



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Intervenção Psicomotora em Crianças Institucionalizadas
vítimas de maus-tratos, numa Casa de Acolhimento
Residencial**

Maria da Assunção Mesquita e Carmo de Jardim Anjos

Orientador(es) | Maria da Graça Santos

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Dissertação

**Intervenção Psicomotora em Crianças Institucionalizadas
vítimas de maus-tratos, numa Casa de Acolhimento
Residencial**

Maria da Assunção Mesquita e Carmo de Jardim Anjos

Orientador(es) | Maria da Graça Santos

Évora 2023



A dissertação 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) (Arguente)
Maria da Graça Santos (Universidade de Évora) (Orientador)



Resumo

Intervenção Psicomotora em Crianças Institucionalizadas vítimas de maus-tratos, numa Casa de Acolhimento Residencial

O presente relatório tem como objetivo descrever toda a experiência no decorrer do Estágio Curricular do Mestrado em Psicomotricidade, ocorrido numa Casa de Acolhimento Temporário. A população atendida foram crianças vítimas de maus-tratos, entre os 0 e os 7 anos, que evidenciaram repercussões ao nível do desenvolvimento. Realizou-se um acompanhamento tanto individual como grupal, através de sessões de Psicomotricidade de Base Relacional, com o intuito de promover os vários campos comprometidos das crianças observadas. Analisar-se-ão dois estudos de caso, sendo apresentados os dados anamnésicos, hipóteses explicativas, resultados das avaliações, projeto terapêutico implementado e a respetiva progressão terapêutica. Foi possível concluir que a Psicomotricidade de Base Relacional é uma intervenção eficaz junto de crianças vítimas de maus-tratos, tendo sido evidenciadas melhorias nos diversos casos acompanhados, tanto a nível individual como grupal.

Palavras chave: Psicomotricidade; Infância; Abuso e Negligência; Fragilidades no Desenvolvimento

Abstract

Psychomotor Intervention in Institutionalized Children Victims of Maltreatment, in a Foster Care

The purpose of this report is to describe the entire experience during the Curricular Internship of the Master's Degree in Psychomotricity, which took place in a Temporary Shelter Home. The population served was children between the ages of 0 and 7 who were victims of abuse and exhibited repercussions in socio-affective, emotional, and behavioral development. Both individual and group were conducted through sessions of Relational-Based Psychomotricity, with the aim of promoting the various compromised areas of the observed children. Two case studies will also be analyzed, including their anamnestic data, explanatory hypotheses, assessment results, implemented therapeutic project, and respective therapeutic progression. It was possible to conclude that Relational-based Psychomotricity is an effective intervention for children victims of abuse, as improvements were observed in the various cases monitored, both at an individual and group level.

Keywords: Psychomotricity; Childhood; Abuse and Neglect; Developmental Vulnerabilities.



Agradecimentos

A realização do presente relatório só foi possível com o apoio de várias pessoas envolvidas direta ou indiretamente em todo o processo. Desta forma, deixo de seguida os meus agradecimentos a todos os que me ajudaram neste caminho e aprendizagem.

Em primeiro lugar agradeço à Professora Graça Duarte Santos por me terem orientado e guiado em todo o percurso, pela sua motivação e por não ter desistido de mim para a conclusão desta fase final.

À Professora Gabriela Almeida por ter estado igualmente disponível ao longo destes meses.

À minha orientadora local Teresa Cardoso, por me ter transmitido tantas aprendizagens ao longo do meu percurso, dando-me a conhecer uma visão mais bonita da Psicomotricidade. Pela sua total disponibilidade, por todas as reflexões e conversas, o meu mais sincero obrigada. Fez-me crescer e conhecer enquanto psicomotricista.

A todas as técnicas e cuidadoras da instituição, o meu obrigada pela receptividade que tiveram em me acolher durante todo o percurso.

A todas as crianças que acompanhei neste percurso, obrigada pelas experiências que me proporcionaram.

À minha família que esteve sempre presente em todos os momentos, nunca deixando de me apoiar. Em especial aos meus pais, por serem o meu pilar, fazendo-me sempre acreditar nas minhas capacidades, nunca desistirem de mim e por me fazerem crescer diariamente enquanto pessoa.

Aos meus amigos por fazerem parte da minha rede de suporte, e por todo o carinho e motivação que me deram.



Índice

Resumo	i
Abstract	i
Agradecimentos	ii
Índice de Tabelas	v
Índice de Figuras	vi
Lista de Abreviaturas	vii
Introdução	1
I- Enquadramento Teórico da Prática Psicomotora em Saúde Mental Infantojuvenil.....	3
II- Caracterização da Instituição e da População	7
2. Caracterização da Instituição e População Atendida	7
3. Maus-tratos Infantis	8
3.1. Definição	8
3.2. Tipologia dos Maus-tratos	9
3.3. Fatores de Risco	10
3.4. Fatores de Proteção	11
3.5. Possíveis Repercussões de Situações de Maus-tratos na Infância	12
3.6. Maus-tratos Infantis em Portugal	15
4. O Papel do Psicomotricista na Instituição	17
III- Organização das Atividades de Estágio.....	18
5. Descrição das Atividades de Estágio	18
5.1. Aspetos Gerais e Calendarização	18
5.2. Experiências Complementares	19
6. Intervenção Psicomotora no Local de Estágio	19
7. Etapas de Intervenção	21
7.1. Observação.....	21
7.2. Avaliação	21
7.3. Projeto Terapêutico	23
8. Descrição dos Instrumentos	23
8.1. Grelha de Observação Psicomotora	23
8.2. <i>Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i>	23
8.3. <i>Children Behavior Checklist</i>	24
8.4. <i>Draw a Person</i>	24
8.5. <i>Movement Assessment Battery for Children 2nd Edition</i>	25



9. Descrição dos Casos Acompanhados.....	26
9.1. Casos Individuais	26
9.2. Casos Grupais	36
IV- Estudo de Caso 1: Manuel.....	39
10. Identificação do Caso e Dados Anamnésicos	39
11. Revisão Teórica	40
12. Plano de Avaliação	41
12.1. Observações Pré-Avaliação GOP	42
12.2. Avaliação Inicial DAP	44
12.3. Avaliação Inicial CBCL.....	44
12.4. Avaliação Inicial MABC-2	45
13. Análise Qualitativa dos Resultados	45
14. Elementos Critério	46
15. Hipóteses Explicativas	46
16. Perfil Intraindividual.....	50
17. Objetivos Terapêuticos	50
18. Projeto Terapêutico.....	51
18.1. Estratégias e Diretrizes de Intervenção.....	51
18.2. Estratégias Específicas.....	54
18.3. Exemplos de Atividades	54
19. Progressão Terapêutica.....	55
19.1. Progressão Terapêutica Individual.....	56
19.2. Progressão Terapêutica Grupal	59
20. Avaliação Final	62
20.1. Observações Informais Finais GOP.....	62
20.2. Avaliação Final DAP	62
20.3. Avaliação Final CBCL.....	63
20.4. Avaliação Final MABC-2	63
21. Análise e Discussão de Resultados	64
V- Estudo de Caso 2: Pedro	68
Resumo	68
Abstract.....	69
1. Introdução	69
2. Metodologia	72



2.1. Caracterização do Participante.....	72
2.2. Instrumentos de Avaliação.....	73
2.3. Procedimentos.....	74
3. Resultados.....	83
3.1. Observações Pré-Avaliação.....	83
3.2. GOP.....	84
3.3. ITSEA.....	88
4. Progressão Terapêutica.....	89
5. Discussão dos Resultados.....	98
6. Conclusões.....	103
7. Referências Bibliográficas.....	103
VI- Conclusão e Reflexão.....	105
VII- Referências Bibliográficas.....	107
VIII- Anexos.....	110
Anexo 1 – Cronograma do Estágio.....	110
Anexo 2 – Grelha de Observação Psicomotora.....	112
Anexo 3 – Resultados DAP Inicial Manuel.....	120
Anexo 4 – Progressão Terapêutica Individual Manuel.....	120
Anexo 5 - Progressão Terapêutica Grupal Manuel.....	127
Anexo 6 – Resultados DAP Final Manuel.....	133
Anexo 7 - Progressão Terapêutica Pedro.....	134

Índice de Tabelas

Tabela 1- Fatores de Risco Associados aos maus-tratos Infantis.....	11
Tabela 2- Fatores de Proteção Associados aos maus-tratos Infantis.....	11
Tabela 3 - Descrição dos casos individuais.....	26
Tabela 4 - Vinheta Clínica Inicial António.....	27
Tabela 5 - Vinheta Clínica Inicial Luís.....	30
Tabela 6- Vinheta Clínica Grupo 1.....	36
Tabela 7- Vinheta Clínica Grupo 2.....	37
Tabela 8- Resultados Iniciais GOP.....	42
Tabela 9 - Resultados Iniciais DAP Manuel.....	44
Tabela 10- Resultados Iniciais CBCL.....	45
Tabela 11- Resultados Iniciais MABC-2.....	45
Tabela 12- Perfil Intraindividual do Manuel.....	50



Tabela 13- Objetivos de Intervenção Terapêuticos do Manuel	51
Tabela 14 - Observações Finais GOP Manuel	62
Tabela 15 - Resultados Finais DAP Manuel.....	63
Tabela 16- Resultados Finais CBCL.....	63
Tabela 17- Resultados Finais MABC-2.....	64
Tabela 18- Perfil Intraindividual do Pedro	78
Tabela 19- Objetivos de Intervenção Terapêuticos do Pedro	78
Tabela 20 - Observações Pré-Avaliação Pedro.....	83
Tabela 21- Resultados Iniciais GOP Pedro.....	85
Tabela 22 - Resultados Finais GOP Pedro.....	86
Tabela 23- Resultados Iniciais vs Resultados Finais ITSEA Pedro	88

Índice de Figuras

Figura 1- Gráfico da evolução do número de crianças e jovens acolhidos entre 2011 e 2020 (CASA, 2020), retirado de ISS (2021).....	16
Figura 2 – Gráfico de crianças e jovens por local de acolhimento (CASA, 2020), retirado de ISS (2021).....	16



Lista de Abreviaturas

- APAV** - Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- CASA** - Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens
- CAT** - Centros de Acolhimento Temporário
- CBCL** - *Child Behavior Checklist*
- ITSEA** - *Infant-Toddler Social & Emotional Assessment*
- IOM** - *Institute of Medicine*
- ISS** - Instituto da Segurança Social
- GOP** – Grelha de Observação Psicomotora
- LIJ** - Lares de Infância e Juventude
- LPCJP** - Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo
- MABC-2** - *Movement Assessment Battery for Children 2nd Edition*
- NRC** - *National Research Council*
- OMS** – Organização Mundial de Saúde
- PDIC** - Plano de Desenvolvimento Individual da Criança
- PDIF** - Plano de Desenvolvimento Individual Familiar
- PHDA** - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
- PL** – Patologia Limite
- WHO** - *World Health Organization*



Introdução

No âmbito do Estágio Curricular, correspondente ao 2.º ano do plano curricular do Mestrado de Psicomotricidade da Universidade de Évora, foi desenvolvido o presente relatório, relativo ao trabalho elaborado no ano letivo 2021 numa Casa de Acolhimento Residencial, com a duração total de 9 meses.

Foram acompanhadas crianças vítimas de maus-tratos infantis, através de sessões de Psicomotricidade de Base Relacional, tanto em contexto individual, como grupal. Esta é uma prática que utiliza o corpo em movimento (Joly, 2007), atuando na expressão de fatores psicoafectivos (Vieira, 2009) com o intuito de harmonizar de forma holística o indivíduo no seu funcionamento funcional, psicoafectivo e tonicoemocional (Fernandes, Filho & Rezende, 2018; Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001; Joly, 2007). Assim, sendo a Psicomotricidade uma prática que engloba a relação do corpo e da psique, associando o movimento ao mundo interno da pessoa, este é um campo passível e indicado para a atuação na saúde mental (Figueiras & Freitas, 2017), junto de crianças vítimas de maus-tratos. Esta população sofreu de ações ou omissões proporcionadas pelos seus cuidadores/pais das crianças e jovens, que vão contra os seus direitos e necessidades, e que ameaçaram e afetaram a sua dignidade, segurança e desenvolvimento socioemocional, psicológico, físico, cognitivo e biológico (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2011).

Os objetivos do presente relatório passam por: descrever as experiências vividas no decorrer de todo o Estágio; enquadrar a prática profissional; contextualizar os maus-tratos infantis; analisar os casos acompanhados em Psicomotricidade; e apresentar dois estudos de caso, retratando de forma mais pormenorizada a sua progressão terapêutica, bem como avaliações iniciais e finais.

