



---

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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora com crianças institucionalizadas em  
Casa de Acolhimento Residencial**

Ana Sofia dos Santos Valério

Orientador(es) | Ana Rita Matias

Évora 2024

---

---

---

---



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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Intervenção Psicomotora com crianças institucionalizadas em  
Casa de Acolhimento Residencial**

Ana Sofia dos Santos Valério

Orientador(es) | Ana Rita Matias

Évora 2024

---

---

---

---



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

Presidente | Gabriela Almeida (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Rita Matias (Universidade de Évora) (Orientador)  
Guida Veiga (Universidade de Évora) (Arguente)

## **Agradecimentos**

Primeiramente, aos meus pais, por tornarem este momento possível. Pela transmissão de bons valores, como o esforço e a dedicação. E pelo suporte que são para mim em qualquer circunstância.

À minha professora orientadora da Universidade de Évora, Professora Doutora Ana Rita Matias, por estar presente ao longo desta etapa desafiante e pelos saberes teóricos e práticos que partilhou comigo, bem como o saber-ser.

À minha orientadora do local de estágio, Psicomotricista Inês Feliciano pela constante disponibilidade que me facultou durante todos estes meses e por me mostrar como a Psicomotricidade é essencial nas casas de acolhimento.

À equipa multidisciplinar do local de estágio, por permitirem o aumento do meu conhecimento, devido à vasta experiência que possuem na área. O amor que dão a cada uma das crianças é indescritível.

Às minhas pessoas, que diariamente torceram por mim e acreditaram que este estágio, árduo aos olhos de muitos, me traria melhores competências profissionais e pessoais.

E sobretudo às crianças, que mesmo com um passado traumático e difícil tornaram o meu percurso mais fácil e leve. Aquilo que mais desejo é que a vida nunca mais vos seja atroz e espero encontrar-vos um dia, felizes, como me fizeram a mim, profundamente.

Obrigada a cada um por me permitirem vivenciar esta realidade.

**As crianças são sinceras nas palavras e nos sentimentos,  
são verdadeiras inspirações de vida**

(Campos, s.d.)

## **Resumo**

### **Intervenção Psicomotora com crianças institucionalizadas em Casa de Acolhimento Residencial**

O presente relatório teve como principal objetivo descrever as atividades realizadas em âmbito de estágio curricular de Mestrado em Psicomotricidade que decorreu numa Casa de Acolhimento Residencial. A estagiária, num acompanhamento tanto individual como grupal, realizou uma intervenção psicomotora de base relacional com as crianças vítimas de maus-tratos.

Analisaram-se os projetos terapêuticos de quatro crianças com especial enfoque nos dois estudos de caso, onde se apresentou a anamnese, hipóteses explicativas, os resultados das avaliações iniciais e finais, o projeto de intervenção, bem como a progressão terapêutica e as respetivas conclusões e recomendações. Com base nos efeitos e repercussões positivas no desenvolvimento holístico das crianças acolhidas é possível afirmar que a Psicomotricidade se trata de uma intervenção terapêutica benéfica às crianças institucionalizadas e vítimas de maus-tratos, uma vez que são notórias as melhorias nos diversos casos acompanhados.

**Palavras-chave:** Psicomotricidade; Crianças; Institucionalização; Maus-tratos; Trauma

## **Abstract**

### **Psychomotor Intervention with children institutionalized in a Residential Care Home**

The main objective of this report is to describe the activities carried out during the curricular internship for the Master's in Psychomotricity, which took place in a Residential Care Home. The intern, in both individual and group monitoring, carried out a relational-based psychomotor intervention with children who were victims of abuse.

The therapeutic projects of four children were analyzed with a special focus on the two case studies where the anamnesis, explanatory hypotheses, initial and final assessment results, intervention plan, therapeutic progression, and respective conclusions and recommendations were presented. Based on the positive effects and impacts on the holistic development of the children in care, it is possible to affirm that Psychomotricity is a beneficial therapeutic intervention for institutionalized children who are victims of abuse, as significant improvements were observed in the various cases followed.

**Keywords:** Psychomotricity; Children; Institutionalization; Mistreatment; Trauma

## Índice geral

<b>1. Introdução</b> .....	6
<b>2. Enquadramento teórico da prática profissional</b> .....	7
2.1 Caracterização da Instituição .....	7
2.2 Maus-tratos infantis.....	10
2.3 Impacto do acolhimento.....	13
2.4 Contextualização da Psicomotricidade no âmbito do estágio .....	14
<b>3. Organização das atividades de estágio</b> .....	18
3.1 Descrição das atividades de estágio .....	18
3.2 Intervenção psicomotora no local de estágio .....	21
3.3 Descrição das etapas de intervenção e dos instrumentos utilizados.....	24
3.4 Breve descrição dos casos acompanhados .....	27
3.4.1 Casos Individuais .....	27
3.4.1.1 A.....	27
a. Identificação do caso .....	27
b. Avaliação inicial .....	29
c. Projeto terapêutico.....	30
d. Avaliação final.....	31
e. Progressão Terapêutica .....	33
f. Conclusões .....	35
3.4.1.2 MA .....	35
a. Identificação do caso .....	35
b. Avaliação inicial .....	36
c. Projeto terapêutico.....	38
d. Progressão Terapêutica.....	39
e. Conclusão .....	40
3.4.2 Casos Grupais.....	40
<b>4. Dois estudos de caso</b> .....	44
4.1 Caso 1.....	44
4.1.1 Revisão teórica .....	44
4.1.2 Identificação do caso.....	45
4.1.3 Plano de avaliação.....	46
4.1.4 Resultados da avaliação inicial.....	47
4.1.5 Hipóteses explicativas .....	49
4.1.6 Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos.....	51
4.1.7 Projeto pedagógico-terapêutico .....	52

4.1.8	Progressão terapêutica.....	56
4.1.9	Resultados da avaliação final.....	59
4.1.10.	Discussão de resultados.....	61
4.2	Caso 2 (Artigo Científico).....	63
	Introdução.....	64
	Metodologia.....	65
	Projeto de intervenção.....	66
	Resultados.....	73
	Conclusões.....	78
	<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>79</b>
<b>5.</b>	<b>Conclusão.....</b>	<b>82</b>
<b>6.</b>	<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>84</b>
<b>7.</b>	<b>Anexos.....</b>	<b>90</b>

## Índice de tabelas

Tabela 1	Caracterização das crianças acolhidas.....	9
Tabela 2	Calendarização das atividades de estágio.....	19
Tabela 3	Horário semanal das atividades de estágio.....	19
Tabela 4	Descrição dos casos individuais.....	27
Tabela 5	Perfil Intraindividual- A.....	31
Tabela 6	Objetivos terapêuticos- A.....	31
Tabela 7	Perfil Intraindividual- MA.....	38
Tabela 8	Objetivos terapêuticos- MA.....	39
Tabela 9	Descrição dos casos grupais.....	41
Tabela 10	Resultados iniciais SDQ.....	49
Tabela 11	Perfil Intraindividual.....	51
Tabela 12	Objetivos terapêuticos.....	52
Tabela 13	Avaliação final SDQ.....	61
Tabela 14	Perfil Intraindividual.....	67
Tabela 16	Objetivos terapêuticos- M.....	71

## Índice de Figuras

Figura 1	Organograma da Instituição.....	10
Figura 2	Resultados da avaliação inicial- A.....	30
Figura 3	Resultados da avaliação final- A.....	33



Figura 4 Resultados da avaliação inicial- MA .....	37
Figura 5 Resultados da avaliação inicial BDI-G.....	48
Figura 6- Resultados da avaliação final BDI-G.....	59
Figura 7- Resultados da avaliação inicial BDI M.....	74
Figura 1 Resultados da avaliação final BDI-M.....	75

## **Lista de abreviaturas, siglas e símbolos**

APAV - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

BDI- Inventário de Desenvolvimento Battelle – 2ª Edição

CAFAP- Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CAR-1- Casa de Acolhimento Residencial 1

CAR-2- Casa de Acolhimento Residencial 2

DGE- Direção-Geral de Educação

EMAT- Equipa Multidisciplinar de Assessoria aos Tribunais

IP- Intervenção Precoce

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

SDQ - Questionário de Capacidades e Dificuldades

## **1. Introdução**

A família, considerada um fator protetor, desempenha um papel basilar no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Por se tratar do primeiro grupo social em que o indivíduo se encontra inserido é essencial que ocorra a transmissão de competências por forma a capacitar crianças e jovens para o futuro (Ferreira, Gameiro & Pedro, 2023). Na família não devem predominar sentimentos de opressão e violência, mas sim proteção e afetividade, uma vez que as relações com figuras de referência influenciam significativamente a componente psicoemocional e relacional desde a primeira infância (Blakely-McClure & Ostrov, 2016).

Quando se verifica o abandono ou desinteresse por parte dos pais destas crianças e jovens as mesmas poderão ser acolhidas nos sistemas de proteção infantojuvenil, ou seja, em casas de acolhimento residencial. Colocar uma criança fora do seu ambiente familiar poderá ser considerado violento, pelo facto do acolhimento afetar a vinculação segura e, eventualmente, comprometer o desenvolvimento cognitivo e emocional que influencia o bem-estar das crianças acolhidas (Oliveira & Próchno, 2010). Para além disto, quanto maior for o período de institucionalização maior o impacto negativo e as complicações emocionais e comportamentais. Deste modo, quando a criança é acolhida importa garantir uma rede de apoio munida de relações próximas e afetivas, tratando-se assim de um fator protetor à vida da criança e que lhe proporciona a confiança necessária ao desenvolvimento psicológico e social saudável (Siqueira & Dell’Aglia, 2010).

No âmbito do Estágio Curricular decorrido no segundo ano do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora desenvolveu-se o presente relatório. Com uma duração entre outubro de 2023 e junho de 2024, o estágio ocorreu numa Casa de Acolhimento Residencial.

As crianças foram acompanhadas através de sessões individuais ou em pequeno grupo, de Psicomotricidade, prática indicada à atuação em saúde mental com crianças vítimas de maus-tratos. A pertinência da Psicomotricidade neste contexto deve-se ao facto de que a utilização do corpo em movimento, permite ao sujeito conhecer o seu mundo interno de forma holística, contribuindo para a sua expressão corporal. Desta forma, o movimento torna-se um meio facilitador do desenvolvimento harmonioso da criança (Fernandes, Filho & Rezende, 2018).

Contudo, no decorrer da intervenção importa ter em consideração que estas crianças sofreram ações ou omissões proporcionadas pelos seus pais ou cuidadores, indo contra os seus direitos e necessidades, afetando a sua segurança e desenvolvimento biológico, físico, cognitivo, psicológico e socioemocional (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2011).

Os objetivos primordiais do presente relatório são os seguintes: descrever as atividades realizadas durante o estágio curricular, enquadrar a prática profissional do Psicomotricista, contextualizar os maus-tratos infantis, apresentar dois estudos de caso e a sua progressão terapêutica e analisar os casos acompanhados em Psicomotricidade.

Relativamente à estrutura do relatório, inicialmente enquadrar-se-á teoricamente a prática profissional contextualizando a Psicomotricidade. De seguida, caracterizar-se-á a instituição e também a sua população. Irá ser descrita a definição, tipologia, fatores de proteção e de risco e as eventuais repercussões dos maus-tratos infantis. Depois será apresentada a organização das atividades de estágio, nomeadamente a calendarização, as diferentes etapas da intervenção psicomotora, a descrição dos instrumentos utilizados para a avaliação e a apresentação do acompanhamento dos casos em Psicomotricidade. Aprofundar-se-ão dois estudos de caso e a sua progressão terapêutica, bem como as suas avaliações iniciais e finais. Por fim surgirão as conclusões e uma reflexão de cariz pessoal sobre a experiência de estágio no contexto referido.

## **2. Enquadramento teórico da prática profissional**

### **2.1 Caracterização da Instituição**

Fundada em 1993, a associação foi impulsionada por indivíduos preocupados com crianças que se encontravam em perigo e/ou vítimas de maus-tratos. Em 1999 constituiu-se uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos regida pelas disposições da lei aplicável, com principal enfoque de intervenção na área dos maus-tratos infantis, tornando-se um centro de acolhimento para crianças com idades entre os 0 e os 12 anos. Esta associação adota um olhar ecológico e sistémico, que considera o historial tanto da criança como do seu seio familiar, os recursos e os meios necessários à resolução do problema.

Por forma a proteger e promover aqueles que são os Direitos Humanos da Criança a associação tem por objetivos proceder ao estudo interdisciplinar das situações relativas às crianças e jovens em risco e respetivas famílias bem como promover, dinamizar e organizar respostas adequadas. Estas respostas passam pela deteção e prevenção de situações de risco, pelo meio de sessões de informação e sensibilização face aos direitos da criança; a desinstitucionalização com vista à sua autonomia e a um projeto de vida. É fornecido ainda um apoio socio-terapêutico às crianças e respetivas famílias, para além disso, oferece abrigo em casos de perigo, em articulação com o poder judicial.

Quando existe um acolhimento e com um prazo máximo de um mês, realiza-se um plano de desenvolvimento individual da criança, considerando-se as vertentes judiciais, sociais, desenvolvimentais e médicas, e de acordo com estas informações são delineados os objetivos individuais; este plano é monitorizado mensalmente e reavaliado a cada três meses. Posteriormente, e considerando as informações da criança e da sua família, é desenvolvido o projeto de vida que engloba a reintegração na família biológica, a inserção numa família de acolhimento, o apadrinhamento ou a recolocação numa instituição.

A instituição apresenta diversas valências nomeadamente:

O CAR-1 que acolhe crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 12 anos de idade que se encontrem em situação de risco social. Nesta valência será assegurado o alojamento, alimentação, vestuário, higiene pessoal, serviços de educação, saúde e lazer, necessários e adequados ao desenvolvimento harmonioso da criança. O CAR-1 apresenta capacidade de 10 crianças em regime de acolhimento regular e de 2 crianças em acolhimento de emergência.

O CAR-2 que se direciona ao acolhimento de jovens do sexo feminino com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos. Nesta valência será assegurado o alojamento, alimentação, vestuário, higiene pessoal, serviços de educação, saúde e lazer, necessários e adequados ao desenvolvimento harmonioso da jovem. O CAR-2 apresenta capacidade de 25 jovens.

O CAFAP que apresenta uma resposta em regime ambulatorio prevenindo e reparando situações de risco psicossocial, através de um apoio individualizado a famílias de crianças e jovens que se encontram em situação de crise. Atua em diferentes modalidades nomeadamente preservação familiar, ponto de encontro familiar e reunificação familiar, com capacidade de acompanhar 100 famílias. Intervém em situações de maus-tratos

físicos, psicológicos, de abuso sexual e de negligência, dando suporte aos pais e auxiliando-os a lidar com as questões particulares das etapas de desenvolvimento dos seus filhos. A abordagem terapêutica passa pelo aconselhamento parental, supervisão de visitas, mediação e terapia familiar, grupos de formação parental, grupos terapêuticos, acompanhamento psicológico e visitas domiciliares.

E o apartamento de autonomização que se trata de uma resposta que visa o desenvolvimento de competências sociais com vista à autonomização de jovens do sexo feminino com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos.

Cada valência é composta por uma equipa técnica multidisciplinar onde os diferentes profissionais têm desenvolvido diversas formas de intervenção adequadas às necessidades das crianças, jovens e das suas famílias, e por uma equipa de auxiliares. A equipa técnica de cada valência reúne semanalmente, e com as auxiliares quinzenalmente, por forma a obter uma visão global das crianças. Existem também reuniões de coordenação e de supervisão com toda a equipa mensalmente, podendo existir outras reuniões sempre que seja necessário.

Relativamente aos recursos, o CAR-1 é composto por diversos quartos, casas de banho, cozinha, sala de convívio, espaço exterior e o gabinete da equipa técnica. As salas terapêuticas, que dispõem de diversos materiais, encontram-se no edifício sede localizado no primeiro piso e onde se localiza o CAFAP, nestas salas ocorrem as sessões de Psicomotricidade e de Psicologia. Existem gabinetes e o centro de estudos, onde ocorrem reuniões de equipa de coordenação e de planificação, formações, supervisões, supervisões de visita, entre outras.

Respeitante à caracterização da população do CAR-1, aquando do início do estágio curricular, residiam 12 crianças e na tabela seguinte serão apresentados sinteticamente as características das crianças, em outubro de 2023.

Tabela 1 Caracterização das crianças acolhidas

Variáveis		Número de crianças	Tempo de institucionalização	
			- de 1 ano	+ de 1 ano
<b>Sexo</b>	Feminino	5	2	3
	Masculino	7	5	2
<b>Idade</b>	0-6 anos	5	4	1
	7-12 anos	7	3	4

## Organograma

De seguida apresenta-se o organograma da associação que apresenta a estrutura atual da instituição.

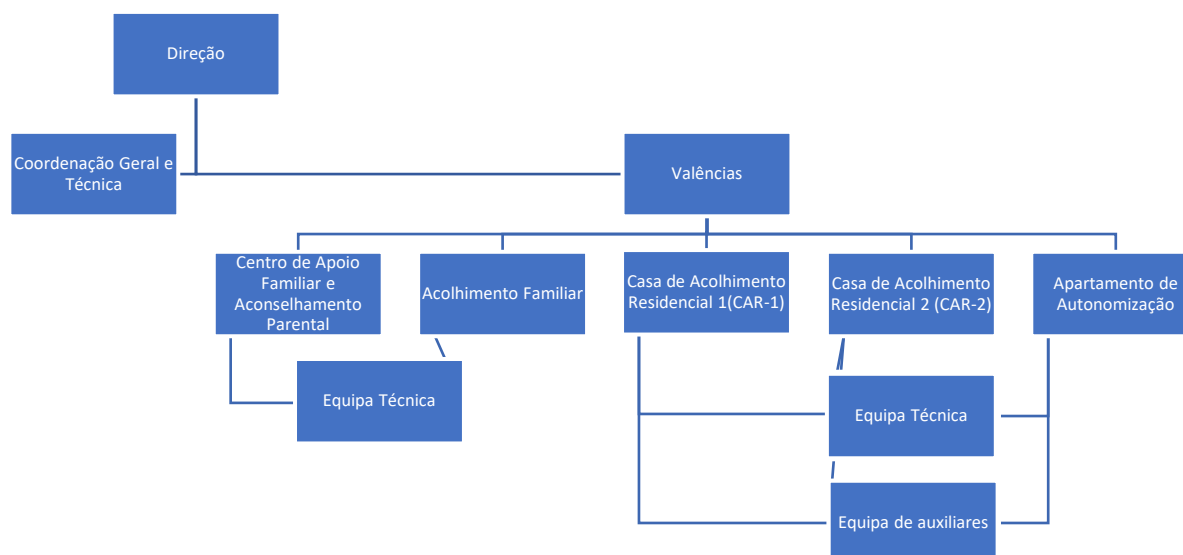


Figura 2 Organograma da Instituição

### 2.2 Maus-tratos infantis

Os maus-tratos são definidos como qualquer ação ou omissão intencional, executada pelos pais ou representantes legais da criança ou jovem, colocando em perigo a sua segurança, dignidade e desenvolvimento (APAV, 2011), podendo ocorrer uma vez, regularmente ou caracterizar-se como um ato abusivo padrão numa relação disfuncional com os cuidadores (DGE, 2008).

Os maus-tratos são um dos maiores problemas sociais sendo que, por norma, ocorrem nas classes sociais mais baixas cujas condições de escolaridade, habitacionais, económicas e profissionais não são as mais adequadas (Azevedo & Maia, 2006). Estas famílias apresentam disfunções que dificilmente veem melhorias mesmo após diversas tentativas por parte dos serviços, que visam melhorar este que é o meio natural da criança (Strecht, 1998).

De acordo com a APAV (2011) é possível dividir os maus-tratos em dois grupos, nomeadamente os maus-tratos ativos e maus-tratos passivos, os primeiros englobam os abusos psicológicos, emocionais, físicos, sexuais e a exposição à violência interparental; no que toca aos maus-tratos passivos abrange-se a negligência física, psicológica e emocional. Outros tipos de maus-tratos são o trabalho infantil, a mendicidade e o abandono. De seguida serão apresentados tipos de maus-tratos: abuso e negligência.

### Abuso

Caracteriza-se como uma situação de abuso ações que são premeditadas, intencionais e incompatíveis com as necessidades da criança, são exemplos o abuso físico, sexual e psicológico (APAV, 2011). O abuso físico consiste num comportamento ou agressão dirigida e intencional, com ou sem o uso de objetos que provoca lesões físicas internas ou externas (Crosson-Tower, 2014). Nomeadamente nódoas negras, hematomas, queimaduras, ossos partidos, entre outros, que derivam de momentos de violência tais como bater, pontapear ou arremessar objetos (Azevedo & Maia, 2006).

Nos casos de abuso sexual a criança é sujeita ou envolvida diretamente em atos sexuais que objetivam a satisfação do adulto, com ou sem a existência de contacto físico (Azevedo & Maia, 2006). São comportamentos de violência sexual acariciar a criança ou persuadir a criança a que o faça, forçar a penetração ou participar em atividades sexuais (APAV, 2011). Relativamente ao abuso emocional este deriva de atos com intencionalidade, especificamente rejeitar, desprezar, insultar, humilhar, gritar ou ameaçar a criança (Azevedo & Maia, 2006), o que torna o contexto onde a criança está inserida num ambiente que não é seguro e onde o bem-estar afetivo não existe (APAV, 2011).

### Negligência

Considerada um ato de alheamento ou omissão de resposta às necessidades fundamentais da criança de acordo com a APAV (2011), a negligência é a tipologia mais comum e que se associa com frequência a outras tipologias de maus-tratos. Comumente ocorre em famílias com condições financeiras precárias ou em ambientes desfavoráveis, e cujos cuidadores apresentam perturbações do ponto de vista da saúde mental,

consumidores de substâncias ilícitas ou que apresentam uma capacidade intelectual baixa (Avdibegović & Brkić, 2020).

Especificando a negligência física caracteriza-se como a incapacidade de satisfazer as necessidades ao nível da alimentação, abrigo, dos cuidados de higiene e de saúde, educação, vestuário e segurança, cruciais a um crescimento e desenvolvimento adequado e saudável. Referente à negligência emocional, esta abrange a omissão ou falta de afeto, cuidado, atenção emocional, ou desinteresse pela criança, o que lhe poderá vir a causar mal-estar emocional, que os cuidadores desvalorizam (APAV, 2011).

Também se considera negligência a falha na supervisão, ou seja, o cuidador não garante a segurança da criança dentro e/ou fora de casa, bem como a exposição a ambientes violentos. A negligência pode ocorrer de forma consciente e voluntária quando causada de forma propositada à vítima, ou inconsciente, por falta de informação ou por incapacidades parentais (APAV, 2011). São indicadores de negligência a desnutrição, o vestuário não higienizado e desadequado, o abandono escolar, e a falta de periodicidade nos cuidados médicos; tais atos podem ocorrer uma única vez, pontualmente, ou repetidamente tornando-se assim padrão numa relação entre criança-cuidador disfuncional.

Todas as experiências de vida influenciam o indivíduo e a exposição a fatores considerados patológicos poderão vir a afetar a saúde mental da criança e o seu bem-estar, impactando não apenas quando ocorrem, como também ao longo do crescimento (Paumel, 2021). Os maus-tratos físicos e psicológicos bem como as relações afetivas inadequadas e frágeis levam ao bloqueio do desenvolvimento, da organização e da integração do psiquismo, especificamente nos primeiros anos de vida quando o cérebro se encontra em formação (Strecht, 2012), e estas consequências são visíveis imediatamente após os maus-tratos.

As possíveis repercussões são um desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional desadequado, perturbações de vinculação, de ansiedade, comportamentos desviantes e fragilidades emocionais (WHO, 2005). Bem como imaturidade estrutural, pobreza psicológica, carência de regras e limites, défices na linguagem e dificuldade no controlo dos esfíncteres (Strecht, 1998); dificuldades de atenção, concentração e de aprendizagem, dificuldade nas relações, isolamento, baixa



autoestima e ideação suicida (Maia et. al, 2007). Constata-se assim que os maus-tratos fornecem consequências adversas e duradouras que se estendem pela vida (Strathearn et al., 2020).

Todas as ações dos pais, familiares ou outros que provoquem dano físico ou psicológico, ou que, de algum modo, lesionem os direitos e necessidades da criança, no que respeita ao seu desenvolvimento psicomotor, intelectual, moral e afetivo, são considerados maus-tratos infantis (Coimbra, Faria & Montano 1990).

A prevenção e a intervenção precoce são essenciais na saúde mental infantil, inclusive segundo Kotch et al. (2008) quanto mais cedo ocorrem os maus-tratos maiores serão os impactos na vida do indivíduo. Pelo que um ambiente estimulante e adequado ao desenvolvimento saudável da criança irá permitir o seu crescimento, fortalecendo as suas capacidades e ultrapassando as dificuldades (Strecht, 2012). E deste modo surge a Psicomotricidade que ao permitir e contribuir para a expressão corporal, a relação com os objetos, o espaço, as outras crianças e o terapeuta (Fernandes, Filho & Rezende, 2018), se torna um meio facilitador ao desenvolvimento seguro e harmonioso da criança.

