamneses e grelhas de observação) de cada criança. Geralmente, o preenchimento da anamnese é realizado aos pais ou aos cuidadores, através de uma entrevista com um diálogo direcionado, de forma a retirar a informação mais pertinente acerca da criança. Contudo, este processo não foi realizado devido ao contexto em que as crianças estão inseridas, razão pela qual o preenchimento se realizou através da recolha de dados que se encontravam registados nos processos das crianças e de informações recolhidas aos técnicos e auxiliares do CAT.

A estagiária aplicou os seguintes instrumentos de avaliação: Desenho de uma pessoa (DAP), Bateria de avaliação do movimento para crianças – 2ª edição (MABC-2) e Teste de Desenvolvimento de Integração Visuo-Motora (VMI) a todas as crianças, com idades compreendidas entre os 5 e 10 anos, de modo a compreender, juntamente com as informações recolhidas, quais as áreas mais fragilizadas de cada uma das crianças e suas implicações no respetivo contexto. E, seguidamente, reuniu-se com a equipa multidisciplinar do CAT-I e chegou-se a um acordo relativamente às crianças que seriam alvo de intervenção psicomotora, ajustando assim o horário e a periodicidade das sessões. Após delinear um projeto terapêutico para cada criança realizou-se nova reunião com a equipa, para se chegar a um consenso acerca das as intervenções que estavam a ser realizadas e só depois se deu início à intervenção psicomotora.

Após o término das sessões de psicomotricidade, realizaram-se as avaliações finais das crianças alvo de intervenção psicomotora e realizou-se uma análise comparativa dos resultados iniciais e finais.

2.2 Instrumentos de Avaliação

2.2.1 Avaliação Informal

2.2.1.1 Grelha de Observação Psicomotora

A Grelha de Observação Psicomotora de Costa (2008) destina-se à observação e registo de comportamentos da criança. Esta pode ser preenchida após a observação da criança em vários momentos e contextos.

Durante o período de observação agiu-se com a criança de forma espontânea, criativa e imaginativa, colocando de lado qualquer tarefa instrumental baseada no sucesso ou insucesso da criança. Deste modo, observou-se de forma informal alguns fatores psicomotores como noção do corpo, lateralidade, equilíbrio, tonicidade, estruturação espaço-temporal e outros aspetos importantes acerca da interação social, qualidade do gesto, linguagem, pensamento simbólico, entre outros (Costa, 2008).

2.2.2. Avaliação Informal

2.2.2.1 DAP

O Desenho de uma pessoa (Draw a Person – DAP) de Naglieri (1988), traduzido e adaptado pelo Núcleo de Estudos e Observação de Psicomotricidade (NEOPRAXIS) da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), tendo a colaboração de Nuno Cabral e Catarina Helena Sousa, é um instrumento de avaliação cognitiva utilizado para testar crianças e adolescentes, nomeadamente dos 5 aos 17 anos, através do desenho da figura humana. Este é um instrumento de avaliação com uma pontuação objetiva, eficiente e fiável e tem como finalidade a obtenção de uma aproximação do nível desenvolvimento cognitivo, sendo que os resultados obtidos não dependem da coordenação motora, nem da capacidade artística da criança ou jovem. É utilizado como medida adicional e complementar ao nível de desenvolvimento intelectual, mais particularmente sobre o nível de integração cognitiva da imagem do próprio corpo. Este deve ser utilizado com o objetivo de completar o perfil da criança (Naglieri, 1988).

O DAP consiste na realização de três desenhos: “Homem”, “Mulher” e “O próprio”, com o tempo máximo de cinco minutos para cada. Para efetuar a cotação precisamos ter em conta quatro categorias: presença, proporção, detalhe e bônus, para cada um dos 14 parâmetros do desenho (12 partes do corpo, ligações de diferentes partes do corpo e vestuário), em que cada categoria faz corresponder um ponto ao resultado final. Para cada desenho existem 64 itens, ou seja, o resultado máximo de cada um é de 64 e no total o resultado é de 192. Posteriormente, após a cotação são obtidos os valores brutos correspondentes a cada um dos desenhos e o resultado total que é convertido num valor padronizado e num percentil através da consulta de tabelas normativas, classificando a aptidão como “muito superior”, “superior”, “superior à média”, “na média”, “inferior à média”, “no limite” ou “deficiente”. No entanto, não devemos utilizar a classificação obtida por este instrumento como uma forma de diagnóstico válido, mas sim como forma de compreender o desempenho da criança (Naglieri, 1988).

2.2.2.2 MABC-2

A Bateria de Avaliação do Movimento para crianças - 2 (*Movement Assessment Battery for Children 2nd Edition – Movement ABC-2*) de Henderson, Sugden & Barnett, (2007), traduzido e validado para a população portuguesa por Matias, Martins e Vasconcelos (2011) permite avaliar as competências das crianças com idades compreendidas entre os 3 e 17 anos e é composto por três bandas: a banda I dos 3:0 aos 6:11 anos, a banda II dos 7:0 aos 10:11 anos e a banda III dos 11:00 aos 16:11 anos.

A sua aplicação dura entre 20 a 40 minutos e cada banda envolve uma série de tarefas motoras finas e globais, sendo que na presente avaliação apenas foram utilizadas as bandas I e II. As três bandas têm as mesmas categorias de tarefas (destreza manual, atirar e agarrar e equilíbrio), mas em cada banda as tarefas são ajustadas às idades.

Após avaliado o desempenho das crianças o resultado total é convertido num valor padronizado e num percentil através da consulta de tabelas normativas. Além disso, o MABC-2 permite-nos interpretar a pontuação através de um “sistema semáforo” dividido em três zonas (Henderson, Sugden & Barnett, 2007; Matias, Martins & Vasconcelos, 2011):

- Zona verde (percentil ≤ 5) – normal para a sua faixa etária;

- Zona amarela (percentis entre 6 e 15) – em risco, requer maior análise e monitorização;
- Zona vermelha (percentil ≥ 16) – muito possivelmente tem um problema motor sério.

2.2.2.3 VMI

O Teste de Desenvolvimento de Integração Visuo-Motora (*The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration – Beery VMI*) de Beery, Buktenica e Beery (2010) permite avaliar a maturação da integração visuo-motora do indivíduo e é composto por duas versões, a versão reduzida (composta por 21 itens e destinada a crianças entre os 2 e os 7 anos de idade) e a versão longa (constituída por 30 itens) que pode ser aplicada até aos 100 anos de idade, sendo que na presente avaliação foi aplicada a versão reduzida, traduzida para a população portuguesa por Ferreira (2016). A sua aplicação requer entre 10 a 15 minutos e é constituído por três testes:

1. Integração visuo-motora (IVM): consiste em copiar formas geométricas, as quais vão aumentando a complexidade (máximo: 21 pontos);
2. Perceção visual (PV): reconhecer a figura correta a partir de um exemplo entre outras compatíveis (máximo: 30 pontos);
3. Coordenação motora (CM): controlar os movimentos dos dedos e da mão de forma a desenhar dentro de uma área delimitada (máximo: 30 pontos).

Após avaliado o desempenho das crianças e realizadas as cotações, os resultados são convertidos num valor padronizado e num percentil através da consulta de tabelas normativas.

2.2.2.4 Currículo Carolina

O Currículo Carolina (*Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs – CCITSN*) de Johnson-Martin, Attermeier e Hacker (2004), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Machado e Rocha (2005) permite avaliar bebés e crianças com necessidades especiais, sendo possível a sua aplicação a qualquer criança independentemente do seu nível de desenvolvimento. Este destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos (0-24 meses; 2-5 anos) e encontra-se dividido em 24 sequências pedagógicas que abrangem cinco áreas do desenvolvimento: cognição,

comunicação, pessoal e social, motricidade fina e motricidade global. A duração de aplicação deste é variável, sendo imprescindível a preparação de uma sala e dos materiais para facilitar a observação e a avaliação da criança (Machado & Rocha, 2005).

Para além de duas tabelas de observação para as idades compreendidas entre os 0 e 24 meses e os 2 e os 5 anos, este apresenta ainda duas tabelas de Evolução do Desenvolvimento para facilitar a compreensão do perfil de desenvolvimento da criança (Machado & Rocha, 2005).

2.2.2.5 SGS-II

A Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição (*Schedule of Growing Skills – SGS-II*) de Bellman, Lingam & Aukett (1996), traduzida e adaptada para português por Bellman, Lingam & Aukett (2012), avalia o desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos e permite-nos identificar de forma fiável, simples e prática o nível de desenvolvimento da criança em dez áreas de competência (controlo postural passivo, controlo postural ativo, competências locomotoras, competências manipulativas, competências visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognição).

. A SGS-II possui uma folha de registo que pode ser utilizada em quatro momentos de avaliação distintos facilitando, assim, a supervisão da evolução do desenvolvimento da criança ao longo do tempo. A sua aplicação pode durar, aproximadamente, entre 20 a 30 minutos e a folha de perfil presente permite visualizar de forma rápida e fácil o perfil obtido em cada área, comparando a idade de desenvolvimento com a idade cronológica, realçando as áreas que estão acima, dentro e abaixo do esperado para a sua faixa etária (Bellman, Lingam & Aukett, 1996).

3 **Intervenção psicomotora dos casos individuais e de grupo**

No presente estágio curricular foram avaliadas pela estagiária 12 crianças, sendo que apenas 3 crianças foram alvo de intervenção psicomotora individual, à exceção dos Estudos de Caso. Estas tinham idades compreendidas entre os 5 e 10 anos e foram encaminhadas para a Associação “Chão dos Meninos” por negligência e abuso sexual, como se pode verificar na descrição detalhada do Anexo I.

Durante o período de estágio curricular foram, também, alvo de intervenção psicomotora em grupo três crianças com idades compreendidas entre os 11 meses e os 24 meses, vítimas de negligência por parte dos pais. Todavia, apenas serão evidenciadas na descrição detalhada do Anexo II duas das três crianças, dado que uma delas é o Estudo de Caso II.

Em suma foram avaliadas 12 crianças, 7 foram alvo de intervenção individual e/ou em grupo, com uma periodicidade de sessões semanal e/ou bissemanal e em média foram realizadas 25 sessões individuais (Tabela 4) e 35 de grupo.

Tabela 4:

Número de sessões individuais dos casos intervencionados

Crianças	C	D	EC I	EC II	E
Nº Sessões	42	32	27	16	7

IV. Estudo de Caso I

1 Identificação

O João (nome fictício) é hoje uma criança com sete anos. Aos 5 anos e 6 meses de idade, encontrava-se o João no Jardim de Infância, foi encaminhado para observação clínica (ou perícia médico-legal) por se encontrar a sangrar muito do ânus. Da observação realizada surgiu a suspeita de abuso sexual intrafamiliar. Como medida de acautelar o afastamento do perigo, o João foi então encaminhado para o Centro de Acolhimento Residencial “O COEIRO”. Dadas as circunstâncias, procedeu-se ao acompanhamento psicológico da criança, com vista a atenuação de traumas existentes no decorrer do qual e após alguns exames, foi levantada a suspeita de que os possíveis agressores seriam os pais e o tio paterno desta criança.

Passados 5 meses em acolhimento residencial, procedeu-se à medida de promoção e proteção de apoio junto de outros familiares e o João passou a residir na casa dos tios maternos, juntamente com o primo mais novo. Contudo, algumas brincadeiras e comportamentos de índole sexual e inapropriados para com o seu primo (por ex.: colocar objetos no ânus do primo) e os relatos mais pormenorizados dos episódios ocorridos

anteriormente durante a vivência com os agressores, levaram os tios a admitirem não terem capacidades para cuidar adequadamente do sobrinho. Assim, a Equipe Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais (EMAT) sugeriu um novo acolhimento e a equipa de gestão de vagas da segurança social decidiu que o João passaria a residir na Associação “Chão dos Meninos”. Atualmente o João reside nesta Associação, onde está desde os 6 anos e 9 meses de idade.

Exposta a situação que levou ao acolhimento temporário do João, importa salientar que, como acontece em muitas instituições semelhantes, não existe muita informação acerca da história familiar e clínica da criança, nem do desenvolvimento psicomotor (por ex.: aquisição dos padrões de desenvolvimento). Desta forma, toda a informação recolhida foi facultada pelos técnicos e auxiliares e através da leitura do processo da criança.

O João não tem irmãos e a única família com quem continua a estabelecer contatos é os tios maternos e o primo, os quais raramente o visitam. É independente nas atividades de vida diária, tem um quarto só para si e obedece facilmente aos adultos cumprindo as regras com frequência. No início do acolhimento, a criança apresentou alguns episódios de enurese, contudo os mesmos não se repetiram até à data.

Frequenta o primeiro ano de escolaridade e, segundo os relatos da professora, é uma criança participativa e cumpridora de regras. Este adere a todas as atividades, contudo, no decorrer das mesmas perde o interesse, distrai-se facilmente e leva muito tempo até terminar. Além disso, o João não mostra investimento na apresentação dos seus trabalhos.

Apresenta uma boa relação com os colegas e, geralmente faz amigos com facilidade, preferencialmente crianças do mesmo género, mais novas e com alguma fragilidade (por ex.: tímidas e inseguras). Além disso, o João adapta-se bem a diferentes contextos, reage bem a estranhos, coopera com os outros sempre que possível mostrando-se solidário e apresenta maioritariamente, um comportamento tranquilo, ainda que alguns comportamentos indiquem ansiedade.

Relativamente ao desenvolvimento do João, é uma criança aparentemente dentro dos parâmetros normais de desenvolvimento para a sua idade, com algumas dificuldades visíveis na motricidade fina (por ex.: pega inadequada do lápis). Este apresenta algumas

dificuldades em acompanhar a matéria lecionada, dado a falta de atenção/concentração.

Por último, a criança é acompanhada pelo psicólogo da Associação “Chão dos Meninos”, que aborda questões relativas ao acolhimento, concentração e atenção e pela animadora socio cultural, que aborda questões sociais em grupo. O João não beneficia de mais apoios para além dos referidos anteriormente, no entanto, a professora titular refere que seria importante haver um acompanhamento mais individualizado na escola.

2 Resultados da avaliação inicial

2.1 Avaliação informal

2.1.1 Grelha de Observação Psicomotora

Relativamente à observação psicomotora realizada, o João apresenta um desenvolvimento estado-ponderal sem alterações, uma aparência física cuidada e contato interativo com os adultos e os pares. Este apresenta interesses de acordo com os contextos factuais lógicos e com atributo simbólico, uma noção do esquema corporal desadequada e uma impressão da imagem corporal inferior ao escalão etário.

O João demonstra uma qualidade do gesto desadequada, uma intenção do movimento não planeada e uma resposta aos estímulos motores precipitada (por ex.: ao jogar à bola). Este apresenta uma regulação do esforço desadequada, dado que atinge o objetivo com muito esforço. Além disso, a criança apresenta um corpo desajeitado e hipotónico e sincinesias bocais, nomeadamente linguais, aquando a realização de tarefas que impliquem movimentos mais finos.

Em relação à sua lateralidade, esta está bem definida havendo uma preferência pela mão direita. A criança reconhece a direita e a esquerda em si, mas por vezes confunde no outro. O seu equilíbrio, tanto estático como dinâmico, apresenta muitas oscilações, observando-se algum descontrolo corporal. A sua perceção visual é imatura, todavia a sua perceção auditiva é adequada. O João apresenta ainda uma orientação espacial desorganizada e uma coordenação óculo-manual e óculo-pedal insuficiente.

No que diz respeito à interação com os adultos este reconhece e aceita as diferenças e hierarquias, por outro lado, na interação com os pares mostra-se demasiado ativo e tenta comandar a brincadeira, não oferecendo aos outros a possibilidade de se expressarem,

sendo algumas vezes excluído no grupo. Este tem preferências, tais como: brincar aos policiais e ladrões, aos médicos, aos bombeiros, com carros e andar de bicicleta; coopera e é solidário com os outros, ajudando-os sempre que necessário; e apresenta uma competitividade moderada.

Quanto à interação com os materiais, o João apresenta uma harmonia concordante na relação e assertiva com qualidade para melhorar, uma utilização dos materiais adequada, de acordo com o valor simbólico (por ex.: utilizar uma caneta para escrever) ou com o valor atribuído na situação (por ex.: utilizar uma caneta para fingir que é uma seringa para dar uma vacina). Demonstra interesse pelo outro para o exercício de domínio e, por vezes, a sua atenção é reduzida. Antecipa a sua intenção, contudo esta é desistente, ou seja, a criança deseja fazer aquela atividade, mas desde logo afirma não ter capacidades para a executar.