Ao nível da organização estrutural do relatório, primeiramente a prática profissional será enquadrada, contextualizando a Psicomotricidade na Saúde Mental e aprofundando de seguida, a intervenção psicomotora de base relacional na infância. Posteriormente caracterizar-se-á a instituição, dando destaque à população que se atende na mesma. Assim, será detalhada a definição, tipologia, fatores de risco e de proteção e possíveis repercussões dos maus-tratos infantis, dando a sua incidência numérica em Portugal. De seguida serão descritas a organização das atividades desenvolvidas no Estágio: aspetos gerais; calendarização; experiências complementares; intervenção psicomotora no respetivo local; diferentes etapas de intervenção;



descrição dos instrumentos utilizados para a avaliação dos casos; e apresentação do acompanhamento em psicomotricidade dos casos. Aprofundar-se-á dois estudos de casos, dando com maior detalhe a sua progressão terapêutica e avaliações (iniciais e finais). Por fim serão expostas as conclusões do estágio, sendo ainda descrita uma reflexão pessoal sobre as experiências vividas enquanto psicomotricista neste contexto.

I- Enquadramento Teórico da Prática Psicomotora em Saúde Mental

Infantojuvenil

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental refere-se ao estado de bem-estar onde o sujeito aplica as suas competências individuais em diferentes contextos, sendo caracterizada pela integração do seu desenvolvimento físico, mental e social (World Health Organization – WHO, 2005). Contudo, a cultura, valores e normas de cada meio leva a que a definição não seja totalmente consensual.

Alguns dos fatores que interferem com o aparecimento de sintomas que afetam a saúde mental englobam não só a própria capacidade de gerir emoções, comportamentos e interações com os outros, como também se relaciona com aspetos económicos, ambientais, políticos, sociais e culturais (WHO, 2011). Vale sublinhar que a saúde mental não implica, necessariamente, apenas a ausência de uma patologia, pelos diferentes fatores que estão implícitos (WHO, 2005). No entanto, falar de promoção da saúde mental, relaciona-se também com a prevenção ou intervenção de perturbações ao nível do foro psíquico (WHO, 2011).

O trabalho desenvolvido dentro da área da saúde mental é realizado em equipas multidisciplinares, envolvendo desde enfermeiros, psicólogos, psicomotricistas ou terapeutas da fala, a especialidades médias articuladas com estruturas da comunidade (e.g. escolas) (Figueira & Freitas, 2017). Fonseca (2010) dá a conhecer a Psicomotricidade como uma prática que estuda e investiga as relações recíprocas entre o psiquismo e a motricidade. Nesta conceptualização, a psique refere-se à integração do funcionamento mental do sujeito – desde processos práticos, cognitivos e perceptivos – e a motricidade como o conjunto de expressões corporais e mentais (Figueiras & Freitas, 2017). Assim, sendo a motricidade indissociável do campo psíquico, uma vez que é através da expressão do corpo que se espelha a vida psíquica do sujeito, a Psicomotricidade baseia-se nesta integração tonicoemocional e gnosicoprática, através da relação com o outro, o espaço e os objetos (Figueira & Freitas, 2017; Fernandes et al., 2018)

Sendo a Psicomotricidade uma prática que engloba a relação do corpo e da psique, associando o movimento ao mundo interno da pessoa, este é um campo passível e indicado para a atuação na saúde mental (Figueiras & Freitas, 2017). Atuando com sujeitos de qualquer faixa etária, através da relação com o outro, da mediação corporal e de uma escuta ativa, a psicomotricidade intervém nas diferentes áreas do desenvolvimento, quer seja no campo

comportamental, social e emocional, ou ainda cognitivo, sensorial e motor (Raynaud, Danner & Inigo, 2007).

João dos Santos foi um dos principais percussores à conceptualização de uma nova visão relativamente à saúde mental infantil em Portugal, uma vez que trouxe para o país uma perspetiva dinâmica de olhar para os comportamentos ditos desviantes da criança (Vidigal, 2021). O pedopsiquiatra justificava que as perturbações psíquicas e emocionais das crianças dependeriam tanto da relação mãe-filho, como do ambiente vivido pelas mesmas (Rodrigues, Gamito & Nascimento, 2001). Assim, João dos Santos fomentou a importância não só da intervenção, mas também da prevenção da saúde mental infantil, através da compreensão holística da criança, da sua individualidade e nos diversos contextos em que está inserida – família, escola e comunidade (Vidigal, 2021). Strecht (2012) sublinha inclusive que relações afetivas inadequadas, descontinuadas e frágeis com os pais, levam ao bloqueio do desenvolvimento e da organização e integração do psiquismo.

Uma vez que todas as experiências de vida, num determinado contexto ambiental (físico e relacional), influenciam o desenvolvimento de cada um, a exposição a fatores patológicos precoces poderão afetar a saúde mental da criança e/ou adolescente (Paumel, 2021; WHO, 2005b). Segundo a OMS (WHO, 2005b), metade das perturbações de foro mental iniciam-se antes dos 14 anos e continuam até à fase adulta, o que corrobora com a ideia anteriormente supracitada, onde a prevenção e intervenção precoce são essenciais na saúde mental infantil.

Algumas das possíveis repercussões a situações que afetam a saúde mental das crianças e adolescentes, de acordo com a OMS (WHO, 2005b), são relativas a um atraso no desenvolvimento global, perturbações de vinculação, de foro psíquico e de ansiedade, problemas de comportamento e desequilíbrio/fragilidade emocional. Paumel (2021) refere que na maioria dos casos o mal-estar interno da criança é banalizado pelos adultos, pelo que apenas são reencaminhados para uma intervenção quando os seus comportamentos observáveis se acentuam de forma desviante.

Winnicott introduziu o conceito de “meio facilitador” em saúde mental infantil para o crescimento psíquico, i.e., um ambiente exterior estimulante e adequado permitirá à criança desenvolver as suas aptidões e ultrapassar as suas dificuldades (Strecht, 2012). Fazendo a ponte com a Psicomotricidade, esta é uma prática que permite ser esse meio facilitador para o crescimento psíquico da criança, uma vez que não só procura dar significado simbólico à sua expressão corporal, como também reflete sobre a sua relação com o espaço, objeto, pares, adulto

e dela própria (Rodríguez & Llinares, 2008; Fernandes et al., 2018). Strecht (2012) sublinha que para o desenvolvimento infantojuvenil ser saudável, este organizar-se-á de acordo com um intenso desejo de crescer e de prazer de conhecer por parte da criança, aliado a um meio emocionalmente seguro e estimulante, lugar esse que a Psicomotricidade pode contribuir.

Tendo em conta que a expressão corporal é a forma mais arcaica de manifestar a realidade psíquica de cada um, considerando o olhar holístico na criança que João dos Santos refere e sendo a Psicomotricidade uma prática que tem como base a relação corporal terapêutica entre o psicomotricista e a criança, com o intuito de fornecer ferramentas à mesma para ultrapassar dificuldades psíquicas e conflitos internos, então é possível considerar a Psicomotricidade como uma intervenção adequada para a saúde mental infantil, pois promove a integração de um desenvolvimento harmonioso (Paumel, 2021; Vidigal, 2021; Raynaud et al., 2007).

Os psicomotricistas podem atuar numa vertente preventiva e/ou educativa, reabilitativa e/ou reeducativa e terapêutica (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2021). Consoante as características pessoais e profissionais do psicomotricista, o contexto de intervenção e as particularidades da criança, a prática psicomotora poderá atuar consoante um carácter relacional ou instrumental (Martins, 2001b). No que toca à prática com um enfoque instrumental, esta é de cariz mais diretivo, onde se sublinha a intencionalidade e consciencialização da ação, havendo uma relação mais precisa com os objetos e as características do envolvimento.

De acordo com Costa (2008) a Psicomotricidade de cariz relacional baseia-se na qualidade da relação estabelecida entre a criança e o psicomotricista, onde, através da promoção do gesto espontâneo da criança, das suas motivações pessoais e da sua criatividade, se maximiza a integração global do “eu”. Assim, de modo a possibilitar a otimização das suas competências, através de um ambiente de mútua confiança, o psicomotricista teve ter uma atitude não-diretiva, empática e compreensiva para com a criança.

A prática psicomotora de base relacional atua na expressão de fatores psicoafectivos, intimamente ligados ao desenvolvimento cognitivo, socioemocional e psicomotores a eles inerentes (Vieira, 2009). Tal como Tissié (1901, cit. in Costa 2008) e Wallon (1925, 1942 & 1945 cit. in Costa 2008) justificam nos seus estudos, é o movimento do corpo que expressa o pensamento interno da criança e que dá vida à sua realidade interna. Assim, este tipo de intervenção visa compreender a relação do mundo interno e externo da criança, com o intuito de atuar na

manifestação de bloqueios relacionais que a mesma projete num ambiente lúdico, seguro e permissivo (Andrade, 2019; Costa, 2008).

São as vivências socioemocionais e afetivas que permitem a estruturação do aparelho psíquico de cada um (do *self*), e é o corpo que expressa essa vida psíquica, constituinte do Eu (Rodrigues et al., 2001). Sendo a emoção e a ação indissociáveis entre si, as expressões motoras que se encontram instáveis ou inibidas, são o espelho de um mal-estar e conflito interno (Rodrigues et al., 2001; Costa, 2008). Assim, a Psicomotricidade de cariz relacional situa-se no plano terapêutico onde se reconstrói as falhas precoces da organização do sentir ao agir, e onde a relação psíquica e corporal não se encontra harmoniosa (Rodrigues et al., 2001)

Sendo o corpo o principal instrumento de trabalho de um psicomotricista (Costa, 2008), uma vez que atua com o corpo em relação (Fernandes et al., 2018), este observa, interpreta e relaciona a expressão corporal global da criança, nas suas diferentes componentes: funcionais, relacionais, cognitivas e afetivas (Rodríguez & Llinares, 2008). Não desfazendo das dificuldades que cada criança demonstre, a Psicomotricidade Relacional dá foco às capacidades que a mesma tem, respeitando a sua expressão e ritmo, através da escuta ativa e de o diálogo tónico-emocional (Cavieles, 2020).

Rodríguez e Llinares (2008) elucidam que, sendo uma sessão de Psicomotricidade Relacional um momento de troca relacional entre o psicomotricista e criança, através do jogo espontâneo e de o diálogo verbal, corporal e expressivo, utiliza-se como ferramentas de trabalho a relação que a criança exerce com espaço e material, tal como o seu próprio ritmo, tempo e necessidades implícitas.

Tal como Fernandes et al. (2018) referem, na psicomotricidade de cariz relacional, sendo a qualidade da relação estabelecida entre o psicomotricista e a criança a base deste modelo, deve-se considerar a mesma como algo atual e no presente, de modo a usufruir das competências, qualidades e capacidades da criança. Assim, o psicomotricista deve adaptar-se tónico emocionalmente à criança, transmitir-lhe segurança e ainda estar totalmente disponível, de modo a que esta atitude relacional responda às suas necessidades e do que esta precisa em todo processo terapêutico (Mira & Fernandes, 2015). Dando referência a Aucouturier (2007, cit. in Mira & Fernandes, 2015), a relação entre o psicomotricista e a criança cinge-se, essencialmente, ao acolhimento empático do primeiro para com o segundo, possibilitando a que a criança evolua de o prazer do agir ao prazer de pensar.

Em suma, a psicomotricidade relacional é uma abordagem em que se prioriza a relação do ser, entre o corpo e a psique, através de estratégias lúdicas, com o intuito de potenciar capacidades funcionais, psicoafectivas e tonicoemocionais da criança (Fernandes et al., 2018).

II- Caracterização da Instituição e da População

2. Caracterização da Instituição e População Atendida

O estágio curricular ocorreu num centro de acolhimento temporário, que acolhe crianças em perigo e/ou vítimas de maus-tratos infantis, retiradas por ação judicial, entre os 0 e os 6 anos. Denota-se que há crianças com idades superiores às mencionadas anteriormente, pois a casa pervigília a não separação das fratrias. Para além disto, as crianças permanecem na casa após completarem os 6 anos, i.e., entram com idade inferior, mas mantêm-se na mesma até terem o projeto de vida concluído.

A Associação tem como principal objetivo promover o acolhimento residencial ou familiar destas crianças, priorizando a sua segurança e trabalhando para que as mesmas integrem uma família que as valorize e proteja.