### 2.3 Impacto do acolhimento

As crianças institucionalizadas vêm, maioritariamente, de famílias ou meios onde a negligência emocional foi o padrão nas suas vidas, e ainda que a maior parte tenha pais na realidade são emocionalmente órfãos (Strecht, 1998). Pelo que a casa de acolhimento residencial é uma resposta a considerar para as crianças que têm um ambiente familiar que lhe é disfuncional, uma vez que fornece o suporte necessário (Santos, 2010). Porém, quando não é possível satisfazer as necessidades na totalidade, surgem sentimentos de rejeição e abandono, desvalorização, falta de autonomia (Pacheco, 2010); falta de estruturação e um nível de desenvolvimento baixo comparativamente com o esperado para a sua faixa etária (Pinhel et. al, 2009); e tais aspetos aumentam quanto maior for a permanência na casa de acolhimento (Gomes, 2010).

Estas questões podem derivar, por exemplo, da rotatividade de pessoal que dificulta a relação de confiança e do número elevado de crianças por cuidador, que origina a uma atenção pouco individualizada (Gomes, 2010). Contudo, tal não se verifica em todas as instituições dado que deverá ser evidente o afeto e a informalidade nas relações

que se estabelecem, proporcionando assim um ambiente semelhante ao seio familiar (Alves, 2007).

Pelo facto de as crianças e jovens apresentarem uma menor perceção de suporte social é essencial intervir de modo transdisciplinar com o objetivo de promover as competências pessoais e sociais, visando o bem-estar destas crianças e jovens (Ferreira, Gameiro & Pedro, 2023). Inclusive de acordo com Mota e Matos (2008) é fundamental que os cuidadores considerem a noção de continuidade, disponibilidade e sensibilidade na resposta que oferecem à criança por forma a fornecer competências para que as mesmas confrontem as adversidades de forma adequada. E é papel da instituição reduzir os aspetos negativos, através dos seus recursos, e aumentar os positivos e saudáveis (Strecht, 1998).

#### 2.4 Contextualização da Psicomotricidade no âmbito do estágio

Segundo Fonseca (2010) a Psicomotricidade é uma prática que compreende as relações recíprocas entre o psiquismo e a motricidade, sendo que a primeira se refere ao funcionamento mental do indivíduo, enquanto a segunda considera as expressões corporais (Figueira & Freitas, 2017). A Psicomotricidade, ao utilizar o corpo em movimento (Joly, 2007) permite conhecer a realidade psíquica do indivíduo (Fernandes, Filho & Rezende, 2018); e atuar na expressão de fatores psicoafectivos de forma holística (Vieira, 2009).

A Psicomotricidade é desenvolvimental, dinâmica e multidimensional, e baseia-se na ação e na comunicação verbal e não verbal, nas emoções e nas representações. Permitindo averiguar a relação que a pessoa tem consigo mesma, com os outros, com o espaço e com o tempo (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022). Através da relação com o outro, o espaço e os objetos, a intervenção psicomotora é passível de ser realizada em qualquer faixa etária, em diferentes áreas de desenvolvimento, nomeadamente comportamental, socioemocional, cognitiva, sensorial e motora (Figueira & Freitas, 2017).

A Psicomotricidade é considerada uma intervenção terapêutica benéfica e adequada à saúde mental infantil, dado o seu principal objetivo ser promover o bem-estar e contribuir para a progressão global e para o desenvolvimento harmonioso, uma vez que fornece ferramentas que permitem atenuar as dificuldades psíquicas e motoras (Paumel, 2021). A

intervenção psicomotora poderá centrar-se no brincar, uma vez que vivenciar através do corpo permite aceder à sensação e à perceção que são essenciais na compreensão da corporeidade do próprio indivíduo (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022). É ainda possível recorrer a atividades percetivo-motoras que atuam no controlo corporal e na adaptação ao espaço e tempo, sendo eficaz nas dificuldades posturais, de equilíbrio, coordenação, praxias, movimentos e lateralidade.

Segundo Giromini-Mercier, Robert-Ouvray e Pavot-Lemoine (2022) é possível intervir através de atividades de integração sensorial que impactam os diferentes sentidos e são eficazes para indivíduos que evidenciem dificuldades percetivas, bem como com recurso a atividades expressivas e criativas que desenvolvem a autoconsciência, criatividade, expressão gestual e socialização numa perspetiva dinâmica. Também é possível realizar relaxação que atua na regulação tonicoemocional e nas representações psicocorporais, sendo benéfica ao stress, ansiedade e às perturbações do comportamento.

Os Psicomotricistas podem atuar numa vertente preventiva e/ou educativa, reabilitativa e /ou reeducativa e terapêutica (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2021), com o objetivo de otimizar as competências psicomotoras, a adaptabilidade e a autonomia, atuando com indivíduos com e sem patologia. A sua intervenção baseia-se no conhecimento holístico da pessoa, considerando a sua anamnese, as suas características e necessidades, não reconhecendo o corpo e a psique como uma dualidade, mas sim como uma complementaridade.

A relação terapêutica, base do trabalho em Psicomotricidade, é uma relação empática e de interdependências e partilhas, onde o terapeuta observa o indivíduo, por meio da palavra, de objetos, das mobilizações do corpo, oferecendo um ambiente tranquilo e securizante (Maximiano, 2004). E é ao estabelecer uma relação terapêutica de qualidade e ao fornecer um acompanhamento ajustado, respeitando as características do indivíduo que o Psicomotricista, com a sua disponibilidade corporal, auxilia a pessoa na sua capacidade de agir, ser e simbolizar, ajustando-se ao indivíduo em termos de distância física, tom de voz, etc. (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022).

Estabelecer uma boa aliança terapêutica com os indivíduos acompanhados engloba uma posição empática por parte do terapeuta que deverá aceitar incondicionalmente a pessoa (dos Santos, 2016) e sustentar a aliança para que não haja ruturas na relação (Oliveira & da Cruz Benetti, 2015). Importa ainda considerar que quando a relação

terapêutica não se encontra fortemente estabelecida poderá vir a comprometer os resultados da intervenção (dos Santos, 2016), pelo que manter uma aliança terapêutica de qualidade é essencial à progressão terapêutica (Vecchiato, 2003) e auxilia no envolvimento completo e significativo do indivíduo (Oliveira & da Cruz Benetti, 2015).

Ao observar o indivíduo o Psicomotricista analisa a forma como este interage com os objetos, o tempo que se encontra envolvido nas atividades, como utiliza o espaço, como se organiza, etc. Pelo que a observação permite verificar manifestações e comportamentos que poderão indicar a necessidade de um acompanhamento mais especializado. Assim, ao compreender a dificuldade observada e ao questioná-la na sua totalidade é crucial implementar uma abordagem terapêutica ajustada que permita ao indivíduo vivenciar diversas situações e desenvolver as suas potencialidades (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022).

De acordo com Strecht (2012) é essencial que o terapeuta atente aos comportamentos da criança fora do contexto terapêutico uma vez que é através dos tipos de relação que estabelece, que se observa a evolução da organização da vida interna, dentro e fora do *setting* terapêutico. Referente ao *setting* terapêutico este deverá ser apresentado como um convite ao brincar, ou seja, o espaço da sala e os equipamentos disponíveis deverão facilitar a construção de diferentes formas de brincar e apelar à imaginação e simbolização, podendo originar jogos mais estruturados ou expressivos (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022).

Especificamente na casa de acolhimento residencial o papel do Psicomotricista na sua intervenção terapêutica com a criança é essencialmente de cariz preventivo e educativo, através de uma intervenção individual e de grupo. Para além disso, monitoriza e acompanha o seu desenvolvimento face às rotinas do quotidiano e aos seus contextos de vida (Pina & Espadinha, 2014), trabalha com a equipa interna e externa, e mantém contacto com a família quando assim é possível.

Com base nas particularidades da população alvo descrita o Psicomotricista tem o papel de fornecer à criança um ambiente seguro, estimulante e libertador (Núñez, 2003), essencial ao estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança. Concretamente em relação à transmissão de um ambiente seguro a crianças vítimas de maus-tratos, o terapeuta deve ter alguns cuidados nomeadamente transportar a criança ao colo para a sessão, não entrar na sala terapêutica com a luz apagada, acolher a criança quando esta

explora materiais desconhecidos, entre outros. Ou seja, o profissional deve proporcionar experiências agradáveis e adotar uma postura não diretiva ou longínqua (Ferreira, 2002). Ao realizar uma intervenção com base na visão global da criança, o Psicomotricista fornece ainda recursos para que a mesma aumente as suas competências e diminua as suas dificuldades (Fonseca, 2005).

O Psicomotricista, sempre que considerar pertinente, integra a criança no acompanhamento terapêutico em sessões de Psicomotricidade, sendo que inicialmente recolhe informações sobre o seu comportamento através da observação e caso seja necessário existe um encaminhamento para as especialidades consideradas. Posteriormente, partilha as informações com a equipa técnica e não técnica, fornecendo as estratégias indicadas face às características e necessidades da criança, salientando a importância da empatia e da escuta ativa num processo de adaptação e de busca pela estabilidade. Este processo é contínuo ao longo de todo o tempo de estágio, independentemente de integrarem ou não as sessões de Psicomotricidade. E no processo de intervenção psicomotora importa considerar a relação estabelecida com a família, as experiências que vivenciou, as suas características individuais e o contexto onde se encontra inserida, por forma a perceber a sua componente psicomotora.

Segundo Strecht (2012) o profissional que trabalha numa casa de acolhimento residencial assume como objetivo principal reparar o “Eu” da criança por forma a promover a confiança da criança para consigo própria e com os restantes. Pelo que é essencial que o terapeuta promova a criatividade, demonstre empatia e disponibilidade corporal e emocional, fornecendo uma resposta adequada à situação e que ao ser respeitador permita que a exteriorização de sentimentos (Mastrascusa & Franch, 2016).

Ao integrar uma equipa multidisciplinar o Psicomotricista deverá adotar uma postura recetiva e estabelecer uma relação com os restantes profissionais, reportando a intervenção realizada com os casos acompanhados e os resultados destes aos restantes elementos que integram a equipa (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022). Estes devem dispor de harmonia na prática profissional para que as múltiplas intervenções se realizem em consonância (Albaret, Giromini & Scialom, 2015); deste modo é possível afirmar que a multidisciplinariedade desempenha um papel considerável na compressão do indivíduo.

Uma forma de trabalho multidisciplinar poderá ser a co-terapia, que se trata de uma forma de intervenção terapêutica onde dois profissionais, da mesma área ou de distintas, intervêm com um ou mais casos simultaneamente (Albaret, Giromini & Scialom, 2015). Segundo os mesmos autores, quando os profissionais são de áreas distintas, ou seja, há uma multidisciplinaridade, possibilita-se uma intervenção mais consolidada e que dará uma melhor resposta aos indivíduos que dela usufruem. Na co-terapia é imprescindível que os terapeutas se encontrem alinhados naqueles que são os objetivos terapêuticos para cada indivíduo em específico bem como para o grupo.

Especificamente no que concerne à co-terapia realizada no presente estágio, foi composta por duas terapeutas de diferentes áreas nomeadamente Psicomotricidade e Psicologia, existindo assim saberes que beneficiaram a intervenção terapêutica realizada em pequeno grupo. Nestas sessões cada terapeuta assumiu um papel diferente, também devido à sua formação, estabelecendo-se uma boa relação e um *setting* terapêutico permissivo às crianças e às suas necessidades.

### **3. Organização das atividades de estágio**

#### **3.1 Descrição das atividades de estágio**

O estágio curricular teve duração de 9 meses, com início a 3 de outubro de 2023 e término a 5 de junho de 2024. Durante os meses de outubro e novembro a estagiária observou e ambientou-se à dinâmica da casa, às crianças e às equipas, integrando os vários momentos da casa de acolhimento, desde os cuidados básicos ao nível da alimentação e da higiene, ao transporte, acompanhamento a exames e consultas, à dinamização de atividades lúdicas, entre outros. O que permitiu compreender que neste tipo de contexto o papel do Psicomotricista não se cinge à sala terapêutica, e que a participação em outros tipos de atividades e dinâmicas permitem uma melhor análise e compreensão do comportamento e da capacidade da adaptação das crianças ao contexto diário e assim, poder de forma mais completa e informada desenvolver um projeto terapêutico adequado.

Neste período realizou-se a observação e no final de novembro a avaliação inicial, momento em que participou de forma passiva nas sessões de Psicomotricidade. No início de dezembro, a estagiária começou a desempenhar um papel mais ativo na sessão, realizando-a de forma autónoma. Entre dezembro e junho ocorreu a intervenção

propriamente dita, sendo que no final de novembro aconteceu a avaliação inicial e a final no mês de junho.

No início do estágio curricular, foram apresentados e discutidos todos os casos e abordaram-se os que necessitavam de intervenção psicomotora por parte da estagiária. Os dois estudos de caso beneficiaram de uma intervenção individual semanal e sessões de grupo, e também se realizaram sessões individuais com mais duas crianças semanalmente.

### Calendarização

De seguida é apresentada a tabela com as diversas etapas de intervenção e as atividades complementares que se realizaram no decorrer do estágio

*Tabela 2 Calendarização das atividades de estágio*

<b>Étapas/meses</b>	<b>Out.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Dez.</b>	<b>Jan.</b>	<b>Fev.</b>	<b>Mar.</b>	<b>Abr.</b>	<b>Mai.</b>	<b>Jun.</b>	<b>Set.</b>
Pesquisa bibliográfica										
Observação/Identificação das necessidades de intervenção										
Avaliação inicial										
Intervenção										
Avaliação Final										
Interpretação dos resultados										
Redação da dissertação										

O horário semanal foi realizado em conjunto com os técnicos do CAR-1, em concordância com a organização da própria instituição, as atividades letivas das crianças, os acompanhamentos terapêuticos e escolares, e com as tarefas da vida diária, por forma a não causar instabilidade.

*Tabela 3 Horário semanal das atividades de estágio*

	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>Período da manhã</b>		Reunião de Planificação (9h30-10h30)	Reunião de equipa CAR-1 (10h-13h)		Supervisões de visita

		Reunião de orientação de estágio (10h30-12h30)			
<b>Período da tarde</b>	Observação/Intervenção (16h-19h) Sessão M Sessão A	Observação/Intervenção (16h-19h) Sessão G	Observação/Intervenção (16h-19h) Sessão MA (interrompida no final de janeiro)	Observação/Intervenção (16h-19h) Sessão de grupo (2 crianças) Sessão de grupo (4 crianças)	

Para além do horário estipulado, supervisões de visita de familiares foram asseguradas, bem como a presença nas reuniões de supervisão e coordenação às quintas e sextas de manhã, mensalmente. O horário apresentado nunca foi estanque uma vez que existiram alterações consoante as necessidades da casa de acolhimento residencial, nomeadamente saídas, horário a tempo inteiro nas pausas letivas, entre outros.

#### Atividades Complementares

Para além da intervenção psicomotora, individual e em grupo, em sala terapêutica, a estagiária participou em atividades institucionais que visam a partilha de informações com os restantes elementos da equipa técnica. Seguem-se então a descrição breve das atividades complementares realizadas:

- Reuniões de planificação semanal- planificação de atividades semanais das equipas técnicas da associação
- Reuniões de orientação de estágio- discussão dos casos do CAR-1 e colocação de dúvidas pela estagiária
- Reuniões de equipa multidisciplinar CAR-1- partilha do quadro de crianças que cada um acompanha
- Reuniões de coordenação mensal- discussão de assuntos inerentes à associação
- Reuniões de supervisão com o psicólogo externo à instituição
- Reuniões com estagiária de psicologia para definir as sessões de grupo em co-terapia
- Reunião com membro da direção geral de reinserção e serviços prisionais no âmbito da reunião de equipa
- Avaliação de crianças acolhidas em contexto residencial



- Participação na construção dos processos individuais das crianças com vista à definição de um projeto de vida
- Elaboração de pareceres técnicos em articulação com outros profissionais
- Articulação interinstitucional com serviços locais com competência em matéria infantojuvenil (equipa de IP)
- Acompanhamento de crianças a consultas e exames
- Monitorização e supervisão de visita- supervisionar a visita de familiares às crianças
- Participação nos cuidados básicos/horas de apoio (higiene, alimentação, trabalhos de casa, etc.)
- Promoção e monitorização das atividades lúdicas em contexto sala da instituição
- Apoio ao nível do transporte das diversas crianças
- Acompanhamento nas várias interrupções letivas (férias e pausas) - elaboração e participação em atividades lúdicas

### 3.2 Intervenção psicomotora no local de estágio

São referenciadas para Psicomotricidade crianças devido a atrasos globais no desenvolvimento, comportamentos desadequados, perturbações da vinculação, de comunicação e de competências relacionais. Assim, frequentam as sessões de Psicomotricidade as crianças cujo encaminhamento se justificou, contudo, existe uma monitorização constante das crianças acolhidas que não se encontram em acompanhamento.

As sessões tiveram caráter livre e semi dirigido, com uma duração entre 30 e 45 minutos, consoante a criança, ocorreram essencialmente nas salas terapêuticas, utilizando os materiais criados pela estagiária bem como os materiais presentes nas diferentes salas, por forma a distanciar de forma os objetos presentes no dia-a-dia das crianças.

Na associação o modelo psicomotor utilizado tem como base a relação estabelecida entre a criança e o Psicomotricista, onde este ao adotar uma postura terapêutica não-diretiva, acede às motivações internas da criança e à sua espontaneidade (Costa, 2008). O Psicomotricista, recorre ao jogo espontâneo da criança e às suas motivações no momento, intervindo de acordo com os objetivos terapêuticos delineados e atendendo às suas necessidades e características.

No que respeita a técnicas e métodos recorreu-se ao jogo, que tem demonstrado resultados positivos (Cattanach, 2008), uma vez que potencia o desenvolvimento harmonioso, impactando positivamente o domínio psicomotor e sócio-emocional. A utilização do jogo é assim o modo privilegiado à diminuição de eventuais inibições e à exploração livre, manifestando-se assim as suas pulsões e fantasmas internos (Albaret, Giromini & Scialom, 2015).

Ao permitir a vivência da expressividade, criatividade, espontaneidade, simbolização e da descoberta de si e do outro, o jogo possibilita que a pessoa expresse os seus sentimentos, aumentando a comunicação entre o indivíduo e o terapeuta (White & Allers, 1994). Proporciona também o reconhecimento, compressão e regulação das emoções (Dalei, Nayak & Pradhan, 2020), a aquisição de competências sensoriais e a obtenção de uma maior consciencialização corporal.

O jogo como prática terapêutica permite ainda o fortalecimento do *self*, melhorias nas competências sociais e na autonomia (Veiga, Neto & Rieffe, 2016). Ao brincar a criança desenvolve competências motoras, sensório motoras, cognitivas, artísticas, pré-simbólicas, simbólicas e linguísticas; desempenha papéis, fantasia e integra o role-playing, vivenciando experiências fictícias projetando-se tanto para o passado como para o futuro (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022).

O jogo é um lugar de experiências vivenciadas que intermedeia a realidade e a fantasia e que fornece informações privilegiadas sobre a psique da criança, uma vez que se trata de uma dinâmica compartilhada onde se age com o corpo e com o pensamento em conjunto (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022). Deste modo, pelo jogo poder-se-á intervir nas principais dificuldades das crianças. Contudo, existem outras práticas terapêuticas que são passíveis de integrar as intervenções com esta população como por exemplo as terapias expressivas que utilizam a criatividade como ferramenta de exploração para aceder a emoções e pensamentos (Gil, 2012).

São ferramentas de trabalho psicomotor a estrutura, o tempo, o espaço e os materiais para preparar a sessão e o experienciar o jogo sensoriomotor, simbólico e representacional; como ferramenta metodológica para favorecer o desenvolvimento infantil (Rodríguez, 2008). Especificamente em relação aos materiais, é através destes que a criança comunica as suas preocupações (Latour, 2008), podendo ser empregues pela sua utilização óbvia, mas essencialmente pela sua produção simbólica (Martins, 2001).

Devem encontrar-se disponíveis materiais de pequenas dimensões essencialmente para manuseamento como grandes materiais por forma a desenvolver habilidades motoras globais (Lauzon, 2006).

No que se refere aos materiais disponíveis na sala de Psicomotricidade do local de estágio, e para além dos construídos pela estagiária, encontravam-se disponíveis colchões, fundamentais nos rituais de entrada e de saída bem como no momento de retorno à calma (Aragón, 2012), podendo ainda simbolizar refúgio (Vecchiato, 1989); bolas que estimulam a praxia global, provocando o distanciamento ou o contacto físico, por exemplo num momento de relaxação (Costa, 2017).

Os arcos que potenciam a atenção, uma vez que se trata de um espaço simbólico fechado (Vecchiato, 1989), são ainda benéficos às noções espaciotemporais e à aquisição de diversas competências motoras (Aragón, 2012), os pinos e cones também favorecem a coordenação global, o equilíbrio e as noções espaciais (Rodríguez & Llinares, 2008). Também se encontravam disponíveis materiais artísticos nomeadamente canetas, lápis, tintas, pinceis, folhas e papel de cenário que estimulam a criatividade, a coordenação óculomanual e a expressão artística (Aragón, 2012), facilitando a exteriorização de eventuais angústias (Rodríguez & Llinares, 2008); instrumentos musicais que facilitam a expressão, representação e comunicação de sentimentos. Para além disso a sala de Psicomotricidade ainda dispunha de jogos diversos, livros, brinquedos, entre outros materiais.

As sessões semi dirigidas decorreram com base na estrutura que seguidamente será apresentada. Inicialmente ocorria o ritual de entrada onde a terapeuta cantava uma música com os mais novos, já com os mais velhos, sentavam-se no chão e falavam um pouco sobre o seu dia, sendo também estimulada a orientação temporal através do diálogo. Posteriormente, as crianças demonstravam a sua disponibilidade e as ideias que tinham para a sessão, sendo que a Psicomotricista sugeria algumas atividades a realizar. No corpo da sessão ocorreram as diferentes atividades ou o jogo espontâneo, de acordo com os objetivos terapêuticos delineados.

No retorno à calma, que decorreu através de técnicas de relaxação, terapias expressivas, entre outros permitiu o restabelecimento da calma da criança. No ritual de saída existia a arrumação do material bem como uma breve reflexão do que aconteceu na sessão, relembrando as atividades realizadas.

Em suma, as crianças que tiveram acompanhamento em Psicomotricidade beneficiaram de uma intervenção lúdica onde foram promovidos os objetivos terapêuticos previamente delineados.

### 3.3 Descrição das etapas de intervenção e dos instrumentos utilizados

Durante os meses de outubro e novembro a estagiária observou as crianças acolhidas na instituição e integrou-se nas suas vidas, com enfoque no estabelecimento de uma relação terapêutica empática e de confiança, essencial ao sucesso da intervenção. No final deste processo integrou as sessões de Psicomotricidade dos diferentes casos por forma a conhecer a personalidade da criança em contexto terapêutico, que possibilita uma compressão global da criança. Foi então possível identificar as características, necessidades e aspetos psicomotores através dos seus comportamentos, de seguida ocorreu a avaliação inicial, formal e informal.

Face à avaliação informal, realizou-se a observação psicomotora dos comportamentos da criança no decorrer das sessões de Psicomotricidade e também no contexto não terapêutico, permitindo averiguar as competências espontâneas e criativas da criança, tendo sido utilizada a grelha de *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003). Deste modo, foi possível verificar o movimento, a gestualidade, a postura, tónus, espaço, tempo, interação com os objetos, relação e atitudes perante os outros, pares e adultos, e representações, também a linguagem e a comunicação não verbal são passíveis de ser averiguadas, por exemplo.

Quanto à avaliação formal recorreu-se a instrumentos de avaliação, considerando as idades das crianças, as suas características e necessidades, e o contexto onde se encontram inseridas. Deste modo optou-se por aplicar os seguintes testes padronizados *Inventário de Desenvolvimento Battelle- 2ª Edição* (BDI) (Newborg, Stock & Wnek, 2011) e o *Questionário de Forças e Dificuldades* (SDQ) (Goodman, 1997).

Ainda, foram recolhidos os principais dados da história de vida da criança por forma a realizar uma anamnese, considerando os aspetos familiares e clínicos, nomeadamente a data de nascimento, questões familiares, informações sobre o desenvolvimento, o motivo de entrada para a instituição, entre outras. E junto da equipa técnica foi dado a conhecer à estagiária em reunião o seu comportamento antes do início do estágio o historial da

criança na casa, o projeto de vida delineado e ainda a interação com os seus pares e com os adultos.