Por fim, o João apresenta uma linguagem recetiva e expressiva e uma voz adequadas; um olhar, sorriso, expressão facial, postura e gesticulação adequadas e de acordo com a emoção e o discurso; uma expressão dos afetos apropriada; e um pensamento simbólico consistente.

2.2 Avaliação formal

A avaliação realizada à criança decorreu nos dias 16/11/2017 e 20/12/2017 na Associação “Chão dos Meninos”, com duração média de 90 minutos no total. Primeiro foram aplicados os instrumentos de avaliação DAP e MABC-2 e, posteriormente, o VMI. Esta avaliação permitiu a recolha de dados do desenvolvimento da criança com o propósito de possibilitar os apoios necessários para esta.

2.2.1 DAP

Durante a realização do DAP, o João demonstrou algum desinteresse em realizar os três desenhos, executando-os rapidamente e com indiferença. Todavia, é importante realçar que a sua reação foi de surpresa relativamente ao pedido para desenhar-se a si e, inclusive, referiu que não sabia desenhar-se.

Os desenhos do “Homem” e da “Mulher” diferiram um pouco do desenho de “O próprio”, sendo que este último não estava preenchido, ou seja, não apresentava qualquer

tipo de vestuário. Por outro lado, o sombreado presente nos dois primeiros desenhos também podem indicar agressividade, dada a expressão de raiva e a força com que a criança pegou no lápis e riscou o corpo das figuras (Bédard, 2000; Lopes, 2008).

No geral, todos os desenhos foram realizados na parte de cima da folha, o que poderá representar o intelecto, a criatividade, a imaginação e curiosidade de novas descobertas, e com muita pressão no lápis, o que pode indicar alguma agressividade (Bédard, 2000; Lopes, 2008). Além disso, nenhuma das figuras desenhada apresenta braços e as três apresentam um tamanho pequeno relativamente ao espaço da folha, o que pode estar relacionado com a sua baixa autoestima e/ou com a importância que estas figuras têm na sua vida (Bédard, 2000; Lopes, 2008).

O valor padronizado total obtido na prova do João foi de 62, que corresponde a um percentil 1 e a uma classificação “deficiente”, o que revela resultados a baixo da média comparativamente ao esperado para a sua faixa etária, como podemos verificar na Tabela 5.

Tabela 5:

Resumo da pontuação da avaliação inicial do DAP

Desenho	Valores Brutos	Valores Padronizados	Percentil
Homem (H)	17	69	2
Mulher (M)	19	73	4
O próprio (P)	11	59	1
Totais (H + M + P)	47	62	1
Classificação:		“Deficiente”	

2.2.2 MABC-2

Ao longo da aplicação da banda II do MABC-2, o João demonstrou-se muito agitado, distraído, confiante de que era capaz de realizar todas as tarefas, utilizando inclusive a palavra “fácil” no início de uma nova tarefa. Revelou-se muito comunicativo e criativo, levando sempre a avaliação para o jogo simbólico. Para além disso, o João movia-se constantemente de um lado para o outro e queria começar as tarefas antes da instrução, apresentando-se impaciente e impulsivo.

O João iniciou a prova com as tarefas referente à destreza manual, onde demonstrou uma postura adequada na posição sentada, apesar de ter mantido a cara a uma

distância demasiado próxima da tarefa. Conseguiu realizar a tarefa 1 (colocar pinos) corretamente, contudo, tanto na mão preferida como na mão não preferida apresentou uma falha, nomeadamente o uso das duas mãos na primeira e a colocação de dois pinos em simultâneo na segunda. Na tarefa 2 (enfiar cordão), a criança realizou a tarefa adequadamente, ainda que na primeira tentativa tenha trocado o fio de uma mão para a outra, mostrando alguns movimentos desajeitados das mãos. Por último, na tarefa 3 (delinear percurso da bicicleta), o João pegou na caneta de forma imatura, segurando-a em pinça com utilização dos cinco dedos, com o instrumento escritor entre o dedo indicador e o dedo mindinho, suporte do dedo anelar e oponência do dedo polegar. Todavia segurou o papel com firmeza e com a mão de apoio (esquerda) e ainda que estivesse muito agitado e os seus movimentos fossem pequenos e desajeitados conseguiu concluir a tarefa. Paralelamente, a criança apresentou algumas sincinésias bocais, nomeadamente linguais, e uma preferência pela mão direita, mostrando uma lateralidade bem definida.

No domínio referente às atividades de atirar e agarrar, a criança demonstrou algumas dificuldades. Na tarefa 1 (agarrar com as duas mãos), o João não se ajustou à altura, à direção e à força do ressalto, não olhando muitas vezes para a trajetória da bola e não elevando os braços simetricamente para a agarrar, apanhando a bola com o corpo. Na tarefa 2 (atirar o saco de feijões para o tapete), a criança demonstrou um equilíbrio pobre durante o lançamento, distraiu-se facilmente, soltou o saco de feijões demasiado cedo e o controlo da direção e da força foi variável. Paralelamente, nesta tarefa o João entrou no jogo simbólico, o que fez com a aplicação do instrumento demorasse mais tempo e a criança se encontrasse mais distraída. O jogo consistia em imaginar lava por todo o chão e apenas podíamos pisar os tapetes ou agarrar-nos aos muros (cadeiras) para passar de um tapete para o outro, senão poderíamos morrer.

Relativamente ao teste referente ao equilíbrio, na tarefa 1 (equilibrar-se sobre uma placa), o João demonstrou grandes dificuldades, realizando movimentos exagerados dos braços e do tronco acabando por desequilibrar-se, não conseguindo realizar a tarefa com nenhum das pernas. Na tarefa 2 (caminhar em calcanhar-pontas para a frente), a criança apresentou oscilações exageradas para tentar manter o equilíbrio, realizando movimentos exagerados dos braços e do tronco, acabando por desequilibrar-se e deixar espaços entre uma passada e outra. Deste modo, não conseguiu realizar as 15 passadas mínimas

necessárias para completar a tarefa com sucesso. Na tarefa 3 (saltos ao pé coxinho no colchão), o João demonstrou um corpo hipotónico e desajeitado e falta de coordenação dos movimentos para a frente e para cima, não realizando a tarefa com a perna não preferida (esquerda).

A criança apresentou um resultado bruto dos testes de 3, o que corresponde a um percentil de 1, cujo os resultados se encontram ilustrados na Figura 5.

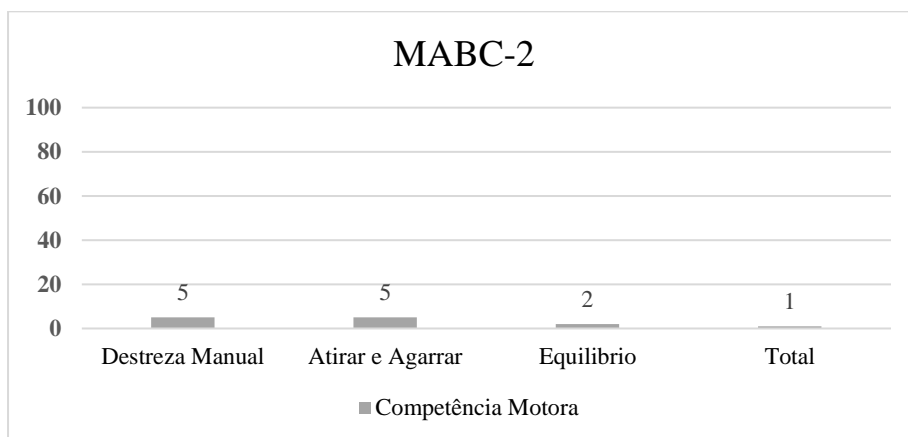


Figura 5. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial do MABC-2

De acordo com o sistema semáforo do instrumento usado, o João apresenta-se na zona vermelha, com notórias dificuldades no movimento.

2.2.3 VMI

Ao longo da aplicação dos três testes do VMI, o João demonstrou uma postura adequada e não revelou quaisquer sinais de cansaço. No primeiro teste (IVM), a criança obteve um percentil de 21, o que corresponde a uma classificação abaixo da média, sendo visíveis maiores dificuldades a partir do item 17.

No segundo teste (PV), o João obteve um percentil de 14, o que corresponde a uma classificação abaixo da média, sendo que em 30 pontos a criança obteve um total de 16 pontos. Para além disto, foram visíveis algumas dificuldades a partir do item 11, por exemplo, quando questionado a cerca da sua resposta ao item 14 (um “x”), a criança afirmou que a sua resposta estava correta (um “+”).

Por último, no terceiro teste (CM), a criança obteve um percentil de 10, o que corresponde a uma classificação abaixo da média, sendo que em 30 pontos obteve um total de 15 pontos. Durante a prova, o João demonstrou algumas dúvidas relativamente ao modo como se executavam as figuras geométricas sem qualquer tipo de pontos para ligar (itens 22 a 30), não produzindo nenhum dos itens como esperado.

No geral, o João obteve uma prestação abaixo da média comparativamente ao esperado para a sua faixa etária, como se verifica na Figura 6.

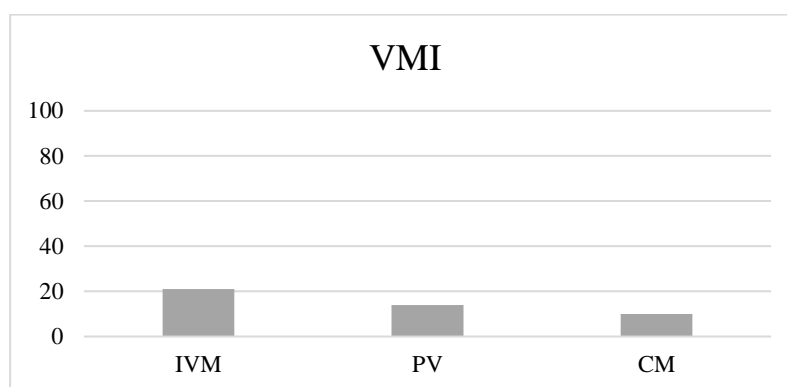


Figura 6. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial do VMI

3 Elementos critério

Os elementos critério estabeleceram-se a partir da análise da informação recolhida (identificação) e dos resultados das avaliações iniciais realizadas, facilitando a elaboração e a compreensão da caracterização do João.

- Baixa autoestima;
- Hipotonicidade generalizada;
- Descontrolo corporal;
- Comportamentos desajustados;
- Dificuldades psicomotoras;
- Dificuldades de aprendizagem;
- Linguagem expressiva e vocabulário apropriados.

4 Hipóteses explicativas

A partir da análise da informação recolhida e dos resultados das avaliações iniciais realizadas foi possível elaborar hipóteses explicativas para o estado atual da criança, em conjunto com uma revisão da literatura.

Nos últimos anos, a temática dos maus tratos tem sido abordada em inúmeros estudos. Os maus-tratos podem revelar-se sob a forma de maus-tratos físicos, de maus-tratos psicológicos e de abusos sexuais, sendo que a mais conhecida é a violência física (Karli, 2002). Relativamente ao abuso sexual, segundo Strecht (1998), a criança poderá adquirir uma capacidade de reparação e um papel de proteção em relação às outras crianças com as quais se identifica. Isto pode comprovar-se no caso do João, pois, este é uma criança meiga, gosta de ajudar os outros e mantém uma boa relação com os colegas. Para além disso, apresenta preferência por amizades com crianças mais novas, do mesmo género e, normalmente, com alguma fragilidade associada.

A criança vítima de abuso sexual, também, poderá repetir a situação traumática compulsivamente, numa condição de externalização do mesmo cenário perverso (Strecht, 1998). Florentino (2015) refere, ainda, que é natural que estas crianças apresentem um comportamento sexual inadequado, podendo vir a realizar brincadeiras de caráter sexual com bonecas, introduzir objetos ou dedos no ânus ou na vagina. De acordo com dados recolhidos, já houve pelo menos um cenário de repetição, em que o João realizou brincadeiras de caráter sexual com o primo.

Strecht (1998) refere que um indivíduo que tenha sofrido de abuso sexual pode passar de abusado a abusador, identificando-se com o agressor e expulsando o sofrimento a que esteve sujeito. No caso do João, as brincadeiras sexuais referidas anteriormente podem contribuir para uma evolução neste sentido, em que a criança passa de abusado a abusador.

Geralmente, estes sujeitos podem apresentar sentimentos de desconfiança, insegurança e medo, receando que a experiência se repita ou que ocorram outras situações que não estão relacionadas com abuso (Sgroi, Porter & Blick, 1982; Finkelhor & Browe, 1986, cit in Fávero, 2003), o que se pode verificar no caso do João, quando este receia que alguém lhe toque com intenções de o magoar ou quando desconfia de alguém ou do que lhe foi dito.

Em concordância com os resultados apresentados no estudo realizado por Sousa e Cruz (2016), as crianças maltratadas e não maltratadas apresentam uma tendência para representar as figuras parentais de forma idêntica, sendo os seus relatos influenciados pelas representações e pelos mecanismos de regulação emocional. Geralmente, nas brincadeiras do João, as personagens representadas por si são más, autoritárias e apresentam um tom de voz grave, sendo uma possível representação da figura parental.

De acordo com Sánchez (1995), a crianças vítimas de abuso sexual podem apresentar baixa autoestima. Ainda assim, no caso do João este apresenta alguns períodos de elevada autoestima, sobrevalorizando-se e referindo que as tarefas são fáceis e que ele consegue realizá-las facilmente e outros períodos de baixa autoestima, que refere não ser capaz de realizar as tarefas e que os resultados vão ser maus.

As dificuldades de aprendizagem e a falta de concentração podem ser dois dos efeitos provocados nestas crianças (Amazarray & Koller, 1998; Sánchez, 1995), o que se pode verificar no caso do João, dado as dificuldades que este apresenta na escola.

5 Perfil intra-individual

As áreas fortes e a melhorar, apresentadas na Tabela 6, foram seleccionadas a partir dos resultados obtidos nas avaliações iniciais, mas também de acordo com a revisão de literatura.

Tabela 6:

Perfil intra-individual

Áreas fortes	Áreas a melhorar
<ul style="list-style-type: none">• Comunicação verbal• Interação entre os pares• Autonomia	<ul style="list-style-type: none">• Equilíbrio• Tonicidade• Motricidade fina• Motricidade global• Noção do corpo• Autoestima• Estruturação espaço-temporal• Atenção• Perceção visual

6 Objetivos Terapêuticos

De seguida serão apresentados, na Tabela 7, os objetivos gerais e específicos estipulados após a análise dos resultados iniciais e do perfil intra-individual da criança.

Tabela 7:

Objetivos Terapêuticos

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Melhorar a regulação da tonicidade	- Consciencializar os estados de tensão e descontração, ao nível membros superiores, inferiores.
Melhorar o equilíbrio	- Desenvolver o equilíbrio estático; - Desenvolver o equilíbrio dinâmico.
Melhorar a noção do corpo	- Melhorar a consciencialização da sua imagem corporal; - Melhorar a consciencialização do seu esquema corporal; - Aperfeiçoar o desenho do seu próprio corpo e do corpo do outro; - Aperfeiçoar a representação gráfica do corpo através de diferentes materiais (giz, marcadores, papel de cenário, etc.).
Melhorar a estruturação espaço-temporal	- Reconhecer a posição relativa das diferentes partes do corpo; - Reconhecer a posição relativa dos membros através do espelho; - Estimular a perceção do seu corpo e dos objetos no espaço e no tempo; - Desenvolver a orientação espacial na ausência do sentido da visão.
Promover a motricidade global	- Desenvolver a coordenação óculo-manual; - Desenvolver a coordenação óculo-pedal; - Controlar e ajustar os movimentos corporais.
Promover a motricidade fina	- Aperfeiçoar os enfiamentos de peças de pequena dimensão; - Aperfeiçoar a precisão do traçado; - Desenvolver a pega trípole.
Melhorar a atenção^{a)}	- Desenvolver a capacidade de concentração visual e auditiva; - Manter a atenção durante a realização das tarefas, excluindo estímulos não relacionados; - Estimular a atenção para as instruções dadas ao longo da sessão.
Estimular a memória	- Desenvolver a memória a longo prazo; - Refletir sobre a sessão anterior.
Melhorar a perceção visual	- Estimular a discriminação visual de símbolos e letras
Melhorar a motivação^{a)}	- Promover o interesse pela realização das tarefas; - Promover a finalização das tarefas.
Melhorar a autoestima^{a)}	- Aumentar a segurança em si mesmo.
Estimular a comunicação^{a)}	- Promover a comunicação verbal; - Promover a comunicação não-verbal.

	- Compreender qual a atividade que mais gostou e porque; - Compreender qual a atividade que menos gostou e porque.
Promover a interação com o outro^{a)}	- Realizar as atividades com o outro abrindo espaço para este.