Tendo como base a visão holística das crianças, realiza uma prestação de serviços de intervenção junto das mesmas e das suas famílias. Assim sendo, após a criança ser acolhida, e dentro do primeiro mês, elabora-se um plano de desenvolvimento individual da criança (PDIC), tendo em consideração o diagnóstico interdisciplinar - que inclui as vertentes jurídicas, sociais, médicas, desenvolvimentais (psicológico, pedagógico, cognitivo e motor). Com base nessas informações ocorre o encaminhamento para consultas de especialidade se necessário, e delinea-se os objetivos a promover no que toca às capacidades físicas, sociais, emocionais e cognitivas de cada criança. O PDIC é monitorizado todos os meses e reavaliado trimestralmente. Na mesma linha de pensamento, e dentro dos dois primeiros meses, desenvolve-se igualmente um plano de desenvolvimento individual familiar (PDIF).

Considerando todos os dados recolhidos da criança e da sua família desenvolve-se o projeto de vida, com a duração de seis meses. Este engloba: a reintegração na família biológica nuclear ou alargada (sempre que possível); a inserção numa família de acolhimento (adoção); o apadrinhamento civil; ou em último recurso, a colocação de uma instituição que garanta o melhor acompanhamento e desenvolvimento (institucionalização). Denota-se que se trabalha sempre junto das famílias no período de acolhimento e aquando da reintegração da criança.

Ao nível da estrutura organizacional da casa, esta tem uma equipa educativa – composta pelas cuidadoras das crianças – e uma equipa técnica, constituída pela diretora, assessoria, coordenadoras de equipa educativa, gestora de família e técnico de referência. A equipa técnica reúne semanalmente, ambas as equipas (técnica e educativa) têm reuniões quinzenais e mensalmente ocorre uma reunião entre a equipa técnica e apenas as cuidadoras de referência das crianças.

As rotinas diárias da criança, desde nutrição, higiene, saúde e descanso, são igualmente garantidas, tal como a disponibilização de diversas atividades. Sublinha-se que está implementado um plano de registo para controlo e verificação através de um livro de ocorrências. Relativamente às valências disponíveis neste centro de acolhimento, para além do serviço de Psicomotricidade Relacional, existe também o trabalho terapêutico de história de vida, assegurada por uma psicóloga.

3. Maus-tratos Infantis

3.1. Definição

Não existindo uma definição universal de “maus-tratos infantis”, devido à existência de várias realidades e complexas (Azevedo & Maia, 2006), segundo a APAV (2011), o termo refere-se a todas as ações ou omissões propositadas pelos cuidadores/pais das crianças e jovens que vão contra os seus direitos e necessidades, ameaçando e afetando a sua dignidade, segurança e desenvolvimento socio emocional, psicológico, físico, cognitivo e biológico.

Saúde física e mental, educação, identidade, desenvolvimento emocional, comportamental e cognitivo, e capacidade de autonomia, são algumas das necessidades fundamentais para um crescimento saudável da criança ou jovem que, aquando inviabilizadas, colocam os mesmos numa situação e maltrato infantil (APAV, 2011).

É possível subdividir os maus-tratos infantis em dois grandes grupos, os maus-tratos ativos/abusos e maus-tratos passivos/negligência (APAV, 2011; Azevedo & Maia 2006). De acordo com a APAV (2011), no que toca aos maus-tratos ativos, encontram-se dentro dessa categoria os abusos psicológicos, emocionais, físicos e sexuais, a exposição à violência interparental e a síndrome de *Munchausen* por procuração. Já os maus-tratos passivos englobam negligência psicológica, emocional, física e *failure to thrive* (negligência física específica que impede à criança ou jovem a aquisição de peso e estatura expectáveis para a idade) (APAV, 2011).

É de se referir que o tráfico de crianças e jovens para fins de exploração de trabalho, o trabalho infantil, a mendicância e o abandono, são ainda outras formas possíveis de maus-tratos infantis.

Apesar de existirem diferentes categorizações de maus-tratos consoante os autores, considera-se que a fronteira entre o abuso/negligência física da emocional não é tão linear, uma vez que ocorrendo o primeiro, o segundo estará igualmente implícito e presente (Azevedo & Maia, 2006; Crosson-Tower, 2014). Na mesma linha de pensamento, Crosson-Tower (2014) acrescenta que qualquer que seja o tipo de maltrato emocional, esse é o que terá mais impacto na vida futura da criança, comparativamente ao físico.

3.2. Tipologia dos Maus-tratos

Tendo em consideração as categorias anteriormente supracitadas, explicitar-se-á de seguida e com mais detalhe a negligência física e emocional e o abuso físico, emocional e sexual. Reforça-se que todas as situações posteriormente desenvolvidas partem dos progenitores ou cuidadores da criança ou jovem, sendo que a respetiva definição pode variar consoante o contexto social e cultural onde a vítima está inserida (Crosson-Tower, 2014).

3.2.1. Negligência

De acordo com Avdibegović e Brkić (2020) e a APAV (2011), considera-se a negligência como um ato de alheamento ou omissão de resposta às necessidades fundamentais da criança. Azevedo e Maia (2006) elucidam que, por serem atos de omissão, diminui a sua visibilidade sendo mais difíceis de detetar. Contudo, esta não só é a tipologia mais comum, como também é a que está mais associada às outras formas de maus-tratos (Avdibegović & Brkić, 2020). A negligência física e emocional são duas das categorias presentes dentro deste grande grupo.

Ao nível da **negligência física** esta pode ser caracterizada como a incapacitação de resposta às necessidades básicas da criança, relativamente a cuidados de higiene, alimentação, saúde, educação, vestuário e de proteção/segurança (APAV, 2011). Azevedo e Maia (2006) sugerem que a negligência física pode ocorrer quer de forma consciente, quer por ignorância, falta de formação/informação, ou ainda por incapacidade parental. Ilustrando esses comportamentos encontra-se ausência de hábitos alimentares adequados, pouco cuidado de higiene pessoal e de vestuário, desinteresse na vida escolar da criança, falta de supervisão a situações que a coloquem em perigo e alheamento a cuidados essenciais de saúde (APAV, 2011).

A omissão e falta constante de amor, cuidado, afeto, responsividade ou interesse pela criança, é o que define a **negligência emocional**, que poderá causar mal-estar emocional na mesma

(APAV, 2011). São exemplos dessas ações a ausência de manifestações de afeto, desinteresse pelos gostos, expressões de afetividade ou atividades da criança, ou ainda desatenção de dificuldades emocionais que a mesma possa estar a viver.

3.2.2. Abuso

Segundo a APAV (2011) uma situação de abuso refere-se a ações intencionais e premeditadas que afetem, vão contra e são incompatíveis com as necessidades fundamentais e básicas da criança. O abuso físico, sexual e psicológico/emocional são formas de expressão desses mesmos comportamentos.

Pode-se considerar a definição de **abuso físico** como qualquer tipo de comportamento, ato ou agressão dirigida não acidentalmente, com ou sem a utilização de objetos, que provoque lesões físicas externas ou internas na mesma (Azevedo & Maia, 2006; Crosson-Tower, 2014). Nódos negros, hematomas, ossos partidos ou queimaduras são algumas das sequelas que surgem de ações como bater, pontapear ou atirar objetos contra a criança, características de situações de abusos físicos (APAV, 2011; Azevedo & Maia, 2006).

No que toca ao **abuso sexual**, este é relativo a situações que sujeita ou envolve a criança em qualquer tipo de atos de cariz sexuais que visa à satisfação sexual do adulto, podendo ou não implicar o contacto físico (APAV, 2011; Azevedo & Maia, 2006). Acariciar a criança ou obrigar a que este acaricie o adulto, forçar a penetração (digital, oral, genital ou anal) ou assistir/participar em atividades de teor sexual são comportamentos que envolvem violência sexual (APAV, 2011).

Por fim, relativamente ao **abuso emocional**, este caracteriza-se por atos intencionais que privem a criança de coabitarem um ambiente seguro e de bem-estar afetivo (APAV, 2011). Enquadram-se nesta categoria atos como rejeitar, desprezar, insultar, humilhar, gritar ou ameaçar a criança (Azevedo & Maia, 2006).

3.3. Fatores de Risco

Considera-se como fatores de risco associados às vítimas de maus-tratos infantis, por características que contribuam para uma maior exposição das crianças ou jovens para as situações de violência anteriormente mencionadas (APAV, 2011).

Assim sendo, tendo como base autores como APAV (2011), Azevedo e Maia (2006), Crosson-Tower (2014), Strecht (2012), Marcelli (2005), Springer e Misurell (2015), Avdibegović e Brkić (2020), Kotch et al. (2008), Norman et al. (2012), Heim et al. (2010), entre outros, desenvolveu-se uma tabela resumo (tabela 1) que integra os fatores de risco enumerados pelos

mesmos. Subdividiu-se os fatores de risco por quatro categorias: os relacionados com as características individuais de cada criança ou jovem; os associados aos próprios progenitores ou prestadores de cuidados; os fatores sociais e ambientais; e por último as características associadas à família de origem.

Tabela 1- Fatores de Risco Associados aos maus-tratos Infantis

Características Individuais da Criança/Jovem	Progenitores/Prestadores de Cuidados	Fatores Ambientais e Sociais	Família de Origem
<ul style="list-style-type: none"> • Idade: crianças mais novas; nascimentos prematuros • Género: crianças do género masculino; • Problemas de saúde: baixo peso; patologias crónicas; <ul style="list-style-type: none"> • Perturbações cognitivas e/ou físicas; • Atrasos no desenvolvimento; • Presença de comportamentos desafiantes e/ou de oposição; 	<ul style="list-style-type: none"> • Pais que viveram situações de maus-tratos infantis; • Não idealização de expectativas criadas em relação à criança; <ul style="list-style-type: none"> • Gravidezes não desejadas e planeadas; • Conflitos conjugais: conflituosidade e hostilidade; separação/divórcio; • Fraca relação mãe/pai-filho: rejeição ou baixa relação afetiva; ausência de vinculação; • Atitudes excessivamente protetoras para com a criança; <ul style="list-style-type: none"> • Alcoolismo e toxicodependência; 	<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento social; • Pobreza ou dificuldades económicas: desemprego; instabilidade profissional; dependência a apoios sociais e subsídios do Estado; • Contexto/Local onde vivem com dificuldades económicas • Instabilidade residencial: atos de violência no meio comunitário; • Ausência de recursos comunitários para proteção de crianças e jovens; 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposição a situações de violência e vivência de traumas; <ul style="list-style-type: none"> • Sobrelotação e más condições habitacionais; • Famílias numerosas; • Monoparentalidade; • Mudanças constantes de residência familiar; <ul style="list-style-type: none"> • Troca frequente de parceiros por parte dos progenitores; • Desorganização e falta de estrutura familiar: ausência de coesão, regras e limites;

3.4. Fatores de Proteção

Por outro lado, considera-se como fatores de proteção condições que atenuam a probabilidade da exposição de violência e da ocorrência de maus-tratos infantis (APAV, 2011). Assim sendo, tendo como base autores como APAV (2011), Azevedo e Maia (2006), Springer e Misurell (2015), Kotch et al. (2008), Norman et al. (2012), Heim et al. (2010), entre outros, desenvolveu-se uma tabela resumo (tabela 2) que integra os fatores de risco enumerados pelos mesmos. Subdividiu-se por três categorias: os associados a questões individuais da criança; os relacionados com as características da família e progenitores; e os fatores de caráter ambiental e social.

Tabela 2- Fatores de Proteção Associados aos maus-tratos Infantis

Características Individuais da Criança/Jovem	Progenitores/Prestadores de Cuidados e Família	Fatores Ambientais e Sociais
<ul style="list-style-type: none"> • Boas competências de comunicação, assertividade e de tomadas de decisão; • Boas capacidades cognitivas, de resolução de problemas e de autorregulação emocional; <ul style="list-style-type: none"> • Elevada autoestima; • Empatia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambiente familiar positivo; • Família organizada, estruturada e segura; • Relacionamento pais-filho positivo, saudável e com bom vínculo; <ul style="list-style-type: none"> • Suporte familiar; 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de adultos e pares com normas e valores adequados; • Relação positiva com os pares; • Estabilidade económica parental;

<ul style="list-style-type: none">• Bom estado de saúde;• Desenvolvimento global adequado à idade;• Temperamento fácil;• Capacidade de autonomia;	<ul style="list-style-type: none">• Transmissão de modelos de conduta adequados;• Proporcionar condições habitacionais adequadas;	<ul style="list-style-type: none">• Ambiente escolar positivo;• Inserção de uma comunidade organizada, coesa e com valores pró-sociais;
--	--	--

3.5. Possíveis Repercussões de Situações de Maus-tratos na Infância

É conhecido que os maus-tratos infantis afetam o desenvolvimento não só no momento de vida em que ocorrem, como também ao longo do crescimento (Azevedo & Maia, 2006). Kotch et al. (2008) sublinham que quanto mais cedo ocorrerem os maus-tratos, maiores são os impactos no desenvolvimento futuro da criança. Assim sendo, considerando os dois grandes grupos de maus-tratos infantis anteriormente descritos, procede-se às possíveis repercussões que essas situações poderão evidenciar na vida das crianças/jovens.