#### Descrição dos Instrumentos de avaliação utilizados

##### - *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003)

Apresenta-se em formato de grelha e permite recolher dados e avaliar o desenvolvimento psicomotor da criança, registando o observado em atividades espontâneas e no jogo. Encontra-se dividida por fatores, nomeadamente o movimento, a gestualidade, a postura, tónus, espaço, tempo, interação com os objetos, relação e atitudes perante os outros, pares e adultos, e representações (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003).

Esta grelha permite a avaliação qualitativa do comportamento do indivíduo ao longo da intervenção psicomotora, apoiando a análise da progressão terapêutica. De referir que este instrumento pode ser utilizado numa sessão de Psicomotricidade ou no quotidiano, locais onde a criança se expressa espontaneamente, sem que se aperceba que está a ser avaliada. Dispõe ainda de um artigo e de um guião que ajuda o leitor a compreender melhor a ficha (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003).

##### - *Inventário de Desenvolvimento Battelle*- 2ª Edição (Newborg, Stock & Wnek, 2011)

Trata-se de uma bateria de avaliação da primeira infância, podendo ser aplicada desde o nascimento até aos 8 anos de idade e visa avaliar as capacidades fundamentais. Existe a versão completa e a reduzida, sendo esta última, com a duração de aplicação de cerca de 90 minutos, a utilizada nos momentos de avaliação no âmbito do estágio. Ambas as versões têm a capacidade de identificar áreas fortes e áreas a desenvolver, e reconhecer atrasos no desenvolvimento.

Contempla cinco domínios, especificamente, pessoal e social, adaptativo, motor, comunicação e cognição e inclui três tipos de procedimentos na recolha de dados, especificamente o exame estruturado, observação da criança no seu contexto habitual e recolha de informações através de terceiros. Os resultados podem indicar se os eventuais atrasos são significativos quando comparados com outras crianças da mesma faixa etária.

A aplicação deste inventário, validado para português, é simples, e trata-se de um instrumento com validade, fiabilidade, sensibilidade e especificidade. Utiliza-se essencialmente em estudos que investiguem as capacidades motoras globais e finas em indivíduos com e sem patologia, ao nível da intervenção precoce, por exemplo (Elbaum, Gattamorta & Penfield, 2010).

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

Trata-se de um questionário que avalia e identifica o bem-estar emocional e comportamental, ou seja, comportamentos sociais adequados e inadequados de crianças, a partir dos 4 anos, e adolescentes. Este instrumento de avaliação pode ser aplicado em formato de autoavaliação (quando em adolescentes) ou na versão de heteroavaliação (no caso das crianças).

É constituído por 25 itens compreendidos em cinco subescalas nomeadamente hiperatividade, problemas de comportamento, dificuldade de relação com os pares, sintomas emocionais e comportamento pró-social. Quando realizada a cotação das diferentes subescalas, é possível verificar se o comportamento da criança/adolescente se enquadra como “normal”, “limítrofe” ou “anormal” (Goodman, 1997). Este instrumento de avaliação, que se encontra adaptado e validado para o uso em Portugal, segundo Saur e Loureiro (2012) evidencia propriedades psicométricas satisfatórias nomeadamente face à validade e fiabilidade, destacando-se a sua aplicação para verificar questões comportamentais e de bem-estar.

Após a aplicação dos instrumentos de avaliação foram delineados os projetos terapêuticos de cada uma das crianças acompanhadas, com base na observação realizada e nos resultados obtidos. E a elaboração das hipóteses explicativas e dos objetivos terapêuticos possibilitaram uma melhor planificação e visão global da intervenção psicomotora.

No final da intervenção realizou-se a avaliação final formal, ao aplicar os mesmos instrumentos que haviam sido aplicados no momento da avaliação inicial com o objetivo de comparar resultados e compreender a eventual evolução da criança e conseqüentemente a eficácia da intervenção (Antunes & Duarte, 2003).

### 3.4 Breve descrição dos casos acompanhados

No decorrer do estágio foram acompanhadas 4 crianças, contudo importa referir que ao se tratar de uma casa de acolhimento residencial as crianças residem nesta, idealmente, de forma temporária pelo que uma das crianças abandonou o acompanhamento em Psicomotricidade uma vez que retornou à sua família de origem.

#### 3.4.1 Casos Individuais

Na tabela seguinte encontram-se identificados os casos observados e acompanhados individualmente em Psicomotricidade no decorrer do estágio.

*Tabela 4 Descrição dos casos individuais*

<b>Criança</b>	<b>Idade</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Tempo de Observação/ Intervenção</b>
<b>A</b>	1 ano	Semanal	Novembro- Junho
<b>M</b>	2 anos	Semanal	Novembro- Junho
<b>M</b>	3 anos	Semanal	Novembro- Fevereiro
<b>G</b>	7 anos	Semanal	Novembro- Junho

De referir que a estagiária, nos momentos iniciais de observação esteve presente de forma passiva em sessões pontuais com três crianças, já acompanhadas pela Psicomotricista orientadora. De seguida encontram-se os casos acompanhados individualmente pela estagiária, à exceção dos dois estudos de caso.

##### 3.4.1.1 A

###### a. Identificação do caso

O A., em outubro de 2023 tinha 17 meses e foi acolhido na Associação devido a fracas competências parentais e conflitos constantes entre o casal. Foi sinalizado pelo Núcleo Hospitalar de Apoio à criança e Jovem em Risco do Centro Hospitalar da sua área de residência à data dos acontecimentos na sequência de internamento da criança no serviço de pediatria.

Os pais do A. demonstravam dificuldades em identificar as necessidades do bebé, administrando-lhe medicação em excesso e fornecendo-lhe alimentação desadequada, para além disso não o conseguiam acalmar e perdiam a paciência com a criança. Tais fatos

indicaram um perigo iminente de atentar contra a segurança, bem-estar e desenvolvimento da criança, sendo este o motivo principal do acolhimento.

A mãe do A., de 39 anos, apresenta doença mental sem diagnóstico e o seu comportamento é instável e tem dificuldade em controlar atitudes explosivas e agressivas, o que determinou o seu internamento compulsivo. Para além disso recusa, a maior parte do tempo, o tratamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico. É maior acompanhada, tendo a sua mãe que assegurar o seu bem-estar, recuperação, o pleno exercício dos seus direitos e o cumprimento dos seus deveres, salvo as exceções legais ou determinadas por sentença.

O pai, de 23 anos, apresenta um histórico de vida marcado pelo consumo de estupefacientes e cumprimento de penas de prisão efetiva, tendo sido condenado a cerca de 17 anos pela prática de crimes como: furtos, violação de domicílio, perturbação da vida privada, abuso sexual de crianças, tráfico de estupefacientes.

A relação entre o casal, ambos desempregados, é instável e pautada por discussões, separações e reconciliações; são agressivos e pouco colaborantes com as entidades e não permitem uma intervenção para a resolução dos problemas. O A. é fruto de uma gravidez não planeada e não vigiada, contudo é um bebé sem problemas de saúde visíveis. No momento do acolhimento o A. bebé encontrava-se com a roupa descuidada e pouco higienizado, não apresentando rotinas para comer e dormir.

Atualmente, o A. encontra-se a frequentar a creche, dorme e come bem, já tendo introduzido os alimentos sólidos. O A. permanece em pé e caminha autonomamente, ainda que por vezes se registem alguns desequilíbrios. Face à comunicação verbal o A. apresenta alguma imaturidade, contudo a sua interação social é adequada.

A criança foi sinalizada para a equipa de Intervenção Precoce (IP) em janeiro de 2023 pela equipa técnica, dado a avaliação realizada pela Psicomotricista ter revelado rigidez muscular excessiva em todo o corpo – hipertonicidade, exceto no braço esquerdo. Após avaliação da equipa de IP, os resultados apresentados indicaram valores abaixo do esperado para a sua faixa etária. O A. foi acompanhado pela fisioterapeuta da equipa de IP e pela Psicomotricista, sendo realizadas sessões mensais com a primeira e sessões semanais (3x por semana) com a segunda. Após 6 meses de intervenção foram visíveis melhorias, nomeadamente ao nível da tonicidade.



A criança tem como possível projeto de vida a ida para a família alargada, tendo sido autorizados os contactos telefónicos e presenciais com a avó paterna e o companheiro desta na instituição uma vez por semana, de forma a promover o estabelecimento de uma relação com a criança e a prestação dos cuidados básicos (higiene, banho, alimentação).

#### b. Avaliação inicial

A necessidade de usufruir de intervenção psicomotora foi decidida em reunião de equipa uma vez que o A. necessitava de um apoio individualizado de forma colmatar as suas dificuldades. Neste sentido, as sessões de Psicomotricidade ocorreram em contexto individual e de pequeno grupo, semanalmente.

Previamente às sessões de intervenção psicomotora decorreu a avaliação inicial. Utilizou-se o *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003) para uma avaliação informal, onde foi possível verificar que o movimento da criança, o gatinhar e o caminhar decorre de forma tendencialmente lenta. Com dificuldades no equilíbrio, a criança não evidenciava movimentos anormais nem estereotípias, manifestando prazer de forma bastante notória e dominância lateral à direita.

No que diz respeito à sua gestualidade a criança quer facial quer corporal, mostrou-se adequada e o seu tónus apresentava tendência para a hipertonia. Quanto à exploração do espaço, a criança quando se aproxima dos adultos fugia constantemente para ser encontrado por estes.

Ao brincar, a criança manipulava ativamente os objetos, com preferência nos objetos móveis nomeadamente bolas e carros, de modo bastante exploratório e por vezes repetitivo. Na brincadeira a criança invadia o espaço dos pares adotando uma postura de escuta, busca, acordo e alguma dificuldade em partilhar. Perante os adultos escutava, desafiava, mas também aceitava, procurando-os essencialmente para colo e ajuda. Na manifestação das suas necessidades a criança essencialmente chorava não usando a componente verbal.

No que diz respeito ao momento de avaliação formal recorreu-se ao *Inventário de Desenvolvimento Battelle- 2ª Edição* (Newborg, Stock & Wnek, 2011) onde a criança demonstrou interesse e concentração em relação ao proposto pela terapeuta, que respeitou o ritmo da criança.

Relativamente aos resultados da avaliação inicial a criança evidenciou como principais áreas de necessidade as áreas pessoal e social, adaptativa e comunicação; apresentando como idade equivalente 16 meses sendo que à data da avaliação inicial a criança teria 19 meses. Face à área pessoal e social a criança demonstrava dificuldade em iniciar o contacto e brincar com outras crianças, em seguir as normas da vida quotidiana, no que concerne à área adaptativa a criança ainda havia iniciado o uso da colher e garfo para comer, não despia peças de roupa e não distinguia o comestível do não comestível. Face à área motora não subia nem descia escadas sem ajuda, ao nível da comunicação não emitia sons de vogais e não utilizava 10 ou mais palavras.

Seguidamente é apresentado o gráfico que compila os resultados da criança face à BDI.

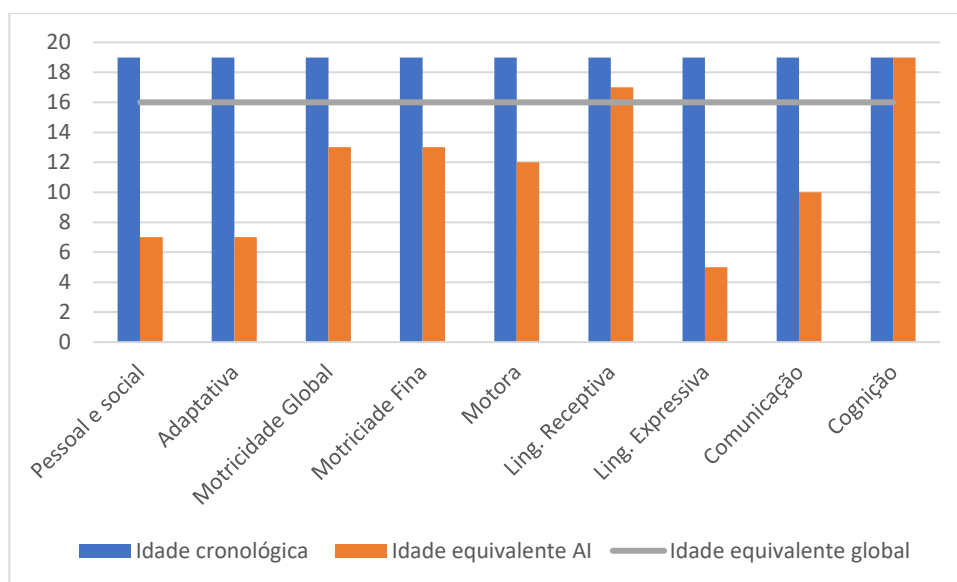


Figura 3 Resultados da avaliação inicial- A

Com base nos resultados que advêm dos diferentes momentos de avaliação inicial, quer informal quer formal, concluiu-se que a criança tinha como principais áreas de dificuldade as áreas pessoal e social e as áreas adaptativas e de comunicação.

### c. Projeto terapêutico

Após os processos de avaliação e considerando os resultados da criança, concluiu-se que a mesma necessitava de intervenção psicomotora, visando alcançar os objetivos terapêuticos considerando as suas necessidades.

### c.1 Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos

De seguida apresenta-se o perfil intraindividual da criança que apresenta as áreas de potencialidade, áreas intermédias e áreas de necessidade, onde serão abordados os domínios motor, cognitivo e psicossocial.

*Tabela 5 Perfil Intraindividual- A*

Áreas de potencialidade	Áreas intermédias	Áreas de necessidade
<b>Socioemocional (expressão das emoções, relação com o adulto)</b>	Tonicidade	Motricidade global
	Motricidade fina	Comunicação
	Cognição (associação)	Socioemocional (relação com os pares)
	Autonomia	

Tendo em conta o perfil intraindividual da criança e considerando as suas características e necessidades foi possível delinear objetivos gerais e específicos, correspondentes ao domínio cognitivo, psicomotor e social. Estabelecer estes objetivos permitiu uma intervenção terapêutica planificada que visa compensar as áreas de necessidade através das áreas de potencialidade.

*Tabela 6 Objetivos terapêuticos- A*

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover a regulação tónica	Consciencializar os estados de tensão
Melhorar a motricidade global	Desenvolver a coordenação motora global
Promover a motricidade fina	Potenciar a destreza manual
Estimular as competências cognitivas	Desenvolver associações
Promover as habilidades socioemocionais	Desenvolver a relação com os pares
Estimular a comunicação	Aumentar o vocabulário
	Estimular a capacidade de diálogo
Promover a autonomia pessoal	Fomentar atividades de vida diária

### d. Avaliação final

#### Modelo de Observação Individual

O movimento da criança no momento da avaliação final pautava-se por um movimento mais agitado comparativamente à avaliação inicial onde a criança se

encontrava no processo de aquisição de marcha, ainda que tardio. Na avaliação final a criança caminhava de forma autónoma, corria e saltava, ainda que com alguma dificuldade; especialmente na corrida, mas também ao caminhar são verificáveis alguns desequilíbrios, não se registando movimentos anormais ou qualquer tipo de estereotípias.

No que diz respeito à sua gestualidade a criança quer facial quer corporal, mostra-se adequada e o seu tónus apresenta tendência para a hipertonia. Quanto à exploração do espaço, a criança ocupava-o de forma bastante expansiva, descobrindo e procurando sempre o próximo momento de brincar, sozinho ou acompanhando. Manipulava ativamente os objetos, nomeadamente bolas e carros; e na brincadeira tendencialmente criança invadia o espaço dos pares adotando uma postura de dificuldade em partilhar.

Brincava com os pares ou com os adultos com os quais tem uma relação de maior proximidade e aos quais pede colo e manifestava as suas necessidades, utilizando gradualmente a componente verbal.

#### *Inventário de Desenvolvimento Battelle (BDI)– 2ª edição*

Os resultados da avaliação formal final evidenciaram melhorias nas áreas pessoal e social e adaptativa, enquanto as restantes áreas nomeadamente a motora e a comunicação melhoraram ligeiramente; a área da cognição não evidenciou alterações. A criança que, à data da avaliação final, se encontrava com uma idade cronológica de 25 meses apresentou uma idade equivalente de 20 meses.

Face à área pessoal e social a criança já não demonstrava dificuldade em iniciar o contacto e brincar com outras crianças, quer em contexto de sessão de grupo como na vida quotidiana, apresentando complicações em seguir as normas e regras. No que concerne à área adaptativa, e diferindo do ocorrido no momento da avaliação inicial, a criança iniciou a utilização da colher e do garfo para comer. A criança já conseguia despir peças de roupa, ainda que com alguma ajuda por parte do adulto, porém, não distinguia o comestível do não comestível. Face à área motora a criança sobe e desce escadas de forma praticamente independente, mas acompanhado de um adulto por forma a colmatar desequilíbrios e eventuais quedas. Ao nível da comunicação, área que a criança desenvolveu bastante nos últimos meses, tendo-se verificado a emissão de sons de vogais e a utilização de 10 ou mais palavras.

Seguidamente é apresentado o gráfico que compila os resultados da criança na BDI.

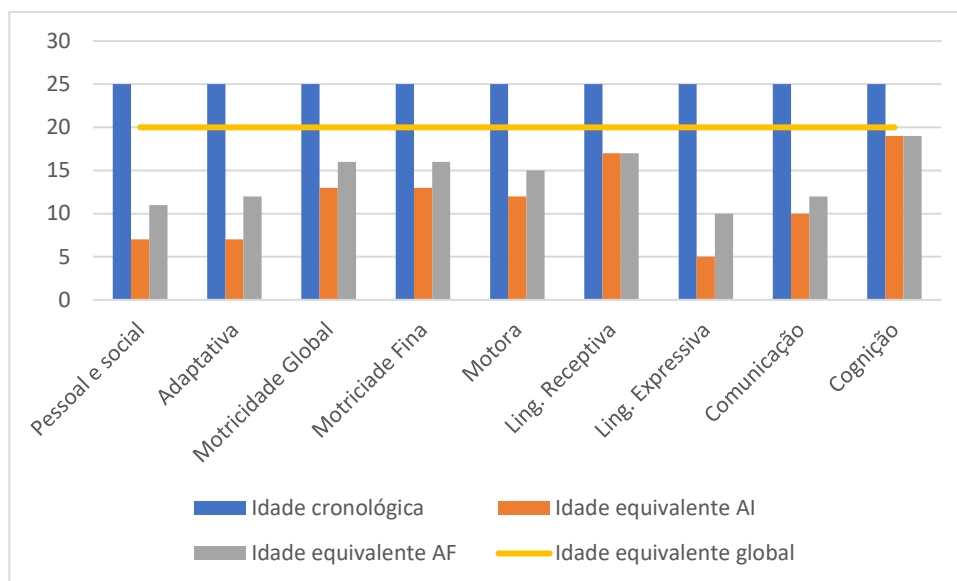


Figura 4 Resultados da avaliação final-A

#### e. Progressão Terapêutica

Na primeira sessão e de maneira que a criança se ambientasse ao local da sessão a terapeuta convidou a criança a explorar o espaço e os materiais disponíveis. Com o objetivo de trabalhar as questões adaptativas recorreu-se a diversos objetos relacionados com o ato de se alimentar, nesta atividade em que a criança demonstrou algumas competências nomearam-se os diversos objetos visando o aumento do vocabulário.

Na sessão seguinte e já ambientada à sala a criança dançou livremente e depois com sugestões por parte da estagiária, verificou-se também a capacidade de agrupar e organizar da criança bem como o interesse por jogos mais complexos. Transversalmente e até ao final da intervenção, a criança evidenciou uma elevada necessidade de contato físico nomeadamente o colo e adotou o comportamento de se esconder para posteriormente ser encontrado, e tal ação deve-se ao facto de apenas se procurar o que tem valor, e a criança necessitava de se sentir valorizada, daí a sua atitude frequente.

Frequentemente a criança dirigia-se para o quadro onde realizava essencialmente linhas, inicialmente com recurso ao espelhamento face ao adulto, contudo e com o evoluir das sessões a criança realizou linhas retas e curvas desenvolvendo assim a sua destreza manual. Por forma a desenvolver esta competência bem como a coordenação óculo manual foi sugerido à criança que realizasse ainda enfiamentos. Também a plasticina foi

explorada sensorialmente uma vez que a criança experimentou a sua textura e propriedades sensoriais.

As bolas, material face ao qual a criança apresenta elevado interesse, utilizaram-se de forma frequente realizando-se atividades de exploração livre, de coordenação óculo manual e pedal, onde o objetivo era transportar e encestar bolas de uma caixa para um cesto. De referir que nestas e noutras atividades quando a criança sentia com algumas dificuldades procurava a ajuda do adulto. Para além destas atividades foram propostas outras que consistiram em abotoar e desabotoar botões por forma a que a criança aumentasse a sua autonomia naquelas que são as tarefas do dia a dia, face às quais a criança necessitou de demonstração sendo que progressivamente e de forma autónoma realizou o proposto.

Sensivelmente a meio da intervenção foi apresentado um túnel à criança que inicialmente lhe causou estranheza, porém e de forma gradual a criança observou-o e demonstrou interesse face a este material, ainda que a demonstração tenha sido necessária. Ao compreender as possibilidades do túnel a criança atravessou-o procurando integrar a terapeuta na atividade dando-lhe a mão e solicitando a sua presença no interior deste, sorrindo. Realizou-se também um circuito psicomotor constituído por 4 estações que incentivavam a criança a adotar diversos modos de deslocamento especificamente caminhar, zigzaguar, rastejar e saltar. Face à atividade proposta a criança demonstrou elevado envolvimento e solicitações pelo auxílio da terapeuta quando sentia dificuldade.

Visando o aumento do vocabulário realizaram-se algumas atividades que consistiam em a criança nomear alguns objetos que se encontram presentes no dia-a-dia da criança nomeadamente a cadeira, a cama, a banheira e o sofá, pelo que foi possível verificar que a mesma nomeava, conhecia e encontrava a função destes objetos, face a outros balbuciava apenas algumas sílabas. Neste seguimento recorreu-se a diversas imagens que compunham uma rotina, nomeadamente lavar os dentes, comer, dormir, vestir e brincar. Também se recorreu ao jogo de vocabulário que englobava palavras simples nomeadamente cão, bola, sapatos e pão que a criança proferiu de forma imediata. Com o decorrer da intervenção foi possível verificar que nos rituais de entrada a criança partilhava de forma mais eficaz como havia corrido a escola, utilizando poucas palavras, contudo tornou-se progressivamente mais perceptível.

Assim, o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança com o A não foi desafiante uma vez que a criança não evitava os adultos e inclusive estabelecia uma interação bastante positiva com os mesmos, ainda que com pouco recurso à comunicação verbal. Utilizaram-se diversas estratégias nomeadamente: o reforço positivo, respeito pelo ritmo da criança, demonstração e aceitação dos interesses e desejos da criança.

#### f. Conclusões

Com base nos resultados que advêm dos diferentes momentos de avaliação, quer informal quer formal, e ainda que considerando as melhorias após o acompanhamento em Psicomotricidade conclui-se que a criança tem como principais áreas de dificuldade a área pessoal e social, motora, adaptativa e de comunicação.

Após os processos de avaliação e considerando os resultados da criança, conclui-se que a mesma necessita da continuidade do acompanhamento em Psicomotricidade, onde será importante recorrer a atividades de cariz expressivo e lúdico e apostar em mais momentos de relaxação e retorno à calma dado que a criança apresentava elevada tendência à dispersão. Recomenda-se ainda a terapia da fala devido às dificuldades apresentadas ao nível da comunicação verbal com uma frequência bissemanal, idealmente.

Os principais desafios colocados pela criança foram essencialmente as dificuldades na linguagem sendo necessário o uso da comunicação não-verbal de forma transversal, pelo que se utilizaram instruções simples e claras e ainda a demonstração.

### 3.4.1.2 MA

#### a. Identificação do caso

O MA, à data do início do estágio tinha 3 anos e foi acolhido na associação por negligência, sendo a entidade sinalizadora a EMAT. Este encontrava-se anteriormente acolhido noutra instituição desde os 4 meses de idade e foi transferido por necessidade de aproximação aos progenitores. No momento do acolhimento encontrava-se com vestuário adequado e com uma boa higiene, adaptando-se bem ao novo contexto institucional, sem registo de alterações comportamentais ou emocionais. Revelou ser um bebé calmo e

simpático, que gostava de interagir com as outras crianças e com os adultos, possuía um sono reparador e comia bem, características que mantém atualmente.

A gravidez foi vigiada e segundo a progenitora foi uma gravidez planeada. Por outro lado, segundo o pai, esta não foi planeada e o mesmo pediu para esta realizar um aborto. MA foi acompanhado desde o seu nascimento e apresentou-se desde então saudável, com um desenvolvimento estado-ponderal e psicomotor adequado à idade, ainda que a fala tenha sido uma das áreas apontadas pelos médicos como uma área a desenvolver.