^{a)} Objetivos transversais a todas as atividades

7 Projeto pedagógico-terapêutico

7.1 Fundamentação da intervenção

O abuso sexual pode trazer às crianças várias consequências ao nível emocional, da comunicação e da aprendizagem. A criança pode apresentar sintomas de desatenção e desconcentração, bem como alterações no mecanismo da defesa psicológica e na identidade pessoal (Silva, 2000, cit in Florentino, 2015). Deste modo, a intervenção em Psicomotricidade poderá ser favorável, dado que promove a consciência corporal através da construção de uma identidade própria, o desenvolvimento da capacidade de orientação, organização e estruturação do espaço e do tempo e o desenvolvimento das capacidades de comunicação e relação (Mastrascusa & Franch, 2016).

A intervenção seguiu uma vertente relacional, onde a comunicação não verbal se assumiu como um fator essencial na observação e interpretação da importância e significado das posturas, da respiração, das orientações, do ritmo, do contato corporal, do diálogo tónico, da distância interpessoal, das palavras e do olhar da criança (Lapierre, 2002, citado em Almeida & Morais, 2008). A intervenção realizada centrou-se na criança, nos seus interesses e motivações, permitindo que a mesma estabelecesse o seu espaço, ganhasse confiança e segurança, se apoderasse dos objetos e materiais, despertando assim a sua curiosidade, criatividade e gesto espontâneo (Costa, 2008).

Paralelamente, a intervenção seguiu algumas das intenções pedagógicas referidas por Onofre (2004), que vão de encontro a experiências que visem a situação e a descoberta da ação e a sua simbolização, em que a criança adquire a noção da escolha que fez. É importante que esta compreenda que está a escolher um determinado objeto e não outro. Quando a criança começar a agir e a entender esta escolha inicia também uma vivência bem integrada do espaço e do tempo. Para que a situação seja vivida e a criança tenha noção desta é necessário criar um espaço e um tempo adequados, levar a criança a escolher um objeto e, de seguida, acompanhá-la na experiência, de maneira a progredir

para uma aproximação espacial, corporal e afetiva, com a finalidade de confirmar a sua ocupação. Deste modo, iremos contribuir para o reconhecimento desta situação e distinção de outras (Onofre, 2004). Nas sessões com o João, esta noção de escolha foi adquirida, principalmente, através de um diálogo final em que juntos relembramos o que fizemos durante a sessão.

Segundo Onofre (2001), numa outra situação podemos pegar num objeto igual ao que a criança tem e imitá-la, de maneira a que esta tenha noção de si, mas também do outro, como um companheiro empenhado nas suas tarefas. Isto contribui para ampliar o seu particular sentimento motor, corporal, emocional e perceptivo. Após algum tempo, depois da sua experimentação, em conjunto com a criança, podemos reforçar as suas escolhas e pegar nos pares de objetos para os desenhar ou falar sobre eles e sobre a sua utilização na sessão.

Consolidada a noção da escolha que fez, era pretendido que a criança adquirisse a noção de previsão, ou seja, ter consciência de que consegue prever as suas escolhas, propositadamente, desejadas por si e de as simbolizar. Para tal, pede-se que expresse a sua intenção de escolher uma determinada situação, seja de forma gestual, verbal ou até mesmo graficamente, por exemplo, registando-a num quadro. Assim, a criança pode prever não só uma situação, mas todas as outras, antecipando os jogos e as experiências a realizar durante o tempo e o espaço determinados para a sessão (Onofre, 2004). Para tal a criança pode escolher o que queria fazer durante o tempo e o espaço da sessão e, caso pretendesse, poderia desenhar a brincadeira num papel de cenário ou num quadro, expressá-la de forma verbal / não verbal ou até mesmo iniciar a brincadeira. Pois, o mais importante era que a criança pudesse escolher e prever as suas escolhas.

Posteriormente, para que a criança adquira a noção de explicação do que vai fazendo, pode utilizar-se o papel de cenário, onde está vai registando as situações novas sem apagar as antigas, de sessão para sessão (Onofre, 2004). Todavia deseja-se que as sessões sejam baseadas no jogo espontâneo, criatividade e nos interesses da criança, por isso não se deve forçar esse registo. Deste modo, pode-se promover a noção da explicação de forma verbal, ou seja, mostrar curiosidade pelo que a criança está a fazer (por ex.: “o que estás a fazer?”, “como fizeste isso?”, “podes explicar-me melhor?”).

Para além disto, deve-se levar a criança a avaliar as suas ações, reconhecendo as semelhanças e diferenças entre elas, levar a criança a reconhecer as suas escolhas em qualidade e quantidade e a estabelecer uma ordem destas, começando assim a introduzir, aplicar e a desenvolver noções matemáticas (Onofre, 2004). Por exemplo: podemos perguntar à criança com quantos carros estamos a brincar, quantos são meus e quantos são dela; qual a ordem das brincadeiras que quer realizar; quantos saltos devemos dar para chegar aquele local; etc.

Quando a criança já se encontrar apta a identificar as situações vivenciadas, poderemos acompanhá-la no aperfeiçoamento da explicação destas, através de várias linguagens expressivas: oral e verbal, motora e corporal, e graficamente. Iniciando assim, na criança, a capacidade de ler ou identificar modelos gráficos simbolizadores e de simbolizar como executou essas ações (Onofre, 2004). É importante que a criança tenha condições para se expressar, para arriscar, ser quem quiser, um rei, um pirata, um herói. E, gradualmente, criar a sua identidade, poder ser ela mesma, acreditando em si e de que é capaz (Rodrigues, 2005).

De acordo com Onofre (2004, p. 83) “A criança é, antes de tudo, uma pessoa em relação corporal, que só constrói o seu desenvolvimento à medida que vai tomando consciência de si, através do seu funcionamento postural e da influência do olhar de todas as pessoas que a rodeia”. Deste modo, após a capacidade de gerir as suas escolhas e agir sobre as situações estar adquirida, é fundamental que a criança tenha noção de si, reconhecendo-se corporalmente. Assim, conseguirá explicar-se nas várias linguagens expressivas. A criança pode explicar as partes do corpo envolvidas na ação através da expressão motora ou corporal, verbal e graficamente, por exemplo: chutar a bola, dizer que chutou a bola com o pé e desenhar o pé no papel cenário, contornando-o.

Após a repetição e reprodução das próprias experiências e descobertas, a criança pode ser inserida num grupo e começar a olhar para as outras crianças e para as suas experiências e descobertas, por sua vez, diferentes das suas. Assim, a criança tem a possibilidade de reproduzir ou imitar de forma espontânea as vivências das outras (Onofre, 2004). Todavia, para que a criança usufrua destas experiências é importante que antes o adulto estabeleça com a criança uma relação de empatia e confiança mútua, de modo a ajudá-la a exteriorizar a sua vida interna e a resolver algumas dúvidas existentes,

oferecendo contextos que provoquem emoções que esta controle menos caso a criança não consiga fazê-lo sozinha, para poder vivenciá-las em segurança (Vicens, 2004).

Em suma, a intervenção realizada seguiu uma metodologia relacional baseada no jogo espontâneo, visando a melhoria e promoção dos objetivos terapêuticos delineados.

7.2 Estratégias específicas

Durante a intervenção com o João, foram utilizadas algumas estratégias comuns à maioria das sessões, tais como:

- Estabelecimento e utilização de uma relação empática;
- Estimular a criatividade e a espontaneidade;
- Promover um ambiente seguro, de confiança e sem julgamentos;
- Valorização das capacidades e ideias da criança;
- Reforço positivo;
- Promoção de momentos emotivos e prazerosos;
- Utilização uma linguagem clara e adequada;
- Utilização de objetos mediadores.

7.3 Periodicidade

A Intervenção Psicomotora teve a duração de aproximadamente oito meses, sendo que decorreu desde outubro a junho de 2018. As sessões ocorreram em sala terapêutica, com uma frequência bissemanal e uma duração de 45 minutos cada.

8 Progressão Terapêutica

8.1 Avaliação Inicial vs. Avaliação Final

De seguida serão analisados os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação, de modo a compreender qual a progressão terapêutica e apurar os domínios em que a criança apresentou uma maior e menor evolução.

A avaliação final decorreu nos dias 18, 25 e 27 de junho de 2018 na Associação “Chão dos Meninos”, com duração média de 90 minutos no total, quando a criança tinha 7 anos e 8 meses de idade. Ao longo da aplicação dos instrumentos o João demonstrou-se muito agitado e ansioso pelo final destas, daí as avaliações terem sido divididas em três momentos.

8.1.1 DAP

Segundo os resultados obtidos na aplicação do DAP torna-se pertinente apresentar uma tabela (Tabela 8) geral representativa dos resultados obtidos na avaliação inicial (AI) e final (AF) com o propósito de obter informação acerca do desempenho da criança.

Tabela 8:

Resumo da pontuação da avaliação inicial e final do DAP

Desenho	Valores Brutos		Valores Padronizados		Percentil	
	AI	AF	AI	AF	AI	AF
Homem (H)	17	23	69	77	2	6
Mulher (M)	19	17	73	67	4	1
O próprio (P)	11	20	59	72	1	3
Totais (H + M + P)	47	60	62	68	1	2
Classificação:	“Deficiente”					

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 8 é possível constatar que o João apresentou uma classificação “deficiente” tal como na primeira avaliação, o que revela resultados abaixo da média comparativamente ao esperado para a sua faixa etária. Todavia houve uma ligeira melhoria, sendo que anteriormente o valor padronizado total obtido na prova do João foi de 62 (percentil 1) e agora foi de 68 (percentil 2).

Tal como na primeira vez, o João demonstrou algum desinteresse em realizar os três desenhos, executando-os rapidamente e com indiferença, o que dificultou a cotação da prova. Os desenhos eram mais pequenos que os anteriores, o que pode estar relacionado com uma diminuição da sua autoestima e/ou com a diminuição da importância que estas figuras têm na sua vida (Bédard, 2000; Lopes, 2008). Porém, desta vez, já existia a presença de braços e desenhados em duas dimensões, ou seja, não apresentam apenas uma linha. Ao contrário da avaliação inicial, o desenho de “O próprio” estava preenchido, indicando a presença de algum tipo de vestuário.

No geral, estes foram realizados na parte de cima da folha, o que poderá representar o intelecto, a criatividade, a imaginação e curiosidade de novas descobertas, e com muita pressão no lápis, o que pode indicar alguma agressividade (Bédard, 2000; Lopes, 2008). Todavia, na minha opinião, a pressão exercida foi menor do que na primeira avaliação.

8.1.2 MABC-2

De acordo com os resultados obtidos na aplicação do MABC-2 torna-se pertinente apresentar um gráfico geral representativo dos resultados obtidos na avaliação inicial e final (Figura 7) com o intuito de obter informação acerca do desempenho da criança.

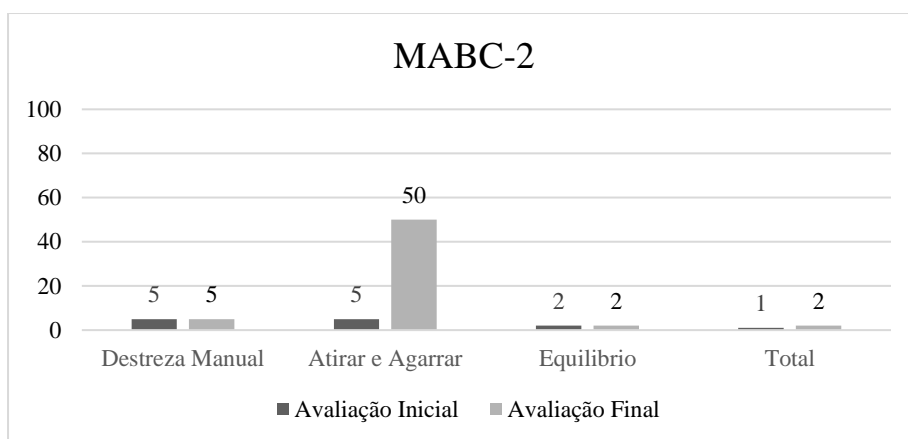


Figura 7. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial e final do MABC-2

De acordo com os resultados apresentados na Figura 7 é possível constatar que o João apresentou uma ligeira evolução relativamente à avaliação inicial, apesar de ainda se encontrar na zona vermelha de acordo com o sistema semáforo, com notórias dificuldades no movimento. Nesta, a criança apresentou um resultado padrão dos testes de 4, que corresponde a um percentil de 2.

Ao longo da segunda aplicação do MABC-2, o João demonstrou-se muito distraído, agitado e movia-se constantemente, o que levou à utilização do jogo simbólico como na avaliação anterior, desta vez proposta pela estagiária para que o João conseguisse realizar todas as tarefas (por ex.: fingir que estavam na caça ao tesouro e tinham que passar por vários níveis).

O João iniciou a prova com as tarefas referente à destreza manual, onde demonstrou uma postura adequada na posição sentada, apesar de ter mantido a cara novamente a uma distância demasiado próxima da tarefa. Além disso, é importante salientar que desta vez não foram visíveis quaisquer sincinesias bocais. A criança conseguiu realizar a tarefa 1 (colocar pinos) corretamente, apresentando somente alguns movimentos desajeitados das mãos aquando o aumento da rapidez, devido ao incentivo prestado. Deste modo, o mesmo incentivo foi diminuído na segunda tentativa (mão preferida) e este realizou a prova mais seguro e obteve um tempo de execução menor. Na tarefa 2 (enfiar cordão), a criança realizou a tarefa adequadamente, ainda que se tenha mostrando aborrecido quando lhe foi pedida a segunda tentativa. Por último, na tarefa 3 (delinear percurso da bicicleta), o João pegou na caneta ainda de forma imatura, todavia esta pega já se aproxima mais de uma pega trípole. Além disso segurou o papel com firmeza com a mão de apoio (esquerda) e manteve-se mais calmo e confiante do que na avaliação anterior, sendo notório algum esforço da parte deste para não sair das margens.

Relativamente às tarefas de atirar e agarrar, o João demonstrou melhorias significativas como se pode verificar na Figura 7. Na tarefa 1 (agarrar com as duas mãos), em algumas tentativas, a criança avalia insuficientemente a força com que lança a bola, lançando-a com demasiada força e contra o chão ao invés de contra a parede, contudo ainda conseguiu realizar 6 tentativas adequadamente com ressalto no chão e agarrar a bola com as duas mãos. Na tarefa 2 (atirar o saco de feijões para o tapete), a criança demonstrou um equilíbrio adequado durante o lançamento, todavia não utilizou o movimento pendular no braço com que lança, lançando o saco de feijões por cima do ombro. O João demonstrou-se mais atento e cauteloso nesta tarefa, sendo que em 10 tentativas realizou 8 lançamentos.

No teste referente ao equilíbrio, na tarefa 1 (equilibrar-se sobre uma placa), o João demonstrou melhorias significativas, sendo que conseguiu equilibrar-se com a perna direita 19 segundos, oscilando adequadamente para manter o equilíbrio. Todavia, o mesmo não se verificou na perna esquerda, em que o João demonstrou claramente dificuldades em manter o equilíbrio. Na tarefa 2 (caminhar em calcanhar-pontas para a frente), a criança apresentou oscilações exageradas para tentar manter o equilíbrio, realizou movimentos exagerados dos braços e do tronco e acabou por desequilibrar-se e deixar espaços entre uma passada, não conseguindo realizar as 15 passadas necessárias

para completar a tarefa tal como na avaliação inicial. Na tarefa 3 (saltos ao pé coxinho no colchão), o João demonstrou falta de flexibilidade, não utilizou os braços para ajudar no salto e não combinou eficazmente os movimentos para a frente e para cima, demonstrando um corpo hipotónico e desajeitado tal como na avaliação anterior, o que resultou em 3 saltos corretos e consecutivos na perna direita e 0 na perna esquerda.

8.1.3 VMI

Relativamente aos resultados obtidos na aplicação do VMI, torna-se pertinente apresentar um gráfico geral representativo dos resultados obtidos na avaliação inicial e final (Figura 8) com o intuito de obter informação acerca do desempenho da criança.