3.5.1. Negligência

Sendo a negligência a omissão de resposta às necessidades fundamentais da criança, as privações relacionadas podem levar a uma desregulação do sistema neural, resultando em défices neurocognitivos, uma vez que o cérebro elimina conexões sinápticas não utilizadas (Avdibegović & Brkić, 2020). Estudos demonstram que crianças vítimas de negligência têm um menor desenvolvimento nas áreas cerebrais responsáveis pela cognição e emoções, e um maior recurso às estruturas responsáveis pelo instinto de sobrevivência, que por sua vez aumentam os níveis de stress (Avdibegović & Brkić, 2020). Avdibegović e Brkić (2020) referem que as zonas corticais e límbicas são também menos desenvolvidas e Bellis (2005) faz referência a uma maior ativação dos sistemas de resposta de stress, que poderão afetar o desenvolvimento do cérebro. Já Glaser (2000) sublinha uma redução do volume cerebral desta população.

Avdibegović e Brkić (2020) evidenciam que estas crianças revelam ter competências cognitivas afetadas, um menor desenvolvimento da linguagem - especialmente a expressiva e recetiva – e ainda dificuldades de aprendizagem, associado a um baixo desempenho escolar.

Do ponto de vista físico tanto crianças vítimas de negligência como de abuso podem ter um crescimento estato-ponderal inadequado e vulnerabilidades psicossomáticas (Strecht, 2012), tal como atrasos nas habilidades motoras (Crosson-Tower, 2014; Strecht, 2012).

Nesta população há a tendência para desenvolver um padrão de vinculação inseguro ou desorganizado (Clément, Bérubé & Chamberland, 2016). No entanto, Avdibegović e Brkić (2020) diferenciam que em idades mais precoces há uma maior propensão para um apego ansioso, ao

impasse de que nas faixas etárias mais velhas se verifica uma maior dependência do outro. Empatia afetada e dificuldade em ter de esperar por uma gratificação, são também características frequentes em crianças vítimas de negligência, que podem inclusive conduzir a momentos de frustração (Avdibegović & Brkić, 2020; Crosson-Tower, 2014). De acordo com o *Institute of Medicine* (IOM) and *National Research Council* (NRC) (2014) podem ainda evidenciar uma representação negativa tanto de si, como dos outros.

No que toca ao desenvolvimento social, é visível um menor envolvimento de crianças vítimas de negligência com os pares (Avdibegović & Brkić, 2020). Há autores que defendem que estas crianças, por acharem que as suas interações são irrelevantes, acabam por internalizar os seus pensamentos, não acreditando nas suas capacidades escolares e/ou com os pares (Avdibegović & Brkić, 2020). Watson (2005, cit. in Avdibegović & Brkić 2020) refere que crianças vítimas de negligência física estão mais associadas à dificuldade de interação social, isolamento e falta de flexibilidade para com os pares.

Ansiedade, impulsividade, dificuldades de regulação emocional, hiperatividade são alguns dos comportamentos que se podem expressar em crianças vítimas de negligência (Bellis, 2005). Avdibegović e Brkić (2020) referem que revelam uma maior presença em comportamentos interiorizados, comparativamente aos que sofrem de abusos. Demonstram ser mais retraídas, passivas e apáticas, tendo também tendência para desenvolver depressão, queixas somáticas, baixa autoestima e ansiedade (Avdibegović & Brkić, 2020). Contudo, também se verifica, com menor expressão, comportamentos exteriorizados, relacionados com impulsividade, agressividade, perturbações do comportamento e atos delinquentes (Avdibegović & Brkić, 2020). Kotch et al. (2008), referem que situações de negligência nos primeiros dois anos de vida podem ser precursores de comportamentos agressivos na infância.

Avdibegović e Brkić (2020) sugerem ainda que a negligência está associada ao desenvolvimento de perturbações da personalidade e de comportamentos suicida e de automutilação.

3.5.2. Abuso

Relativamente a crianças vítimas de abuso, ao nível do desenvolvimento físico, estas são associadas a um maior risco de obesidade (Norman, et al. 2012).

Têm, usualmente, baixa autoestima, pouca segurança nas suas capacidades, medo de falharem e dificuldade em confiarem no outro (Crosson-Tower, 2014; Anda et al. 2006). No

entanto estas crianças demonstram ter boas capacidades de adaptação face a diferentes situações e pessoas. Podem não desenvolver capacidades de compreensão tanto dos próprios sentimentos, como no dos outros, o que dificulta a leitura do seu ambiente, das diferentes situações e afeta a socialização com os pares (Strecht, 2012; Crosson-Tower, 2014; Anda et al., 2006).

No que toca ao desenvolvimento cognitivo Crosson-Tower (2014) refere que poderão revelar dificuldades nas competências de jogo, onde Anda et al. (2006) evidenciam fragilidades na atenção, concentração e na memória. Verifica-se alterações nas áreas do cérebro relativas à organização e integração das experiências emocionais, tal como no ritmo cardíaco e no cortisol, onde, por sua vez estão relacionados com um maior stress (Azevedo & Maia, 2006).

Crosson-Tower (2014) refere que crianças vítimas de abusos físicos aparentam ser passivas e hipervigilantes, contudo, autores como Avdibegović e Brkić (2020) sugerem que esta é uma característica mais generalista de crianças negligenciadas. Numa revisão sistemática, Norman et al. (2012) referem que há um maior número de diagnósticos de stress pós-traumático, de pânico e de bulimia associados a crianças vítimas de abuso físico, comparativamente aquelas de carácter emocional. Os mesmos autores sublinham que são mais visíveis comportamentos exteriorizados em crianças vítimas de abuso físico, incluindo atos delinquentes (e.g. alcoolismo e tabagismo). Podem ter comportamentos agressivos para com os pares, objetos e adultos, ou por outro lado, atitudes de automutilação, como mecanismo de defesa devido a uma revolta interna/angústias pessoais (Anda et al. 2006). Crosson-Tower (2014) refere que a expressão agressiva da criança poderá ser uma forma de chamar a atenção do outro, contudo, o autor identifica inibição verbal como uma repercussão recorrente.

São comuns atrasos na expressão gráfica, linguagem, coordenação psicomotora e na capacidade simbólica (Strecht, 2012). O mesmo autor sustenta que o nível de pensamento é pobre e que o aparelho psíquico se organiza em defesas primitivas. Têm usualmente dificuldades de aprendizagem e em mentalizar situações (Strecht, 2012; Crosson-Tower, 2014).

Relativamente às possíveis repercussões em crianças vítimas de abuso sexual destacam-se sintomas relacionados com o trauma: pesadelos, evitar pensamentos ou hipervigilância (Springer & Misurell, 2015). Podem ser ainda evidenciados comportamentos sexualmente inapropriados, um maior número de parceiros sexuais, instabilidade em relacionamentos amorosos, contrair doenças sexualmente transmissíveis e gravidezes precoces (Springer & Misurell, 2015).

3.6. Maus-tratos Infantis em Portugal

Em Portugal encontra-se em vigor a Lei n.º 26/2018, de 5 de julho, relativa à quarta alteração da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), inicialmente aprovada pelo Decreto-Lei n.º 147/99. Segundo o artigo 1 da Lei n.º 26/2018, a LPCJP tem como objetivo promover os direitos e proteção de crianças e jovens que se encontrem em perigo, garantindo o seu bem-estar e desenvolvimento integral.

Apesar de as alterações realizadas na Lei n.º 26/2018 terem como intuito atualizar o estatuto jurídico de crianças e jovens de nacionalidade estrangeira acolhidas em instituições do Estado ou equiparadas, face ao local de estágio, dar-se-á maior detalhe a outros artigos não modificados.

Observando o artigo 4.º, alíneas a) a h), da Lei n.º 26/2018, os princípios orientadores da intervenção para promoção dos direitos e proteção de crianças e jovens em perigo devem: seguir os interesses superiores das mesmas, dando continuidade às relações de afeto de qualidade significativa, perseverando as que são estruturantes e de referência para um desenvolvimento saudável e harmonioso; promover a sua privacidade; iniciar-se precocemente, ser adequadas às situações e apenas com as entidades indispensáveis; e realizar-se paralelamente com as famílias, prevalecendo as mesmas.

No que toca ao acolhimento residencial, segundo o artigo 49 da Subsecção II da Secção III Lei n.º 26/2018, esta é uma medida onde se coloca as crianças ou jovens em entidades que disponham instalações, equipamentos de acolhimento e recurso humanos permanentes, assegurando cuidados adequados, relativamente às suas necessidades físicas, psíquicas, sociais e emocionais. Estas entidades devem ainda garantir os direitos da criança ou jovem, promover a integração de contextos sociofamiliares seguros, e ainda proporcionar a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral.

Dando referência ao artigo 50.º alíneas 1 e 2 da Subsecção II da Secção III da Lei n.º 26/2018, é nas casas de acolhimento que se tem lugar o acolhimento residencial que obedecem aos modelos de intervenção socioeducativos às crianças e jovens nelas acolhidos, podem estar organizadas em: casas de acolhimento para emergências; para resposta a problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica; ou ainda em apartamentos de autonomização.

Considerando as medidas da LPCJP relativamente ao acolhimento residencial, abaixo encontra-se um gráfico evolutivo retirado do último e mais atual Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (CASA) em 2020, publicado em 2021 pelo Instituto da Segurança Social (ISS), que verifica, na globalidade, uma diminuição do número de crianças e jovens acolhidas desde 2011 (figura 1).

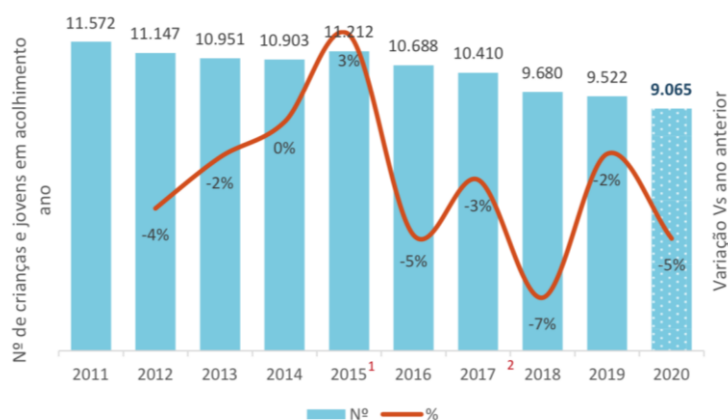


Figura 1- Gráfico da evolução do número de crianças e jovens acolhidos entre 2011 e 2020 (CASA, 2020), retirado de ISS (2021)

O mesmo relatório verifica que foram acolhidas 6706 crianças e jovens, mantendo-se, comparativamente a anos anteriores, o maior número em Lares de Infância e Juventude (LIJ) (58,2%; n=3903) e Centros de Acolhimento Temporário (CAT) (27,4%, n=1836). Na figura 2 encontra-se mais detalhadamente a distribuição dos casos por local de acolhimento.