De acordo com as informações que constam no processo, a mãe do MA (24 anos) foi maltratada pela sua mãe, tendo ficado ao cuidado dos avós. Até aos 18 anos realizou a toma de medicação psiquiátrica, uma vez que se encontra diagnosticada com esquizofrenia. O pai da criança (44 anos) apresenta uma infância e juventude sem episódios a relatar, tendo trabalhado desde os 18 anos em diversos países.

Os pais do MA. visitam o filho, mantendo contactos telefónicos e presenciais regulares, durante as visitas são adequados e afetuosos, perguntando com frequência sobre a situação de saúde e escolar do filho e demonstravam preocupação relativamente ao seu desenvolvimento. Contudo existem fatores de risco identificados, tais como: instabilidade emocional devido às interrupções constantes no tratamento psiquiátrico, conflito parental, instabilidade conjugal, profissional e habitacional e negligência.

O MA, encontra-se a frequentar a creche e atualmente tem sessões de Psicomotricidade com o objetivo de promover o desenvolvimento global.

## b. Avaliação inicial

### b1. Avaliação informal e observação psicomotora

#### *Modelo de Observação Individual*

Relativamente ao movimento a criança, que manifestava prazer e desprazer, movimentava-se com e sem objetos, caracterizando-se como hábil e sem movimentos anormais e estereotípias, correndo, saltando, caminhando e girando numa velocidade e ritmo adequados. A sua gestualidade, quer facial quer corporal, mostrava-se adequada e o seu tónus também.



O MA, bastante empático, explorava o espaço perto dos pares e dos adultos, e brincava essencialmente recorrendo à manipulação de objetos móveis, essencialmente carros e defendia o seu espaço, não partilhando os seus objetos. As suas brincadeiras eram criativas onde investia, conhecia e explorava o objeto. No que respeita aos outros adotava uma escuta atenta, ainda que por vezes evidenciasse dificuldade em os aceitar, contudo, partilhava as suas necessidades.

## b.2 Avaliação formal

### *Inventário de Desenvolvimento Battelle (BDI)- 2ª edição*

No decorrer da aplicação deste instrumento de avaliação a criança mostrou-se bastante participativa face ao proposto pela estagiária. Relativamente aos resultados o MA evidenciou como principais áreas de necessidade as áreas pessoal e social, adaptativa e de comunicação. Sendo a sua idade equivalente 31 meses e à data da avaliação inicial a criança teria 36 meses.

Relativamente à área pessoal e social a criança demonstrou dificuldade em brincar com os pares, em utilizar um pronome para se referir a si mesmo, e em conhecer as diferenças entre homem e mulher. Referente à área adaptativa a criança ainda não despias pequenas peças de roupa, indicava a necessidade de ir à casa de banho, obtinha água da torneira, abotoava botões e dormia sem molhar a cama. Face à área motora a criança apenas não cortava com tesouras. No que respeita à área cognitiva o MA apresentava dificuldade em emparelhar figuras geométricas e em identificar objetos pelo tato.

Em seguida é apresentado um gráfico correspondente aos resultados da avaliação formal inicial da criança, utilizando o *BDI- 2ª edição* (Newborg, Stock & Wnek, 2011).

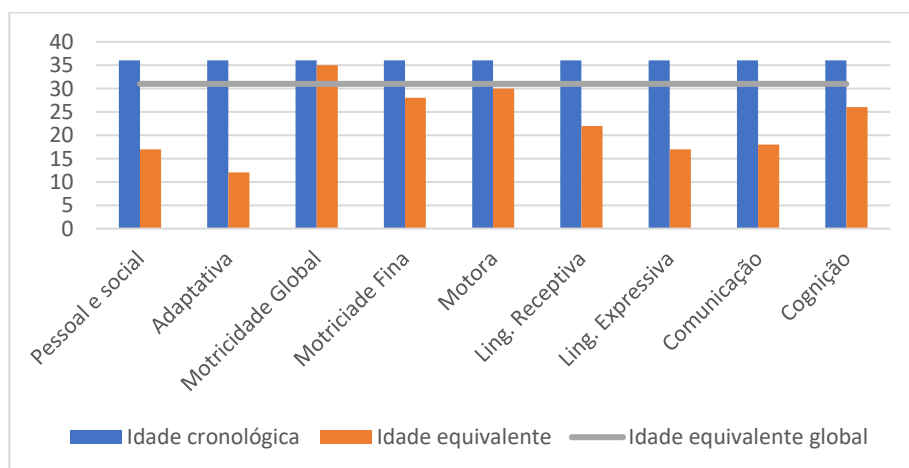


Figura 5 Resultados da avaliação inicial- MA

Considerando os resultados que advêm dos diferentes momentos de avaliação quer informal quer formal concluiu-se que a criança apresentava como principais áreas de dificuldade a área pessoal e social, adaptativa e de comunicação. Ocorridos os processos de avaliação e considerando os resultados advindos do mesmo chegou-se à conclusão que a criança necessitava de intervenção psicomotora, visando alcançar os objetivos que serão apresentados no projeto terapêutico seguinte.

### c. Projeto terapêutico

Uma vez recolhida a informação necessária realizou-se o respetivo projeto terapêutico com o objetivo de delinear uma intervenção específica e identificar os principais objetivos a atingir, tendo em consideração as necessidades da criança.

#### c.1 Perfil Intraindividual e Objetivos terapêuticos

Considerando os resultados e as informações que decorreram da avaliação inicial e posteriormente analisadas é possível traçar um perfil intraindividual que se orienta face às áreas de potencialidade, áreas intermédias e áreas de necessidade, neste perfil serão considerados os domínios motor cognitivo e psicossocial.

*Tabela 7 Perfil Intraindividual- MA*

Áreas de potencialidade	Áreas intermédias	Áreas de necessidade
Motricidade global	Motricidade fina	Comunicação
Tonicidade	Cognição (associação e tempo de atenção)	Socioemocional (expressão das emoções)
		Autonomia pessoal

Considerando o perfil intraindividual da criança bem como as suas características e necessidades foi exequível delinear os objetivos terapêuticos gerais e específicos, correspondendo ao domínio cognitivo, psicomotor e social. Importa referir que ao estabelecer estes objetivos possibilita uma intervenção terapêutica adequada e que compense as áreas de necessidade da criança através das suas áreas de potencialidade.

Tabela 8 Objetivos terapêuticos- MA

<b>Objetivos gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>
Melhorar a motricidade global	Aumentar a coordenação motora global
Promover a motricidade fina	Desenvolver a destreza manual
Desenvolver as competências cognitivas	Desenvolver associações
	Aumentar o foco e tempo de atenção
Desenvolver as habilidades socioemocionais	Estimular a expressão dos afetos
Promover a comunicação	Aumentar o vocabulário
	Estimular a capacidade de diálogo
Promover autonomia pessoal	Desenvolver atividades de vida diária

#### d. Progressão Terapêutica

De modo a analisar a progressão terapêutica da criança consideraram-se 7 sessões individuais. Na primeira, a criança explorou livremente a sala bem como os materiais que nela se encontravam disponíveis, e desde logo integrou a terapeuta nas diferentes brincadeiras, essencialmente de jogo livre. Numa das sessões a criança aparentava estar frágil pelo que solicitou se podia levar um objeto para a sessão, e inclusive procurou o colo da terapeuta como transporte até à sala, o que até então não tinha ocorrido. Enquanto subia as escadas com a terapeuta, contou o número de escadas o que permitiu saber que a criança conhecia os números até 9.

De modo a desenvolver a noção de rotina a criança foi convidada a explicar diversas imagens que constituíam uma rotina, face aos quais respondeu ainda que com algumas complicações ao nível da linguagem. Relacionado com a autonomia, realizou-se um jogo que consistia em vestir um menino e uma menina, que a criança realizou de acordo com o sexo correspondente, nomeando as diferentes peças de roupa e questionado à terapeuta quando sentia necessidade. Com a finalidade de desenvolver a destreza manual da criança foram-lhe fornecidos lápis e folhas, com os quais o MA desenhou bolas e outros rabiscos aos quais foi atribuindo nomes. Também se desenharam figuras geométricas por forma a desenvolver a noção de forma.

Em diversos jogos e especificamente nos de aquisição de vocabulário com imagens o MA demonstrou bastante entusiasmo e procurou conhecer os jogos na sua totalidade, referindo as palavras e repetindo os conceitos ilustrados. Quando lhe foram

apresentados materiais como, por exemplo, a plasticina (material que estimula a destreza manual, a integração sensorial e a criatividade) a criança explorou e realizou bolas e um boneco de neve, espontaneamente. Para além disso também se realizaram atividades de coordenação óculo manual através de jogos de enfiamentos os quais possibilitam o desenvolvimento da destreza manual, tarefa que numa fase inicial da intervenção a criança evidenciava elevadas dificuldades na execução.

Nos rituais de entrada e de saída a criança partilhava facilmente como havia corrido o seu dia e as atividades realizadas e qual a sua preferida, respetivamente. Progressivamente o MA, ainda com algumas dificuldades ao nível da comunicação, expressou as suas ideias e emoções de um modo mais perceptível. De um modo geral é possível afirmar que o MA demonstrou capacidade de planeamento e adequação da sua ação, facilidade em pedir auxílio, boa relação com a terapeuta e integração da mesma nas suas diversas brincadeiras. Para além disto quando evidenciava algum tipo de dificuldade solicitava à terapeuta que demonstrasse.

#### e. Conclusão

Ainda que tenham sido verificadas algumas melhorias como é possível verificar na progressão terapêutica recomenda-se a continuação do acompanhamento em psicomotricidade especificamente em propor atividades mais complexas e desafiem criança sessão após sessão. Uma vez que a criança respondeu positivamente a diferentes estímulos, adaptando-se facilmente ao apresentado tanto a nível motor como cognitivo, o que possibilitou a complexificação das atividades propostas. De referir que a criança apresentou alguma tendência à frustração.

Salienta-se que não se realizou a avaliação final uma vez que a criança retomou à sua família de origem, em fevereiro, por decisão do tribunal.

#### 3.4.2 Casos Grupais

A maioria das crianças acolhidas na casa de acolhimento residencial são acompanhados de forma grupal, essencialmente pelo facto de a terapia de grupo aumentar a capacidade de comunicação e a interação social (Vecchiato, 1989); apresentando ainda a vantagem de evitar o confronto tão direto entre a criança e o terapeuta, bem como uma

maior componente lúdica (Ajuriaguerra, 1986). A intervenção em grupo terapêutico objetivou realizar o que em grupo de vida não foi possível, isto é, ainda que as crianças coabitem existe dificuldade nas interações pessoais, que a intervenção grupal procurou colmatar, desenvolvendo competências específicas que melhorem as relações das crianças acolhidas.

É crucial fornecer à criança a possibilidade de integrar atividades que fortaleçam a percepção do Eu-corpo, o desenvolvimento da ação sensório-motora e que se descentralize de si através de representações simbólicas com os pares, por exemplo. E estas experiências psicocorporais permitem que a criança emerja de uma posição egocêntrica e que se interesse pelos outros (Vecchiato, 2017). Segundo o mesmo autor, é ao integrar um grupo que as crianças observam os restantes elementos e desenvolvem a capacidade de imitação, que permite a aquisição de outros comportamentos e competências.

Na seguinte tabela encontram-se os casos acompanhados de forma grupal em Psicomotricidade no decorrer do estágio.

*Tabela 9 Descrição dos casos grupais*

<b>Grupos</b>	<b>Crianças</b>	<b>Intervalo de idades</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Tempo de Observação/Intervenção</b>
<b>Grupo 1</b>	A e M	1 e 2 anos	Semanal	Novembro- Junho
<b>Grupo 2</b>	A, E, G, L	7 e 9 anos	Semanal	Janeiro- Abril

Relativamente ao grupo 1 constituído por crianças com idades mais precoces, entre o 1 ano e os 2, este apresentou um acompanhamento com uma periodicidade semanal, objetivando o desenvolvimento de fragilidades psicomotoras, socioemocionais e comunicacionais, bem como das atividades de vida diária. Importa salientar que as crianças que integraram este grupo foram acompanhadas semanalmente e de forma individual pela estagiária.

No que diz respeito ao grupo 2, constituído por crianças entre os 7 e os 9 anos, a intervenção em grupo foi desenvolvida pelas duas estagiárias da associação, uma de Psicomotricidade e outra de Psicologia, sendo que anteriormente se realizava pelas Psicomotricistas da instituição. As sessões objetivaram potenciar a relação interpessoal

em grupo, o reconhecimento das próprias emoções e das dos pares, a capacidade de gerir emoções, de interajuda e ainda a capacidade de diálogo e a criatividade. De referir que as crianças integrantes deste grupo são acompanhadas pela Psicomotricista da associação de forma individual e semanal, à exceção do G que se encontra a ser acompanhado pela estagiária de Psicomotricidade.

O acompanhamento, de ambos os grupos, apresentou uma frequência semanal e duração de cerca de 45 minutos, contudo nem sempre foi possível realizar as sessões de grupo devido a questões inerentes à instituição.

Face à progressão terapêutica do grupo 1 e com o avançar do processo terapêutico, as crianças aumentaram o seu envolvimento e a sua concentração nas tarefas, essencialmente quando se tratava de atividades sensoriais, com recurso a tintas e a acessórios, o que permite averiguar que a exploração mais livre é acolhida de forma mais positiva. Gradualmente as crianças procuraram-se para integrar brincadeiras nomeadamente na montagem de torres e para brincar às escondidas, adotando a terapeuta uma postura de mediadora. Foi então possível constatar que as crianças apresentaram melhorias em diversas competências, que são notórias no quotidiano e nos instrumentos de avaliação aplicados. Contudo, enaltece-se a necessidade de as crianças usufruírem de intervenção psicomotora quer em contexto individual quer grupal.

Relativamente à progressão terapêutica do grupo 2, as crianças manifestaram de forma geral disposição e curiosidade no que respeita a esta dinâmica grupal, apresentando-se geralmente muito agitadas e com dificuldade em cumprir com as regras da sessão, o que tornava desafiante controlar a agitação que se dissipava por todos os membros integrantes do grupo.

Inicialmente foi notória a dificuldade das crianças em falar sobre si e sobre os restantes constituintes do grupo, essencialmente devido à colocação de algumas questões mais reflexivas por forma a trabalhar o autoconceito, não se verificando adesão por parte do grupo, o que permitiu às estagiárias compreender que as primeiras sessões não haviam corrido como o esperado e que se deveria optar por um tipo de abordagem mais dinâmica. Na sessão seguinte, o principal objetivo era explorar o autoconceito através de atividades lúdicas recorrendo a diversos adereços por forma a que cada criança desempenhasse uma personagem à sua escolha. Tal proposta permitiu que todos os intervenientes refletissem

e falassem um pouco sobre si, contudo, considerou-se difícil explorar este conceito nesta faixa etária.

Numa outra sessão e com o objetivo de trabalhar as relações interpessoais de modo mais simbólico recorreu-se a fantoches e cenários, com os quais as crianças foram convidadas a criar e encenar uma história com esta temática, o que potenciou o seu envolvimento. Através das histórias, foi possível verificar a personalidade das diferentes crianças, uma delas evidenciou superioridade face aos colegas, pautando-se as suas histórias por diversas personagens e sem lógica aparente. Por outro lado, a história de outra criança baseava-se essencialmente em contos existentes, enquanto outra encenou histórias com lutas, mortes e sons violentos. O quarto elemento do grupo, inicialmente bastante apreensivo face à proposta das estagiárias, participou numa história criada por outra criança, adotando um papel secundário e não muito colaborante.

Noutra sessão, visando estimular as diferentes formas de comunicação assertiva, criaram-se diferentes contextos da vida real nomeadamente uma sala de aula, uma mercearia, um restaurante e um consultório médico com recurso a vários materiais, onde as crianças adotaram diversas personagens. Aqui, deveriam comunicar de forma adequada ao contexto, realizando pedidos, saudações, agradecimentos, bem como a forma de estar em cada um deles. Contudo, devido ao elevado número de materiais disponíveis as crianças optaram pontualmente por uma brincadeira livre, onde foram reforçadas pelas estagiárias as formas de comunicação.

De modo a trabalhar as emoções, primeiramente recorreu-se a cartões com ilustrações das emoções básicas. Depois de identificadas as crianças foram convidadas a expressá-las facial e corporalmente enquanto os restantes elementos do grupo as adivinhavam. As crianças expressaram a emoção de modo bastante elucidativo pelo que esta tarefa, que se realizou diversas vezes a pedido das crianças, tornou-se bastante dinâmica.

Na sessão seguinte, as crianças foram desafiadas a associar uma cor a cada uma das emoções básicas, porém o grupo demonstrou alguma dificuldade o que não permitiu uma atividade tão consciencializada. Assim, com o auxílio das terapeutas e recorrendo a máscaras de diferentes cores, sendo que cada cor representaria uma emoção, as crianças deveriam escolher uma máscara e encenar uma história que estivesse relacionada com a mesma, o que permitiu uma maior adesão. Nestas sessões o envolvimento das crianças aumentou e a agitação global e os comportamentos disruptivos diminuíram.

Com esta mudança de paradigma, percebeu-se que a expressão dramática, ao ser executada por meio de personagens facilita a comunicação e a manifestação de emoções, que de outra forma, são incomunicáveis (Strecht, 2004); possibilitando a criação, a simbolização e o vivenciar situações reais ou imaginárias (Aguilar, 2001). Por forma a ir de encontro aos objetivos terapêuticos previamente delineados optou-se então por sessões que continham a expressão plástica e dramática, e com a componente simbólica sempre presente, por ser inerente neste tipo de abordagem. Através desta metodologia de intervenção a terapeuta compreende o que se passa com a criança, pelo meio do que a mesma exprime (Santos, 1990) e potencia imaginação, essencial ao desenvolvimento psicossocial da criança (Le Boulch, 1988).

Assim, é possível concluir que quando as estagiárias repensaram e reajustaram as atividades propostas ao grupo, as crianças revelaram um maior interesse nas tarefas, mostrando elevado empenho essencialmente em atividades que envolviam uma maior expressividade corporal e artística.

#### **4. Dois estudos de caso**

##### 4.1 Caso 1

###### 4.1.1 Revisão teórica

Com a chegada de um bebé existem inúmeras necessidades que têm de ser satisfeitas para que cresça de forma adequada e com boas figuras de referência (Strecht, 1998). Aliás de acordo com Barreto (2013) para que se consolidem sentimentos como competência e autoconfiança é essencial cuidados adaptados à criança uma vez que estes dependem daquilo que as crianças recebem, ou não, do meio envolvente. Quando expostos a situações traumáticas as crianças veem a sua autoestima a ser colocada em causa e utilizam expressões negativas sobre si, como por exemplo “ninguém gosta de mim”, “não faço nada bem”, como é exemplo do estudo de caso apresentado (Strecht, 1998).

A construção psíquica de uma criança reflete a sua estrutura familiar e a comunidade envolvente, pelo que a família deve assumir um papel de referência na vida de crianças e adolescentes. Porém, quando se cresce num ambiente que se rege por modelos de referência negativos ocorrem frequentemente diversas repercussões no desenvolvimento das crianças que o presenciam (Strecht, 2008). Por exemplo e



especificando o estudo de caso, mães diagnosticadas com perturbação mental impactam o desenvolvimento do seu filho uma vez que apresentam dificuldades na vinculação e em oferecer resposta às suas necessidades.

Quando as vivências negativas culminam em maus-tratos é importante considerar que os mesmos afetam a saúde mental da vítima que se deparou com uma situação traumática (Heim et. al., 2010), pelo que no início de uma intervenção terapêutica se deve compreender as características intra-individuais da vítima de más experiências precoces (Strecht, 1998). No decorrer desta intervenção é importante que se potencie o bem-estar, a disponibilidade para a criança, um contexto apropriado, e a confiança e segurança necessárias numa nova fase depois de um período delicado da sua vida (Strecht, 1998).

#### 4.1.2 Identificação do caso

O G. tinha 7 anos, à data do início do estágio, e encontra-se na associação desde junho de 2022, tendo sido acolhido por se encontrar em perigo devido a lesões físicas, falta de cuidados de higiene, falta de vigilância/supervisão e agressões físicas por meio de objetos e verbais por parte da mãe, avó e companheiro da avó.

Relativamente à gravidez, não existe qualquer informação acerca desta ter sido desejada, nem sobre as condições do nascimento. No momento de acolhimento o G. encontrava-se com uma higiene desadequada e com a dentição deteriorada. A criança integrou-se desde logo na casa e interagiu bem com os pares.

Atualmente o menor apresenta frequentemente comportamentos de maior preocupação, tais como: instabilidade com episódios de grande reatividade, agressão verbal (nomes ofensivos) e física (contra pessoas e objetos), tristeza, raiva, oscilação de humor entre o humor depressivo e o irritável, fraca tolerância a frustração, verbalizações repetitivas, incumprimento de regras e orientações e colocação de si próprio em situações de risco (por ex.: pendurar-se da janela da escola). Estes comportamentos acontecem quer na escola quer em casa e têm um impacto elevado não só na sua aprendizagem, mas também nas relações interpessoais com os pares e os adultos.

G. é seguido em pedopsiquiatria desde muito cedo e toma medicação de forma a controlar a sua agitação psicomotora e aumentar a sua concentração. Para além deste

tratamento, toma medicação para o controlo da enurese noturna, frequente desde o seu acolhimento.

Na sua família próxima há a existência de perturbações como esquizofrenia (mãe) e défice cognitivo (irmã), pelo que alguns dos comportamentos apresentados pelo menor são motivo de uma preocupação maior. Os pais do G. encontram-se separados e o pai foi condenado com uma pena, que no momento se encontra suspensa devido a maus-tratos ao menor. A progenitora apresenta contactos telefónicos com a associação, mas encontra-se inibida de contactar diretamente com o filho. O menor não fala habitualmente dos elementos da família e não verbalizou sentir saudades.

O G. teve anteriormente sessões de acompanhamento em Psicomotricidade e, atualmente, é acompanhado em psicologia, estando disponíveis relatórios de avaliação em ambas as áreas.

De momento, encontra-se a aguardar a realização de um eletroencefalograma para averiguar possíveis danos e alterações do cérebro da criança. O projeto de vida proposto pela associação e a EMAT foi no sentido da adoção, todavia o tribunal solicitou à progenitora do menor a identificação de pessoas que esta considere idóneas e que possam ser avaliadas para que a medida possa ser eventualmente alterada para meio natural de vida. No entanto, a EMAT desconhece a existência de quem reúna condições adequadas para receber a criança e lhe fornecer o bem-estar e a qualidade de vida necessários ao seu desenvolvimento saudável.

#### 4.1.3 Plano de avaliação

Previamente à avaliação psicomotora da criança, ocorreu um período de observação em contexto de sessões de Psicomotricidade como em contexto do dia-a-dia das crianças, durante 2 meses, onde foi possível recolher dados pertinentes à avaliação informal e estreitar relações. Quando recolhidos os dados informais advindos da observação psicomotora e que permitiram consolidar uma avaliação informal decorreu a avaliação formal, onde foram aplicados os instrumentos BDI- 2ª edição e SDQ.

De referir que nos momentos de avaliação psicomotora é importante o Psicomotricista considerar os diferentes fatores psicomotores e as diversas áreas com que atua. Neste caso em específico considerou-se pertinente avaliar a tonicidade, a

motricidade global e fina, a estruturação espaço-temporal, a cognição e as questões sociais e emocionais.

Por forma a recolher informações e a avaliar o desempenho psicomotor e comportamentos da criança utilizou-se o *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003), um instrumento de avaliação informal, que permite complementar os dados recolhidos pelos instrumentos formais.

Optou-se pela aplicação da BDI- 2ª edição (Newborg, Stock & Wnek, 2011) para avaliar as capacidades fundamentais, identificando as áreas fortes e áreas a desenvolver, e reconhecer eventuais atrasos no desenvolvimento, ao nível pessoal e social, adaptativo, motor, comunicativo e cognitivo. A aplicação do SDQ (Goodman, 1997) ocorreu com a finalidade de se obter informações sobre a criança nomeadamente ao nível do seu bem-estar emocional e comportamental, considerando a opinião de terceiros, em diferentes contextos. Especificamente avalia hiperatividade, comportamento, relação com os pares, sintomas emocionais e comportamento pró-social.

Depois da aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação, reuniram-se os resultados iniciais que permitiram delinear o perfil intraindividual, definir objetivos terapêuticos e construir o projeto terapêutico.

#### 4.1.4 Resultados da avaliação inicial

Relativamente à avaliação informal e à observação psicomotora utilizou-se o *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003) e face movimento do G. o mesmo movimentava-se de forma fluida e o seu movimento demonstrou-se adequado, não se verificando estereotípias. A sua velocidade era ajustada e o ritmo também se mostra maioritariamente adequado às tarefas, no que concerne ao equilíbrio verificam-se algumas oscilações. A sua gestualidade facial e corporal encontrava-se ajustada aos seus estados de ânimo e a criança expressava-se de acordo com o prazer ou desprazer, mas por vezes não se mostrava empático perante os outros.