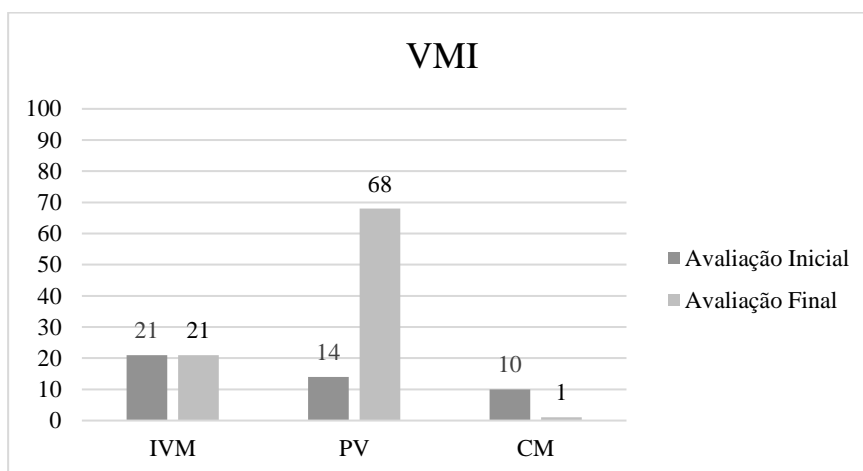


Figura 8. Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial e final do VMI

Segundo os resultados apresentados na Figura 8 é possível constatar que o João apresentou ligeiras evoluções no teste da PV, um decréscimo no teste da CM e manteve os seus resultados no teste da IVM.

No teste da IVM a criança obteve um percentil de 21, tal como na avaliação anterior, o que corresponde a uma classificação abaixo da média, sendo visíveis maiores dificuldades a partir do item 17, no entanto ainda acertou o item 19.

No segundo teste, da PV, o João obteve um percentil de 68, o que corresponde a uma classificação acima da média, sendo que em 30 pontos a criança obteve um total de 23 pontos. Além disso foram visíveis algumas dificuldades a partir do item 19 e desta vez a criança conseguiu distinguir o “x” e o “+” no item 14.

Por último, no teste da CM, a criança obteve um percentil de 1, o que corresponde a uma classificação abaixo da média, sendo que em 30 pontos obteve um total de 13 pontos. Todavia, este decréscimo não é muito significativo dado que na primeira avaliação o João tinha acertado 15 itens e agora só acertou menos dois, provavelmente devido ao cansaço. Além disso, o seu esforço nesta última avaliação foi notório e observou-se uma maior concentração e atenção da parte deste.

No geral, o João obteve uma prestação abaixo da média comparativamente ao esperado para a sua faixa etária nos testes da IVM e da CM e uma prestação acima da média no teste da PV.

8.2. Análise e discussão dos resultados

Após analisar os resultados obtidos ao longo da intervenção psicomotora é possível constatar que houve melhorias significativas nos três instrumentos de avaliação.

Nos resultados do DAP foram visíveis dificuldades ao nível do esquema corporal, sendo que estas podem resultar das experiências menos positivas que a criança teve no seu passado recente e que originaram uma desorganização/desfragmentação do seu esquema corporal. Deste modo, da primeira para a segunda avaliação foi possível observar um esquema corporal mais organizado, com desenhos da figura humana mais pormenorizados e um corpo de “O próprio” com presença de algum tipo de vestuário (sombreado), ainda que continue abaixo da média comparativamente com o esperado para a sua faixa etária. Provavelmente, esta evolução decorreu de uma intervenção baseada no jogo espontâneo, em que foi dada à criança todas as possibilidades de liberdade para se expressar sem quaisquer limitações e em que o adulto estava à disposição desta e não o contrário, de maneira a que esta aprendesse sem se aperceber, com prazer e dinamismo (Lapierre & Aucouturier, 2004). Assim foi possível ajudar a criança a exteriorizar a sua vida interna e vivenciar emoções com as quais se sente mais insegura (Vicens, 2004).

Por consequência, se o esquema corporal não estiver estruturado poderá comprometer a consciência da posição do corpo e das suas partes no espaço, bem como o desempenho motor da criança. Assim, os resultados obtidos no MABC-2, parecem ser resultado de um esquema corporal desorganizado. Todavia, após a intervenção psicomotora, a criança apresentou melhorias nos resultados, nomeadamente na diminuição do tempo de execução das provas de destreza manual, nas duas provas de

atirar e agarrar o saco de feijões e no equilíbrio. Para tal foi utilizada uma intervenção psicomotora que procurou responder a questões de descoordenação, desajeitamento e irrequietude da criança (Rodrigues, 2015), de modo a que através da relação e do jogo livre conseguisse guiá-la e orientá-la num processo terapêutico que fosse de encontro ao desenvolvimento das capacidades desta (Marta & Rodrigues, 1994).

Relativamente aos resultados apresentados no VMI, a integração visuo-motora está relacionada à capacidade que a criança tem de coordenar as capacidades visuais com as motoras, ou seja, de traduzir uma perceção visual numa função motora. Esta é visível em atividades como escrever, recortar, pintar ou agarrar e lançar um objeto. No caso deste instrumento, ao copiar a figura a criança terá que visualizar a forma, integrá-la e, de seguida, manusear um objeto para a reproduzir. Quanto aos resultados apresentados pelo João nos dois momentos de avaliação considera-se que este evolui significativamente, principalmente no teste da perceção visual. Deste modo é importante realçar que o fato da sua perceção visual ter melhorado influenciou a sua prestação nos testes da IVM e da CM, pois, apesar dos resultados destes não terem sido melhores enquanto percentil, comparativamente com a avaliação inicial, foi notório uma melhoria na visualização das formas.

Considera-se importante realizar, futuramente, uma intervenção mais aprofundada ao nível da motricidade fina para que o João obtenha melhores resultados ao nível da coordenação motora e da integração visuo-motora, pois, apesar da motricidade fina ter sido abordada nas sessões, não foi muito aprofundada devido ao curto período de intervenção. Ainda assim, durante as sessões permitiu-se ao João estabelecer o seu espaço, ganhar confiança e segurança, apoderar-se dos objetos e materiais, despertando assim a sua curiosidade, criatividade e gesto espontâneo (Costa, 2008). Deste modo realizaram-se algumas brincadeiras propostas por este com os materiais presentes na sala, por exemplo: brincou-se aos médicos, em que o João teria que tratar de uma ferida, cortar a ligadura, cortar a fita adesiva e colocar a ligadura com muito cuidado utilizando os movimentos finos das mãos; recorreu-se a fantoches, em que o João tinha que colocar as mãos e regular a pressão exercida nestes para que a boca deles abrisse e fechasse; e pintou-se com canetas, lápis e tintas de cor aperfeiçoando a precisão do traçado e o desenvolvimento da pega trípode.

Para além dos resultados obtidos nos dois momentos de avaliação é importante realçar que tanto nas avaliações como nas sessões o João mostrou-se uma criança agitada, comunicativa, com baixa autoestima, com dificuldade em aceitar as propostas do outro e com comportamentos desafiantes que o levavam ao incumprimento de regras estabelecidas, por exemplo: quando a sessão terminava muitas vezes este não queria sair da sala e dizia “não vou sair daqui”, passado algum tempo “só saiu daqui se me deres um brinquedo” e senão lhe desse um brinquedo era porque não gostava dele, o que fez com que eu tivesse que arranjar outras estratégias como a negociação, a contenção e a assertividade.

Segundo Brazelton e Greenspan (2002) as relações estabelecidas favorecem o afeto, a intimidade, o prazer, a confiança, a segurança e a proteção e estes fatores podem contribuir para uma boa autoestima e motivação para aprender futuramente. Tal se verificou após conseguir estabelecer uma relação com o João, o que demorou algum tempo dado as questões de abandono envolvidas. Após isto, tanto a estagiária como o João estavam mais pré dispostos para as sessões e a sua motivação e confiança tinham aumentado, sendo algumas vezes notório um impasse em ultrapassar alguns desafios que desaparecia após lhe oferecer a minha confiança e incentivo.

Em suma, o João demonstrou-se uma criança desafiante e contribuiu bastante para a aprendizagem profissional da estagiária e apesar do pouco tempo de intervenção evoluiu muito, inclusive em objetivos extrínsecos aos instrumentos de avaliação que tinham sido estabelecidos como transversais a todas as sessões, tais como: melhorar a atenção, a memória, a motivação, a autoestima; estimular a comunicação; e promover a interação com o outro.

V. Estudo de Caso II

Resumo

Os maus tratos infantis afetam crianças e jovens a nível mundial e acarretam graves prejuízos a nível comportamental, emocional, social e cognitivo, causando dificuldades de linguagem, escolares e sócio emocionais. O presente estudo é referente a um Estudo de Caso com 2 anos de idade, que reside no Centro de Acolhimento Temporário I da Associação dos Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos” e foi encaminhado por negligência por parte dos pais. Este estudo tem como objetivo detetar

possíveis dificuldades psicomotoras, intervindo nas mesmas. Os instrumentos utilizados para avaliar o desenvolvimento da criança foram o Currículo Carolina (CC) de Johnson-Martin, Attermeier e Hacker (2004) e a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição (SGS-II) de Bellman, Lingam & Aukett (2012). Verificou-se a existência de dificuldades psicomotoras na criança e após nova reavaliação constatou-se que a intervenção psicomotora realizada teve efeitos positivos no desenvolvimento desta.

Palavras chave

Criança; Maus-tratos; Negligência; Desenvolvimento; Intervenção Psicomotora.

Abstract

Child abuse affects children and young people worldwide and entails serious behavioral, emotional, social and cognitive impairment, causing language, learning and socioemotional difficulties. The present study refers to a Case Study of a 2-year-old, who resides in the Temporary Shelter Center I of the Association "Chão dos Meninos" and was referred due to the parents' negligence. This study aims to detect possible psychomotor difficulties, acting upon them. The instruments used to assess the child's development were the Carolina Curriculum (CC) of Johnson-Martin, Attermeier e Hacker (2004) and the Schedule of Growing Skills - 2nd Edition (SGS-II) of Bellman, Lingam & Aukett (2012). The existence of psychomotor difficulties in the child was confirmed, and, after a new reevaluation, it was verified that the psychomotor intervention performed had positive effects on their development.

Key-words

Children; Mistreatment; Negligence; Development; Psychomotor Intervention.

1 Introdução

Atualmente sabe-se que os maus-tratos infantis ocorrem a nível mundial e que a criança pode ser maltratada em diversos contextos, especialmente naqueles em que esta se deveria sentir mais segura e protegida como a casa, escola e instituições (Radford, Corral, Bradley & Fisher, 2013).

Segundo Karli (2002) os maus-tratos podem revelar-se sob a forma de maltrato físico, maltrato psicológico e abuso sexual, sendo o mais conhecido o maltrato físico. Todavia, Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon e Arias (2008) e Butchart, Phinney, Mian e Furniss (2006) referem ainda como maltrato infantil a negligência, caracterizada por uma ausência de resposta, em que o cuidador não consegue atender às necessidades básicas da criança, e por uma falha na supervisão, em que o cuidador não consegue assegurar a proteção da criança dentro e fora de casa. Além disso Simões, Dixe e Lopes (2016) mencionam no seu estudo a negligência como a sinalização mais frequente dos maus tratos infantis.

Os maus tratos infantis podem ter consequências devastadoras nestas crianças e quando partem dos cuidadores principais podem trazer dificuldades relativamente ao bem-estar psicológico da criança e à sua saúde mental, quer a curto, quer a longo prazo. Estes podem afetar e comprometer negativamente o desenvolvimento infantil em aspetos comportamentais, emocionais, sociais e cognitivos, originando dificuldades ao nível da linguagem, escolar e sócio emocional, provocando determinadas psicopatologias na vida adulta (Gomez & Bazon, 2014).

De acordo com Klima (1998), a gravidez não planeada pode levar ao abandono da criança. Isto porque, quando a conceção é planeada já existiu, anteriormente, uma consciencialização crescente da responsabilidade, contudo, caso esta não seja planeada, pode ocorrer um aumento de ansiedade da mãe durante a gravidez e após o nascimento da criança (Brazelton, 1993; Gipson, Koenig & Hindin, 2008). Desta forma, pode ter como desfecho gastos económicos não projetados e graves problemas sociais e psicológicos, tais como: abandonar uma criança para adoção, criar um filho sem apoios necessários (financeiros, físicos e emocionais) ou abortar (Klima, 1998).

Segundo a teoria da vinculação, que se baseia no desenvolvimento das ligações afetivas e emocionais entre o bebé e a mãe ou o cuidador, a criança cria uma base de segurança que lhe permite explorar o meio que a rodeia, confiante na disponibilidade da figura de vinculação, para a qual pode retornar quando angustiada ou assustada (Costa & dos Santos, 2011; Bowlby, 1988, 1998; Guedeney & Guedeney, 2004). Deste modo, os pais que estabelecem um vínculo fraco com as crianças poderão estar a comprometer as suas capacidades cognitivas e emocionais e a criar condições para problemas de saúde mental (Brazelton & Greenspan, 2002; Hall, Peden, Rayens & Beebe, 2004).

Existem três tipos de vinculação: segura, evitante e resistente ou ambivalente. A vinculação segura corresponde a uma criança confiante e capaz de explorar dada a disponibilidade da figura de vinculação perante situações adversas ou assustadoras. A vinculação evitante apresenta comportamentos inseguros perante os cuidados recebidos e corresponde a uma rejeição por parte do cuidador sempre que é solicitada a sua atenção. E a vinculação resistente ou ambivalente representa uma criança indecisa relativamente à disponibilidade do cuidador. Isto pode levar à ansiedade de separação e a uma limitação da exploração do meio, dado que a criança se encontra sempre atento à localização do cuidador com receio que este se afaste (Bowlby, 1988).

Posteriormente, Main e Solomon (1986, cit in Duschinsky, 2015) referem, ainda, um quarto tipo de vinculação, denominado de desorganizado/desorientado, que pode estar ou não associado a um dos outros tipos de vinculação (segura, evitante, resistente/ambivalente) e é característico de crianças que apresentam comportamentos contraditórios, movimentos não direcionados, sem objetivo, incompletos e interrompidos; estereotípias, movimentos assimétricos, movimentos confusos e posturas bizarras; expressões e movimentos estáticos, medo e apreensão relativamente ao cuidador e desorganização e desorientação. Estudos posteriores, referenciados por Duschinsky (2015), indicam que a vinculação desorganizada/desorientada pode estar associada a crianças que sofreram de abuso ou negligência e pode levar a problemas de comportamentos e psicopatologias.

2 Metodologia

De seguida será apresentada a metodologia utilizada neste estudo, ao nível da conceção, planeamento e procedimentos utilizados para alcançar os objetivos delineados. Para o efeito é exposto a caracterização do participante, os instrumentos utilizados e os procedimentos.

a. Caraterização do Participante

A Catarina (nome fictício) é hoje uma criança de dois anos. Aos 6 meses de idade foi encaminhada para a Associação “Chão dos Meninos”, por negligência e falta de condições por parte dos pais. Catarina é a quarta filha deste casal a ser institucionalizada e, por esse motivo, foram realizados o acompanhamento e a supervisão dos cuidados básicos da criança desde cedo.

Após algumas visitas domiciliares, verificou-se que não estavam reunidas as condições necessárias para a permanência da criança. A casa apresentava-se pouco cuidada e higiénica (cozinha suja, roupa espalhada e lixo no chão) e havia indícios de que o pai da Catarina bebia exageradamente e maltratava verbalmente a mãe desta, ameaçando colocar as duas na rua. Apesar de todos os recursos (Segurança Social, CAFAP, etc.), o casal não alterou o seu comportamento, nem apresentou qualquer evolução, o que agravou a situação.

No início do acolhimento, a Catarina apresentava um choro fácil, ansiedade e recusa de pessoas estranhas. Esta revelava dificuldades em comer, adormecer e no controlo de esfíncteres, tirando muitas vezes a fralda suja com as mãos, ficando assim coberta de esfíncteres. Atualmente, a Catarina não apresenta dificuldades em comer, nem em dormir e, apesar de, ainda não controlar os esfíncteres, nunca mais ocorreu um episódio semelhante ao referido anteriormente.

Relativamente ao desenvolvimento da criança, segundo a mãe, Catarina é fruto de uma gravidez desejada. Contudo, apenas às 20 semanas de gestação soube do acontecido, não apresentando qualquer tipo de acompanhamento médico até à data e, após esta, apenas compareceu a duas consultas médicas. Catarina nasceu por cesariana e, a seguir, a mãe fez laqueação das trompas.

No que diz respeito à aquisição de alguns padrões do desenvolvimento, é de salientar que a Catarina adquiriu o padrão de gatinhar aos 12 meses, o padrão da marcha aos 14 meses e começou a falar por volta dos 20 meses, sendo que o seu vocabulário é muito pobre. Por volta dos 12 meses já não utilizava biberon, exceto ao pequeno almoço. A Catarina nunca quis utilizar chucha e ainda não consegue controlar os esfíncteres, todavia o processo de retirada da fralda já está a decorrer.