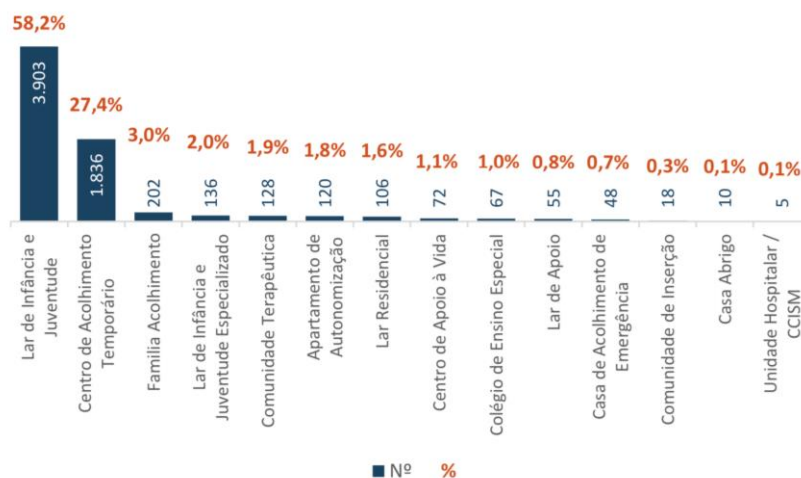


Figura 2 – Gráfico de crianças e jovens por local de acolhimento (CASA, 2020), retirado de ISS (2021)

Do número total de crianças e jovens, o género masculino tem maior prevalência (n=3488) comparativamente ao feminino (n=3218). No que toca à faixa etária verifica-se uma maior percentagem entre os 15-17 anos com uma representatividade de 35.3% (n=2364), de seguida o

escalão entre os 12-14 anos com 17.1% (n=1144) e por fim entre os 18 e 20 anos com 13.8% (n=923). Já com menor prevalência encontram-se as faixas etárias dos 4-5 anos (4%), 21 e superior (4.5%), 10-11 anos (6.8%) e 0-3 e 6-9 (9.3% cada). O relatório da CASA 2020 identifica ainda que das 6706 crianças institucionalizadas, 1825 tem problemas de comportamento, com maior incidência nos jovens de 15 a 17 anos.

Importa referir que apesar de estarem disponíveis os dados relativos ao número de crianças e jovens em situação de acolhimento, não é totalmente conhecida a verdadeira dimensão dos maus-tratos infantis em Portugal, porque se trata de uma realidade complexa onde estão envolvidos diversos fatores e abordagens (Azevedo & Maia, 2006). Kotch et al. (2008) reforçam ainda que, na globalidade, há casos que acabam por não ser efetivamente detetados, o que desinflaciona os números reais de maus-tratos.

4. O Papel do Psicomotricista na Instituição

O papel do psicomotricista na presente casa de acolhimento residencial passa não só por efetuar uma intervenção terapêutica com a criança, como também em realizar a monitorização do desenvolvimento no resto do seu contexto de vida, trabalhando com as famílias, equipa interna e outras entidades externas (escola, médicos, etc.). Tal como Strecht (2012) indica, sem a coesão com o seu contexto externo, estas crianças podem crescer sem um sentimento de pertença com elas mesmas como uma unidade íntegra, ou, por outro lado, podem-no fazer separadamente da sua realidade envolvente. Desta forma, o autor sugere que é fundamental não só ter-se um olhar atento aos comportamentos da criança fora do contexto terapêutico, como também trabalhar em equipa multidisciplinar, de modo a obter uma visão global da mesma. Além do mais, é também através do tipo de relação que a criança estabelece com os outros e consigo própria que se observa a evolução da organização do seu mundo interno (Strecht, 2012).

Após o acolhimento da criança, o psicomotricista observa-a durante a sua primeira semana de integração, encaminhando para consultas específicas do desenvolvimento se se justificar, e dando o respetivo *feedback* e estratégias às cuidadoras, relativamente à forma de como devem responder às suas necessidades e atitudes. Desta forma o psicomotricista orienta as cuidadoras, dotando-as para que sejam o máximo de empáticas e responsivas com as diferentes crianças. Caso seja necessário, as crianças integram as sessões de psicomotricidade, em qualquer altura que se demonstre terapeuticamente essencial.

No primeiro mês de acolhimento o psicomotricista recolhe igualmente os dados do seu comportamento, tanto na escola, pelo *feedback* das educadoras ou professoras, como na casa, através da observação, de modo a concluir a avaliação do seu desenvolvimento. Denota-se que esta monitorização é contínua, não sendo estanque ao primeiro mês, sendo realizada em todas as crianças, independentemente de usufruírem ou não de sessões de psicomotricidade.

Ao nível do trabalho junto das famílias, o técnico procura ainda promover a relação criança-pais, através de o entendimento das características da criança. As primeiras integrações do “eu”, onde se estabelecem as questões emocionais, posturais, mímicas, motoras e rítmicas, surgem através das interações do corpo da mãe e do bebé em que a qualidade da vinculação estabelecida entre ambos, através desse diálogo tónico, influencia e permite a organização da identidade da criança (Costa, 2008; Crosson-Tower, 2014). Posto isto, é fundamental ter-se em consideração a qualidade de relação que foi estabelecida com a mãe, as experiências corporalmente vividas da criança, as suas características genéticas e o contexto em que está inserida, para compreender a personalidade psicomotora da criança.

Em suma, dentro de um *setting* terapêutico seguro, o psicomotricista numa casa de acolhimento tem como objetivo primordial ter um efeito reparador do “eu” da criança, trabalhando em uníssono com o funcionamento externo da instituição, de modo a proporcionar a reconstrução de confiança da criança com o mundo exterior – espelho de uma segurança interior (Strecht, 2012).

III- Organização das Atividades de Estágio

5. Descrição das Atividades de Estágio

5.1. Aspetos Gerais e Calendarização

O estágio curricular teve duração de 9 meses, com início a 1 de outubro de 2021 com término a 8 de julho de 2022. O horário semanal foi segunda, quarta e sexta, das 14h00 às 20h00, uma vez que era apenas nesses dias que ocorriam as sessões de psicomotricidade.

De outubro a dezembro a estagiária participou passivamente nas sessões de psicomotricidade, dando prioridade à observação dos casos. Após este período de observação a estagiária realizou uma avaliação inicial às diferentes crianças em janeiro de 2022. A partir desse momento, esta começou a ter um papel mais ativo na sessão, guiando parcialmente as mesmas.

Entre fevereiro e junho ocorreu a intervenção propriamente dita, sendo que no final de junho e início de julho decorreram as avaliações finais dessas mesmas crianças. No Anexo 1 encontra-se, mais detalhadamente, o cronograma do estágio.

O horário semanal nunca foi estanque, uma vez que era necessário efetuar alterações consoante a entrada/saída de crianças na casa de acolhimento, visitas parentais e/ou retificação do horário sessões de psicomotricidade nos diferentes casos. Contudo, destaca-se a existência de reuniões quinzenais com a equipa técnica e mensais com as cuidadoras de referência (quartas e sextas-feiras). Para além disso a estagiária reunia semanalmente com a orientadora, de modo a discutir, debater e refletir sobre os diferentes casos.

5.2. Experiências Complementares

Denota-se que ao longo do estágio curricular a estagiária esteve presente nalgumas reuniões de equipas técnicas da associação, tal como observou, pontualmente, visitas dos familiares das crianças. Para além disso, de modo a debater-se os diferentes casos acompanhados, como possíveis dúvidas que pudessem surgir, a estagiária tinha reuniões regulares com a orientadora local.

Teve ainda a possibilidade de poder observar a dinâmica e organização dentro da casa, desde horários, a funções e interações das diferentes cuidadoras e técnicas. Durante um período houve ainda a necessidade de a estagiária e a terapeuta terem de ir buscar algumas das crianças às respetivas escolas e/ou assegurarem outras funções por falta de cuidadoras.

6. Intervenção Psicomotora no Local de Estágio

Ao nível das sessões de psicomotricidade, estas ocorriam sempre no mesmo local, o salão, utilizando materiais trazidos pela terapeuta e alguns já presentes na sala, nomeadamente colchões, piscina de bolas e/ou materiais de construção. Sublinha-se que, com o fim de promover a separação terapêutica dos objetos comuns e do dia-a-dia das crianças, não se utilizava a maior parte dos brinquedos já presentes neste espaço. Todas as sessões foram realizadas em coterapia, com a estagiária e a psicomotricista da casa de acolhimento.

No que toca ao encaminhamento para a psicomotricidade, uma vez que a instituição defende uma visão holística da criança, nem todas usufruem desta valência direta, o que não invalida a constante monitorização das crianças. Há casos que, após entrarem na casa, integram de imediato as sessões de psicomotricidade, outras que não têm a necessidade terapêutica de ter.

É de se sublinhar que o que motiva o acompanhamento em psicomotricidade engloba:

- a) Atrasos globais no desenvolvimento;



- b) Comportamentos exteriorizados e interiorizados desadequados na interação com os pares e os outros – em contexto escolar e/ou dentro da casa;
- c) Perturbações da vinculação
- d) Perturbações de comunicação e de competências relacionais – dificuldade nas relações interpessoais;
- e) Dificuldade de o ajuste de respostas e de introdução de estratégias da equipa educativa na atuação com a criança.

O tempo por sessão dependeria de questões de amadurecimento da criança e consoante as suas capacidades, sendo que em poderia variar entre 30 a 45 minutos.

Na associação, o modelo psicomotor utilizado nas sessões é de base relacional, no sentido em que se prioriza a qualidade da relação estabelecida entre o psicomotricista e a criança, onde o primeiro, através de uma postura não-diretiva, vai ao encontro das motivações pessoais da criança e do seu gesto espontâneo (Costa, 2008). Assim sendo, e tenho em consideração este modelo de intervenção, ao nível de a sessão-tipo, é de se frisar, em primeira instância, de que a terapeuta e estagiária não tinham um planeamento estanque com atividades específicas, mas recorriam sim ao jogo espontâneo da criança e ao que a mesma demonstrasse vontade de fazer. A partir daí ambas guiavam a sessão consoante os objetivos terapêuticos, a personalidade psicomotora da criança e a sua disponibilidade.

Posto isto, as sessões recorreram à seguinte organização:

- 1- Momento de entrada: varia consoante a idade da criança. Nas mais novas estas sentam-se na zona onde se retiram os sapatos e realiza-se o que designam de “aperta”, onde a terapeuta/estagiária, enquanto cantam uma música, pressionam as extremidades distais inferiores e/ou superiores da criança. Já nas mais velhas, estas retiram os sapatos, sentam-se na cadeira, colocam o nome na folha e contam as novidades do seu dia.
- 2- Registo de Ideias: apenas realizado às crianças que já tenham capacidade previsão de acontecimentos – usualmente às mais velhas. Após se decidir a ordem das ideias a executar, cada participante regista, através de palavras, símbolos ou desenhos, o que se irá efetuar na sessão.
- 3- Corpo da sessão: momento onde se realiza as diferentes ideias planeadas, pelas crianças que o façam, ou jogos espontâneos por aquelas que ainda não têm capacidade de previsão;

- 4- Retorno à calma: restabelecimento da calma da criança, podendo ser desempenhado de diferentes formas, consoante a sua vontade. Recorre-se a técnicas de relaxação (e.g.: utilização de uma bola para fazer pressão ao longo do corpo), terapias expressivas (e.g.: dança) ou toque terapêutico com ou sem a utilização de outros materiais (e.g.: tecidos)
- 5- Momento de saída: nesta etapa reflete-se sobre o que aconteceu na sessão, desde a atividades realizadas como consciencialização de determinadas atitudes, podendo-se inclusive planear algo para a próxima sessão. Posteriormente coloca-se os sapatos, despedem-se e saem da sala.

7. Etapas de Intervenção

7.1. Observação

De modo a estimular a capacidade de observação e o olho clínico da estagiária, em outubro, novembro e dezembro, foi delineado com as orientadoras académicas e locais, uma participação passiva da mesma nas sessões de psicomotricidade dos diferentes casos. Deu-se prioridade à observação da relação da terapeuta para com as crianças e da identificação das características e necessidades das mesmas, traduzidas nos seus comportamentos. Contudo, caso a criança requeresse-se da participação da estagiária nas atividades, a mesma assim o fazia.

Desta forma, foi possível observar componentes psicomotores espontâneos da criança, de modo a captar a personalidade global da mesma, permitindo assim uma melhor compreensão do caso.

7.2. Avaliação

Após o período de observação passiva da estagiária nas sessões de psicomotricidade, esta realizou uma avaliação inicial aos diferentes casos, passando igualmente a ter um papel mais ativo nas sessões.

Neste processo teve-se em consideração vários momentos de avaliação, um de carácter formal ao qual se recorreu a testes padronizados, e outro informal, onde se enquadraram as observações psicomotoras das crianças através das sessões de psicomotricidade, desenvolvendo posteriormente as vinhetas clínicas que incluíam os dados anamnésicos disponíveis da criança. A aplicação formal dos testes ocorreu em simultâneo das sessões de avaliação informal.