Face ao espaço o G. tinha a necessidade de estar sozinho e no seu espaço, que defendia dos pares, dedicava-se sobretudo a construções e manipulação de objetos. No que diz respeito aos objetos o G. gostava sobretudo de carros e dinossauros e utilizava-os de forma livre, criativa e bastante detalhada, conhecendo o objeto e explorando o espaço

através do mesmo. Na sua relação com os pares o G. tanto se mostrava disponível como não e referia as suas necessidades abertamente perante os outros. Na sua relação com os adultos, a criança procurava-os com bastante frequência para pedir aprovação, escutando-os e solicitando-os.

Quanto à avaliação formal recorreu-se ao BDI- 2ª edição (Newborg, Stock & Wnek, 2011) e no decorrer da sua aplicação a criança demonstrou alguma agitação, pelo que foi necessário a terapeuta utilizar o reforço positivo, e respeitar o ritmo da criança devido à sua distração.

Face aos resultados a criança demonstrou dificuldades na maioria das áreas avaliadas, à exceção da motricidade global, evidenciando como áreas de principal necessidade a pessoal e social, adaptativa, motora, comunicação e cognição. Em relação à área pessoal e social a criança demonstrou dificuldades em descrever os seus sentimentos e em escolher amigos, bem como na distinção entre condutas aceitáveis e inaceitáveis; não assumindo a responsabilidade dos seus erros. Face à área adaptativa o G. não completava tarefas de duas ações, tinha dificuldade em responder a situações-problema e não participava ativamente nas tarefas domésticas.

Concretamente em relação à área motora o G. demonstrou dificuldades em saltar em apoio unipedal, essencialmente no pé esquerdo; e em se manter sobre um pé de olhos fechados, sendo as oscilações constantes. Na área da comunicação não utilizava o comparativo, não compreendia o uso de adjetivos e não premeditava acontecimentos. Na cognição a criança tinha dificuldade em responder a perguntas e em analogias, apresentava ainda complicações na resolução de contas e problemas.

Seguidamente é apresentado o gráfico que compila os resultados da criança face à BDI.

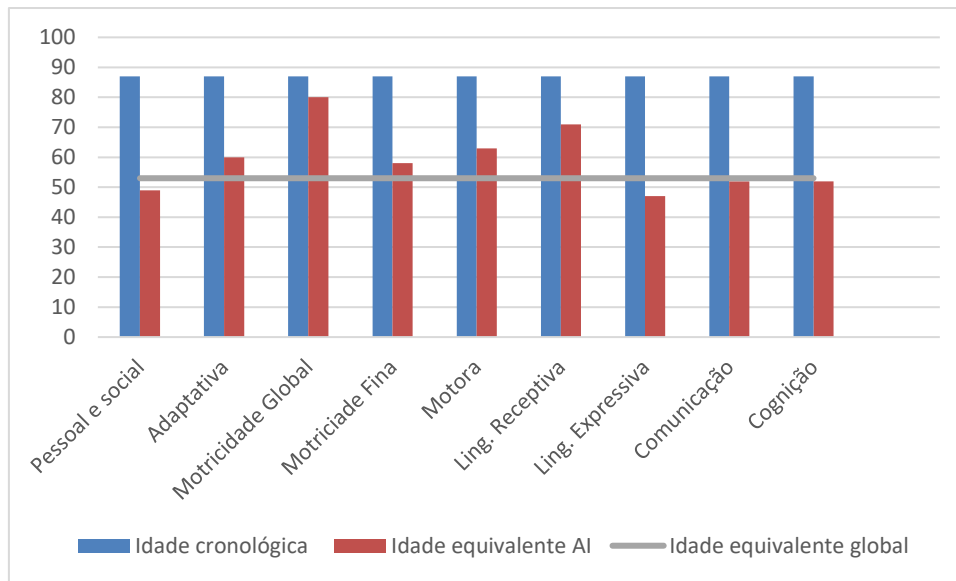


Figura 6 Resultados da avaliação inicial BDI- G

Recorreu-se também ao SDQ (Goodman, 1997) e aplicou-se à auxiliar de referência. Os resultados obtidos permitem verificar que a criança apresenta padrões anormais para a sua idade, obtendo como pontuação total das dificuldades o valor de 28. A subescala onde existiu a categoria limítrofe foi face à hiperatividade da criança, face a todas as restantes nomeadamente sintomas emocionais, problemas de comportamento e com os colegas, bem como no comportamento pró-social o G. demonstrou pontuações altas.

Seguidamente é apresentada a tabela que compila os resultados da criança face à SDQ.

Tabela 10 Resultados iniciais SDQ

Subescalas	Pontuação	Categoria
Sintomas emocionais	6	Anormal
Problemas de comportamento	5	Anormal
Hiperatividade	6	Limítrofe
Problemas com colegas	8	Anormal
Comportamento pró-social	2	Anormal
Pontuação total das dificuldades	28	Anormal

#### 4.1.5 Hipóteses explicativas

São essenciais para determinar o perfil intraindividual as informações provenientes da anamnese e da observação psicomotora, a interpretação dos resultados

obtidos através das avaliações, mas também a formulação de hipóteses explicativas, que procuram demonstrar possíveis razões para as dificuldades apresentadas pela criança.

A negligência é a tipologia de maus-tratos mais comum a nível internacional sendo nociva à saúde e ao desenvolvimento holístico da criança (Martins-Neves & Lopes, 2013). Segundo Kaufman et. al (2017), crianças cujo afeto prazeroso foi interrompido e em que a segurança não esteve presente, têm uma reduzida capacidade de regulação emocional, que origina comportamentos agressivos e impulsivos.

Porém, na maioria dos casos, crianças que apresentam episódios de agressividade são crianças tristes, deprimidas e angustiadas, que têm algo a dizer, mas que o expressam por comportamentos disruptivos, agindo antes de pensar por ainda não conseguirem elaborar os seus pensamentos. Contudo, é necessário considerar que estas atitudes desadequadas refletem o sofrimento interior (Santos, 2007), e o apelo destas crianças pelo afeto (Strecht, 1998).

Relativamente aos comportamentos agressivos verificados no G. caracterizam-se como comuns dado que crianças vítimas revelam a sua intolerância à frustração através de episódios de raiva imprevisíveis, que surgem como alerta a uma ameaça interna ou externa, quer real quer imaginária; demonstrando-se assim a sua dificuldade de autorregulação (Shackman & Pollak, 2014), e a exteriorização do sofrimento interior. Inclusive o G. mesmo em momentos de proteção, segurança e atenção proporcionados por outrem reage, por vezes, de forma agressiva na sequência de separações, comportamento frequente em crianças que sofreram negligência (Iwaniec, 2006). A aproximação excessiva em relação à figura de vinculação mostra a necessidade que a criança apresenta em garantir que as separações não voltarão a acontecer (Benavente & Justo, 2009). Porém, também a fantasia presente diariamente na vida da criança se manifesta como forma de camuflar a dor que sente (Azevedo & Maia, 2006).

Para além dos comportamentos acima referidos o G. procura com frequência o adulto, possivelmente na tentativa de colmatar o vínculo afetivo que os seus pais não estabeleceram consigo (Azevedo & Maia, 2006), apresentando uma baixa autoestima. E uma perceção negativa sobre si mesmo e falta de confiança que advêm da vivência prolongada a insultos e a humilhações no seio familiar (Cecil, et. al, 2017), o que justifica a sua insegurança e o sentimento de inferioridade, verbalizando frequentemente “eu não consigo”. Resultantes das interações precoces inadequadas face às necessidades da

criança e pela falta de segurança emocional existe uma maior probabilidade de a mesma não criar uma representação positiva sobre si e uma identidade individual e social (Strecht, 1998), causando dificuldades nos comportamentos afetivos.

Outras dificuldades consequentes dos episódios de maus-tratos a que o G. foi sujeito originaram problemas de autorregulação, que poderão justificar o descontrolo dos esfíncteres (Martorell et al., 2019) uma vez que a criança se encontra medicada para a enurese. Também a desatenção, como resultado dos maus-tratos, é verificável no G. e inclusive a criança é medicada para tal, demonstrando dificuldade em se concentrar por períodos mais longos.

#### 4.1.6 Perfil Intraindividual e objetivos terapêuticos

Tendo em consideração os resultados e as informações recolhidas e analisadas advindas dos diferentes momentos de avaliação inicial (informal e formal) é exequível traçar um perfil intraindividual. Conclui-se então que a criança tem como principais áreas de dificuldade a tonicidade, a estruturação espaciotemporal, a praxia global, as competências cognitivas e socioemocionais.

O perfil intraindividual orienta-se da seguinte forma: áreas de potencialidade, áreas intermédias e áreas de necessidade.

*Tabela 11 Perfil Intraindividual*

Áreas de potencialidade	Áreas intermédias	Áreas de necessidade
Lateralidade	Equilíbrio	Tonicidade
Comunicação verbal e não-verbal	Motricidade fina	Estruturação espaciotemporal
		Motricidade global
		Cognição (planeamento, tempo de atenção)
		Socioemocional (gestão de emoções)

Considerando os resultados da avaliação inicial e com base no perfil intraindividual da criança e considerando as suas características e necessidades é possível delinear objetivos terapêuticos gerais e específicos, correspondentes ao domínio cognitivo, psicomotor e social. O estabelecer destes objetivos permite traçar uma

intervenção terapêutica planejada que visa compensar as áreas de necessidade através das áreas de potencialidade.

Os objetivos gerais expressam os resultados esperados numa determinada área, envolvendo capacidades amplas e complexas. Já os objetivos específicos expressam os comportamentos esperados, são capacidades mais elementares que advêm das capacidades visadas pelos objetivos gerais.

<b>Objetivos gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>
Promover a regulação tónica	Aumentar a capacidade inibitória
	Diminuir a rigidez muscular
Promover a estruturação espaciotemporal	Melhorar a capacidade de se organizar no espaço e tempo
Estimular o equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico
Melhorar a motricidade global	Melhorar a coordenação geral
	Aperfeiçoar a coordenação óculomanual e óculopedal
Desenvolver as competências cognitivas	Planificar a ação antes de a executar
	Potenciar a atenção na tarefa
Promover as habilidades socioemocionais	Desenvolver a capacidade de gerir emoções

*Tabela 12 Objetivos terapêuticos*

#### 4.1.7 Projeto pedagógico-terapêutico

A elaboração do projeto terapêutico objetiva definir uma intervenção específica, visando diminuir sintomas e a adaptação do sujeito (Albaret, 1991).

##### *a.* Principais diretrizes da intervenção

A Psicomotricidade engloba a relação entre o corpo, a mente e as emoções, e a importância de cada domínio separadamente, contudo, é também crucial encontrar o equilíbrio na interação dos três domínios e o ambiente onde a criança se encontra. Uma vez que se a criança não se sentir segura ela não iniciará a exploração do envolvimento e, consequentemente, não enriquecerá o conhecimento de si mesma nem do mundo que a rodeia (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

Na intervenção psicomotora é imprescindível fornecer e estabelecer uma relação terapêutica e empática com a criança, onde o Psicomotricista atenta as suas necessidades existindo, inevitavelmente, um aumento da confiança no adulto (Bombèr, 2007). Ao



seguir uma vertente relacional, a intervenção centra-se na criança e nos seus interesses para que a mesma explore o espaço, os materiais e a relação com confiança e curiosidade (Costa, 2008). Este suporte, num contexto apropriado, oferece a segurança afetiva necessária para crescer e vivenciar (Fonseca, 2007), demonstrar a sua vida interna, as suas fantasias, emoções e frustrações (Lapierre & Lapierre, 2005); através da postura, do ritmo, da distância corporal, do diálogo tónico, do olhar e das palavras.

O Psicomotricista, que trabalha em equipa, por forma a elaborar novas propostas para a vida da criança, considera a motricidade um meio de expressão para o conhecimento e de suporte para a atividade simbólica e de socialização, interessando-se pela qualidade e organização do seu movimento e envolvimento corporal. Este profissional, fornece especial atenção ao desenvolvimento psicomotor, especificamente o tónus, imagem corporal, sensorialidade, motricidade global e fina, equilíbrio; comunicação verbal e não verbal; desenvolvimento cognitivo e afetivo; espaço, tempo e ritmo (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). E é através da observação e avaliação da atividade espontânea que realiza da criança que percebe as suas principais dificuldades.

Nas sessões terapêuticas existe uma forte componente lúdica que fomenta a aquisição de conhecimentos por parte da criança, utilizando-se o jogo que possibilita o pensamento, o respeito por regras, a resolução de problemas, o tempo de concentração e de reflexão, a criatividade, expressividade e, de forma inerente, a consciencialização da ação e das suas capacidades, visando a autonomia e o desenvolvimento holístico (Costa, 2008). Especificando num tipo de atividade, segundo Sapienza e Mastens (2011) os jogos que requerem funções executivas como o planeamento e a atenção promovem, em vítimas de maus-tratos, o aumento da resiliência.

Face à baixa autoestima da criança, é imprescindível que o Psicomotricista participe e se envolva ativamente na atividade sugerida para que a mesma se sinta eficiente e confiante naquilo que sugere (Fernandes, Filho & Rezende, 2018); é ainda essencial que o terapeuta compreenda a comunicação, verbal e não verbal, da criança.

Ao longo da intervenção psicomotora com o G. os momentos de carácter livre foram uma constante que acompanharam as sessões, ocorrendo sobretudo no final das mesmas para que a criança desse asas à sua criatividade, ao desenvolvimento de brincadeiras de forma espontânea, ainda que em colaboração com a Psicomotricista (Costa, 2008). Aqui, a criança demonstrou uma elevada tendência em realizar a mesma

brincadeira, no caso, montar uma pista de comboios, o que demonstra as suas necessidades psicoafetivas e os seus interesses (Fernandes, Filho & Rezende, 2018).

Na sessão é essencial que a criança tenha as situações ideais para se expressar livremente e ser quem quiser. Para que, de forma gradual, crie a sua própria identidade, acreditando cada vez mais em si (Rodrigues, 2005). De forma geral ao brincar o G. apresenta personagens “más” e que têm um tom de voz grave, o que de acordo com Sousa e Cruz (2016) representa as figuras parentais, uma vez que as crianças as encenam de forma idêntica. Contudo, e por outro lado, as encenações recorrendo a tons graves poderão dever-se ao facto de a criança se sentir segura, empoderada e confiante para ser quem quiser na sessão, inclusive personagens mais dominantes, solicitando a inversão de papéis.

No final das sessões a criança quis, na maioria das vezes, prolongar a mesma, resistindo corporalmente ou iniciando uma conversa com a terapeuta. De acordo com Costa (2008) crianças que vivenciaram sentimentos de abandono podem evidenciar dificuldade na separação com o outro, o que pode justificar o posicionamento do G. no término das sessões. Para além disso, outro comportamento que o G. adotava era levar sempre um dos objetos ou brinquedos utilizados para o piso inferior, nomeadamente, para a sala, onde brincava até à hora de jantar, talvez como desejo de prolongar a sessão mais um pouco, como pede no final de cada sessão.

No decorrer de toda a intervenção psicomotora foram propostas atividades pela Psicomotricista, por forma, a aumentar a autonomia e o desenvolvimento harmonioso da criança, com base nos objetivos terapêuticos anteriormente delineados (Costa, 2008)

#### *b. Estratégias específicas*

O estabelecimento de estratégias permite a progressão da intervenção (Fonseca, 2007), pelo que no decorrer da intervenção psicomotora o terapeuta deve agir em consonância com o indivíduo e de acordo com as suas características e necessidades. Desta forma as estratégias utilizadas com a criança são as seguintes:

- Criar uma atmosfera permissiva e contentora, que permite à criança sentir-se segura e capaz de investir na ação (Rodríguez, 2008);

- Respeitar o espaço e tempo da criança, permitindo que esta dedique o tempo que entender à tarefa, bem como a preparar a execução da mesma (Rodríguez, 2008);
- Optar por atividades lúdicas e expressivas, captando mais facilmente a atenção da criança (Rodríguez, 2008);
- Adaptar as tarefas às características, idade, patologia e interesses da criança (Rodríguez, 2008);
- Utilizar instruções simples e claras, para que a criança compreenda o solicitado (Rodríguez, 2008);
- Recorrer à demonstração, sempre que necessário, auxiliando assim na compreensão verbal do solicitado (Matias et. al, 2011);
- Utilizar o reforço positivo verbal e não verbal, por forma a motivar e encorajar a criança (Costa, 2008);
- Promover o diálogo e a reflexão, para melhorar a consciencialização e a interação (Rodríguez, 2008);
- Demonstrar empatia, permitindo o desenvolvimento e a consolidação da aliança terapêutica (Mastrascusa & Franch, 2016).

### c. Exemplos de atividades

Considerando-se as técnicas e métodos de intervenção referidos anteriormente, realizaram-se diversas atividades no decorrer da intervenção psicomotora com a finalidade de atingir os objetivos traçados, tendo em conta as motivações, dificuldades e necessidades da criança. De seguida serão apresentadas algumas das tarefas realizadas.

Os circuitos psicomotores realizaram-se de modo a promover o equilíbrio e a praxia global onde a criança foi desafiada a permanecer e deslocar-se em apoio unipedal, passar pelo túnel, saltar, lançar, entre outros. Atividades de controlo inibitório onde a criança deveria movimentar-se pela sala ao som de uma música e quando esta parasse devia permanecer em estátua, com variantes. Realizaram-se ainda tarefas cognitivas e de dupla tarefa, de modo a aumentar a resolução de problemas, o planeamento, a impulsividade e também a tomada de decisão.

Realizou-se frequentemente o jogo espontâneo, tendo em conta os interesses da criança, aumentando assim a disponibilidade e a adesão do G. às sessões e consequentemente o estabelecer de uma relação terapêutica segura. Recorreu-se também

a mediadores artísticos, expressivos e simbólicos ao nível do jogo dramático que permitiram a criação de histórias por parte da criança, apelando assim à sua criatividade, com ou sem sugestões da terapeuta. De referir que no final das sessões existiu comumente o momento de simbolização e de posterior reflexão onde a criança, era solicitada a apresentar o representado, quer por meio da palavra, desenho ou corporalmente, sem evidenciar dificuldade.

#### 4.1.8 Progressão terapêutica

Por forma a analisar a progressão terapêutica do G. consideraram-se 20 sessões individuais e 9 grupais.

O G., que respeitou os diferentes momentos da sessão, demonstrando um interesse constante em se dirigir para a mesma e resistência ao abandonar a sala no final da mesma, ainda que a terapeuta lhe dissesse que para a próxima semana voltariam a estar juntos em contexto individual. Com o avançar da intervenção e relativamente a este comportamento de resistência, o mesmo diminuiu de forma considerável, possivelmente devido a uma maior maturidade, interpretação e compressão (Marcelli, 2005).

Evidenciava também necessidade de levar consigo um objeto da sessão para continuar a brincar, o que demonstra a necessidade de levar um pouco da sessão consigo. Nas sessões a criança questionava frequentemente o adulto se se encontra a desempenhar corretamente a tarefa “Assim?”, “Estou a fazer bem?”, “Anda a ver se está giro”, comprovando a sua insegurança e a necessidade de ser aprovado e valorizado, do feedback positivo e também da demonstração.

No início da intervenção o G. executava sempre a mesma brincadeira, especificamente a montagem de uma linha de comboios, inicialmente sem incluir a terapeuta, e gradualmente integrando-a, estipulando ou não o seu papel na brincadeira. E este momento inicial permitiu que a criança percebesse que o seu tempo e ritmo era aceite pela estagiária, e ao realizar esta tarefa repetidas vezes foi possível verificar um melhor planeamento e capacidade de execução. Contudo, apresentava alguma resistência na mudança desta atividade, mesmo com a colocação de diversas variantes por parte da estagiária. Especificamente na sessão 8 a criança convidou a terapeuta a montar a pista de forma livre para que brincassem mais “100 minutos”. Ao longo da intervenção foi

notória uma maior aceitação por parte da criança às alterações na sessão, o que poderá indicar uma melhoria na autorregulação (Pears et. al, 2010).

A criança, progressivamente, aceitou as atividades propostas pela terapeuta, porém criava com muita frequência as suas próprias atividades (ex: depois faço a minha atividade, está bem?) e atribuía os papéis e as regras. E inclusive na segunda sessão dirigiu-se à sua mochila, retirou folhas brancas e um lápis referindo “isto é para desenharmos” e solicitou à estagiária que desenhasse consoante o seu pedido e só depois livremente, adotando uma postura mais autoritária.

O G. em todas as sessões explorou o espaço e os materiais disponíveis ativamente, envolvendo-se facilmente numa atividade lúdica e de jogo simbólico. Demonstrou alguma dificuldade na permanência num objeto refletindo-se na mudança constante de atividade, o que poderá associar-se à falta de permanência de um adulto em relação consigo (Lapierre, Llorca & Sánchez, 2015).

Para além disto, recorria muitas vezes a animais face aos quais tinha especial interesse, transmitindo à terapeuta factos sobre diversos animais. Aliás, este brincar baseava-se em lutas, onde a terapeuta não é convidada a entrar, sendo um brincar solitário, à semelhança do que ocorre no dia-a-dia da criança. Com o avançar das sessões a criança solicitou pela presença do adulto para que este narre essas mesmas lutas, menos violentas, dizendo as características de cada um dos animais, o qual ganhava, etc.; o que demonstra que gradualmente o G. envolveu mais a terapeuta naquelas que são as atividades e dinâmicas que cria.

A criança procurava muito brincar ao faz de conta, recorrendo a cenários e fantoches onde vivenciava a história sozinho, respirando fundo várias vezes, e sem procurar a terapeuta para que esta integrasse a sua história, apenas assiste como público. Remetendo talvez ao abandono parental de que foi vítima.

Na sua primeira encenação inclusive a criança referiu “agora ninguém me ataca”, e as restantes pautaram-se por sons maquiavélicos, histórias tristes de mortes, sustos e guerras. Na semana seguinte a criança disse no início da mesma “quem manda sou eu” e enquanto preparava a história que não apresentou uma linha condutora e cujas personagens são alusivas a questões negativas, referiu “tens de te rir” “é melhor ríres-te” “se te portares bem recibes um prémio”. No final desta sessão a criança foi buscar um túnel, colocou-se no seu interior e referiu “tenta-me achar” na procura que alguém o

encontre. Nas últimas sessões e respetivamente face ao momento dramático a criança integra a terapeuta na sua história, o que no início da intervenção não se consideraria.

Referente aos fatores psicomotores, a criança nas atividades propostas demonstrou algumas dificuldades na estruturação espaciotemporal onde deveria representar a sala onde nos encontrávamos, também foram notórias as complicações da criança em se localizar na estação do ano, mês e dia da semana, e em se organizar no tempo. Face ao equilíbrio, executou corporalmente as posições de equilíbrio ilustradas em cartões, evidenciando desequilíbrios e reajustes corporais. Considerando as necessidades da criança, mas também os seus interesses, realizaram-se circuitos psicomotores, atividades de estruturação espacial, de equilíbrio, relaxação, atividades expressivas, jogo da memória, construção de lego, organização por classes, entre outros. De referir que as atividades propostas permitiam com frequência a reflexão e a simbolização, onde a criança apresenta elevada facilidade.

Especificamente em relação à relaxação, a criança que prefere as passivas, sempre acolheu este momento característico como final de sessão com elevada receptividade, solicitando a presença de música, e relaxando quase que imediatamente. Contudo, numa das sessões a criança, que não apresentava desconforto, realizou alguns movimentos bucais sem emitir som, mas que diziam “relaxa”, mas o G. no final desta referiu ter gostado, pedindo inclusive um abraço no final da sessão.

Assim, é possível afirmar que a criança, de modo geral, se encontrou com uma postura cooperante, interativa, e por vezes agitada. O G. desafiava e afirmava-se perante as suas ideias, procurando persuadir o adulto, e solicitando por vezes a inversão de papéis, essencialmente nas sessões individuais. De referir que desde as primeiras sessões que a estagiária procurou iniciar uma relação terapêutica próxima e segura com a criança, e de acordo com Costa (2008) talvez seja esse o motivo para a diminuição da agressividade do G.

Quer nas sessões individuais descritas anteriormente como nas grupais o G. evidenciou dificuldades em se autorregular do ponto de vista emocional, originando frustração que por vezes levavam a alguma agressividade dirigida verbalmente à terapeuta, aos pares e fisicamente a objetos. Tais episódios ocorriam quando a criança apresentava dificuldades em desempenhar alguma tarefa, mesmo que a terapeuta lhe

tenha oferecido ajuda, ou quando a sessão terminava e não poderia levar consigo um objeto.

Especificamente em relação às sessões grupais, e quando se objetivava encenar e desempenhar diversos papéis a criança optou por uma personagem de “maluquinho” que roubava crianças e que lhes fazia atrocidades. Do ponto de vista de Marcelli (2005) a verbalização destes factos irreais indica uma baixa-autoestima, que se comprova na criança. Numa outra sessão que consistia em desenvolver as relações interpessoais, recorrendo à encenação, a criança criou histórias que se pautavam essencialmente por lutas e mortes, acompanhadas de sons violentos, o que vai em concordância com o ocorrido em contexto individual.