Relativamente à situação médica, a Catarina é uma criança saudável e não apresenta quaisquer problemas de saúde. Contudo, alguns atrasos nos padrões de desenvolvimento desta originaram uma preocupação por parte da equipa técnica da instituição. Desta forma, a Equipa Local de Intervenção Precoce (IP) avaliou o desenvolvimento da Catarina e, posteriormente, sugeriu a concretização de rastreios auditivo, visual e cognitivo, para despistar qualquer problema associado. Todavia, não

foram encontrados quaisquer problemas nos resultados destes, exceto ao nível da visão, que após intervenção foi resolvido.

b. Instrumentos de avaliação

i. Currículo Carolina

O Currículo Carolina (*Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs* – CCITSN) de Johnson-Martin, Attermeier e Hacker (2004), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Machado e Rocha (2005) permite avaliar bebés e crianças com necessidades especiais, sendo possível a sua aplicação a qualquer criança independentemente do seu nível de desenvolvimento. Este destina-se a crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos (0-24 meses; 2-5 anos) e encontra-se dividido em 24 sequências pedagógicas que abrangem cinco áreas do desenvolvimento: cognição, comunicação, pessoal e social, motricidade fina e motricidade global. A duração de aplicação deste é variável, sendo imprescindível a preparação de uma sala e dos materiais para facilitar a observação e a avaliação da criança (Machado & Rocha, 2005).

ii. Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição (SGS-II)

A Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição (*Schedule of Growing Skills* – SGS-II) de Bellman, Lingam & Aukett (1996), traduzida e adaptada para português por Bellman, Lingam & Aukett (2012), avalia o desenvolvimento infantil dos 0 aos 5 anos e permite-nos identificar de forma fiável, simples e prática o nível de desenvolvimento da criança em dez áreas de competência (controlo postural passivo, controlo postural ativo, competências locomotoras, competências manipulativas, competências visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognição). A sua aplicação pode durar entre 20 a 30 minutos aproximadamente e o perfil obtido no final permite-nos comparar, em cada área, a idade de desenvolvimento com a idade cronológica, realçando as áreas mais e menos fortes (Bellman, Lingam & Aukett, 1996).

c. Procedimentos

Este estudo tem por objetivo detetar possíveis dificuldades psicomotoras numa criança de dois anos de idade (Estudo de Caso) e intervir nas mesmas. Para tal,

inicialmente realizou-se: (1) o preenchimento de uma anamnese para compreender melhor o desenvolvimento psicomotor, a história clínica e a história familiar da criança; (2) a aplicação do Currículo Carolina como avaliação informal; (3) uma reunião com a equipa de IP para facilitar a troca de informações sobre o desenvolvimento da criança e os resultados obtidos na Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil - 2ª Edição (SGS-II).

Para não sobrepor avaliações, optou-se por aplicar o Currículo Carolina apenas como grelha de observação informal, dado a existência de uma avaliação recente à criança (SGS-II) realizada pela equipa de IP. Selecionou-se o Currículo Carolina, uma vez que é um instrumento de avaliação bastante organizado no que diz respeito ao desenvolvimento da criança, apresentando-se dividido por áreas e faixas etárias.

A Intervenção Psicomotora teve a duração de aproximadamente oito meses (anamnese, observação, avaliação e intervenção), visto que decorreu desde outubro a junho de 2018, e no total foram realizadas 16 sessões individuais e 35 sessões de grupo. Inicialmente, as sessões individuais tiveram uma periodicidade bissemanal, sendo que uma das sessões era realizada em parceria pedagógica com a equipa de IP, e as sessões de grupo uma periodicidade semanal. Este grupo era composto pela Catarina e mais duas crianças, a Ana com 11 meses e a Beatriz com 18 meses.

Mais a frente, a equipa de IP entregou uma lista com propostas de atividades para realizar com a Catarina e afirmou não ter disponibilidade para acompanhar a criança, apostando em mim para continuar a intervir com a criança. Desta forma e após proposto em reunião de equipa aumentar a interação entre os pares, dado que a inserção da Catarina numa cresce ainda não era possível, por motivos externos à instituição, as sessões individuais passaram a ter uma periodicidade semanal e as sessões de grupo uma periodicidade bissemanal.

Posteriormente, a meio da intervenção, foi proposta uma intervenção em coterapia com a estagiária de educação infantil e com o grupo terapêutico já formado. Assim, durante algum tempo a periodicidade das sessões manteve-se. Porém, mais tarde, concluiu-se que as sessões de grupo estavam a trazer benefícios para estas crianças, sugerindo-se realizar apenas intervenção em grupo. Esta decisão coincidiu com a

reavaliação do desenvolvimento da Catarina, que apresentou resultados dentro e acima do esperado para a sua faixa etária, ao contrário da avaliação realizada inicialmente.

Após 2 meses terminou o estágio da colega de educação infantil, no entanto, a periodicidade das sessões de grupo continuou até junho. Por último, como a equipa de IP só iria fazer nova avaliação à Catarina em outubro de 2018, contabilizou-se como avaliação final a avaliação realizada a meio da intervenção psicomotora (12/03/2018).

Relativamente à metodologia da intervenção, esta baseou-se no jogo espontâneo e apresentou uma abordagem relacional. Esta permitiu o estabelecimento de uma relação segura, empática, de interesse e de compreensão entre a terapeuta e a criança e, por consequência, proporcionou a reorganização de questões emocionais que não foram bem consolidadas (Costa, 2008). Foi uma intervenção centrada na criança, nos seus interesses e motivações e permitiu que esta estabelecesse o seu espaço, ganhasse confiança e segurança e se apoderasse dos objetos e materiais despertando, assim, a sua curiosidade, criatividade e gesto espontâneo (Costa, 2008). Deste modo, esta terapia possibilitou à criança evoluir gradualmente para uma construção do Eu-corporal, ou seja, para a criação da sua identificação, individuação e promoção da sua autonomia (Almeida & Morais, 2008; Maximiano, 2004).

Durante as sessões, o brincar foi utilizado de maneira a estimular o desenvolvimento de competências esperadas na idade faixa etária em que a Catarina se encontra, tais como: imitar várias ações que lhe são familiares como, por exemplo: dar de comer ou abraçar uma boneca (Brazelton & Greenspan, 2002); aumentar o vocabulário e aprender a dizer mais palavras (Diekmeyer, 1998); passar dos rabiscos ao acaso para traços conscientes; melhorar a capacidade de manusear objetos e fazer música; incentivar a sua colaboração nas atividades diárias como vestir e tomar banho; melhorar a destreza manual através de jogos de encaixe ou construções de blocos e incentivar a utilização de ambas as mãos; formar frases de duas ou três palavras (Diekmeyer, 1998; Fonseca, 2005); e melhorar a compreensão acerca dos materiais, ou seja, perceber que uma colher pode ser utilizada para bater num prato e fazer música, mas também como um utensílio para comer a sopa (Diekmeyer, 1998).

Assim, durante a intervenção foram utilizadas algumas estratégias específicas comuns à maioria das sessões, tais como: o estabelecimento e utilização de uma relação

empática; a promoção de um ambiente seguro, de confiança e sem julgamentos, a valorização das capacidades e ideias da criança; o reforço positivo; a promoção de momentos emotivos e prazerosos; a utilização uma linguagem clara e adequada, acompanhada de gestos e ações; a imitação e repetição de ações, histórias e brincadeiras; a nomeação de objetos e ações e a utilização da expressão facial e corporal de acordo com a emoção e a situação vivida (por ex.: estar triste porque a criança não quer brincar conosco).

3 Resultados

a. Avaliação Inicial

i. Currículo Carolina

Relativamente à observação psicomotora realizada com a aplicação do Currículo Carolina a 13/11/2017, torna-se pertinente concluir que a Catarina é uma criança meiga e carinhosa, que brinca maioritariamente sozinha e não explora o espaço e os objetos. Esta interage o suficiente com o adulto para satisfazer as suas necessidades, mas pouco com os pares. Reage bem aos estranhos, mantendo sempre uma certa proximidade e aparenta não apresentar dificuldades de separação do adulto de referência. Apresenta dificuldades em realizar tarefas que impliquem a destreza manual (por ex.: puzzles e painel de formas) e aversão a certos materiais (por ex.: plasticina, giz, massa). A Catarina identifica 5 partes do corpo no outro, mas não em si; apresenta uma lateralidade ainda não definida, utilizando a colher quer com a mão esquerda quer com a mão direita; corre facilmente e com rapidez; salta com ambos os pés; compreende instruções e frases simples, mas apresenta uma linguagem e vocabulário pobre.

ii. SGS-II

Quanto aos resultados obtidos na aplicação da SGS-II a 9/10/2017, em que a criança tinha 25 meses de idade, torna-se pertinente apresentar um gráfico (Figura 9) representativo dos resultados obtidos na avaliação inicial, realizada pela equipa de IP, com o intuito de obter informação acerca do desempenho da criança.

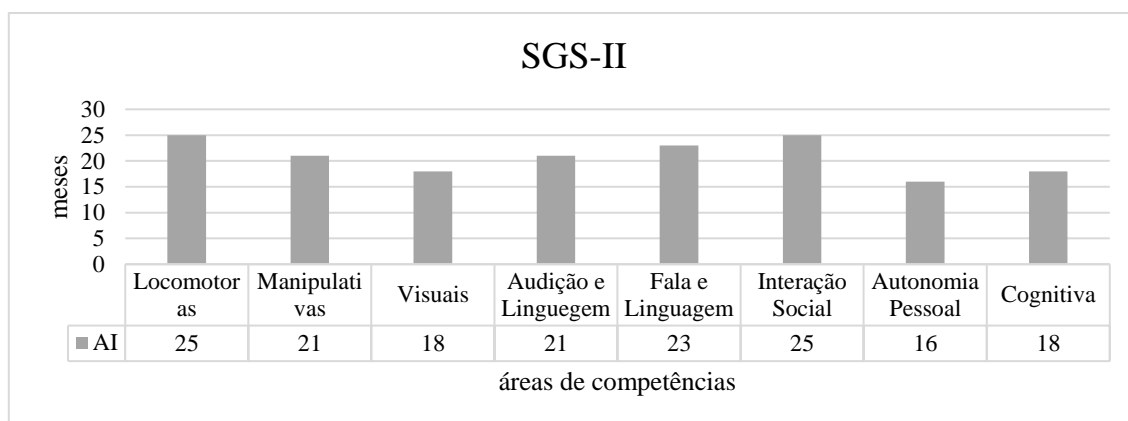


Figura 9. Resumo da pontuação (meses) da avaliação inicial da SGS-II

De acordo com a informação da equipa de IP e com os resultados apresentados no gráfico anterior, importa realçar que as áreas das competências locomotoras e interação social se encontram dentro do esperado para a sua faixa etária, uma vez que a Catarina consegue apanhar objetos do chão sem cair, correr e evitar obstáculos, subir as escadas de mãos dadas colocando um pé em cada degrau e descer colocando os dois e, ainda, chutar uma bola pequena.

Quanto às áreas das competências manipulativas, audição e linguagem e fala e linguagem, estas encontram-se ligeiramente abaixo do esperado para a sua faixa etária, sendo que a Catarina consegue virar páginas grossas de um livro de cada vez, fazer torres de 3 cubos, fazer rabiscos circulares com o lápis, indicar partes do corpo nomeadas numa boneca, imitar sons produzidos pelo adulto (tosse e estalar dos lábios), reproduzir verbalmente as palavras que são verbalizadas por outros e já tenta juntar duas palavras para construir uma palavra (por ex.: já está).

Por fim, as áreas das competências da autonomia pessoal, visuais e cognitivas encontram-se muito abaixo do esperado para a sua faixa etária, sendo que a Catarina segura a colher e leva-a à boca, mas não consegue evitar que ela se vire, segura o copo com as duas mãos e bebe sem derramar muito líquido, aponta o dedo para um objeto, mostra interesse por imagens e reconhece detalhes no livro de figuras (reconhece animais, imita sons e diz o nome).

b. Avaliação Inicial vs. Avaliação Final

Relativamente aos resultados obtidos na aplicação da SGS-II a 12-03-2018, em que a criança tinha 29 meses de idade, torna-se pertinente apresentar um gráfico geral

(Figura 10) representativo dos resultados obtidos na avaliação inicial (AI) e final (AF), realizada pela equipa de IP, de modo a compreender qual a progressão terapêutica e apurar os domínios em que a criança apresentou uma maior e menor evolução..

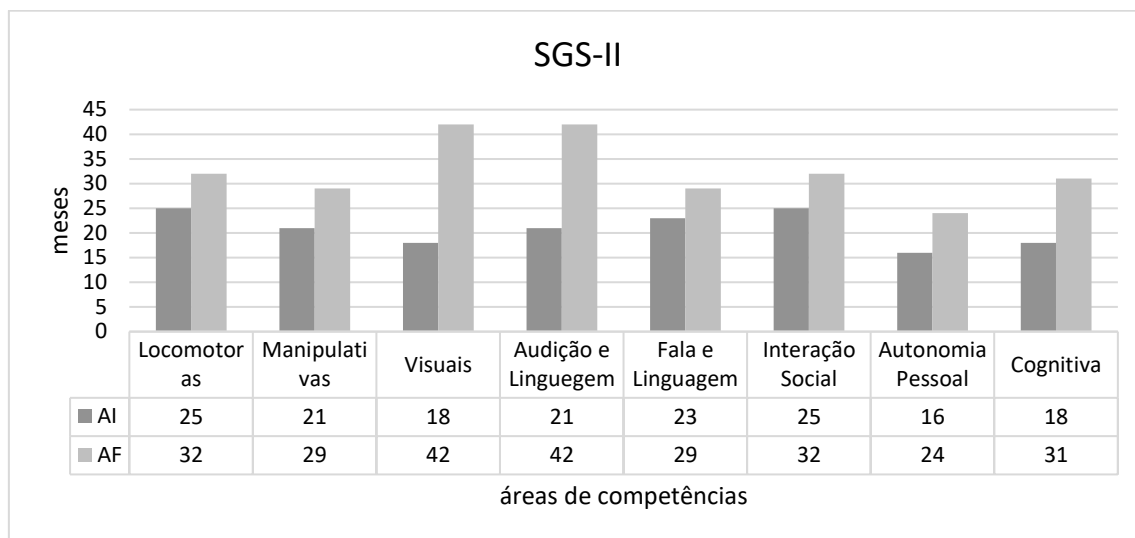


Figura 10. Resumo da pontuação (meses) da avaliação inicial e final da SGS-II

De acordo com os resultados apresentados na Figura 10, é possível constatar que a Catarina se apresenta, nas áreas de competências manipulativas e da fala e linguagem, dentro do esperado para a sua faixa etária, uma vez que, anteriormente eram duas competências que se encontravam ligeiramente abaixo do esperado para a sua faixa etária. Atualmente, a Catarina consegue virar as páginas de um livro de cada vez, sejam estas grossas ou finas, colocar 10 pinos dentro de uma chávena realizando movimentos de pinça em 28 segundos, fazer torres de 7 a 8 cubos, utilizar palavras interrogativas como “o que?” e utilizar o pronome pessoal “eu”.

Quanto às áreas de competências locomotoras, da interação social e cognitivas, a criança encontra-se ligeiramente acima do esperado para a sua faixa etária, sendo que, anteriormente, na área de competência cognitiva esta encontrava-se muito abaixo do esperado. A Catarina apresentou melhorias e já consegue: andar e correr em bicos de pés; subir e descer escadas de forma confiante, colocando os dois pés em cada degrau e apoiada no corrimão, não necessitando estar de mãos dadas; chutar uma bola parada; mostra interesse pelos pares e pelos adultos na brincadeira, partilhando os brinquedos; combinar 8 cores e brincar com destreza.

Por último, nas áreas de competências visuais, da audição e da linguagem a Catarina encontra-se muito acima do esperado para a sua faixa etária, sendo que, esta evoluiu e já consegue: apontar o dedo para um objeto distante; descrever verbalmente uma sequência de imagens apesar de ainda estar em aquisição; reconhecer pequenos detalhes no livro de figuras; identificar as 8 cores ainda que troque o laranja pelo vermelho; compreender verbos utilizando figuras que representem as ações; compreender as funções dos objetos utilizando figuras; compreender preposições e adjetivos relacionados ao tamanho; e compreender a utilização da negação numa frase, que ainda está em aquisição.

4 Discussão dos resultados

A interpretação dos dados foi realizada partindo da análise e compreensão dos resultados iniciais do Currículo Carolina e SGS-II (Figura 9) e finais, deste último (Figura 10).