É de se frisar que, sendo a presente instituição uma casa de acolhimento, onde as crianças ficam por um período indefinido e temporário, alguns dos casos que a estagiária observou saíram da casa, retornando para as suas famílias. Face a este facto, não foi possível concluir a avaliação

de alguns casos, tal como, da mesma forma, não foram aplicados a todos os participantes os instrumentos padronizados, utilizando as informações disponíveis pela associação e as observações informais para a elaboração das suas vinhetas clínicas. A estagiária foi sempre ao encontro das diretrizes da instituição, respeitando e privilegiando a sua metodologia de intervenção. Assim sendo, com a premissa de que a terapeuta estaria sempre presente nas sessões, de modo a não perder o trabalho e relação terapêutica desenvolvida até então, respeitando as sessões destinadas a cada criança, não foi possível efetuar outras avaliações num período fora do estabelecido com as mesmas.

7.2.1. Avaliação Formal

Ao nível da avaliação formal, recorreram-se a testes padronizados, que iam ao encontro não só do contexto em que se inserem as crianças, como também da faixa etária dos participantes. Procurou-se instrumentos que englobassem a metodologia de intervenção da instituição, tal como aqueles que refletissem questões comportamentais e emocionais de cada criança.

Assim sendo e dentro das possibilidades disponíveis, concluiu-se que os instrumentos mais adequados a aplicar seriam o *Infant-Toddler Social & Emotional Assessment (ITSEA)* (Carter e Briggs-Gowan, 2006), a *Children Behavior Checklist (CBCL)* (Achenbach & Rescorla, 2001); o *Drawa-Person: A Quantitative Scoring System (DAP)* (Naglieri, 1988); e o *Movement Assessment Battery for Children- Second Edition (MABC-2)* (Henderson, Sugden & Barnett, 2007).

7.2.2. Avaliação Informal

No que toca à avaliação informal, seguindo o modelo de base relacional, recorreu-se à observação psicomotora dos comportamentos da criança durante as sessões de psicomotricidade, que teve um carácter espontâneo, criativo e imaginativo, uma vez que não se pediu nada em concreto à mesma (Costa, 2008). Desta forma, a partir do gesto espontâneo da criança conseguiu-se verificar aspetos como: lateralização, qualidade e intenção do movimento, equilíbrios, deslocação e orientação do espaço, manipulação dos objetos, linguagem e conteúdo do discurso, a assertividade ou ainda a expressão psicomotora (incluindo a comunicação não verbal da criança). Acrescenta-se que se deu igual prioridade à compreensão da forma de interação da criança para com o adulto, objetos e espaço nas suas atitudes, gestão de distanciamento e atividades espontâneas (Costa, 2008). Denota-se que foi utilizada a Grelha de Observação Psicomotora (GOP) para fins de registo (Anexo 2).

Para além disto, foram ainda recolhidos através da equipa da instituição, os elementos sobre a história da criança (dados anamnésicos e clínicos) num período pré e pós acolhimento, desde:

data de nascimento, dinâmicas das relações familiares, desenvolvimento, motivo de entrada para a instituição, projeto de vida, historial na casa e a descrição da interação com os pares.

7.3. Projeto Terapêutico

Após recolhidas todas as informações necessárias para desenvolver as vinhetas clínicas iniciais das crianças, delineou-se os respetivos projetos terapêuticos, identificando quais os principais objetivos a atingir consoante as suas necessidades terapêuticas.

8. Descrição dos Instrumentos

8.1. Grelha de Observação Psicomotora

A adaptação utilizada da GOP é um instrumento constituído por seis categorias relativas à apresentação, interação com o terapeuta, com os pares e com o meio envolvente, funções executivas e linguagem não verbal. Cada uma destas categorias divide-se em vários subdomínios. O objetivo desta grelha é a avaliação qualitativa da presença, ausência ou frequência de um determinado tipo de comportamento observável no decorrer da intervenção psicomotora, sendo que deve ser utilizado para verificar a progressão terapêutica do sujeito.

Este instrumento não tem nenhum material específico, é aplicado tendo em conta o critério do observador em qualquer idade e população. É de se sublinhar que tendo em consideração a população atendida e as suas características, dar-se-á especial foco na avaliação, observação e progressão terapêutica de todos os casos, nos domínios da interação e relação com o terapeuta e relação com o envolvimento (relativo aos comportamentos exteriorizados e interiorizados, tipo de jogo e relação com os objetos). Contudo não se invalida as restantes categorias, continuando as mesmas a ter a devida relevância no olhar global da criança.

Denota-se que este é um instrumento utilizado na instituição do local de estágio, pelo que se privilegiou a utilização do mesmo.

8.2. *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*

O ITSEA é um instrumento que avalia o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 35 meses de idade, identificando áreas que possivelmente se encontram preocupantes (Carter & Briggs-Gowan, 2006). É constituído por um questionário para os pais/cuidadores da criança e outro para os prestadores de cuidados (e.g. educadores).

O questionário apresenta um total de 170 questões divididas em diferentes secções (A a F), englobando não só núcleos de itens de inadaptação, ligação social e atípicos, como também de

domínios de comportamentos exteriorizados, interiorizados, de desajustamento e de competência (Carter & Briggs-Gowan, 2006). Posteriormente cada domínio subdivide-se em diferentes subescalas: Atividade/Impulsividade, Agressão/Provocação e Agressividade para com os pares (domínio de exteriorização); Depressão/Isolamento, Ansiedade Geral, Medo de Separação e Inibição à Novidade

Ao nível de cotação do perfil global da criança o avaliador verifica o valor T correspondente a cada escala tendo em consideração a média de respostas, identificando aquelas que se encontram com valores normativos e preocupantes. Já no nível de expressão de cada subescala, é comparada a média de respostas de cada categoria com os valores limite correspondentes (Carter & Briggs-Gowan, 2006). Denota-se pelo que a classificação não se destina a fins de diagnóstico.

8.3. *Children Behavior Checklist*

A CBCL é um questionário que avalia os problemas comportamentais e emocionais de crianças e jovens entre os 4 e os 18 anos, sendo aplicado aos pais ou cuidadores de referência (Achenbach, 2001).

Possui um total de 118 itens, estando dividido em duas partes: a primeira composta por 113 itens que identificam problemas de comportamento, com três níveis de resposta, variando de 0 (não é verdadeiro) a 2 (muito verdadeira); e a segunda parte com questões relativas às competências sociais (Achenbach, 2001).

O número total de itens agrupa-se, posteriormente, em diferentes subescalas, sendo essas: Ansiedade/Depressão; Isolamento/Depressão; Queixas Somáticas; Problemas Sociais; Problemas de Pensamento; Problemas de Atenção; Comportamento Delinvente; Comportamento Agressivo (Achenbach, 2001). Estas subescalas são posteriormente divididas em duas grandes categorias: Internalização e a Externalização. Após a cotação do questionário, obtém-se a classificação final, variando entre nível clínico, *borderline* ou normativo. Denota-se pelo que a classificação não se destina a fins de diagnóstico.

8.4. *Draw a Person*

O *Draw a Person* (DAP) é um instrumento quantitativo validada para a população americana e aplicável a sujeitos entre os 5 e os 17 anos de idade, que tem como objetivo avaliar o desenvolvimento intelectual de crianças e adolescentes através do desenho da figura humana

(Naglieri, 1988). Os resultados que se obtêm no DAP não estão dependentes da qualidade subjetiva do desejo, nem da coordenação motora fina.

A aplicação do teste passa pela solicitação da realização de três desenhos em folhas distintas, de um homem, uma mulher e do próprio, no tempo máximo de 5 minutos em cada figura (Naglieri, 1988). Ao nível da cotação, esta é preenchida em 14 categorias (braços, ligações, vestuário, orelhas, olhos, cabelo, pés, dedos, cabeça, pernas, boca, pescoço e tronco), num total de 64 itens, tendo em consideração quatro parâmetros (presença; detalhe; proporção; e bónus). No final cota-se a pontuação final, sendo que a pontuação máxima é de 192 (Naglieri, 1988).

Posteriormente converte-se o resultado em valores standard e em percentis pela consulta de tabelas normativas, obtendo por fim a classificação final, que pode variar, consoante a média entre “*very superior; superior; high average; average; borderline; deficient*” (Naglieri, 1988). Denota-se que a classificação não se destina a fins de diagnóstico e, apesar de o instrumento não estar validado para a população portuguesa, demonstra ter bons contributos para as avaliações dos casos.

8.5. *Movement Assessment Battery for Children 2nd Edition*

A *Movement Assessment Battery for Children – Second Edition* (MABC-2) é um instrumento que permite identificar as dificuldades motoras em crianças entre os 3 e os 16 anos (Henderson et al., 2007). É constituída por uma avaliação quantitativa compreendida em diferentes tarefas, providenciando igualmente uma avaliação qualitativa relativa à performance da criança, integrando a disponibilidade da mesma, a sua forma de desempenho e possíveis fatores que possam influenciar os resultados.

A bateria está dividida em três bandas consoante a faixa etária da criança: a banda 1 é para idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, a banda 2 entre os 7 e os 10 anos e a banda 3 entre os 11 e os 16 anos (Henderson et al., 2007). Cada banda subdivide-se em três áreas motoras - equilíbrio estático/dinâmico; habilidades com bola e destreza manual – tendo um total de oito tarefas. O tempo de aplicação varia consoante fatores como a idade da criança, a sua pré-disposição para efetuar as provas, o nível de dificuldade e a experiência do avaliador (Henderson et al., 2007).

Após realizadas as tarefas cota-se a pontuação e, converse-se para valores *standard* e correspondentes a cada faixa etária, permitindo posteriormente a interpretação dos resultados finais (Henderson et al., 2007). A classificação varia entre “zona verde” (sem dificuldades do

movimento), “zona amarela” (em risco de ter dificuldades ao nível do movimento) e “zona vermelha” (presença de dificuldades significativas no movimento”) (Henderson et al., 2007).

9. Descrição dos Casos Acompanhados

Ao todo foram acompanhadas nove crianças, com idades compreendidas entre os 0 e os 7 anos. É de se frisar que, sendo a presente instituição uma casa de acolhimento, onde as crianças ficam por um período indefinido e temporário, alguns dos casos que a estagiária observou abandonaram o acompanhamento por retorno para as suas famílias.

Até fevereiro de 2022 todos os casos observados tinham sessões individuais, ao que, a partir desse mês, surgiu a necessidade terapêutica de se formarem pequenos grupos, passando a haver dois grupos de crianças com dois participantes cada. Serão descritos posteriormente os casos acompanhados.

9.1. Casos Individuais

Na tabela 3 encontram-se os casos observados e acompanhados ao longo deste período, com maior detalhe. Denota-se que ao longo de todo o presente relatório os nomes atribuídos são fictícios.

Tabela 3 - Descrição dos casos individuais

Nome	Idade	Periodicidade	Tempo de Intervenção/Observação
Pedro	2 anos	Bissemanal	Outubro-Julho
Manuel	7 anos	Bissemanal Individual de Outubro a Janeiro; Semanal Individual de Fevereiro a Julho	Outubro-Julho
António	6 anos	Bissemanal Individual de Outubro a Abril	Outubro-Julho
Luís	7 anos	Semanal de Outubro a Janeiro	Outubro-Julho
Afonso	11 meses	Trissemanal	Fevereiro-Julho
Ana	2 anos	Semanal	Outubro-Janeiro
Marta	3 anos	Semanal	Outubro-Abril
Miguel	1 ano	Semanal	Outubro-Dezembro

A estagiária observou e participou em sessões pontuais de outros três casos, não os acompanhando a longo prazo por razões terapêuticas inerentes às crianças. Denota-se que nenhuma das crianças tem um diagnóstico associado, contudo há sintomas que poderão corresponder a possíveis quadros clínicos. Abaixo descrever-se-á com maior detalhe os casos observados, com exceção de “Manuel” e “Pedro”, desenvolvidos posterior e respetivamente no ponto “IV- Estudo de Caso 1: Manuel” e “V- Estudo de Caso 2: Pedro”. As vinhetas clínicas iniciais foram redigidas a janeiro de 2022, pelo que, nos meses de outubro a dezembro de 2021,

destinou-se ao período de observação, com participação passiva da estagiária nas sessões. Estas informações irão contribuir para as vinhetas clínicas iniciais de todas as crianças, por conterem dados essenciais para o conhecimento das mesmas. Nos casos clínicos “Ana” e “Miguel”, face ao abandono das crianças da instituição as vinhetas iniciais e finais não foram concluídas, contudo foi possível redigir parte da vinheta clínica de “Ana” com as informações disponíveis até à data. O caso clínico “Afonso” deu entrada nas sessões de psicomotricidade a fevereiro de 2022, sendo que o mesmo foi conduzido pela terapeuta da instituição.