Transversalmente em sessões de carácter individual ou grupal, especificamente em tarefas de maior expressividade artística o G, que se envolvia ativamente, referia com frequência que a sua pintura se encontrava “feia”, “que ninguém gostava” e que “não era capaz”, evidenciando assim a sua falta de confiança. A criança, que por um lado solicitava o colo do adulto, por outro encontrava-se agressivo, agitado e frustrado, distribuindo pontapés, sem cumprir as regras. Foi então necessário no decorrer das sessões face a tais comportamentos, a presença constante do reforço positivo, de elogios e de uma postura empática por parte da terapeuta para que o G se acalmasse.

#### 4.1.9 Resultados da avaliação final

Na avaliação final utilizaram-se os mesmos instrumentos que na avaliação inicial. Especificamente em relação ao Modelo *de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003), a expressão facial e corporal da criança foi coadjuvante com os seus estados de ânimo e a criança facilmente expressava o seu prazer ou desprazer. A sua velocidade e ritmo mantinham-se ajustados às tarefas, quanto ao equilíbrio revelam-se algumas oscilações.

Ao brincar a criança construía e manipulava sendo a sua principal preferência os carros e os dinossauros com os quais iniciava diversos momentos simbólicos, lúdicos e criativos. Nas suas relações o G assumia uma postura reservada face aos pares procurando essencialmente os adultos quer para solicitar ou para os incluir ainda mais na sua vida diária.

Recorrendo à BDI – 2ª edição (Newborg, Stock & Wnek, 2011) foi notória a desatenção da criança, sendo necessário adotar uma postura cooperativa e diversas estratégias terapêuticas como a negociação e especialmente o reforço positivo. Face à área pessoal e social, a criança distinguia aquelas que são as condutas aceitáveis e não aceitáveis. A nível adaptativo o G não completava tarefas de duas ações, contudo encontrava resolução para situações problema e participava mais ativamente nas tarefas domésticas. No que diz respeito à área da comunicação e da cognição, a criança utilizava e compreendia melhor o vocabulário, porém evidenciava algumas dificuldades na resposta a questões e nas analogias.

Seguidamente é apresentado o gráfico que compila os resultados da criança face à avaliação final com a BDI, e comparativamente com a avaliação inicial.

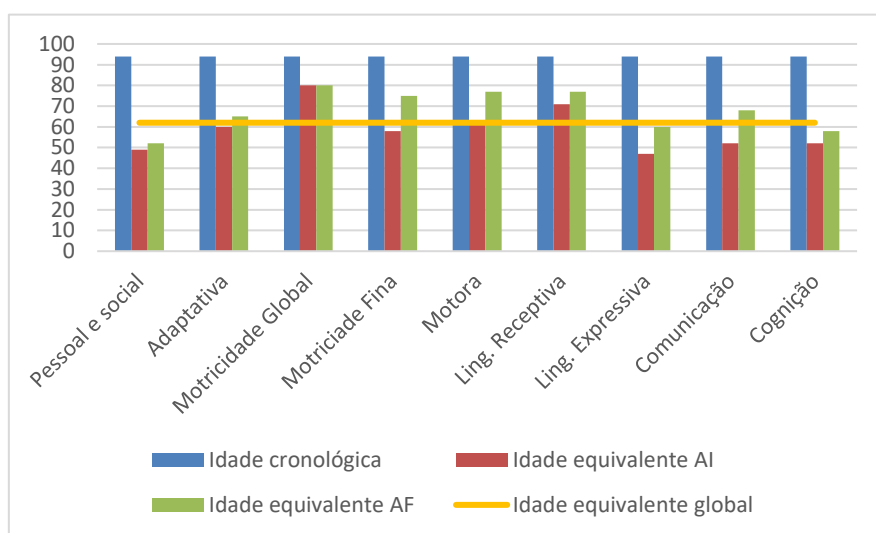


Figura 7 Resultados da avaliação final BDI- G

Na avaliação inicial a criança tinha uma idade equivalente a 53 meses enquanto à data da avaliação final apresentava uma idade equivalente de 62 meses, muito abaixo da sua idade cronológica que era de 94 meses. São evidentes as melhorias em todas as áreas avaliadas por este instrumento.

Ainda referente à avaliação formal recorreu-se à auxiliar de referência da criança e foi aplicada a SDQ (Goodman, 1997), cujos resultados permitem averiguar que o G. apresentava um padrão anormal considerado para a sua idade, sendo a pontuação total das suas dificuldades de 23. Ainda que se registem os mesmos valores face aos sintomas emocionais e comportamento pró-social, a criança evidenciou melhorias nas categorias de comportamento, hiperatividade, onde se encontra na média, e nos problemas com os colegas.



Seguidamente é apresentada a tabela que compila os resultados da criança face à SDQ, no momento da avaliação final.

Subescalas	Pontuação	Categoria
Sintomas emocionais	6	Anormal
Problemas de comportamento	4	Anormal
Hiperatividade	4	Normal
Problemas com colegas	7	Anormal
Comportamento pró-social	2	Anormal
Pontuação total das dificuldades	23	Anormal

Tabela 13 Avaliação final SDQ

#### 4.1.10. Discussão de resultados

Relativamente à avaliação informal e comparando o movimento da criança no momento da avaliação final face à inicial é possível afirmar que o mesmo se mantém globalmente adequado e continua sem se verificar estereotípias. À semelhança do que ocorria previamente à intervenção psicomotora e ainda que se registem melhorias nos relacionamentos com os pares o G. ainda evidenciava a preferência por brincar sozinho e baixa motivação para brincar em grupo, mantendo-se longe dos pares e sem procurar a interação destes na sua brincadeira.

Considerando que a idade da criança, estes comportamentos solitários na presença dos pares ao longo do tempo e em diferentes contextos são dignos de preocupação, dado que dificultam o desenvolvimento social e comportamental das crianças (Coplan et. al, 2015). Ao brincar com os pares desenvolvem-se competências socioemocionais, cognitivas, de linguagem e de autorregulação (Torres, 2014). Importa ainda reter que é a partir da interação social e das relações que a criança se desenvolve no mundo, adquire um potencial de ação (Chicon et. al, 2018) e estrutura a sua individualidade (Fernandes, Filho & Rezende, 2018).

No que concerne à avaliação formal, especificamente em relação à BDI e no seguimento do que acontecia no momento pré-intervenção, a criança demonstrou dificuldade em descrever e regular os seus próprios sentimentos. Porém, de acordo com Kaufman et. al, (2017) crianças que não receberam afeto e não se sentiram seguras apresentam uma reduzida capacidade de regulação emocional. Em concordância com a avaliação inicial são ainda evidentes os desequilíbrios ao nível do salto e apoio uni pedal,

revelando algumas dificuldades no que concerne ao equilíbrio. Comparando com os resultados da avaliação inicial a criança apresenta principais melhorias nas áreas da motricidade fina e na comunicação. Em relação à área motora fina a criança copia números, formas geométricas e letras, referente à comunicação utiliza o comparativo, reconhece palavras que não pertencem a uma categoria e fala sobre coisas que poderão vir a acontecer. Nas restantes áreas a criança obteve melhorias menos significativas.

Relativamente à SDQ, e ainda que sejam notórias as melhorias nas categorias de comportamento, hiperatividade e nos problemas com os colegas, os resultados permitem averiguar que o G. apresenta um padrão anormal considerado para a sua idade.

Devido ao desfasamento entre a idade equivalente e a biológica e com base nos resultados que advêm dos diferentes momentos de avaliação, quer informal quer formal, recomenda-se que haja a continuação no acompanhamento psicomotor, especialmente ao nível das áreas pessoal, social, motora e cognitiva. Numa futura intervenção será ainda crucial considerar os sintomas emocionais da criança e os seus comportamentos, visto que ainda que tenham sido trabalhadas se revelam aquém do esperado para a idade da criança.

Após os processos de avaliação e considerando os resultados da criança, conclui-se que a mesma necessita da continuação do acompanhamento em Psicomotricidade, por forma a atingir os objetivos delineados, mantendo o facto de as atividades serem discutidas com a criança aceitando as suas sugestões. Para além disso, é importante considerar as estratégias utilizadas na intervenção executada nomeadamente ou recorrer transversalmente ao diálogo com a criança nos diversos momentos de sessão e inclusive pré e pós sessão, bem como o reforço positivo e ao respeito face ao tempo e espaço da criança.

Recomenda-se também o aumento da frequência do acompanhamento psicológico. Ou seja, apesar de a criança ser acompanhada por uma psicóloga da associação esporadicamente, é necessário que este acompanhamento seja regular. Um dos maiores desafios foi contornar o facto de a criança sessão após sessão demonstrar interesse repetitivo numa mesma atividade, para além disso, destaco ainda a dificuldade em a criança aceitar o término de cada sessão.

## 4.2 Caso 2 (Artigo Científico)

### **Efeitos da Intervenção Psicomotora com crianças institucionalizadas em Casa de Acolhimento Residencial com idades entre os 0 e os 12 anos: Estudo de caso**

#### **Resumo**

O presente artigo aborda um estudo de caso de 2 anos de idade, do género feminino, que se encontra institucionalizada na Casa de Acolhimento Residencial desde o seu primeiro ano de vida devido à suspeita da prática de crimes de abuso sexual. Visa salientar os efeitos da intervenção psicomotora no estudo de caso, abordando a importância da Psicomotricidade neste contexto. A intervenção psicomotora decorreu individualmente e em contexto de pequeno grupo, ocorrendo os dois momentos uma vez por semana, entre os meses de dezembro e junho. A intervenção objetivou colmatar as dificuldades apresentadas pela criança, essencialmente ao nível da motricidade global, comunicação e dos aspetos socioemocionais. Decorrida a intervenção psicomotora foram notórias melhorias essencialmente nas áreas adaptativa e motora, o que permite salientar a importância da intervenção psicomotora numa Casa de Acolhimento Residencial essencialmente com crianças na primeira infância.

**Palavras-chave:** Psicomotricidade; Institucionalização; Maus-tratos; Crianças; Primeira Infância.

### **Effects of Psychomotor Intervention with children institutionalized in a Residential Care Home aged between 0 and 12 years: Case study**

#### **Abstract**

This article presents a case study of a 2-year-old female, who has been institutionalized in the Residential Care Home since her first year of life due to suspected sexual abuse crimes. It aims to highlight the effects of psychomotor intervention in the case study, addressing the importance of Psychomotricity in this context. The psychomotor intervention took place individually and in a small group context, both times occurring once a week, between the months of December and June. The intervention aimed to overcome the difficulties presented by the child, essentially in terms of global motor skills, communication and socio-emotional aspects. After the psychomotor intervention, there were notable improvements essentially in the adaptive and motor areas, which

highlights the importance of psychomotor intervention in a Residential Care Home essentially with children in early childhood.

**Keywords:** Psychomotricity; Institutionalization; Mistreatment; Children; Early Childhood.

## Introdução

A infância é uma etapa primordial, onde ocorrem as principais maturações cerebrais, ocorrendo essencialmente entre os 0 e os 3 anos de idade; e por se tratar de um período de maior plasticidade cerebral formam-se ligações cerebrais que permitem a aprendizagem (Black et al., 2017). Porém, quando o envolvimento é desadaptado e existe a exposição a momentos traumáticos e vivências desfavoráveis, como por exemplo os maus-tratos, poderão vir a impactar fortemente o desenvolvimento harmonioso (Pina & Espadinha, 2014). Afetando de modo negativo, reversível ou não reversível, as competências cognitivas, motoras, emocionais e relacionais, que influenciam o desenvolvimento saudável, a qualidade de vida e o bem-estar (Black et al., 2017).

De acordo com Strecht (2012) para que se cresça de forma saudável é crucial que a criança tenha experienciado uma infância tranquila e segura, com uma família adequada; porque só assim irá desenvolver-se o sentimento de proteção e de segurança. Contudo, quando ocorre uma experiência traumática em ambiente intrafamiliar perturba gravemente as vítimas, uma vez que existe a quebra do conceito de segurança. Ao crescer num ambiente desadequado e de fraca estimulação, a criança frequentemente apresenta dificuldades no desenvolvimento psicomotor, na autonomia, na organização espaciotemporal, na capacidade simbólica, na comunicação e no conhecimento de limites (Strecht, 2008).

Segundo Berger (1998) é crucial acompanhar terapêuticamente crianças com este passado traumático e fornecer, numa intervenção que deverá ser especialmente empática, atividades que estimulem estas capacidades para que evoluam de forma apropriada. Considera-se então que a Psicomotricidade, através do corpo em movimento e de momentos lúdicos, permite que a criança descubra e se adapte ao meio envolvente, através de experiências e vivências, fomentando o desenvolvimento global (Melo & Silva Félix, 2019); atendendo ao seu passado, presente e futuro.

O principal objetivo do presente artigo consiste em analisar um estudo de caso, especificamente uma criança de dois anos que sofreu maus-tratos infantis, considerando a sua anamnese e a avaliação e observação psicomotora. Após estas etapas construiu-se um projeto de intervenção psicomotora que se implementou aproximadamente 9 meses.

## Metodologia

### Identificação do caso

A M. tinha 2 anos, à data do início do estágio, e foi acolhida na associação em novembro de 2022, juntamente com o seu irmão de 6 anos, pela suspeita da prática de crimes de abuso sexual.

A progenitora de M. já tinha estado envolvida em atos de abuso sexual no passado, contra dois filhos e relativamente à gravidez da M. não existe qualquer informação acerca da gravidez ter sido desejada, contudo é uma criança sem problemas de saúde visíveis. No momento do acolhimento a bebé encontrava-se com nódos negros e com vermelhidão na zona genital, não se encontrava higienizada e o seu odor era forte. A menor recusava a comunicação e isolava-se de adultos e crianças, encontrando-se visivelmente triste. Chorava muito, mordida-se e puxava o cabelo, sendo visíveis algumas oscilações de humor.

A M. dorme e come bem, caminhando autonomamente, porém a sua comunicação verbal caracteriza-se como imatura para a idade. Em relação aos pares e adultos a criança já não reage de forma negativa, interagindo quando sente confiança, fato este que melhorou após a integração da menor na creche. Até ao momento em que se iniciou a observação a M. não teve sessões de acompanhamento nem relatórios de avaliação. Relativamente ao projeto de vida, a equipa defende a adoção, apesar de o processo-crime ainda se encontrar em conclusão.

### Instrumentos de avaliação

Os instrumentos de avaliação aplicados à criança foram o *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003) e o *Inventário de Desenvolvimento Battelle* (BDI)– 2ª edição (Newborg, Stock & Wnek, 2011) por forma a recolher

informações sobre o desenvolvimento da criança e que serão sucintamente apresentados de seguida.

O *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver & Sanchez, 2003) apresenta-se em formato de grelha e permite recolher dados e avaliar o desenvolvimento psicomotor e o comportamento da criança, registando o observado em atividades espontâneas, de forma qualitativa. Encontra-se dividida por fatores, nomeadamente o movimento, a gestualidade, a postura, tónus, espaço, tempo, interação com os objetos, relação e atitudes perante os outros, pares e adultos, e representações.

O *Inventário de Desenvolvimento Battelle* (BDI)– 2ª edição (Newborg, Stock & Wnek, 2011) trata-se de uma bateria de avaliação da primeira infância, podendo ser aplicada desde o nascimento até aos 8 anos de idade e visa avaliar as capacidades fundamentais, identificando as áreas fortes e áreas a desenvolver, e reconhecer atrasos no desenvolvimento. Contempla cinco domínios, especificamente, pessoal e social, adaptativa, motora, comunicação e cognição e inclui três tipos de procedimentos na recolha de dados, especificamente o exame estruturado, observação da criança no seu contexto habitual e recolha de informações através de terceiros. Os resultados podem indicar se os eventuais atrasos são significativos quando comparados com outras crianças da mesma faixa etária.

#### Projeto de intervenção

Com base nos resultados que advêm dos diferentes momentos de avaliação, quer informal quer formal, conclui-se que a criança tem como principais áreas de dificuldade a motricidade global e fina, as competências cognitivas, de comunicação e socioemocionais. Após os processos de avaliação e considerando os resultados da criança, conclui-se que a mesma necessita de intervenção psicomotora, visando alcançar os objetivos que serão apresentados no projeto terapêutico que se segue.

#### Projeto terapêutico

Recolhidas as informações necessárias elaborou-se o respetivo projeto terapêutico com a finalidade de definir uma intervenção específica, identificando os principais

objetivos a alcançar considerando as necessidades individuais. Visa ainda a diminuição de sintomas e a adaptação do sujeito (Albaret, 1991).

### Perfil Intraindividual

Tendo em consideração os resultados e as informações recolhidas e analisadas advindas da avaliação inicial (informal e formal) é exequível traçar um perfil intraindividual. Este, orienta-se da seguinte forma: áreas de potencialidade, áreas intermédias e áreas de necessidade. Aqui, serão abordados os domínios motor, cognitivo e psicossocial.

*Tabela 14 Perfil Intraindividual*

Áreas de potencialidade	Áreas intermédias	Áreas de necessidade
<b>Cognição (simbolização)</b>	Tonicidade	Motricidade global
	Motricidade fina	Socioemocional (gestão e expressão das emoções)
	Cognição (associação, sequencialização, tempo de atenção)	Comunicação

### Hipóteses Explicativas

São essenciais para determinar o perfil intraindividual as informações provenientes da anamnese e da observação psicomotora, a interpretação dos resultados obtidos através das avaliações, mas também a formulação de hipóteses explicativas, que procuram demonstrar possíveis razões para as dificuldades apresentadas pela criança.

A criança foi afastada dos pais com apenas um ano de idade por suspeitas de abuso sexual por parte de ambos, e tal acontecimento origina complicações a nível emocional, na aprendizagem e na comunicação. No seio familiar, a criança viveu em condições desadequadas, não lhe sendo concedidos os cuidados necessários ao longo dos seus primeiros meses de vida. De tal modo que todos os seus irmãos foram institucionalizados, e um deles em simultâneo com a M., uma vez que, a não separação de irmãos no momento da institucionalização é essencial (Berger, 1998), pelo papel da fratria facilitar a adaptação e a segurança da criança (Mota & Matos, 2015)

A situação socioeconómica da família era desfavorável e os problemas afetivos e conjugais apresentavam elevada frequência, sendo as crianças expostas a vivências traumáticas e nefastas durante todo este período. Estudos demonstraram que a primeira infância é a fase mais crítica e vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança, e é nesta etapa que se estabelecem os alicerces da vida psíquica, essenciais ao desenvolvimento intelectual, emocional e moral (Brazelton & Greenspan, 2002). Pelo que uma dinâmica e interações desadequadas entre a criança e os seus progenitores poderão originar fragilidades e consequências que dificilmente serão metabolizadas, uma vez que as experiências e as emoções sentidas perduram (Giromini, Albaret & Scialom, 2015), afetando a formação da personalidade do futuro adulto (Bowlby, 1994).

É pela exposição a modelos de referência e negativos e aos maus-tratos prematuramente que originam diversas repercussões no desenvolvimento da criança e episódios de protesto, raiva, agressão, impulsividade e comportamentos de evitamento aumentam exponencialmente (Winter et al., 2022), existindo uma intensa expressão de sentimentos negativos.

De acordo com Oliveira e Camões (2003) a institucionalização precoce impacta fortemente as crianças, dado que impede vivenciar a família, suporte das primeiras relações. Também a variância nas figuras de referência e, conseqüentemente, a alternância nas relações afetivas numa casa de acolhimento poderá resultar em padrões inseguros de vinculação e problemas comportamentais (Pinhel, Torres & Maia, 2009). Especificamente em relação à M, no momento da institucionalização, esta apresentou dificuldade em estabelecer contacto e na interação quer com os pares quer com os adultos, adotando comportamentos como chorar, puxar o seu cabelo e morder-se, evidenciando um desinvestimento nos comportamentos exploratórios não se deixando confortar e tranquilizar pelo adulto (Benavente & Justo, 2009).

O que demonstra ainda instabilidade emocional, eventualmente devido a uma vinculação desorganizada, aliás de acordo com Schechter e Willheim (2009) a vinculação pobre relaciona-se diretamente com as dificuldades na competência social na primeira infância, contribuindo para uma criança insegura e vulnerável, tal como acontece neste caso. Strecht (2008) refere que a falta de conforto e de proteção proporcionada pelos pais provavelmente desregula a criança do ponto de vista emocional, que olhava para o seu redor com desconfiança. Aliás, crianças abusadas sexualmente podem apresentar sentimentos de insegurança, desconfiança e medo, ao rezeir que a experiência traumática



se repita, inclusive um eventual contacto corporal tem uma conotação desagradável para a criança.

O comprometimento do desenvolvimento da linguagem é verificável na M., e é bastante comum em crianças vítimas de maus-tratos, pelo que se torna fundamental a estimulação verbal através de sons e da comunicação por parte do meio em que a criança se encontra inserida desde os primeiros anos de vida, que no processo de acolhimento nem sempre é assegurado (Strecht, 1998). Toda esta informação é explicativa das fracas competências socioemocionais e das dificuldades no seu desenvolvimento psicoafectivo, concretamente no estabelecimento de relações interpessoais (Cuartas et. al., 2019).

#### Principais diretrizes da intervenção

A intervenção psicomotora realizada com a M segue uma vertente relacional em que a atividade principal é o brincar (Almeida, 2013). Através de um modelo não diretivo a criança, num espaço lúdico e seguro, interage com o mundo ao seu redor; porém na intervenção é imprescindível a otimização do contacto com uma pessoa significativa para que exista o aumento da confiança no adulto (Bombèr, 2007).

Na intervenção psicomotora é essencial despistar precocemente e prevenir as dificuldades psicomotoras, observando detalhadamente a criança, e considerando a sua gestualidade e motricidade uma vez que são os modos privilegiados das crianças para exprimir as suas emoções (Potel, 2010). Em idades precoces a estimulação, de um modo geral, é essencial ao desenvolvimento holístico da criança, nas competências cognitivas, motoras, emocionais e relacionais (Geisen, 2008). Sendo possível intervir em questões psicomotoras nomeadamente hipotonia e hipertonia, inibição, agitação, equilíbrio, coordenação, estruturação espaciotemporal, ritmo; beneficiando também a comunicação, vinculação, sensorialidade e a adaptabilidade (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

Pelo que o Psicomotricista pode propor atividades e jogos de motricidade, sensoriais e expressivos desde que adequados à idade da criança e ao seu ritmo, fornecendo-lhe segurança para que deem asas à sua criatividade, considerando as iniciativas da criança, e colocando-a em situação de agir e de liberdade de movimentos (Potel, 2010).

As funções do Psicomotricista com crianças em idades precoces são fundamentais uma vez que é nesta faixa etária que acontece a construção das bases do desenvolvimento psicomotor e as aquisições para desenvolvimentos futuros, se as bases não se encontrarem solidificadas tudo o resto será impactado (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019). De acordo com Giromini, Albaret e Scialom (2015) o desenvolvimento está amplamente relacionado com a energia psíquica, aliás a motricidade do bebé contribui para a sua construção psíquica, cujo ponto de partida é a partilha afetiva e emocional entre a criança e os seus pais, o que no caso de crianças vítimas não foi assegurado.

De acordo com os mesmos autores, no âmbito da prevenção e no sentido da intervenção precoce, o trabalho do Psicomotricista tem como principal enfoque a prevenção e despiste de perturbações relacionadas com o desenvolvimento psicomotor, fornecer suporte à parentalidade, à orientação e estrutura de cuidado caso seja necessário, formação às equipas e acolher crianças com patologia e as suas famílias.

Delineou-se então uma intervenção psicomotora lúdica, dinâmica e sensoriomotora onde se atua através do jogo, por exemplo, desenvolvendo-se fatores psicomotores e a capacidade de expressão e criatividade (Le Boulch, 1988), promovendo a vivência da espontaneidade e a expressão dos desejos e dos fantasmas (Lapierre, 2002). Especificamente o jogo simbólico e as representações de situações quotidianas facilitam a compreensão (Le Boulch, 1988) e também as questões adaptativas, essenciais a crianças tão pequenas.

Giromini, Albaret e Scialom (2015) referiram a importância da exploração sensorial uma vez que o primeiro episódio sensorial decorreu no útero, iniciando este desenvolvimento dos sistemas sensoriais através do toque, depois a sensibilidade vestibular, paladar, olfato, audição e visão. Pelo que, quando nasce, o bebé deseja experiências sensoriais, que irão permitir a construção de marcos de aprendizagem para que conheça o meio envolvente.