No Currículo Carolina foram visíveis, inicialmente, algumas dificuldades que, atualmente, se encontram ultrapassadas. Se outrora a Catarina brincava a maior parte do tempo sozinha, presentemente já brinca espontaneamente com outras crianças e até convida o adulto para brincar com ela, referindo “queres brincar?”. E se antes ficava parada a olhar para uma sala cheia de brinquedos, agora explora cada canto e descobre a funcionalidade de cada objeto. Desta forma, com o aumento da exploração do espaço e dos materiais juntamente com a repetição de ações, gestos e brincadeiras, houve também uma melhoria ao nível da destreza manual na realização de puzzles, painel de formas e enfiamentos. Paralelamente, após algumas sessões, a sua aversão a alguns materiais desapareceu, uma vez que, atualmente, a Catarina aprecia brincar com plasticina, massa, areia e giz.

Quanto à sua lateralidade, esta ainda não se encontra definida, todavia a criança desenha e come, maioritariamente, com a mão esquerda. A Catarina já consegue identificar mais de 5 partes do corpo no outro e em si, subir as escadas e compreender frases mais complexas (por ex.: vai buscar o casaco do bebé à mala, que está em cima da mesa e trá-lo até aqui para vestirmos o bebé). Por último, foi visível uma melhoria considerável no aumento de vocabulário e da linguagem verbal da Catarina.

No SGS-II e tendo em conta os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação é possível verificar que houve melhorias significativas, uma vez que a Catarina evoluiu em todas as áreas de competências (locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognição). Apresentando-se, no geral, dentro dos parâmetros normais de desenvolvimento para a sua idade, exceto na área de competência autonomia pessoal, que se encontra ligeiramente abaixo do esperado.

Em suma, a Catarina apresentou uma grande evolução desde o início ao final da intervenção, apresentando um desenvolvimento dentro dos parâmetros normais para a sua idade e melhorias ao nível da noção do corpo, motricidade final e global, atenção, percepção visual e auditiva e interação social.

5 Conclusões

A intervenção psicomotora realizada (Estudo de Caso) possibilitou a identificação de vários fatores que podem estar associados aos resultados (abaixo do esperado para a sua faixa etária) apresentados inicialmente pela Catarina, nos dois instrumentos de avaliação. Considera-se importante realçar, após intervenção, que a negligência à qual a criança esteve exposta afetou o seu desenvolvimento a nível comportamental, emocional, social e cognitivo, bem como a evolução da sua linguagem (Gomez & Bazon, 2014), o que se verificou quer no início quer ao longo das sessões de psicomotricidade.

Relativamente à vinculação estabelecida entre os pais e a Catarina, foi notório um vínculo fraco com os seus pais, principalmente devido à sucessão de acontecimentos anteriores, tais como: o acolhimento dos seus irmãos, anterior ao seu, que gerou medo e angústia perante a possibilidade de repetição da situação; os conflitos entre os seus pais, que originou momentos de ansiedade e stress; e uma gravidez possivelmente não planeada por ambos, que resulta num aumento de ansiedade da mãe durante a gravidez e após o nascimento da criança (Brazelton, 1993; Gipso et al., 2008). Supondo que esta gravidez não foi planeada e apresenta gastos económicos não planeados e graves problemas sociais e psicológicos, pode apresentar-se como uma das razões de negligência e abandono por parte dos pais (Klima, 1998).

A Catarina não apresentava uma base segura na sua vida, que lhe oferecesse segurança para explorar o meio que a rodeia, uma vez que a sua figura de vinculação

(mãe) não lhe disponibilizava a confiança necessária para esta retornar em caso de angústia ou medo (Costa & dos Santos, 2011; Bowlby, 1988, 1998; Guedeney & Guedeney, 2004). Comprometendo, assim, o desenvolvimento e compreensão do self e do mundo (Bretherton, 1985; Brazelton & Greenspan, 2002). Portanto, a criança apresentava uma vinculação evitante, resistente/ambivalente (Bowlby, 1988) ou desorganizada/desorientada (Main e Solomon, 1986 cit in Duschinsky, 2015). Todavia, não existe informação acerca do tipo de vinculação presente na criança, sendo que, segundo Duschinsky (2015), é comum a vinculação desorganizada/desorientada nas crianças negligenciadas.

Desta forma, a intervenção psicomotora teve como suporte a criação de uma base segura: a terapeuta, que permitiu que a criança explorasse o espaço e os materiais com segurança e confiança, sem temer a ausência ou falta de atenção por parte desta figura de vinculação. Assim, a criança realizou atividades livres, propostas por si e orientadas pela terapeuta, com vista a evolução do seu desenvolvimento, sem recear o abandono ou a negligência.

Em suma, foi possível detetar possíveis dificuldades psicomotoras e intervir nestas durante 8 meses, utilizando uma metodologia baseada na relação e no jogo espontâneo, que revelou efeitos positivos nos resultados finais apresentados.

6 Referências Bibliográficas

- Almeida, G.N. & Morais, M. J. (2008). O menino que brinca às escondidas: Reflexão sobre uma intervenção em psicomotricidade numa vertente relacional. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 16, 62- 72.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II: User`s guide* (2nd ed.). Windsor: NFER: Nelson Publishing Company Ltd.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2012). *Schedule of Growing Skills II: Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Dos 0 aos 5 anos – Manual do utilizador* (3.ª ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1998). *Separação: angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes.

- Brazelton, T. B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebês e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo*. Lisboa: Editorial Presença.
- Butchart, A., Phinney, A. P., Mian, M. & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. WHO Library Cataloguing in Publication.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, A. O., & dos Santos, P. L. (2011). Qualidade do processamento sensorial e vinculação infantil. *Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional*, 1(1), 117-134.
- Diekmeyer, U. (1998). *O desenvolvimento da criança: 2 anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Duschinsky, R. (2015). The emergence of the disorganized/disoriented (D) attachment classification, 1979–1982. *History of Psychology*, 18(1), 32. doi 10.1037/a0038524.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem* (1ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Studies in family planning*, 39(1), 18-38. doi:10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x
- Gomez, V. R. V., & Bazon, M. R. (2014). Associação entre indicadores de maus tratos infantis e presença de problemas desenvolvimentais em crianças em início de escolarização. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 24(2), 214-220. doi: 10.7322/jhgd.81274
- Guedeney, A. & Guedeney, N. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hall, L. A., Peden, A. R., Rayens, M. K., & Beebe, L. H. (2004). Parental bonding: a key factor for mental health of college women. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(3), 277-292. doi: 10.1080/01612840490274787
- Johnson-Martin N. M., Attermeier, S. M. & Hacker, B. J. (2004) *The carolina curriculum for infants and toddlers with special needs* (3ª Ed.). Lisboa, CEGOC-TEA (Machado, M. & Rocha, A. M., 2005, versão portuguesa).
- Karli, P. (2002). As raízes da violência: reflexões de um neurologista. Lisboa: Instituto Piaget, 86-89.
- Klima, C. S. (1998). Unintended pregnancy: consequences and solutions for a worldwide problem. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(6), 483-491. doi:10.1016/s0091-2182(98)00063-9

- Leeb R. T., Paulozzi L., Melanson C., Simon T. & Arias I. (2008). *Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95. doi: 10.25752/psi.6089
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child abuse & neglect*, 37(10), 801-813. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.004
- Simões, A. C., Dixe, M. D. A. C., & Lopes, M. S. (2016). As crianças e jovens referenciadas à CPCJ: O espelho das problemáticas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE3), 63-66. doi: 10.19131/rpesm.0119

VI. Conclusão

O presente relatório apresenta uma descrição da variedade de experiências vivenciadas no âmbito da intervenção psicomotora e da realidade profissional no local de estágio em questão. Portanto, neste capítulo será feita uma análise reflexiva dos conhecimentos adquiridos e do contributo desta experiência para o meu enriquecimento pessoal e profissional.

A elaboração deste estágio curricular foi muito enriquecedora dado que tive a possibilidade de contactar com uma população que despertava em mim alguma curiosidade, sendo esta uma população em risco seria um desafio do ponto de vista pessoal e profissional. Esta experiência permitiu-me estar em constante aprendizagem e fez-me crescer, não só pelo contato com a presente problemática, mas, pelas formações e conhecimentos que me foram transmitidos. Considero que foi uma excelente oportunidade para aprender e colocar em prática os conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação académica. Além disso, este estágio permitiu aperfeiçoar a minha criatividade e imaginação dado a necessidade em utilizar materiais e técnicas diferentes, para cada caso.

Esta experiência contribuiu fundamentalmente para o aumento da minha confiança e segurança enquanto profissional e para o aumento da minha capacidade de adaptação às várias situações. Todavia, isto não seria possível sem a equipa técnica desta

instituição e a minha orientadora de estágio da UE, sendo que a primeira se destacou pela forma exemplar como trabalha e pela disponibilidade e confiança que depositou em mim. A segunda por me ajudar a superar as dificuldades existentes na fase inicial do estágio, por me transmitir os seus conhecimentos e por me fazer acreditar nas minhas capacidades.

Relativamente ao futuro profissional, esta experiência deu-me bagagem suficiente para intervir, em específico, nesta área e por estarmos em constante aprendizagem. Deste modo destaco a importância de estar inserida numa equipa multidisciplinar, trabalhar em parceria com outros profissionais (terapeutas da fala, psicólogos, auxiliares de educação, etc.) e em vários contextos (escola, centro de acolhimento, etc.), dado que, a troca de experiências e de informação são fundamentais para uma intervenção adequada a cada criança.

Em suma, considero que as atividades de estágio além de terem contribuído para o bem-estar e evolução destas crianças contribuíram, em muito, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, motivando-me a continuar a investir na minha formação e a manter-me atualizada acerca de conteúdos relevantes para esta área.

VII. Referências Bibliográficas

- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, 46(4), 333. doi: 10.1037/0003-066X.46.4.333
- Albaret, J. M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2- Méthodes et techniques*. De Boeck Supérieur.
- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00241.x
- Almeida, G.N. & Morais, M. J. (2008). O menino que brinca às escondidas: Reflexão sobre uma intervenção em psicomotricidade numa vertente relacional. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 16, 62- 72.
- Amazarray, M. R., & Koller, S. H. (1998). Alguns aspectos observados no desenvolvimento de crianças vítimas de abuso sexual. *Psicologia: reflexão e crítica*, 11(3). doi: 10.1590/S0102-79721998000300014
- Bédard, N. (2000). *Como interpretar os desenhos das crianças*. Mem Martins: Cetop
- Ballouard, C. (2008). *Psychomotricité: 25 notions clés*. Paris: Dunod.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of Growing Skills II: User`s guide* (2nd ed.). Windsor: NFER: Nelson Publishing Company Ltd.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2012). *Schedule of Growing Skills II: Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Dos 0 aos 5 anos – Manual do utilizador* (3.^a ed.). Lisboa: CEGOC-TEA.
- Beery, K. E., Buktenica, N. A., & Beery, N. A. (2010). *Beery VMI: The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration*. Bloomington, MN: Pearson.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure base: parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1998). *Separação: angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brazelton, T. B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S. I. (2002). *A criança e o seu mundo*. Lisboa: Editorial Presença.

- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2003). *A criança dos 3 aos 6 anos* (1ª Ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. *Monographs of the society for research in child development*, 3-35. doi: 10.2307/3333824
- Butchart, A., Phinney, A. P., Mian, M. & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. WHO Library Cataloguing in Publication.
- Cavalcante, L. I. C., Magalhães, C. M. C., & Pontes, F. A. R. (2007). Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. *Aletheia*, (25), 20-34.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, A. O., & dos Santos, P. L. (2011). Qualidade do processamento sensorial e vinculação infantil. *Da Investigação às Práticas: Estudos de Natureza Educacional*, 1(1), 117-134.
- Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social*. Diário da República: I Série A, 204, 6115 – 6132. Acedido a 22 jan. 2018. Disponível em www.dre.pt.
- Diekmeyer, U. (1998). *O desenvolvimento da criança: 2 anos*. Lisboa: Editorial Presença.
- Duclos, G. (2006). *A auto-estima, um passaporte para a vida*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Duschinsky, R. (2015). The emergence of the disorganized/disoriented (D) attachment classification, 1979–1982. *History of Psychology*, 18(1), 32. doi 10.1037/a0038524
- Favéro, M. F. (2003). *Sexualidade infantil e abuso sexuais a menores*. Lisboa: Climepsi.
- Fernandes, N. (2009). *Infância, direitos e participação – representações, práticas e poderes*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ferreira, A. I. X. (2016). *Desenvolvimento das competências visuo-motoras em crianças ex pré-termo* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa).
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem* (1ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Florentino, B. R. B. (2015). As possíveis consequências do abuso sexual praticado contra crianças e adolescentes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(2), 139-144. doi: 10.1590/1984-0292/805
- Gesell, A. (1996). *A criança dos 5 aos 10 anos*. Lisboa: Dom Quixote.

- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The lancet*, 373(9657), 68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Gipson, J. D., Koenig, M. A., & Hindin, M. J. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Studies in family planning*, 39(1), 18-38. doi:10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x
- Gomez, V. R. V., & Bazon, M. R. (2014). Associação entre indicadores de maus tratos infantis e presença de problemas desenvolvimentais em crianças em início de escolarização. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 24(2), 214-220. doi: 10.7322/jhgd.81274
- Guedeney, A. & Guedeney, N. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi Editores
- Hall, L. A., Peden, A. R., Rayens, M. K., & Beebe, L. H. (2004). Parental bonding: a key factor for mental health of college women. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(3), 277-292. doi: 10.1080/01612840490274787
- Henderson, S. E., Sugden, D. A. & Barnett, A. L. (2007). *Movement Assessment Battery for Children-2*. Person.
- Johnson-Martin N. M., Attermeier, S. M. & Hacker, B. J. (2004) *The carolina curriculum for infants and toddlers with special needs* (3ª Ed.). Lisboa, CEGOC-TEA (Machado, M. & Rocha, A. M., 2005, versão portuguesa).
- Karli, P. (2002). As raízes da violência: reflexões de um neurologista. Lisboa: Instituto Piaget, 86-89.
- Klima, C. S. (1998). Unintended pregnancy: consequences and solutions for a worldwide problem. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43(6), 483-491. doi:10.1016/s0091-2182(98)00063-9
- Lapierre, A. & Aucouturier, B. (2004). *A Simbologia do Movimento: Psicomotricidade e Educação* (2ª Ed.). Curitiba, Brasil: Filosofart
- Lapierre, A. & Lapierre, A. (2002). *O adulto diante a criança de 0 a 3 anos* (2ª Ed.). Curitiba, Brasil: Editora UFPR.
- Laukaran, V. H., & van den Berg, B. J. (1980). The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications: a cohort study of unwanted pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 136(3), 374-379. doi:10.1016/0002-9378(80)90864-9
- Leeb R. T., Paulozzi L., Melanson C., Simon T. & Arias I. (2008). *Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements*. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.

- Lopes, A. I. D. C. (2008). O desenho projectivo na criança mal tratada: Estudo de caso (Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia)
- Lopes, A. I., Mendes, F., Magalhães, C., Fernandes, R., & Martins, E. (2017). A atividade processual de uma comissão de proteção de crianças e jovens do centro de Portugal. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 7(1-2), 105-119.
- MacLennan, B. W. (1965). Co-therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 15(2), 154-166. doi:10.1080/00207284.1965.11642823
- Marta, F. & Rodrigues, A. (1994). Motricidade terapêutica em saúde-mental infantil: abordagem a uma metodologia de intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 2, 75-78. Lisboa, Edições FMH.
- Martins, E., & Szymanski, H. (2004). Brincando de casinha: significado de família para crianças institucionalizadas. *Estudos de Psicologia*, 9(1). doi: 10.1590/S1413-294X2004000100019
- Mastrascusa, C. & Franch, N. (2016). *Corpo em movimento, corpo em relação: psicomotricidade relacional no ambiente educativo*. Evangraf: Porto Alegre.
- Matias, A., Martins, R. & Vasconcelos, O. (2011). *Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças - 2* (não publicado). Person.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95. doi: 10.25752/psi.6089
- Naglieri, J. (1988). *DAP – Draw-a-Person: A quantitative scoring system*. San Antonio: The Psychological Corp. Harcourt Brace Jovanovich.
- Onofre, P. S. (2004). *A criança e a sua psicomotricidade*. Lisboa: Trilhos Editora
- Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2001). *O mundo da criança* (8ª Ed.). Lisboa: Mc Graw Hill.
- Radford, L., Corral, S., Bradley, C., & Fisher, H. L. (2013). The prevalence and impact of child maltreatment and other types of victimization in the UK: Findings from a population survey of caregivers, children and young people and young adults. *Child abuse & neglect*, 37(10), 801-813. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.02.004
- Rodrigues, A. N. (2005). *Intervenção Psicomotora e Pedagogia-terapêutica: um caminho com pensamentos, vivências e afectos*. In (Eds.), *O segredo do homem é a própria infância*, 135-152, Lisboa: Assírio & Alvim.
- Roller, B., & Nelson, V. (1991). *The art of co-therapy: How therapists work together*. Guilford Press.