António

O António foi inserido em pequeno grupo a janeiro de 2022, deixando de ter sessões individuais em abril. Uma vez que esse período correspondeu ao período inicial de observação da estagiária, será apresentada nesta secção o perfil psicomotor do caso, o desenvolvimento terapêutico do mesmo até janeiro de 2022 – recorrendo à GOP – e os objetivos a trabalhar (tabela 4). No ponto 9.2.2. será apresentada a vinheta clínica final do caso, uma vez que foi inserido em pequeno grupo com o caso “Luís”. Denota-se que entre outubro a janeiro tinha duas sessões individuais de psicomotricidade de 45 minutos, passando a ter uma de grupo entre fevereiro a julho e um individual até abril.

Tabela 4 - Vinheta Clínica Inicial António

Dados Anamnésicos	O António tem 6 anos, sendo o quarto membro de uma fratria de 5 irmãos. Durante os primeiros 5 anos de vida, viveu maioritariamente com o pai e com três dos seus irmãos, mantendo contactos irregulares com a mãe, ausente nos últimos dois anos. À data do acolhimento não foram descritos quaisquer problemas de desenvolvimento infantil, havendo pouca informação disponível neste âmbito. Foi acolhido a em 2020 juntamente com dois dos seus irmãos, tendo outra das irmãs sido acolhida numa data posterior, devido a situações de negligência e abuso. Importa referir que aquando do acolhimento relatou situações que remetem para a exposição de conteúdos desapropriados para a idade, quer de cariz agressivo, sexual, bem como uma tentativa de suicídio (por ingestão medicamentosa) por parte do pai. Atualmente encontra-se acolhido há um ano e cinco meses. Durante este período a mãe não estabeleceu contactos regulares, tendo efetuado apenas dois telefonemas até à data. Por sua vez, mantém contactos com o pai, geralmente com uma frequência quinzenal. Acrescenta-se que aquando dos momentos de interação entre o António e o pai, este revela pouca responsividade e sensibilidade face às necessidades da criança, assumindo um papel parental desajustado, criando muitas vezes expectativas na criança (relacionadas por exemplo com bens materiais, periodicidade dos telefonemas e visitas) que não são concretizadas. O projeto de vida atualmente decretado para a criança é o apadrinhamento civil. É acompanhado em Psicomotricidade desde novembro de 2020 até à data, com sessões de carácter individual e frequência bissemanal, uma vez que apresenta alterações do comportamento.
Primeiro Contacto	O António tem uma aparência física cuidada, encontrando-se dentro dos parâmetros do estado ponderal espectáveis para a sua faixa etária. No primeiro contacto com a criança,

	<p>manifestou uma atitude evitante e desinteressada para com a estagiária, ilustrada por uma aparente vergonha face à presença da mesma (e.g.: esconder-se atrás da terapeuta para dizer o seu nome).</p> <p>Observa-se que o António é uma criança afetuosa, reconhecendo e distinguido as diferenças hierárquicas. Assumiu uma atitude desinibida na relação com a estagiária, cooperando maioritariamente com a mesma, contudo, não procurou com frequência a interação, recorrendo apenas à requisição da sua atenção nos momentos iniciais da sessão. Já com a terapeuta, apesar de ser igualmente cooperativo e de permanecer na relação, o António revelou atitudes de oposição, ilustrada por resistência verbal (e.g.: “que seca, não quero fazer isto”) e motora (e.g.: fuga). Esses momentos manifestaram-se, principalmente, pela necessidade de o António querer ter o controlo das ideias desempenhadas na sessão. Importa referir que a criança acaba por aceitar a vontade da terapeuta após alguma resistência.</p>
<p>Relação Interpessoal</p>	<p>Na interação o António gesticulou os seus gestos em concordância com o discurso e a situação, dirigindo o seu olhar adequadamente e com intencionalidade. A expressão da criança era concordante com o que pretendia transmitir e com as situações, contudo, alterava a sua expressão facial com frequência num curto espaço de tempo (e.g.: franzir as sobrancelhas e sorrir de seguida), refletindo-se num humor lábil. O António permitiu-se ser cuidado pela terapeuta, observáveis em situações de cuidado físico (e.g.: limpar o nariz;) e de colo. Apesar de posteriormente aceitar e procurar a ajuda física e verbal das adultas presentes, inicialmente é resistente ao auxílio (e.g.: “não, deixa estar, eu consigo”).</p> <p>A criança apresentou dificuldade na autorregulação das emoções, conduzindo por vezes a situações de frustração, que ocorreram essencialmente em compassos de espera, em transições de atividades, em conversas/momentos que lhe causavam angústia, quando não lhe era permitido levar materiais de dentro para fora da sessão, quando se enganava, quando queria prolongar uma ideia sua, quando não queria fazer uma determinada ideia ou continuá-la e quando perdia. Aquando destes momentos o António manifestou uma expressão agressiva não-verbal dirigida a objetos (desarrumando sem intencionalidade os materiais da sala), adotou comportamentos de fuga, manifestou instabilidade motora, alternou e elevou o seu tom de voz e/ou efetuou uma expressão facial franzida. Nestas alturas, por vezes a criança necessitou que a terapeuta funcionasse como regulador externo, indo buscá-lo e segurando-o, de forma a contê-lo. Nestes momentos de contenção, o António expressou a sua agressividade fisicamente, de uma forma dirigida à terapeuta, beliscando-a e verbalizando “Larga-me!”.</p>
<p>Relação com o Espaço e Jogo</p>	<p>A criança explorou o espaço na globalidade e de forma espontânea, incluindo todos os objetos presentes na sala, denotando curiosidade aquando da introdução de um novo. Utilizou os materiais de forma funcional e com intencionalidade de jogo, havendo constância na sua exploração, tendo sido capaz de permanecer de uma ideia do início ao fim. Apresentou resistência em aceitar a ideia do outro, especialmente quando a sua não é a primeira, contudo aceitou-a posteriormente.</p> <p>No que toca à experimentação do jogo, o António procurou fazer ideias variadas, contudo destacam-se algumas que foram mais frequentes.</p> <p>O faz de conta foi uma ideia constante durante o período de observação. Inicialmente o António realizava jogos que permitiam vivenciar papéis de agressor-vítima, através do jogo de “luta de espadas” sem a participação da estagiária. Assumia uma postura agressiva e impulsiva no decorrer do jogo, fazendo resistência para não ser “morto”, embora o aceitasse em última instância.</p>

	<p>Numa fase posterior, já com a participação da estagiária, a génese do jogo faz de conta de papéis agressor/vítimas, foi representada por animais (e.g.: peixinho, tubarão, polvo, representado pelo António, terapeuta e estagiária respetivamente). Apesar de os papéis poderem ter variado pontualmente, a criança demonstrou preferência que os mesmos se mantivessem como descrito no exemplo. Inicialmente o tubarão tentava comer o peixinho, não tendo sucesso porque o polvo o protegia sempre. O António deixava-se ser cuidado no jogo, contudo era notório a necessidade da criança de querer contribuir ao ataque do agressor (e.g.: colocar/puxar armadilhas para o tubarão cair). Posteriormente houve uma diminuição e anulação dessa atitude, passando a deixar-se ser inteiramente cuidado (e.g.: esconder-se e ficar em silêncio à espera que o polvo voltasse para tomar conta dele). Importa referir que o António denominava a personagem protetora do jogo, como “a mãe do coração” e não a biológica.</p> <p>Para além dos jogos anteriormente supracitados, sublinha-se que o António por vezes trazia do exterior do ambiente terapêutico brinquedos seus, querendo utilizá-los nas suas ideias. Denota-se que o António manifestava vontade de levar materiais construídos dentro da sessão para fora desse contexto.</p>
<p>Características Comportamentais e Emocionais</p>	<p>Numa fase inicial, o facto de o António querer desempenhar a maior parte das suas ideias, aliado à verbalização de sentimentos de desvalorização (e.g.: “ficou feio”; “sou uma porcaria”; “não consigo fazer nada”), poderá ser traduzido como indicadores de baixa autoestima e confiança e de uma necessidade de ser valorizado.</p> <p>O António apresentou uma linguagem compreensiva e expressiva adequada à sua faixa etária, contudo o seu discurso por vezes era desorganizado, pouco coerente e díspar relativamente à ordem temporal dos acontecimentos (e.g.: alterar o cenário, nome e número das personagens da história que verbaliza; “mas isso foi há 6 anos quando eu cheguei aqui e já era muito grande”). Sublinha-se que muitas vezes a criança recorreu à fantasia relatando factos e acontecimentos que carecem da sua veracidade.</p> <p>Ao nível da planificação foi espontânea ou semiestruturada, revelando dificuldade na organização das suas ideias (e.g.: “quero fazer um desenho, não já sei um castelo gigante, não quer dizer a minha ideia fica para depois, é surpresa”). Apresentou imaturidade aquando da resolução de problemas, procurando posteriormente a terapeuta para o auxiliar.</p>
<p>Rituais de Sessão</p>	<p>No que toca à aceitação dos rituais da sessão, a criança cumpriu os vários momentos, contudo, relativamente ao término, foi possível observar alguma resistência do António, tentando prolongá-lo, pedindo posteriormente para sair às cavalitas da terapeuta.</p>
<p>Fatores Psicomotores</p>	<p>Relativamente às condutas motoras a criança evidenciou um movimento coordenado e fluído, com um gesto planeado e eficaz, embora por vez impulsivo. Teve uma postura apropriada, não evidenciando perturbações aquando da execução de movimentos. O equilíbrio, tanto estático como dinâmico, aparentaram ser adequados. Reconhece a esquerda e a direita tanto em si, como no outro, sendo que o mesmo tem uma preferência dominância podal e manual do lado direito. A sua cardinalidade aparentou ser adequada, tal como a sua perceção visual e auditiva. Ao nível da praxia fina o António demonstrou uma pega do instrumento de escrita adequada à sua faixa etária com imaturidade na posição das suas extremidades distais inferiores. Nos parâmetros de coordenação motora óculo-manual, óculo-pedal e óculo segmentar também aparentaram ser adequados, sendo que o mesmo acontece na estruturação rítmica e estruturação espaciotemporal. No que concerne à tonicidade esta aparentou um padrão tónico adequado. Através do desenho foi possível observar que a noção do corpo aparenta ser</p>

pouco adequada, uma vez que lhe faltam segmentos corporais e o as partes corporais não estão muito investidas.

Tendo como base as informações anteriormente descritas, delineou-se o plano terapêutico com os seguintes objetivos gerais: trabalhar a autoestima e autoconfiança; promover a autorregulação emocional/comportamental, competências sociais e relacionais; promover o apaziguamento de conflitos internos expressos pela criança; melhorar a sua organização temporal, tal como os diferentes fatores psicomotores.

Luís

À semelhança do caso “António” e justificando com as mesmas razões, nesta secção será apresentada a o perfil psicomotor do caso, o desenvolvimento terapêutico do mesmo até janeiro de 2022 – recorrendo à GOP – e os objetivos a trabalhar (tabela 5). No ponto 9.2.2. será apresentada a vinheta clínica final do caso. Denota-se que entre outubro a janeiro tinha uma sessão individual de psicomotricidade de 45 minutos, passando a ter uma de grupo entre fevereiro a julho.