Pelo que, segundo os mesmos autores, a prática psicomotora tem por um lado, origem na sensorialidade e por outro nas trocas relacionais, emocionais e afetivas que são consideradas essenciais para o bebé. Deste modo, o Psicomotricista deve atentar os efeitos das solicitações táteis, quinestésica e vestibulares, mas também utilizar ativamente a sua voz na sessão, através do canto, da melodia e das palavras, pelo facto de a voz ser bastante importante ao bebé que ouve desde a vida uterina (Giromini, Albaret & Scialom, 2015).

Segundo Onofre (2001) na intervenção para que a criança tenha uma maior noção de si, é aconselhável que peguemos num objeto igual ao que esta tem e imitar o seu movimento, bem como empenharmo-nos na tarefa que a criança executa, surgindo como um parceiro na atividade. De acordo com os autores Meur e Staes (1991) os primeiros encontros terapêuticos apresentam elevada importância uma vez que potenciam, ou não, a afinidade e a confiança da criança para com o terapeuta, e a primeira sessão decorreu neste sentido, sendo de carácter livre onde a criança brincou espontaneamente.

A utilização da voz e do canto que permitem a estimulação da linguagem foram recorrentes no decorrer de toda a intervenção psicomotora. Ao ativar os canais sensoriais possibilitam também o desenvolvimento da memória, da imaginação contribuindo para a socialização (Giromini-Mercier, Robert-Ouvray & Pavot-Lemoine, 2022) da M., através de uma interação lúdica. No decorrer de toda a intervenção psicomotora foram propostas atividades pela Psicomotricista, por forma, a aumentar a autonomia e o desenvolvimento harmonioso da criança, com base nos objetivos terapêuticos anteriormente delineados (Costa, 2008).

### Objetivos terapêuticos

Com base no perfil intraindividual da criança e considerando as suas características e necessidades é possível delinear objetivos terapêuticos gerais e específicos, correspondentes ao domínio cognitivo, psicomotor e social. O estabelecer destes objetivos permite traçar uma intervenção terapêutica planificada que visa compensar as áreas de necessidade através das áreas de potencialidade.

Os objetivos gerais expressam os resultados esperados numa determinada área, envolvendo capacidades amplas e complexas. Já os objetivos específicos expressam os comportamentos esperados, são capacidades mais elementares que advêm das capacidades visadas pelos objetivos gerais.

*Tabela 15 Objetivos terapêuticos- M*

<b>Objetivos gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>
Promover a regulação tónica	Consciencializar os estados de tensão em diferentes situações
Melhorar a motricidade global	Desenvolver a coordenação motora global
	Melhorar a coordenação geral

Promover a motricidade fina	Desenvolver a destreza manual
Desenvolver as competências cognitivas	Desenvolver associações
	Desenvolver a capacidade de sequência
	Aumentar o foco e tempo de atenção
Promover as habilidades socioemocionais	Desenvolver a capacidade de gerir emoções
	Estimular a expressão dos afetos
Promover a comunicação	Aumentar o vocabulário
	Estimular a capacidade de diálogo
Promover a autonomia pessoal	Desenvolver atividades de vida diária

### Estratégias específicas

O estabelecimento de estratégias permite a progressão da intervenção (Fonseca, 2007), pelo que no decorrer da intervenção psicomotora o terapeuta deve agir em consonância com o indivíduo e de acordo com as suas características e necessidades. Desta forma as estratégias utilizadas com a criança são as seguintes:

- Criar uma atmosfera permissiva e contentora, que permite à criança sentir-se segura e capaz de investir na ação (Rodríguez, 2008);
- Respeitar o espaço e tempo da criança, permitindo que esta dedique o tempo que entender à tarefa, bem como a preparar a execução da mesma (Rodríguez, 2008);
- Optar por atividades lúdicas e expressivas, captando mais facilmente a atenção da criança (Rodríguez, 2008);
- Adaptar as tarefas às características, idade, e interesses da criança, simplificando-as, complexificando-as, apresentando-as por etapas, por exemplo (Rodríguez, 2008);
- Utilizar instruções simples e claras, para que a criança compreenda o solicitado (Rodríguez, 2008);
- Recorrer à demonstração, sempre que necessário, auxiliando assim na compreensão verbal do solicitado (Matias et. al, 2011);
- Utilizar o reforço positivo verbal e não verbal, por forma a motivar e encorajar a criança (Costa, 2008);

- Promover o diálogo, para melhorar a interação e a consciencialização através da imitação e da narração (Rodríguez, 2008);
- Demonstrar empatia, permitindo a aliança terapêutica (Mastrascusa & Franch, 2016).

## Resultados

### Avaliação inicial

#### Avaliação informal e observação psicomotora

##### Modelo de Observação Individual

Face ao movimento a criança movimentava-se, isto é, caminha, gira, gatinha, corre, mas não saltava e o seu movimento tendia a ser lento. Relativamente a estereotípias a M não as apresentava e manifestava prazer na realização dos movimentos, essencialmente quando são eram por iniciativa própria. A sua gestualidade, quer facial quer corporal, mostrava-se adequada e o seu tónus apresentava tendência para a hipertonia.

No que diz respeito ao espaço a criança explorava-o ocupando “pouco” espaço recorrendo basicamente à manipulação, conhecimento e pouca exploração de objetos, cujos preferidos eram os móveis e duros essencialmente bonecos e carros, onde a sua utilização era repetitiva e por imitação. Explorava o espaço essencialmente longe do adulto e defendia o seu espaço enquanto invadia o dos pares. Na sua interação com os pares a criança tinha dificuldade em escutá-los, em aceitar e em brincar em conjunto, contudo solicitava as suas necessidades. Face ao adulto a M também pedia, mostrando dependência com os que lhe são muito próximos e indiferença e evitação a pessoas que lhe são estranhas, tinha tendência a discordar, porém solicitava ajuda se necessário.

#### Avaliação formal

##### Inventário de Desenvolvimento Battelle (BDI)– 2ª edição

No decorrer da aplicação do instrumento de avaliação a criança demonstrou interesse e concentração em relação ao proposto pela terapeuta, que respeitou o ritmo da criança. Relativamente aos resultados da M. esta evidenciou como principais áreas de

necessidade as áreas pessoal e social, adaptativa, motora, na comunicação e cognição; apresentando como idade equivalente 21 meses sendo que à data a criança teria 26 meses.

Face à área pessoal e social a criança tinha dificuldade em brincar com outras crianças, não conhecia o seu nome, e não utilizava um pronome para se referir a si. No momento da avaliação inicial a M. ainda não tinha iniciado a utilização dos talheres, nem despiu peças de roupa, e não indicava a necessidade de ir à casa de banho, relativamente à área adaptativa. No que diz respeito à área motora não subia e descia escadas colocando ambos os pés em cada degrau, não saltava a pés juntos, nem abria a porta.

Seguidamente é apresentado o gráfico que compila os resultados da criança face à BDI.

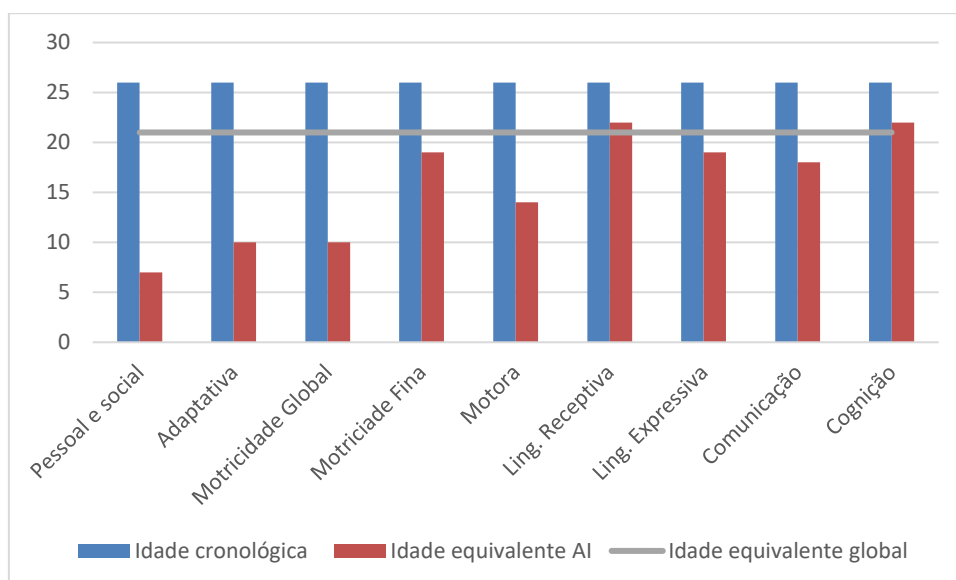


Figura 8- Resultados da avaliação inicial BDI- M

## Avaliação final

### Avaliação informal e observação psicomotora

#### Modelo de Observação Individual

O movimento da criança mantinha-se semelhante ao descrito na avaliação inicial, ou seja, a M caminhava, girava, corria e saltava com auxílio do adulto. Continuava a não apresentar qualquer tipo de estereotípias e manifestava prazer na realização de atividades, mostrando-o através da face como do corpo, que apresentava tendencialmente hipertonía.

A criança que apresentava um perfil de exploração contido, não ocupava o espaço de forma ampla brincando essencialmente através da manipulação dos materiais essencialmente de bonecos prestando-lhes os cuidados que a criança também recebe, isto é, alimentava-os, mudava-lhes a fralda, no sentido simbólico e figurado. No momento de brincar a criança defendia o seu espaço e os seus brinquedos, procurando os pares com maior frequência.

A M solicitava as suas necessidades perante o adulto, pedia e cada vez demonstrava uma atitude mais próxima daqueles com quem estabelece uma maior interação.

Avaliação formal

*Inventário de Desenvolvimento Battelle (BDI)– 2ª edição*

Especificando e comparativamente à avaliação inicial, a criança à data de junho de 2024 apresentava uma maior facilidade em brincar com os pares, conhecendo o seu nome e utilizando-o como pronome para se referir a si. No momento da avaliação final a criança utilizava os talheres sendo que anteriormente não o realizava, despe peças de roupa de forma totalmente autónoma e por iniciativa própria no momento do banho, indicando ainda a necessidade da muda da fralda. Do ponto de vista motor, atualmente a criança já sobe escadas ainda que com a necessidade de ajuda, abre portas e salta ainda que com dificuldades associadas.

Com elevado interesse e cooperação, à semelhança da avaliação inicial, a criança evidenciou melhorias com principal destaque na área adaptativa e motora. Em menor grau também obteve resultados positivos ao nível pessoal e social e também na área da comunicação, mantendo a pontuação para a cognição. De referir que a M na avaliação inicial apresentava uma idade equivalente a 21 meses quando a criança tinha 26 meses e no momento da avaliação final com 33 meses a sua idade equivalente é próxima, especificamente de 30 meses.

Seguidamente é apresentado o gráfico que compila os resultados da criança face à BDI.

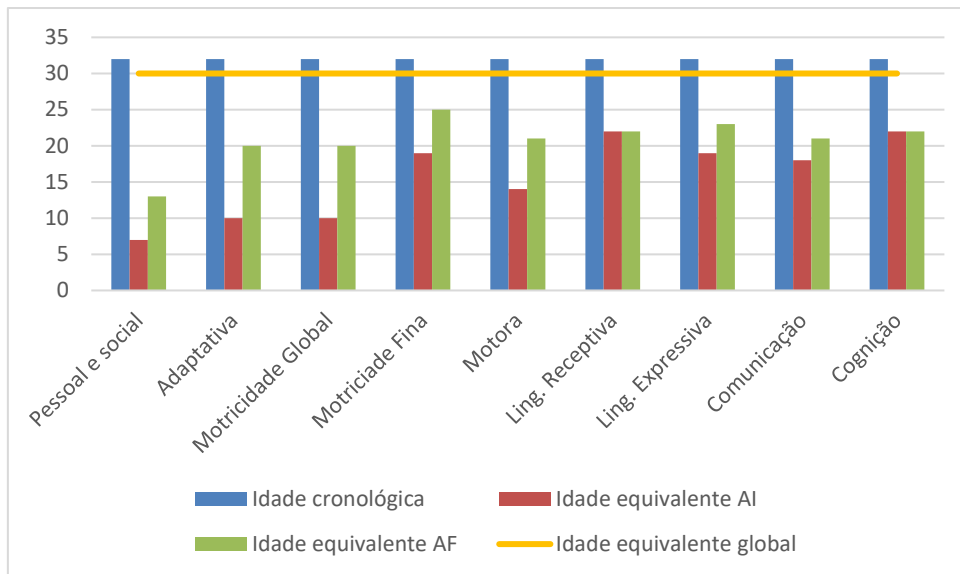


Figura 9 Resultados da avaliação final BDI-M

### Progressão terapêutica e discussão

De modo a analisar a progressão terapêutica da M. consideraram-se 19 sessões individuais e 16 em pequeno grupo. As sessões foram de carácter semi-dirigido com uma forte componente livre e lúdica, com a finalidade de trabalhar os objetivos delineados previamente.

Desde o início da intervenção que a terapeuta procurou estabelecer uma relação terapêutica próxima e segura com a M, com o objetivo de diminuir a distância que a criança insistia em colocar face a estranhos. Tal aproximação e confiança permitiram que a criança integrasse a estagiária, de forma gradual. Progressivamente, a M que adotava várias vezes o espelhamento face à estagiária, envolvia-a nas brincadeiras e nas dinâmicas que cria, narrando aquilo que se encontram a realizar.

Pelo facto de não conhecer a área onde decorriam os acompanhamentos a criança na primeira sessão demonstrou-se receosa, pelo que foi transportada ao colo da terapeuta, chorando quando pousada no chão. Por forma a diminuir o desconforto foi apresentado o espaço e colocada uma música. Desde as primeiras sessões que a criança procurou o colo da terapeuta para explorar materiais que não conhecia, também solicitou e aceitou progressivamente o auxílio da terapeuta, adotando por vezes uma postura mais autoritária proferindo regras ao adulto. Em relação aos desenhos, a criança convidava a estagiária a realizá-los, porém, riscava-os imediatamente aquilo que o adulto desenhava, sorrindo.



De forma transversal às sessões a M. reagiu positivamente à música, dançando essencialmente no início e final da sessão, participando ativamente em tarefas de destreza manual nomeadamente ao nível do desenho, onde se abordaram as cores por forma a alargar o seu vocabulário. Com a mesma finalidade, realizaram-se jogos de palavras e imagens, e a exploração de diversos objetos de uso diário, trabalhando-se as atividades diárias e conseqüentemente a autonomia. Assim, a curiosidade da M foi aumentando com o decorrer da intervenção questionando à terapeuta o nome de determinado objeto, a sua função ou que som imite cada animal, por exemplo.

A criança brincou essencialmente com bonecos, alimentando-os, vestindo-os e penteando-os, realizando tais cuidados também à estagiária à semelhança do que se verifica na sala de estar. E inclusive a M. repetiu comumente uma ação que consistia em trazer para a sessão brinquedos da sala de estar, demonstrando a necessidade de realizar uma ponte entre o quotidiano e a sessão. E demonstrou-se ainda uma criança bastante criativa, transformando-se em personagens com recurso a acessórios.

Com frequência a M. questionou se podia realizar as diferentes atividades antes de as iniciar e participou de forma ativa no momento de arrumar os materiais utilizados na sessão. Foi ainda verificado o aumento progressivo da sua capacidade de comunicação partilhando com maior facilidade como corra o seu dia, por exemplo. E associava materiais, como por exemplo o colchão, desde as primeiras sessões, ao momento de retorno à calma dizendo que aquele é o local onde dorme.

Especificamente em relação a um circuito psicomotor que continha um túnel, enquanto a criança se encontrava dentro deste gostava que a terapeuta a procurasse, sorrindo, enquanto mantinham contato ocular. Por outro lado, quando a terapeuta se encontrava no seu interior a M. evidenciava desconforto por não conseguir ver, chamando pelo seu nome. De referir ainda que quando a terapeuta se encontrava no seu interior a criança não entrava no túnel, possivelmente devido a experiências traumáticas passadas.

Em contexto de pequeno grupo, a M mostrou-se igualmente motivada, contudo, inicialmente recusava a interação por parte do par e chorava, ainda que lhe tenha sido oferecido colo. Gradualmente as crianças exploraram diversos objetos e os seus usos, onde a terapeuta procurou alargar o seu vocabulário, estabelecendo a comunicação. Também a partilha de objetos e jogos, e a crescente aceitação da troca de materiais e

cooperação se tornaram mais recorrentes com o avançar da intervenção, que de acordo com Pears et al. (2010) promovem a relação interpessoal.

À semelhança do ocorrido nas sessões individuais a criança acolheu positivamente todos os momentos musicais e de dança e realizou o solicitado imediatamente após a demonstração. Nos rituais de saída, quer em contexto individual quer grupal, foi comum a necessidade de prolongamento da sessão e inclusive a recusa, colocando-se dentro do túnel, e o calçar os sapatos da terapeuta.

### Conclusões

Com base nos resultados que advêm dos diferentes momentos de avaliação, quer informal quer formal, e ainda que considerando as melhorias após o acompanhamento em Psicomotricidade, conclui-se que a criança tem como principais áreas de dificuldade a área social e pessoal.

Após os processos de avaliação e considerando os resultados da criança, conclui-se que a mesma necessita da continuação da intervenção psicomotora, visando alcançar os objetivos delineados. Em Psicomotricidade será importante continuar a considerar aqueles que são os interesses e vontades da criança e consolidar a relaxação uma vez que neste momento da sessão foram evidenciadas dificuldades. Importa adotar como estratégias o reforço positivo e a demonstração bem como optar por atividades lúdicas e expressivas. No decorrer da intervenção os principais desafios sentidos foram a dificuldade na comunicação, e a constante barreira que a criança colocava face aos outros. Porém com o avançar da intervenção e respeitando o ritmo natural da criança foi possível estabelecer uma relação terapêutica que progressivamente possibilitou uma maior interação entre a criança e a terapeuta.

Recomenda-se a terapia da fala devido às complicações que a criança apresentava ao nível da linguagem inclusive o início e acompanhamento psicológico numa tipologia semanal.

## Referências bibliográficas

- Albaret, J. M. (1991). Rééducation psychomotrice : vers une approche pragmatique des pratiques corporelles. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 1(3), 44-49.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade : jogos facilitadores de aprendizagem*. Psicossoma. ISBN: 9789728994488
- Benavente, R., & Justo, J. (2009). Maus-tratos e negligência na infância: relações com a insegurança e desorganização da vinculação. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 27, 35-51.
- Berger, M. (1998). *A criança e o sofrimento da separação*. Climepsi Editores. ISBN: 97284490602
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E, Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
- Bombèr, L. M. (2007). *Inside I'm hurting: Practical strategies for supporting children with attachment difficulties in schools*. United Kingdom: Worth Publishing. ISBN: 9781903269114
- Bowlby, J. (1994). Pathological mourning and childhood mourning. In R. Frankiel (Ed.), *Essential papers on object loss*. New York: University Press.
- Brazelton, T., GREENSPAN S. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Editorial Presença.
- Coplan, R. J., Ooi, L., Kirkpatrick, A., & Rubin, K. H. (2015). Social and nonsocial play. In D. P. Fromberg and D. Bergen (Eds.), *Play from birth to twelve: Contexts, perspectives, and meanings* (3rd ed., pp. 75-86). Routledge.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Terapia Psicomotora: Estudo de Casos – Da caracterização à Intervenção* (6ª Edição). Âncora Editora.

- Geisen, C. (2008). *Curando as Feridas depois dos Maus-Tratos* (2nd ed.). Paulinas Editora. ISBN : 9789727519088
- Giromini, F., Albaret, J. M., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricite : Methodes et techniques*. De Boeck-SOLAL.
- Lapierre, A. (2002). *Da Psicomotricidade relacional à análise corporal da relação*. Editora UFPR/CIAR. ISBN: 9788573350654
- Le Boulch, J. (1988). *Educação psicomotora: a psicocinética na idade escolar* (2nd ed.). Artes Médicas. ISBN: 9788573078602
- Mastrascusa, C., & Franch, N. (2016). *Corpo em movimento, corpo em relação: Psicomotricidade Relacional no ambiente educativo*. São Paulo: Evangraf
- Matias, A., Martins, R. & Vasconcelos, O. (2011). *Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças - 2* (não publicado). Person.
- Melo, G. & da Silva Félix, M. (2019). A psicomotricidade na educação infantil: um olhar sobre o desenvolvimento global das crianças. *Pró-Discete*, 25(2).
- Meur, A., & Staes, L. (1991). *Psicomotricidade: Educação e Reeducação*. Editora Manole. ISBN: 9788520405383
- Mota, C., & Matos, P. (2015). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in Institutionalized Adolescents? *Child & Youth Service Review*, 56, 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.06.017>
- Oliveira, M., & Camões, C. (2003). *As Crianças Institucionalizadas – O outro lado da sociedade*. Disponível em <https://www.psicologia.pt/artigos/>
- Onofre, P. S. (2004). *A criança e a sua psicomotricidade*. Lisboa: Trilhos Editora
- Pears, K. C., Fisher, P. A., Bruce, J., Kim, H. K., & Yoerger, K. (2010). Early elementary school adjustment of maltreated children in foster care: The roles of inhibitory control and caregiver involvement. *Child development*, 81(5), 1550-1564.
- Pina, P., & Espadinha, A. (2014). A intervenção do psicomotricista em contexto de lar de infância e juventude. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(17), 63-85. ISSN: 1645-748X

- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 27(4), 509-521. ISSN : 0870-8231
- Potel, C. (2010). *Psychomotricité : entre théorie et pratique*. In Press.
- Rodríguez, J. S. (2008). El Rol del Psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 39-50.
- Schechter, D. S., & Willheim, E. (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(3), 665–686. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.001>
- Strecht, P. (2008). *A minha escola não é esta: Dificuldades de aprendizagem e comportamentos em crianças e adolescentes*. Lisboa : Assírio & Alvim.
- Strecht, P. (2012). *Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes*. Assírio & Alvim.
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices : Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.
- Winter, S.M., Dittrich, K., Dörr, P., Overfeld, J., Moebus, I., Murray, E., Karaboycheva, G., Zimmermann, C., Knop, A., Voelke, M., Entringer, S., Buss, C., Haynes, J.-D., Binder, E.B. and Heim, C. (2022), Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. *J Child Psychol Psychiatr*, 63 : 1027-1045. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13550>

## 5. Conclusão

O presente estágio curricular permitiu-me conhecer uma realidade que nenhuma criança deveria presenciar, contudo, e ainda que num ambiente que nos marca com as cicatrizes das crianças acolhidas foi possível crescer pessoal e profissionalmente. Estagiar numa associação para crianças vítimas de maus-tratos origina um levantar de questões diárias de como é possível existirem realidades tão atroz e traumáticas que moldam para o resto da vida. No decorrer do estágio foi possível colocar em prática os diversos conhecimentos adquiridos no decorrer da licenciatura e mestrado bem como ganhar e aumentar outro tipo de competências, nomeadamente a capacidade de escuta ativa, observação, gestão de conflitos, disponibilidade corporal e emocional, resiliência, empatia e adaptabilidade.

Relativamente aos profissionais que integram a associação, quer da equipa técnica como de auxiliares, estes objetivam tornar a associação numa casa caracterizando-se como acolhedora e segura, algo imprescindível a estas crianças. Destaco o trabalho multidisciplinar com os profissionais que integram a equipa técnica com os quais foi possível debater e analisar casos. Bem como os respetivos acompanhamentos terapêuticos e académicos com a principal finalidade de fornecer qualidade de vida enquanto se encontram acolhidos.

Especificamente neste local, o Psicomotricista atua nas dificuldades e fragilidades apresentadas pelas crianças aumentando as suas potencialidades numa vertente terapêutica e reparadora. A intervenção terapêutica com estas crianças tem tanto de desafiante como de enriquecedora, uma vez que se testemunha evolução e se potenciam as vivências positivas, securizantes e estimulantes que são cruciais ao seu desenvolvimento harmonioso e consequentemente ao seu bem-estar geral. Considerando os resultados da avaliação final de cada um dos casos acompanhados em Psicomotricidade é possível verificar que a intervenção psicomotora ao atuar com objetivos terapêuticos bem delineados assume-se como uma resposta terapêutica bastante considerável. Relativamente ao maior desafio sentido, consistiu na realização de sessões de grupo semanais com 4 crianças fornecendo-lhes a atenção necessária individualizada e a melhor resposta terapêutica no mesmo *setting*.

Por último, sinto-me extremamente realizada por estes meses de estágio numa associação que tem os valores no sítio certo e com os quais me identifico. Esta equipa ama as crianças acolhidas, mas valoriza quando estas partem para um futuro que lhes será

certamente melhor, quer seja a adoção, retomar à família de origem ou alargada quando esta já tem competência para tal. Cada uma das crianças ficará registada na minha memória e essencialmente no coração, com um profundo desejo que a vida nunca mais lhes seja cruel. Assim, ficam as saudades dos momentos em que o principal objetivo era vê-los sorrir, embora a Psicomotricidade seja bem mais que isso.