- Sánchez, F. L. (1995). *Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual*. Salamanca: Amarú Ediciones
- Sanches, I. (2011). Do aprender para fazer ao aprender fazendo: As práticas de educação inclusiva na escola. *Revista Lusófona de Educação*, (19), 135-156.
- Sgroi, S. M., Blick, L. C., & Porter, F. S. (1982). A conceptual framework for child sexual abuse. *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*, 9-37.
- Simões, A. C., Dixe, M. D. A. C., & Lopes, M. S. (2016). As crianças e jovens referenciadas à CPCJ: O espelho das problemáticas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE3), 63-66. doi: 10.19131/rpesm.0119
- Sousa, M. L. D., & Cruz, O. (2016). Relationship between mental representations of parents and social competence of abused and nonabused children. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2). doi: 10.1590/0102-3772e32224
- Stoppard, M. (2002). *Guia completo para cuidar de bebés e crianças*. Porto: Civilização Editora.
- Stoppard, M. (2004). *Os primeiros anos do seu filho*. Porto: Civilização Editora.
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*, 175-189. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Thompson, R. A. (2008). Early attachment and later development: Familiar questions, new answers In Cassidy J. & Shaver P. (Eds), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 348–365.
- Unicef. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. New York: UNICEF.
- Vicens, S. P. (2004). *Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infancia*. Barcelona: GRAÓ
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

Anexo I – Breve descrição dos casos individuais

Nome/ Idade	Caraterização da Criança	Instrumentos aplicados	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão terapêutica
Carlos (nome fictício) 10 anos	<p>- 2º ano de escolaridade;</p> <p>- Reside na Associação “Chão dos Meninos” desde julho de 2015;</p> <p>- Encaminhado por negligência por parte dos pais;</p> <p>- Gosta de brincar com carros, tratores e caminhões;</p> <p>- Comportamentos de inferioridade e baixa autoestima;</p> <p>- Apresenta dificuldades de concentração/atenção;</p> <p>- Apresenta dificuldades de aprendizagem.</p>	<p>- DAP;</p> <p>- MABC-2;</p> <p>- VMI</p>	<p>DAP: percentil 32 e classificação “na média”, ou seja, encontra-se na média comparativamente ao esperado na sua faixa etária;</p> <p>MABC-2: percentil 5 – zona vermelha: é notória uma dificuldade no movimento;</p> <p>VMI: percentil 9 – IVM; percentil 5 – PV; e percentil .02 – CM. Resultados apresentados muito abaixo do esperado para a sua idade cronológica.</p> <p>Perante os resultados apresentados pelo Carlos na avaliação inicial, maioritariamente abaixo do esperado para a sua faixa etária, recomendou-se o apoio em Terapia Psicomotora individual com frequência bissemanal.</p>	<p>DAP: percentil 45 e classificação “na média”, ou seja, encontra-se na média comparativamente ao esperado na sua faixa etária;</p> <p>MABC-2: percentil 9 – zona amarela: em risco de apresentar dificuldades no movimento;</p> <p>VMI: percentil 1 – IVM; percentil 75 – PV; e percentil 42 – CM.</p>	<p>DAP: houve uma melhoria significativa no resultado final, um aumento dos detalhes nos desenhos e uma diminuição no tamanho destes, sendo que a primeira pessoa a ser desenhada, o homem, foi o desenho com mais detalhes e mais elaborado, o que me leva a pressupor que a figura masculina é aquela a quem está mais fortemente ligado e em quem investe mais;</p> <p>MABC-2: houve uma evolução significativa da zona vermelha para a zona amarela, verificando-se uma melhoria em duas componentes avaliadas: destreza manual e equilíbrio. Porém, penso que algumas das dificuldades apresentadas pelo Carlos resultam deste antecipar o insucesso e ter uma baixa autoestima;</p> <p>VMI: houve uma melhoria dos resultados apresentados na PV e CM, no entanto a criança ainda precisa desenvolver a integração destas duas capacidades, pois apresenta um resultado muito abaixo do esperado na IVM.</p> <p>Em suma, houve melhorias principalmente ao nível do esquema corporal, da motricidade final, do equilíbrio e da percepção visual. E, ainda, ao nível da atenção e da autoestima, bem como ao nível das dificuldades de aprendizagem que foram abordadas em parceria com a terapeuta da fala.</p>

<p>Diana (nome fictício) 7 anos</p>	<p>- 1º ano de escolaridade;</p> <p>- Reside na Associação “Chão dos Meninos” desde novembro de 2017;</p> <p>- Encaminha como vítima de abuso sexual por parte do pai;</p> <p>- Gosta de brincar com bonecas, às mães e aos filhos e aos médicos;</p> <p>- Não gosta de desenhar nem de recortar;</p> <p>- Apresenta baixa autoestima;</p> <p>- A maior parte das vezes é excluída das brincadeiras;</p> <p>- Apresenta problemas de visão e audição;</p> <p>- Apresenta dificuldades de concentração/atenção;</p> <p>- Apresenta dificuldades de aprendizagem.</p>	<p>- DAP;</p> <p>- MABC-2;</p> <p>- VMI</p>	<p>DAP: percentil 2 e classificação “borderline”, muito abaixo do esperado na sua faixa etária;</p> <p>MABC-2: percentil 1 – zona vermelha: é notória uma dificuldade no movimento;</p> <p>VMI: percentil 5 – IVM; percentil 53 – PV; e percentil 3 – CM. Resultados apresentados abaixo do esperado para a sua idade cronológica, exceto no teste da PV.</p> <p>Perante os resultados apresentados pela Diana na avaliação inicial, maioritariamente abaixo do esperado para a sua faixa etária, recomendou-se o apoio em Terapia Psicomotora individual com frequência bissemanal.</p>	<p>DAP: percentil 1 e classificação “deficiente”, muito abaixo do esperado na sua faixa etária;</p> <p>MABC-2: percentil 16 – zona amarela: em risco de apresentar dificuldades no movimento;</p> <p>VMI: percentil 16 – IVM; percentil 61 – PV; e percentil .7 – CM. Resultados apresentados abaixo do esperado para a sua idade cronológica, exceto no teste da PV.</p>	<p>DAP: houve um ligeiro decréscimo nos resultados apresentados na avaliação final, no entanto os detalhes apresentados nos desenhos de ambas as avaliações em pouco diferem. Além disso, é importante realçar que na avaliação final a criança dá mais ênfase aos órgãos sexuais.</p> <p>MABC-2: houve uma evolução significativa da zona vermelha para a zona amarela, verificando-se uma melhoria nas três componentes avaliadas.</p> <p>VMI: houve uma melhoria dos resultados apresentados na IVM e na PV e um decréscimo dos resultados apresentados na CM. Todavia, penso que este decréscimo adveio do cansaço e falta de atenção da criança dado que foi o último teste deste instrumento de avaliação a ser aplicado. Relativamente aos resultados finais, apenas a PV se encontra acima do esperado para a sua faixa etária, dado que a CM se encontra muito abaixo do esperado e, por consequência, a integração destes dois ainda não se encontra suficientemente desenvolvida, apresentando-se abaixo da média comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica.</p> <p>Em suma, houve melhorias principalmente ao nível da motricidade final e global, do equilíbrio, da integração visuo-motora e da perceção visual. E, ainda, ao nível das dificuldades de aprendizagem, atenção, motivação, autoestima e memória.</p>
<p>Enzo</p>	<p>- Pré-escolar;</p>	<p>- DAP;</p> <p>- MABC-2;</p>	<p>DAP: percentil 2 e classificação “borderline”, muito abaixo do esperado na sua faixa etária;</p>	<p>DAP: percentil 42 e classificação “na média”, ou seja, encontra-se na</p>	<p>DAP: houve uma melhoria significativa, sendo que inicialmente a sua classificação estava abaixo do esperado para a sua faixa etária e, atualmente,</p>

<p>(nome fictício)</p> <p>5 anos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reside na Associação “Chão dos Meninos” desde julho de 2014; - Encaminhado por negligência, falta de supervisão e conflitos familiares; - Gosta de brincar com carros, andar de bicicleta e jogar à bola; - Algumas vezes é excluído do grupo por roubar, esconder e estragar os brinquedos dos outros. - Apresenta uma vinculação desorganizada; - Apresenta pouca tolerância à frustração; - Apresenta dificuldades de atenção/concentração. 	<p>- VMI</p>	<p>MABC-2: percentil 25 – zona verde: não foram detetadas dificuldades no movimento;</p> <p>VMI: percentil 53 – IVM; percentil 50 – PV; e percentil 6 – CM. Resultados apresentados dentro da média comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica, exceto na CM em que apresenta resultados abaixo do esperado.</p> <p>Não foi logo encaminhado para o apoio em Terapia Psicomotora. Todavia, mais tarde e após uma avaliação realizada pela equipa de IP foi sugerido que a criança fosse acompanhada individualmente com frequência semanal pela Psicomotricidade.</p>	<p>média comparativamente ao esperado na sua faixa etária;</p> <p>MABC-2: percentil 37 – zona verde: não foram detetadas dificuldades no movimento;</p> <p>VMI: percentil 45 – IVM; percentil 77 – PV; e percentil 10 – CM. Resultados apresentados abaixo da média comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica, exceto na PV que se encontra acima do esperado.</p>	<p>encontra-se na média. É claramente visível uma evolução dos desenhos e conseqüente um aumento dos detalhes destes.</p> <p>MABC-2: houve uma melhoria significativa do resultado final e os resultados continuam dentro do esperado para a sua faixa etária (zona verde).</p> <p>VMI: houve melhorias significativas na PV e na CM, e um decréscimo pouco significativo no teste da IVM.</p> <p>Em suma, houve melhorias principalmente ao nível do esquema corporal, da motricidade final e global, do equilíbrio e da percepção visual. E, ainda, ao nível das dificuldades de atenção/concentração.</p>
--------------------------------------	--	--------------	--	--	--

Anexo II – Breve descrição do grupo terapêutico

Criança/Data de nascimento	Caraterização da Criança	Instrumento Aplicado	Balanço da Intervenção
<p>Ana (nome fictício) 9-12-2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reside na Associação “Chão dos Meninos” desde janeiro de 2017; - Encaminhada devido à impossibilidade temporária, negligência, incapacidade parental/familiar e aos pais serem toxicodependentes; - Nasceu na sequência de uma gravidez de termo que não foi planeada pelos pais, nem vigiada pelos serviços de saúde; - A sua mãe consumiu álcool e tabaco de forma regular durante toda a gravidez, suspeitando-se igualmente de consumo de estupefacientes. - Quando chegou à associação era uma bebé fisicamente frágil, mas atualmente é uma criança saudável e com um desenvolvimento dito normal. 	<p>- Currículo Carolina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação inicial (13-11-2017): 11 meses de idade e encontrava-se dentro da média comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica; - Avaliação final (26-06-2018): 18 meses de idade e encontra-se dentro da média comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica; - Avaliação inicial vs. Avaliação final: houve melhorias significativas e aquando da última avaliação a criança encontra-se dentro do esperado para a sua faixa etária (18 meses) e em algumas sequências pedagógicas acima do esperado para a sua faixa etária – atenção e memória (21 meses); resolução de problemas (24 meses); exploração espacial (24 meses); socialização (21 meses), autonomia – vestir (21 meses); motricidade fina: alcançar, apertar e largar (24 meses); e motricidade fina – destreza bilateral (21 meses). <p>Durante a intervenção a criança começou a andar, saltar, falar e tornou-se mais autónoma e independente. No geral, a Ana encontra-se bem desenvolvida, sendo que consegue virar folhas, desenhar rabiscos, enfiar um lápis num buraco feito num pedaço de cartão, correr com alguma rigidez, subir e descer escadas com ajuda, etc.</p>
<p>Beatriz (nome fictício) 17-01-2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reside na Associação “Chão dos Meninos” desde janeiro de 2016; - Encaminhada devido aos antecedentes dos seus pais. As suas irmãs eram negligenciadas por estes e já lhe tinham sido retiradas e entregues aos tios; - Havia suspeitas de que o pai maltratava as irmãs (ex.: bater-lhes com um cinto) e que abusava sexualmente delas, contudo nunca foi provado em tribunal. 	<p>- Currículo Carolina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação inicial (13-11-2017): 21 meses de idade e encontrava-se relativamente abaixo do esperado para a sua faixa etária nas seguintes áreas: desenvolvimento perceptivo; resolução de problemas; perceção visual; pré-vocabulário/vocabulário; imitação de sons e gestos; respostas à comunicação de outras pessoas; autonomia – comer; motricidade fina; coordenação visual-motora: domínio do lápis e ato de copiar; e capacidade motora: posição vertical (saltar). - Avaliação final (15-03-2018): 25 meses de idade e encontra-se dentro da média comparativamente ao esperado para a sua idade cronológica, exceto na sequência pedagógica da perceção visual (21 meses).

	<p>- Quando a mãe soube que estava grávida da Beatriz evitou ir ao médico com medo que lhe tirassem a filha, sendo que apenas apareceu lá ao 6º mês de gravidez.</p> <p>- No CAT a Beatriz recebia a visita dos pais e da avó materna, sendo que, atualmente foi entregue aos cuidados desta última.</p>		<p>- Avaliação inicial vs. Avaliação final: houve melhorias significativas relativamente à primeira avaliação, incluindo na sequência pedagógica da percepção visual. No geral, a criança encontra-se dentro do esperado para a sua faixa etária.</p> <p>Durante a intervenção a criança desenvolveu a sua linguagem, aumentou o seu vocabulário e começou a formar frases de duas palavras e a imitar palavras de três sílabas, começou a brincar ao “faz de conta” com as bonecas e a “conversar” com estas, a guardar os objetos nos locais corretos, a alimentar-se quase sem precisar de ajuda, tornou-se mais independente e autónoma, etc.</p>
--	--	--	---

Anexo III – Exemplo de relatório de sessão (EC I)

Data da sessão: 27-2-2018

Hoje comecei por perguntar ao João o que tínhamos feito na sessão anterior, de modo a relembrar as suas escolhas, ao que ele respondeu: “brincar aos professores e jogar à bola”. Posteriormente perguntei-lhe ao que queria brincar, ao que este respondeu: “brincar com os bonecos e depois com a areia”.

Na primeira brincadeira, o João decidiu que ele ficava com três bonecos (dois namorados e um amigo) e eu com outros três (dois namorados e um amigo). A brincadeira desenrolou-se como quase sempre, eu era o ladrão e ele era a personagem boa que tentava matar-me sempre. Umás vezes ele tentava matar-me, mas só me deixava ferida e outras vezes conseguia mesmo matar-me. Tentei inclusive que vários amigos meus (colocando mais bonecos no cenário) me fossem defender, mas o João dizia que matava qualquer um. Ainda nesta brincadeira surgem os namorados. Estes beijam-se e há um amigo que os espreita pela porta e lhes diz “não podem beijar-se à minha frente, vou-vos matar aos dois” e eu perguntei-lhe “porque não podem os namorados beijar-se?” e ele disse “porque isso é feio”. Deste modo, achei importante explicar ao João quando era ou não correto as pessoas beijarem-se, realçando aspetos importantes como serem adultos e da mesma idade ou com pouca diferença de idade.

Posteriormente, ao brincar na areia, o João escolheu primeiros dois tratores/caminhões e depois deixou que eu escolhesse dois também. A brincadeira baseava-se em encher o reboque de areia da praia para depois colocar no mar, contudo só o João podia encher o reboque, ainda que eu tenha insistido em ajudá-lo. Após isto, o João arranjou uma moto 4 e fez rodopios e mais uma vez apenas ele podia fazê-lo. Por fim, o João matou o senhor do caminhão e simulou que chegavam ambulâncias, carros da polícia e helicópteros. Nesta altura fingi que tinha ficado ferida e precisava de um médico e aí pedi ao João para ir buscar a sua mala de médico e este disse “agora vamos brincar aos médicos”.

O João queria que eu me deslocasse ao médico e eu disse-lhe que não conseguia porque estava ferida e que a ambulância tinha que vir até mim e ele disse: “afinal vamos brincar aos fantoches”, deslocando-se até à casa dos fantoches. Tentou contar uma

história muito curta e confusa e depois disse “agora é a tua vez”. Após lhe contar uma história sobre o lagarto pintado e o rei Leão, a criança disse que já conhecia as personagens e que não queria ouvir mais. Deste modo não insisti mais e relembrei a criança que tínhamos que terminar a sessão, perguntando-lhe ao que tínhamos brincado hoje pois estava um pouco esquecida, promovendo assim a tomada de consciência das suas escolhas e da ordem das brincadeiras.