## 6. Referências bibliográficas

- Aguilar, L. (2001). *Expressão e educação dramática: Guia pedagógico para o 1º ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional
- Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D. (1986) – *Manual de Psicopatologia Infantil*. Artes Médicas. Editora Masson. São Paulo, Brasil.
- Albaret, J. M. (1991). *Rééducation psychomotrice: vers une approche pragmatique des pratiques corporelles. Approche Neuropsychologique des Apprentissages chez l'Enfant*, 1(3), 44-49.
- Albaret, J. M., Giromini, F., & Scialom, P. (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité: Tome 2- Méthodes et techniques*. De Boeck Supérieur
- Alves, S. (2007). *Filhos da Madrugada – Percursos adolescentes em lares de infância e juventude*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Antunes, S., & Duarte, A. (2003). *Intervenção psicomotora precoce. A Psicomotricidade*. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 1(2), 55-61. ISSN: 1645-748X
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad: Guía de evaluación e intervención*. Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Retirado de [https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual\\_Criancas\\_Jovens\\_PT.pdf](https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual_Criancas_Jovens_PT.pdf)
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2021). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Obtido em <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2022/12/APP-Regulamento-Profissional-do-Psicomotricista-18dez2021.pdf>
- Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). *Child neglect-causes and consequences*. *Psychiatria Danubina*, 32(3), 337-342.
- Azevedo, M. & Maia, A. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Barreto, A. (2013). *Educar em valores inteligentes*. Madrid: Editorial CCS. ISBN: 9788498428315
- Beery, K. E. & Beery, N. A. (2006) *The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration with Supplemental Developmental Tests of Visual Perception and Motor Coordination for Children and Adults and Steppingstones Age Norms from Birth to Age Six: Administration, Scoring and Teaching Manual*, 5th edn. NCS Pearson, Inc, Minneapolis, MN, USA.
- Benavente, R., & Justo, J. (2009). *Maus-tratos e negligência na infância: relações com a insegurança e desorganização da vinculação*. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 27, 35-51.
- Blakely-McClure, S., & Ostrov, J. (2016). *Relational aggression, victimization and self-concept: Testing pathways from middle childhood to adolescence*. *Journal of Youth and Adolescence*, 45, 376–390. <https://doi.org/f77f57>



- Bombèr, L. M. (2007). *Inside I'm hurting: Practical strategies for supporting children with attachment difficulties in schools*. United Kingdom: Worth Publishing. ISBN: 9781903269114
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2006). *O método Brazelton: Compreender a agressividade na criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Cattanach, A. (2008). *Play therapy with abused children* (2nd ed.). Jessica Kingsley Publishers. ISBN: 9781846427824
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 63, 106-119.
- Chicon JF, et al. Brincando e aprendendo: aspectos relacionais da criança com autismo. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.rbce.2018.01.017>
- Coimbra, A., Faria, A. & Montano, T. (1990). ANOVA: Centro de apoio e intervenção na crise para crianças vítimas de maus-tratos. *Análise psicológica*. 2 (VIII), 193-201.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora. ISBN: 9789729911071
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos editora. ISBN: 9789729911088
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Crosson-Tower, C. (2014). *Understanding child abuse and neglect*. (9.<sup>a</sup> ed.) EUA: Pearson
- Dalei, S. R., Nayak, G. R., & Pradhan, R. (2020). Effect of art therapy and play therapy on anxiety among hospitalized preschool children. *Journal of Biomedical Sciences*, 7(2), 71-76.
- Direção-Geral da Educação [DGE] (2008). *Promoção e proteção dos direitos das crianças: Guia de Orientações para os profissionais da educação na abordagem de situações de maus-tratos ou outras situações de perigo*. Disponível em <https://www.dge.mec.pt/recursosboas-praticas-0>
- Ferreira, P., Gameiro, F., & Pedro, A. (2023). Suporte social percebido em crianças e jovens portugueses em diferentes tipologias familiares e acolhimento residencial. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 9(1), 1-12.
- dos Santos, V. I. V. (2016). *Aliança terapêutica e intervenções de terapeutas num grupo de adolescentes* (Master's thesis, Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Portugal)).
- Elbaum, B., Gattamorta, K. A., & Penfield, R. D. (2010). Evaluation of the Battelle Developmental Inventory, 2nd Edition, Screening Test for Use in States' Child Outcomes Measurement Systems Under the Individuals With Disabilities Education Act. *Journal of Early Intervention*, 32(4), 255-273. <https://doi.org/10.1177/1053815110384723>

- Fernandes, J., Filho, P. Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 26(03). <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1232>
- Ferreira, A. I. X. (2016). Desenvolvimento das competências visuo-motoras em crianças ex pré-termo (Doctoral dissertation).
- Ferreira, P., Gameiro, F., & Pedro, A. (2023). Suporte social percebido em crianças e jovens portugueses em diferentes tipologias familiares e acolhimento residencial. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 9(1), 1-12.
- Ferreira, T. (2002). Em defesa da criança: teoria e prática psicanalítica da infância. Assírio & Alvim. ISBN: 9723706997
- Figueira, K., & Freitas, C (2017). Psicomotricidade E Saúde Mental Infantil E Juvenil–Caraterização De Uma Consulta De Psicomotricidade Integrada Num Serviço De Pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 41. Giromini-Mercier, F., Robert-Ouvray, S., & Pavot-Lemoine, C. (2022). La Psychomotricité. QUE SAIS-JE.
- Fonseca, V. (2005). Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. Âncora Editora. ISBN: 9789727801503
- Fonseca, V. (2007). Terapia Psicomotora: Estudo de Casos – Da caracterização à Intervenção (6ª Edição). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos fatores psicomotores. (3a Edição). Âncora Editora. Lisboa
- Gil, E. (2012). Art and play therapy with sexually abused children. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (2nd ed., pp. 175-191). The Guilford Press. ISBN: 9781609189754
- Giromini-Mercier, F., Robert-Ouvray, S., & Pavot-Lemoine, C. (2022). La Psychomotricité. QUE SAIS-JE.
- Gomes, I. (2010). Acreditar no Futuro. Texto Editores. ISBN: 9789724741215
- Goodman R (1997), The Strengths and Difficulties Questionnaire: a researchnote. *J Child Psychol Psychiatry* 38 : 581–586
- Heim, C., Shugart, M., Caighead, W. E. & Nemeroff, C. (2010). Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Developmental Psychobiology*, 52(7), 671–690. doi:10.1002/dev.20494
- Iwaniec, D. (2006). The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention: A practice handbook. John Wiley & Sons.
- Joly, F. (2007). Le sens des thérapeutiques psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 73–86

- Kaufman, E. A., Puzia, M. E., Mead, H. K., Crowell, S. E., McEachern, A., & Beauchaine, T. P. (2017). Children's emotion regulation difficulties mediate the association between maternal borderline and antisocial symptoms and youth behavior problems over 1 year. *Journal of personality disorders, 31*(2), 170-192.
- Kotch, J., Lewis, T., Hussey, J., English, D., Thompson, R., Litrownik, A., Runyan, D., Bangdiwala, S., Margolis, B. & Dubowitz, H. (2008). Importance of Early Neglect for Childhood Aggression. *Pediatrics, 121*(4), 725-731.
- Lapierre, A., & Lapierre, A. (2005). O adulto diante da criança de 0 a 3 anos: Psicomotricidade relacional e formação da personalidade (2nd ed.). Editora UFPR/CIAR. ISBN: 9788573350661
- Lapierre, A., Llorca, M., & Sánchez, J. (2015). Fundamentos de intervención en psicomotricidad relacional: reflexiones desde la práctica. Ediciones Ajilbe SL. ISBN: 9788497008112
- Latour, A. M. (2008). Processus autistiques et psychomotricité. «Apprendre de l'expérience». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 56*(1), 39-43.
- Lauzon, F. (2006). L'Éducation Psychomotrice: Source d'autonomie et de dynamisme.
- Le Boulch, J. (1988). Educação psicomotora: a psicocinética na idade escolar (2nd ed.). Artes Médicas. ISBN: 9788573078602
- Maia, Â., Guimarães, C., Carvalho, C., Capitão, L., Carvalho, S., & Capela, S. (2007). Maus-tratos na infância, psicopatologia e satisfação com a vida: um estudo com jovens portugueses. Atas do II Congresso Família, Saúde e Doença. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/7066>
- Marcelli, D. (2005). Infância e psicopatologia (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi editores
- Martinez, M. ; Peñalver, I.; Sanchez, P. (2003). A psicomotricidade na educação infantil uma prática preventiva e educativa. Ed. Artes Médicas - Porto Alegre.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade- As Práticas entre o instrumental e o relacional. Em V. d. Martins, Progressos em Psicomotricidade (pp. 32, 37). Edições FMH.
- Martins-Neves, A., & Lopes, D. (2013). A negligência parental no contexto do mau-trato infantil: Um contributo para a delimitação e definição do conceito e sua medida no âmbito da prevenção primária. In M. Calheiros & M. Garrido (Eds.), *Crianças em Risco e Perigo: Contextos, Investigação e Intervenção* (vol. 3). Edições Sílabo. ISBN: 9789726187226
- Mastrascusa, C., & Franch, N. (2016). Corpo em movimento, corpo em relação: Psicomotricidade Relacional no ambiente educativo. *São Paulo: Evangraf.*
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, 85-95.*
- Mota, C., & Matos, P. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspetiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade, 20*(3), 367-377. ISSN 1807-0310

- Newborg, J.; Stock, J. R.; Wnek, L. (2011). *Battelle: inventario de desarrollo: manual de aplicación*. 4ª ed. Madrid: TEA.
- Oliveira, N. H., & da Cruz Benetti, S. P. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e ruturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138.
- Oliveira, S., & Próchno, C. (2010). A vinculação afetiva para crianças institucionalizadas à espera de adoção. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(1), 62–84. <https://doi.org/gf4tw7>
- Pacheco, P. (2010). *Lares de Infância e Juventude: Contributos para um modelo de acolhimento e integração social* (Dissertação de Doutoramento).
- Paumel, C. (2021). Contribution de la psychomotricité à l'évaluation et la compréhension des souffrances identitaires à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. doi:10.1016/j.neurenf.2021.02.007
- Pears, K. C., Fisher, P. A., Bruce, J., Kim, H. K., & Yoerger, K. (2010). Early elementary school adjustment of maltreated children in foster care: The roles of inhibitory control and caregiver involvement. *Child development*, 81(5), 1550-1564.
- Pina, P., & Espadinha, A. (2014). A intervenção do psicomotricista em contexto de lar de infância e juventude. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(17), 63-85. ISSN: 1645-748X
- Pinhel, J., Torres, N., & Maia, J. (2009). Crianças institucionalizadas e crianças em meio familiar de vida: Representações de vinculação e problemas de comportamento associado. *Análise Psicológica*, 27(4), 509-521. ISSN: 0870-8231
- 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.
- Rodríguez, J. S. (2008). El Rol del Psicomotricista. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado*, 39-50.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L., (2008). Recursos y estrategias en psicomotricidad. *Aljibe*.
- Santos, J. (1990). *Eu agora quero-me ir embora: Conversas com João Sousa Monteiro*. Lisboa: Assírio e Alvim. ISBN: 9723702622
- Santos, J. (2007). *A casa da praia: O psicanalista na escola*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN: 9722410024
- Santos, M. (2010). O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco: a experiência passada de institucionalização e o seu significado actual para os sujeitos adultos (Dissertação de Mestrado).
- Saur, A. M., & Loureiro, S. R. (2012). Qualidades psicométricas do Questionário de Capacidades e Dificuldades: revisão da literatura. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 29, 619-629

- Shackman, J. E., & Pollak, S. D. (2014). Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. *Development and psychopathology*, 26(4pt1), 1021-1033.
- Siqueira, A., & Dell’Aglío, D. (2010). Crianças e adolescentes institucionalizados: Desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(3), 407–415. <https://doi.org/cmnbf>
- 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
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4).
- Strecht, P. (1998). Crescer vazio. Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes. Assírio & Alvim. ISBN: 9789723704624
- Strecht, P. (2004). Quero-te muito: Crônicas para pais sobre filhos. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9723709023
- Strecht, P. (2008). A minha escola não é esta: Dificuldades de aprendizagem e comportamentos em crianças e adolescentes. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Strecht, P. (2012). Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes. Assírio & Alvim.
- Torres, L. C. B., & Torres, F. M. (2014). Etapas do Desenvolvimento Humano. Coleção Agrinho.
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche. Dunod.
- Vecchiato, M. (1989) – Psicomotricidade Relacional e Terapia. Artes Médicas. Porto Alegre.
- Vecchiato, M. (2003). A terapia psicomotora. Brasília: Editora Unb.
- Vecchiato, M. (2017). Psicomotricità relazionale. Le mappe emotivo-comportamentali dall’infanzia all’adolescenza. Roma: Armando editore.
- Veiga, G., Neto, C., & Rieffe, C. (2016). “Preschoolers’ free play - connections with emotional and social functioning”. *International Journal of Emotional Education*, 8(1), 48-62. ISSN: 2073-7629
- Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas Online* 2007-2011, 3(11), 64-68
- White, J., & Allers, C. (1994). Play therapy with abused children: a review of literature. *Journal of Counseling & Development*, 72(4), 390-394. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1994.tb00955.x>
- World Health Organization [WHO] (2005). Child an Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva: World Health Organization;

## 7. Anexos

### Anexo 1- Estudo de caso 1- Exemplo de plano de sessão

<b>LOCAL:</b> ASSOCIAÇÃO- SALA 2	<b>DATA:</b> 19 de março de 2024	<b>DURAÇÃO:</b> 45 MINUTOS
<b>PÚBLICO-ALVO:</b> G- CRIANÇA DE 7 ANOS		
<b>OBJETIVOS GERAIS:</b> PROMOVER A REGULAÇÃO TÔNICA; PROMOVER A ESTRUTURAÇÃO ESPACIOTEMPORAL; ESTIMULAR O EQUILÍBRIO; MELHORAR A PRAXIA GLOBAL; DESENVOLVER AS COMPETÊNCIAS COGNITIVAS; PROMOVER AS HABILIDADES SOCIOEMOCIONAIS		
<b>ESTRATÉGIAS:</b> Criar uma atmosfera permissiva e contidora; Respeitar o espaço e tempo da criança; Optar por atividades lúdicas e expressivas; Adaptar as tarefas às características e interesses da criança; Utilizar instruções simples e claras, para que a criança compreenda o solicitado; Recorrer à demonstração; Utilizar o reforço positivo verbal e não verbal; Promover o diálogo; Demonstrar empatia.		

ATIVIDADE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS OPERACIONAIS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	MATERIAL	DURAÇÃO
1. Ritual de entrada	1.1 Ambientar a criança à terapeuta e ao espaço 1.2 Melhorar a capacidade de se organizar no tempo	1.1.1 Partilhar com a terapeuta pelo menos um acontecimento que decorreu no seu dia 1.1.2 Organizar-se, temporalmente, no dia da semana e do mês 1.1.3 Formar a sua rotina, utilizando os cartões alusivos à mesma	Sentadas no colchão, a criança e a terapeuta cumprimentam-se e o adulto questiona à criança como correu o dia, como se sente e se tem algo que queira partilhar. Após o diálogo inicial, é realizada uma breve orientação para a realidade para que a criança indique o dia da semana e do mês. Seguidamente, será apresentada uma atividade em que a criança deverá organizar os vários momentos do seu dia, construindo a sua rotina.	Colchão  Cartões alusivos à rotina	10 minutos
2. Preparação para a sessão	2.1 Planificar a ação antes de a executar	2.1.1 Planificar o modo de deslocamento de cada animal e executá-lo por toda a sala	A criança é convidada a andar ao ritmo da música, imitando o movimento de um animal, seguindo a instrução da terapeuta: gato-silencioso; elefante pesado; tartaruga- lento; lebre-rápido. Quando a terapeuta bater	Música	10 minutos

	2.2 Potenciar a atenção na tarefa 2.3 Aumentar a capacidade inibitória 2.4 Melhorar o equilíbrio estático	2.2.1/2.3.1 Prestar atenção ao sinal sonoro imitado pela terapeuta e suspender a marcha, imediatamente 2.4.1 Manter uma postura estática, sem reequilibrações, durante 10 segundos, no centro da sala	as palmas, a criança deve suspender a marcha e realizar uma posição de equilíbrio. No final da atividade a criança é convidada a simbolizar, no quadro, cada tipo de movimentos que executou.		
3. Atividade livre			Este é o momento onde a criança decide aquilo que quer da sessão. Depois da atividade proposta pela terapeuta existe espaço à criatividade, expressividade e necessidade da criança.		10 minutos
4. Retorno à calma	4.1 Diminuir a rigidez muscular	4.1.1 Relaxar, sem movimentos associados, deitado e de olhos fechados	A terapeuta solicita à criança que esta se deite no colchão e avisa-a de haverá música e que um balão irá percorrer o seu corpo. São percorridos os diferentes segmentos corporais e são adotadas diferentes pressões nos mesmos.	Balão Música Colchão	5 minutos
5. Ritual de saída	5.1 Estimular a capacidade de diálogo	5.1.1 Relembrar oralmente e ordenadamente as atividades realizadas na sessão 5.1.2 Simbolizar, de modo compreensível, numa folha de papel a sua atividade favorita	Novamente sentadas, solicita-se à criança que relembre as atividades realizadas na sessão, nomeadamente qual a sua favorita e que a simbolize através do desenho. Depois a terapeuta agradece a participação da criança, dando a entender o término da sessão, acompanhando-a até ao piso inferior.	Colchão Folha de papel Lápis	5 minutos

## Anexo 2- Estudo de caso 1- Registo de sessão nº 13- 19 de março de 2024

Na sessão, decorrida na ludoteca, a criança no ritual de entrada ordenou corretamente a sua rotina ainda que necessitasse frequentemente da validação do adulto. Nesta ordenação de rotina a criança apenas se equivocou face a um cartão. Depois quando explicada a atividade de preparação para a sessão o G realizou prontamente os movimentos dos diferentes animais propostos pela terapeuta reproduzindo autonomamente os sons dos mesmos. Posteriormente a criança solicitou que a tarefa se fizesse acompanhar de música e que o movimento não fosse interrompido através da palma, mas sim da paragem da música. Face à qual a criança interrompia o seu movimento de modo quase imediato e adotava a posição de equilíbrio. Seguidamente o G solicitou a inversão de papéis que prontamente se realizou adotando uma postura diferente.

De seguida, existiu a simbolização através de traçados dos diferentes modos de deslocamento dos animais onde a correspondência foi a seguinte: elefante- traços compridos e carregados, chita- traçado curvilíneo e realizado muito rapidamente na folha por parte da criança, tartaruga- traços pequenos e desenhados levemente, lebre-pequenos pontos uns imediatamente seguidos de outros.

A atividade escolhida pela criança tratou-se de uma pastelaria onde existia compras e prestação de serviços tendo sido abordada a noção de dinheiro e de negócio, proposta esta que foi explorada até ao momento da relaxação. No momento de retorno à calma e já no colchão a criança solicitou a presença de música, fechando os seus olhos quando sentiu o balão em contato com o seu corpo, relaxando e sorrindo. Enquanto o balão tocava no seu corpo a criança não se mostrou desconfortável realizando alguns movimentos bucais e proferindo “relaxa” sem emitir som. No final a criança referiu ter gostado muito da relaxação essencialmente nas pernas como foi verificado pela terapeuta. O balão, como mediador, foi levado para o piso inferior onde a terapeuta e a criança brincaram livremente.



Anexo 3- Estudo de caso 2- Exemplo de plano de sessão

<b>LOCAL:</b> ASSOCIAÇÃO- LUDOTECA	<b>DATA:</b> 18 de março de 2024	<b>DURAÇÃO:</b> 40 MINUTOS
<b>PÚBLICO-ALVO:</b> M- CRIANÇA DE 2 ANOS		
<b>OBJETIVOS GERAIS:</b> PROMOVER A REGULAÇÃO TÓNICA; MELHORAR A MOTRICIDADE GLOBAL; DESENVOLVER AS COMPETÊNCIAS COGNITIVAS; PROMOVER A COMUNICAÇÃO		
<b>ESTRATÉGIAS:</b> Criar uma atmosfera permissiva e contentora; Respeitar o espaço e tempo da criança; Optar por atividades lúdicas e expressivas; Adaptar as tarefas às características e interesses da criança; Utilizar instruções simples e claras, para que a criança compreenda o solicitado; Recorrer à demonstração; Utilizar o reforço positivo verbal e não verbal; Promover o diálogo; Demonstrar empatia.		

ATIVIDADE	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS OPERACIONAIS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	MATERIAL	DURAÇÃO
1. Ritual de entrada	1.1 Ambientar a criança à terapeuta e ao espaço 1.2 Estimular a capacidade de diálogo	1.1.1 Partilhar com a terapeuta, ainda que sucintamente, como correu o seu dia 1.1.2 Tocar, durante alguns segundos, pelo menos um dos instrumentos musicais disponíveis	Sentadas, a criança e a terapeuta, descalçam-se. A terapeuta questiona à criança como correu o dia e se tem algo que queira partilhar. Seguidamente são apresentados instrumentos musicais que a criança e a terapeuta tocam, podendo existir também o canto.	Colchão  Instrumentos musicais	5 minutos
2. Preparação para a sessão	2.1 Desenvolver a agilidade motora 2.2 Desenvolver associações 2.3 Desenvolver capacidade de sequência	2.1.1 Percorrer o trajeto disposto pela sala 2.1.2 Realizar o movimento de rastejar, até ao final do túnel,	Com o auxílio da criança a terapeuta dispõem diversos materiais por forma a formar um trajeto que a criança será convidada a percorrer. Face a cada um dos materiais a criança poderá adotar diversas formas de deslocação, nomeadamente:	Túnel  Pegadas  Arcos	10 minutos

		<p>2.1.3 Andar sobre as pegadas, percorrendo o caminho definido no chão da sala</p> <p>2.1.4 Saltar, com o auxílio da terapeuta, para dentro do arco</p> <p>2.1.5 Contornar os obstáculos (pinos) sem tocar nos mesmos</p>	<p>Túnel- rastejar; Pegadas- andar de acordo com o modelo; Arcos- saltar para o seu interior; Cones- ziguezaguear</p> <p>A tarefa realiza-se as vezes que a terapeuta e a criança decidirem.</p> <p>Para complexificar, a terapeuta poderá implementar a noção de sequência, para que a criança realize as etapas consoante uma ordem. E também potenciar associações por parte da criança (túnel-rastejar, etc.)</p>	Cones	
3. Atividade livre			Este é o momento onde a criança decide aquilo que quer da sessão. Depois da atividade proposta pela terapeuta existe espaço à criatividade, expressividade e necessidade da criança.		15 minutos
4. Retorno à calma	4.1 Estimular a relaxação muscular	4.1.1 Relaxar, sem movimentos associados, deitado e de olhos fechados	A terapeuta solicita à criança que esta se deite no colchão e avisa-a de haverá música e que um balão irá percorrer o seu corpo. São percorridos os diferentes segmentos corporais e, opcionalmente a terapeuta poderá referindo as partes do corpo com que o balão se encontra em contacto a cada momento.	Balão Música Colchão	5 minutos
5. Ritual de saída	5.1 Estimular a capacidade de diálogo	5.1.1 Relembrar, oralmente, as atividades realizadas na sessão	Novamente sentadas, e enquanto calçam os sapatos, solicita-se à criança que relembre as atividades realizadas na sessão, nomeadamente qual a sua favorita. Depois a terapeuta agradece a participação da criança, dando a entender o término da sessão, acompanhando-a até ao piso inferior.	Colchão	5 minutos

#### Anexo 4- Estudo de caso 2- Registo de sessão nº 12- 18 de março de 2024

No ritual de entrada, e já sentadas no colchão, a criança partilhou com a terapeuta que o seu dia havido corrido bem. Posteriormente, foram apresentados diversos instrumentos musicais e, em conjunto, foi produzida música, que se fez acompanhar pelo “atirei o pau ao gato”. Neste momento a criança adotou várias vezes o espelhamento e procurou seguir o ritmo colocado pela terapeuta. Depois, no circuito estabelecido pela terapeuta, com quatro estações onde existiam pegadas, pinos, um túnel e arcos, onde a criança deveria adotar diversos modos de deslocamento especificamente caminhar, ziguezaguear, rastejar e saltar. Face a esta atividade a M mostrou-se interessada em iniciar o percurso e realizou-o diversas vezes com o auxílio da terapeuta, quando assim sentia necessidade.

Seguidamente, a criança escolheu um jogo, no caso o loto das estações do ano, onde deveria realizar associações e correspondências, que a criança realizou com bastante facilidade, realizando-o duas vezes. Dada por terminada esta tarefa, a criança deitou-se no colchão e a terapeuta percorreu o seu corpo com um balão para que a mesma tivesse um momento de relaxação, porém, a criança não demonstrou o seu corpo relaxado e referiu não querer este momento. Pelo que se realizou prontamente o ritual de saída.