Em suma, acho que durante a sessão deixei o João ser quem quis ser e apesar dele não me deixar participar ativamente (ele faz as minhas falas), permaneci na brincadeira e demonstrei que podia ser quem ele precisasse, ainda que não lhe facilite a vida. Por exemplo, caso ele me matasse eu arranjava maneira da brincadeira não acabar ali, para que o próprio João arranjasse também outras estratégias.

Anexo IV – Exemplo de relatório de sessão (EC II)

Data da sessão: 23-1-2018

Na sessão de hoje, ao entrar na sala das crianças, a Catarina dirigiu-se até uma gaveta onde estavam vários instrumentos musicais. Começou por experimentar um, depois outro e, assim, sucessivamente. Enquanto os tocava sorria e dançava e, aos poucos, aproximou-se do espelho e eu fui com ela. Em frente ao espelho dançámos, sorrimos e a Catarina parecia divertir-se. Foi então que comecei a cantar-lhe uma música “cabeça, ombro, joelhos e pés, joelhos e pés...” e a Catarina ficou estática a observar-me. Depois perguntei-lhe “onde estão os teus pés? Então e as tuas mãos?”, todavia a Catarina não sabia ou não queria responder, não pontando para nenhuma parte do corpo.

A seguir deslocou-se até à mesa para desenhar. Enquanto a Catarina desenhava alguns rabiscos, eu conversava com ela dizendo-lhe qual a cor da caneta que ia utilizar e o que estava a desenhar (por ex.: “vou desenhar os olhos com uma caneta azul”) e muitas vezes ela repetia as palavras que eu utilizava (por ex.: “azul”, “olhos”). Isto porque ao mesmo tempo que desenhava podia ajudar a Catarina a interiorizar várias palavras, sons, cores e nomes das partes do corpo.

Posteriormente, a Catarina dirigiu-se novamente para próximo do espelho, onde se colocou de cócoras. Esta abriu a caixa dos disfarces e tirou vários chapéus. Colocou um na cabeça e começou a sorrir para o espelho e a seguir para mim, como se esperasse a minha aprovação. Experimentou mais chapéus e deu-me alguns também para eu colocar na minha cabeça, abanando a cabeça para um lado e para o outro como se estivesse a dança. Desta forma imitei-a a juntas dançámos e rimos juntas durante algum tempo.

Por fim, a Catarina encontrou uns peluches pequenos em forma de animais e não quis mais brincar com os chapéus. Brinquei com ela e fiz o som de alguns animais, enquanto ela identificava o nome de cada um: “cavalinho”, “vaca”, “ovelha”, “porco” e “pato”.

Anexo V – Exemplo de relatório de sessão (Grupo Terapêutico)

Data da sessão: 15-3-2018

Na sessão de hoje, na sala das crianças, deixámos as crianças escolher o que queriam fazer. Assim que entramos, a Beatriz foi brincar com o túnel e a Catarina com os disfarces que estavam dentro da caixa. Já a Ana quis brincar com os lápis, equilibrando-se de pé para os apanhar da mesa.

Ao início a Beatriz começou por entrar e sair do túnel várias vezes e quando aparecia dizia “cu cu” para mim e para a Helena. Nós fazíamos cara de surpreendidas e a Beatriz ria e voltava a repetir a brincadeira. Para que a Ana e a Catarina entrassem na brincadeira dissemos à Beatriz para se esconder dentro do túnel e perguntámos-lhes “Sabem onde está a Beatriz?” e as duas espreitaram para dentro do túnel e apontaram para ela. Posteriormente a Catarina continuou a brincar com os disfarces e a Ana deixou os lápis, que sem querer tinha deixado cair ao chão.

Ao ver uns sapatos altos vermelhos na caixa de disfarces com que a Catarina estava a brincar, a Beatriz deixou logo o túnel e pediu ajuda para calçar um deles, procurando de seguida o outro. Já a Catarina experimentava todos os chapéus e dava alguns a mim e à Helena para colocarmos nas nossas cabeças. Durante algum tempo brincámos com os chapéus, brincadeira essa a que a Beatriz e a Ana se juntaram. Colocavam um chapéu, viam-se ao espelho, mostravam a mim e à Helena e depois abanavam a cabeça contentes.

Após brincarmos com os disfarces, a Beatriz reparou na casa dos fantoches e, por isso, dei-lhe alguns fantoches e fiquei com dois. Fingi que contava uma história, enquanto as crianças ficaram estáticas a olhar para mim com uma expressão de surpresa. A seguir, as três agarram alguns fantoches e a Catarina tentou imitar a minha ação, dizendo “era uma vez” e mais algumas palavras impercetíveis.

Por último e como já estava na hora de almoçar arrumámos tudo e incentivámos a Ana a colocar na caixa os lápis que tinha deixado cair e a Catarina e a Beatriz a guardar os disfarces todos na caixa, enquanto eu e a Helena guardámos o túnel e mais alguns objetos que estavam espalhados. Por fim, saímos sem quaisquer complicações da sala.

Anexo VI – Desenhos da criança DAP: avaliação inicial (EC I)

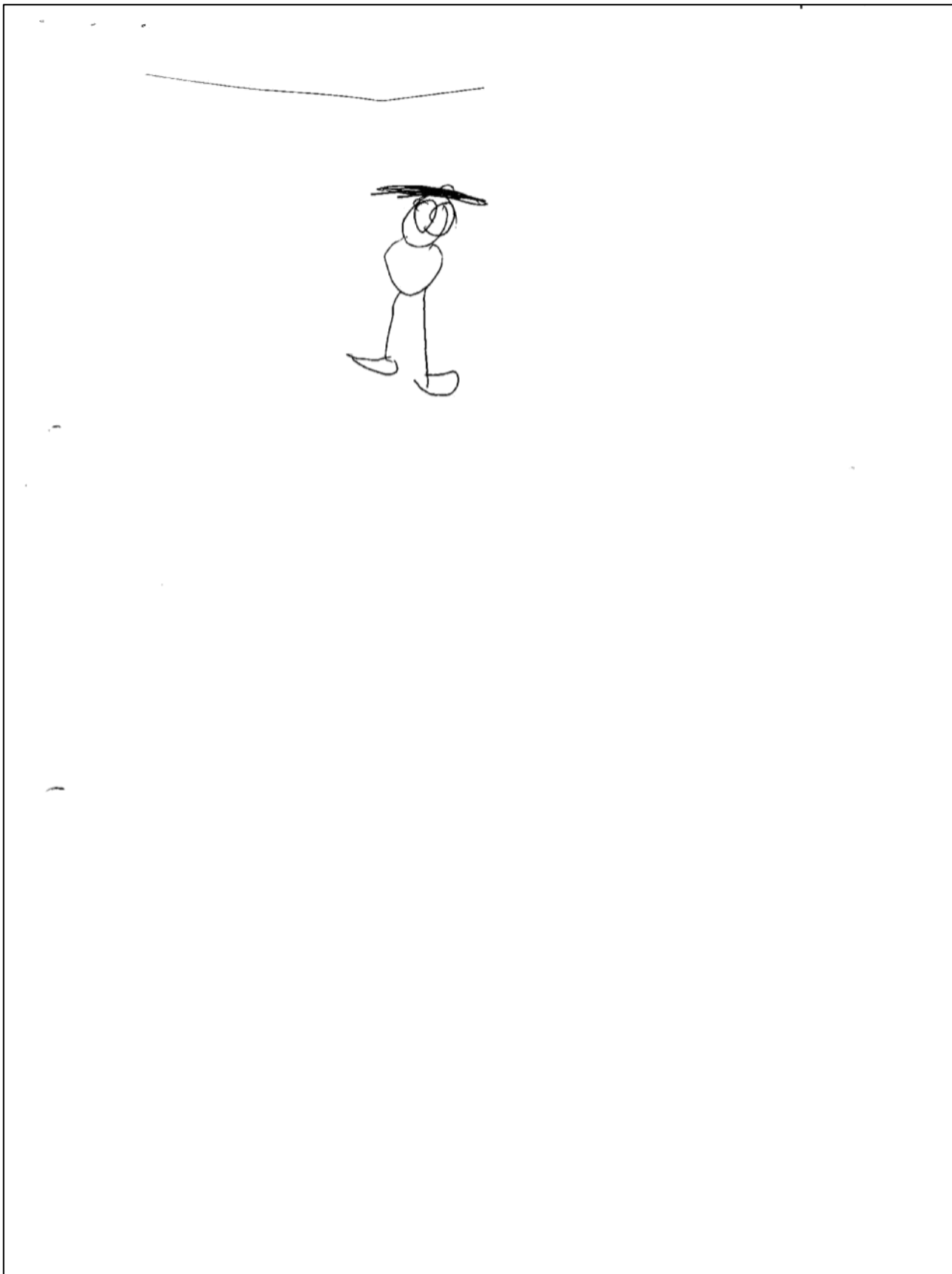
Homem



Mulher

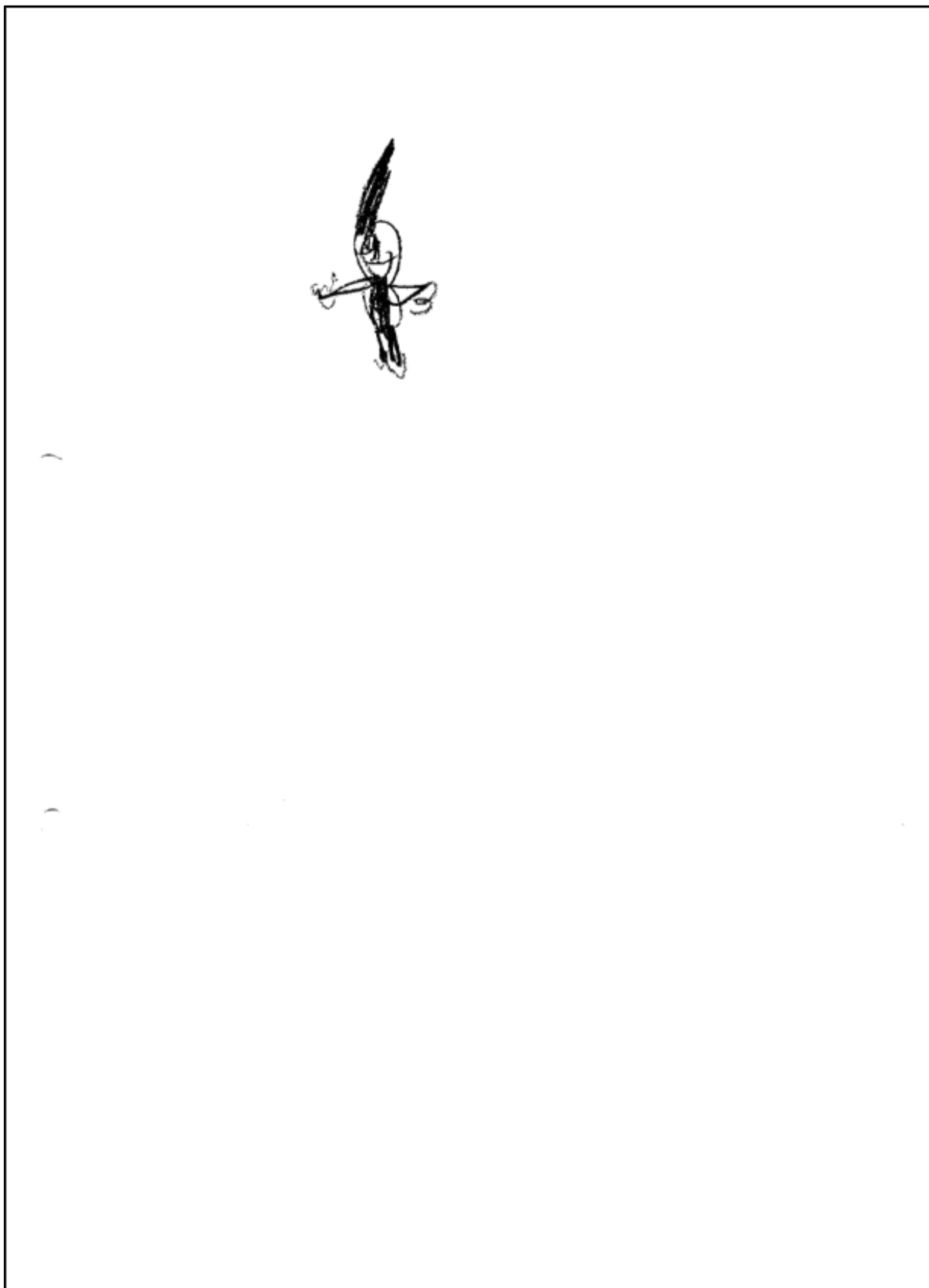


O próprio

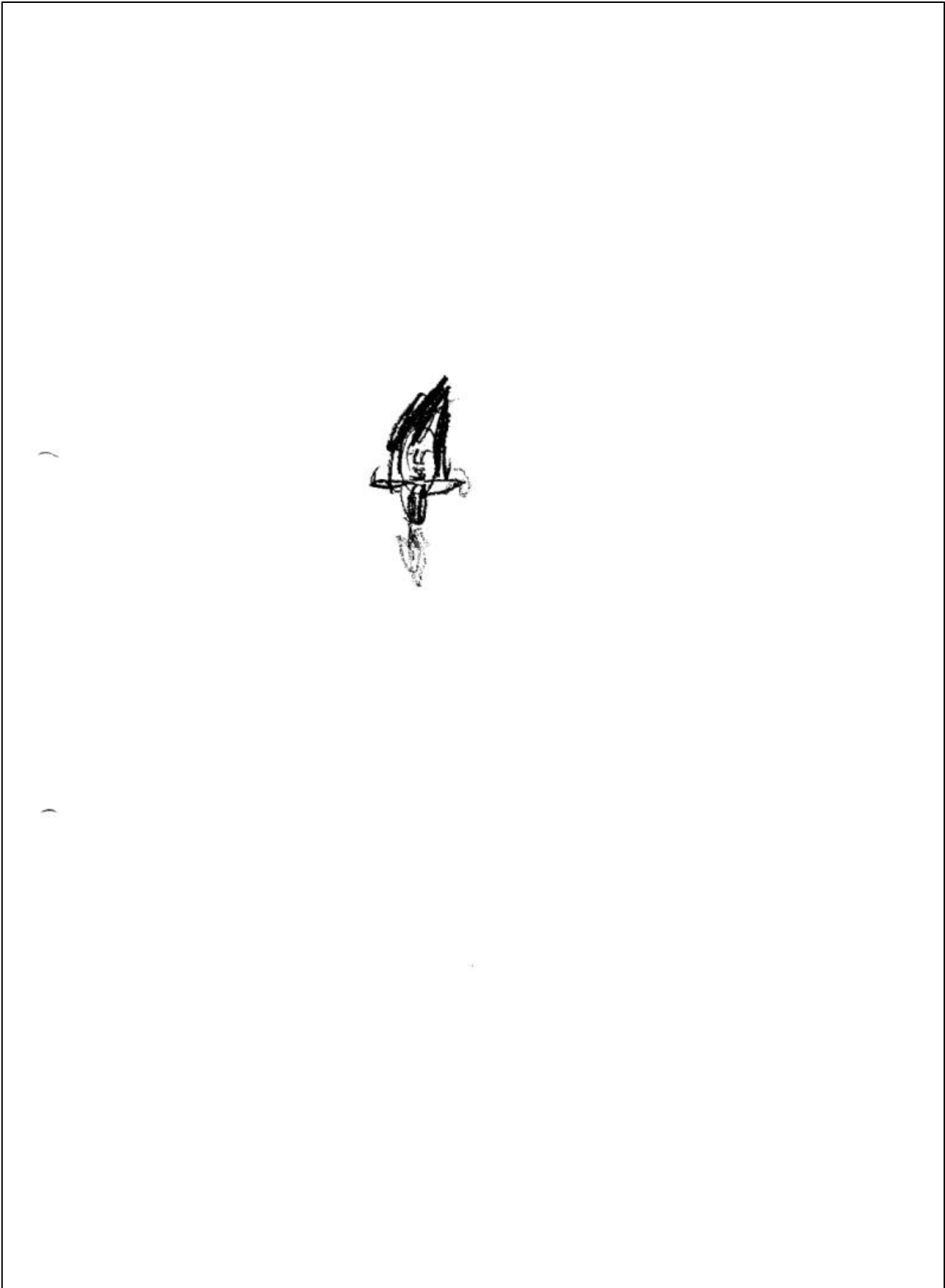


Anexo VII – Desenhos da criança DAP: avaliação final (EC I)

Homem



Mulher



O próprio