Tabela 5 - Vinheta Clínica Inicial Luís

Dados Anamnésicos	O Luís tem 7 anos, sendo o segundo membro de uma fratria de 3 irmãos. À data do acolhimento foram descritas negligências de cuidados de higiene, saúde e de desenvolvimento infantil. Frequentava o ensino pré-escolar, registando-se um histórico de pouca assiduidade durante esse período. Foi acolhido em 2021 juntamente com os seus dois irmãos, devido a situações de negligência. Atualmente o Luís encontra-se acolhido há cinco meses. Durante este período os pais mantiveram contactos regulares com frequência semanal com esta fratria. O projeto de vida ainda se encontra em avaliação. É acompanhado em Psicomotricidade desde outubro de 2021 até à data, com sessões de carácter individual e frequência semanal, devido ao excesso de passividade do seu comportamento e às questões inerentes da sua história de vida.
Primeiro Contacto	O Luís, numa primeira fase, carecia da sua higiene oral, tendo uma restante aparência física cuidada, encontrando-se dentro dos parâmetros do estado ponderal espectáveis para a sua faixa etária. No primeiro contacto com a criança, manifestou uma atitude inibida e desinteressada para com a estagiária, ilustrada por uma aparente vergonha face à presença da mesma (e.g.: não olhar nos olhos; permanecer em silêncio; responder com poucas palavras). Observa-se que o Luís é uma criança afetuosa, reconhecendo e distinguindo as diferenças hierárquicas. Ao longo de toda a observação assumiu uma atitude tanto contida como interativa na relação com a estagiária e a terapeuta, interação essencialmente promovida e incentivada pela última, cooperando inclusive com ambas. O Luís apesar de não ter procurado a interação e de esperar que o adulto a inicie, permanecia na relação, tendo ficado progressivamente mais desinibido e envolvido na relação ao longo do tempo de observação. A criança aceitou e procurou ajuda física e verbal tanto da estagiária, como da terapeuta, verificando-se um aumento destes pedidos ao longo das sessões.
Relação Interpessoal	Na interação o Luís gesticulou os seus gestos em concordância com o discurso e a situação, tendo dirigido o seu olhar adequadamente e com intencionalidade, contudo, em momentos de conversas mais reflexivas evitou o contacto ocular, olhando para

	baixo. A expressão da criança foi concordante com o que pretendia transmitir e com as situações.
Relação com o Espaço e Jogo	<p>A criança não demonstrou interesse em explorar o espaço na globalidade e de forma espontânea, tendo esta sido essencialmente motivada pela terapeuta. Contudo, aquando da utilização dos materiais fê-lo de forma funcional e com intencionalidade de jogo, tendo havido constância na sua exploração, sendo capaz de ter permanecido numa ideia do início ao fim. O Luís não apresentou resistência em aceitar a ideia do outro, tendo uma atitude passiva perante as diferentes propostas. Importa referir que a criança usualmente demorava algum tempo a decidir a sua ideia e as regras da mesma, sendo esta novamente incentivada pela terapeuta. Nesta linha de pensamento, as atitudes inibidas do Luís ao longo da observação poderão refletir para uma postura sedutora, traduzida por uma possível forma de agradar o adulto, tal como numa baixa autoestima. No que toca à experimentação do jogo, o Luís procurou fazer ideias variadas, sem repetição das mesmas. A criança durante o período de observação não recorreu a jogos de agressor vítima, nem de jogo simbólico. Foram desempenhadas essencialmente jogos de regras simples e de ação-reação.</p> <p>Nos jogos de cariz motor verificou-se que o Luís foi inábil na qualidade do seu gesto, sendo a sua resposta tanta lentificada como precipitada (e.g.: a jogar raquetes; impulsividade no pontapé da bola). Já nos jogos de ação-reação (e.g. puzzles) a criança revelou imaturidade tanto na planificação do pensamento como na perceção espaciotemporal.</p>
Características Comportamentais e Emocionais	O Luís apresentou uma linguagem compreensiva e expressiva adequada à sua faixa etária, contudo o seu discurso por vezes é desorganizado, demonstrando confusão em relatar acontecimentos anteriores (e.g.: “não me lembro”; “foi com o X, não foi com o Y”).
Rituais de Sessão	No que toca à aceitação dos rituais da sessão, o Luís cumpriu e foi passivo nos vários momentos.
Fatores Psicomotores	Relativamente às condutas motoras evidenciou por vezes um movimento descoordenado, com uma postura apropriada. O equilíbrio, tanto estático como dinâmico, aparentaram ser adequados. Demonstrou imaturidade no reconhecimento da esquerda e da direita tanto em si, como no outro, sendo que não tem uma preferência dominância podal e manual definida. A sua cardinalidade aparentou ser imatura, tal como na identificação das letras, contudo verificou-se um progresso nesta área ao longo da observação. Ao nível da praxia fina o Luís teve uma pega do instrumento de escrita adequada à sua faixa etária com imaturidade na posição das suas extremidades distais inferiores. Nos parâmetros de coordenação motora óculo-manual, óculo-pedal e óculo segmentar estes aparentaram ser imaturos. No que concerne à tonicidade o Luís aparentou ter um padrão tónico essencialmente hipotónico. Através do desenho foi possível observar que a noção do corpo aparentou ser pouco adequada, uma vez que lhe faltavam segmentos corporais e as partes corporais não estavam muito investidas.

Tendo como base as informações anteriormente descritas, delineou-se o plano terapêutico com os seguintes objetivos: trabalhar a autoestima e autoconfiança; promover a expressão emocional/comportamental, o apaziguamento de conflitos internos expressos pela criança e os diferentes fatores psicomotores; fomentar a exploração espontânea dos objetos no espaço, tal como do jogo.

Afonso

Apesar de ter sido a terapeuta da casa de acolhimento a conduzir as sessões do caso, abaixo encontra-se a vinheta clínica inicial de Afonso, a sua progressão terapêutica e as observações finais.

O Afonso tem 11 meses, sendo o terceiro membro de uma fratria de 3 irmãos. Nasceu em meio hospitalar, sendo que a gravidez da criança não foi vigiada. Até à data do acolhimento foram descritas negligências de cuidados de higiene, saúde e de desenvolvimento infantil. Foi acolhido a em 2021 juntamente com os seus dois irmãos, devido a situações de negligência. Apresenta atrasos no desenvolvimento infantil comparativamente à sua faixa etária, tal como problemas ao nível respiratório. Atualmente o Afonso encontra-se acolhido há seis meses. Durante este período tanto os pais mantiveram contactos regulares com frequência semanal, com esta fratria. O projeto de vida ainda se encontra em avaliação. É acompanhado em Psicomotricidade desde fevereiro de 2021 até à data, com sessões de carácter individual e frequência trissemanal.

Através da GOP recolheram-se as informações iniciais e finais do caso. No primeiro contacto com a criança, esta manifestou-se agitada, chorando nalguns momentos, revelando, contudo, interesse na interação com o outro, evidenciado pelo contacto ocular. Não se encontra dentro dos parâmetros do estado ponderal espectáveis para a sua faixa etária, estando num escalão inferior. Apresentou um perfil essencialmente hipotónico, não tendo atingido a locomoção esperada para a idade – gatinhar. Não iniciou de forma espontânea a interação, apresentando dependência do outro para se relacionar, contudo, permanece na relação. Não explorou espontaneamente o espaço, contudo apresentou curiosidade perante a introdução de brinquedos. A sua resposta ao estímulo motor foi lentificada e, por vezes, ausente. Dirigiu o olhar com intencionalidade e interesse de exploração.

Ao longo da intervenção focou-se essencialmente em promover a relação terapêutica com a criança, recorrendo a vários materiais como mediadores. O espelho, brinquedos sonoros e vibratórios, peças de puzzle com animais e as bolas de sabão foram alguns desses. O Afonso foi, de forma gradual, respondendo cada vez mais de forma envolvida às interações com as terapeutas, sorrindo em diferentes ocasiões e imitando diferentes expressões faciais. A sua curiosidade pela exploração do espaço aumentou, tal como os seus movimentos de locomoção: no final da intervenção a criança já gatinhava. Apesar de ainda apresentar um perfil hipotónico foi claro o fortalecimento da sua musculatura. De uma forma geral, a criança progrediu bastante

comparativamente ao início da intervenção, especialmente na procura da interação com o outro e no seu desenvolvimento motor.

Marta

A Marta é uma criança com 3 anos, tendo sido uma bebé com um perfil hipotónico e com pouco interesse em explorar o mundo envolvente. Foram relatadas dificuldades na aquisição da marcha. Foi acolhida em setembro de 2018 por negligência, sendo que o projeto de vida decretado foi o retorno à família biológica, apenas com a mãe. Tem uma aparência física cuidada, encontrando-se em parâmetros do estado ponderal superiores para a sua faixa etária. No primeiro contacto com a criança, manifestou uma atitude evitante e inibida, mas interessada para com a estagiária. Através da GOP recolheram-se as informações iniciais do caso.

Na interação alterou a sua expressão facial com frequência, não sendo totalmente concordante com o pretendia transmitir. Por vezes os seus gestos não estavam em harmonia com o seu discurso, sendo este confuso, desorganizado e pouco coerente. Dirigiu o seu olhar com intencionalidade, pelo que por vezes evitava o contacto ocular.

Aceitou a ajuda da terapeuta, podendo fazer alguma resistência inicial. Apresentou dificuldade na autorregulação das emoções, conduzindo por vezes a situações de frustração, que ocorreram essencialmente quando era contrariada pela terapeuta. Aquando destes momentos manifestou uma expressão agressiva não-verbal dirigida a objetos (batendo com os pés no chão), evitou a interação e elevou o seu tom de voz. Revelou algumas atitudes de oposição e de desafio para com a terapeuta, tal como alguma agitação motora.

Apesar de a criança ter explorado o espaço, por vezes foi incitada a fazê-lo, precisando da motivação verbal da terapeuta. Utilizou os materiais de forma funcional e com intencionalidade de jogo, havendo constância na sua exploração, contudo teve dificuldade em permanecer nalgumas ideias até ao fim. Denota-se que ainda que aceitou geralmente sem resistência a ideia do outro.

No que toca à experimentação do jogo, procurou fazer ideias variadas: jogos de encaixe; desenhos; jogos pré-simbólicos; jogos de perseguição. Destaca-se que a Marta manifestou medo e receio perante o papel de um agressor e/ou em ser perseguida, que poderá ser causado face a dificuldades que tem na distinção da realidade e fantasia. Nos diferentes jogos desempenhados foram visíveis algumas fragilidades na sua consciencialização corporal, representação de si e na consistência de determinados conceitos (grande/pequeno; contagens numéricas; identificação de cores).

Ao nível dos rituais de sessão, apesar de aceitar os diferentes momentos, por vezes fez resistência no término, querendo prolongá-lo.

Considerando as informações supracitadas anteriormente, no projeto terapêutico da criança delinearam-se como objetivos: fomentação de jogos pré-simbólicos, de reparação e de perseguição; promover a confiança em si; estimular a autorregulação emocional; melhorar o planeamento cognitivo.

Tal como mencionado não foi possível concluir a vinheta clínica final da criança, uma vez que a criança deixou de usufruir das sessões de psicomotricidade por retornar à sua família.

Ana

A Ana tem 2 anos fruto de uma gravidez não vigiada. Sendo o pai ausente, viveu pouco tempo com a mãe em diferentes casas de abrigos, tendo sido relatados fracas competências parentais, atitudes violentas e o não existência de garantia de condições de proteção da menor. Foi acolhida a em 2020, sendo que até à data não teve qualquer tipo de acompanhamento médico. Atualmente encontra-se acolhida há quase dois anos. Durante este período a mãe fez contactos persistentes telefónicos no primeiro mês, sem ter visitado fisicamente a criança, posteriormente sessou o contacto até ao momento. O projeto de vida decretado foi a adoção. É acompanhado em Psicomotricidade desde outubro de 2021 até à data, com sessões de carácter individual e frequência semanal, devido ao excesso de passividade do seu comportamento e inibição na interação social.

O questionário dos pais do ITSEA foi aplicado à cuidadora de referência da Ana, sendo que se verificaram valores preocupantes na subescala “medo de separação”, “inibição à novidade”, “motivação de domínios”, “empatia” e “relações pró-sociais para com os pares”. O domínio de Interiorização também se encontrou com valores preocupantes, assim como os itens de ligação social.

Através da GOP recolheram-se as informações iniciais do caso, sendo que tem uma aparência física cuidada, encontrando-se dentro dos parâmetros estados ponderais espectáveis para a sua faixa etária. No primeiro contacto com a criança, manifestou uma atitude inibitória e desconfiada para com a estagiária.

Na interação, verificou-se uma inibição verbal quase total face à presença da estagiária, contudo a criança apresenta compreensão da linguagem, tendo um discurso adequado. A sua expressão facial foi concordante com o pretende transmitir, sendo que no início manifestou comportamentos que remetiam para a falta de confiança com a estagiária (e.g.: estar sempre a

observar o que a mesma fazia; recusa motora nas ações que a envolviam). Dirigiu o seu olhar com intencionalidade, sendo que os seus gestos estavam em harmonia com o que pretendia transmitir.

Aceitou a ajuda da terapeuta, tal como as suas propostas e ideias, no entanto, numa primeira fase recusava envolver o terceiro na interação, refletindo-se assim dificuldades na relação em tríade. Apesar de a criança ter demonstrado intenção em explorar o espaço, foi geralmente incitada a fazê-lo, precisando da motivação verbal da terapeuta. Utilizou os materiais de forma funcional e com intencionalidade de jogo, tendo havido constância na sua exploração.

No que toca à experimentação do jogo, desempenharam-se ideias como: jogos de encaixe, pré-simbólicos, esconder/encontrar, de reassseguramento e ainda sensoriomotores (e.g.: exploração de desequilíbrios corporais; subida/descida de colchões;). Destaca-se que manifestou receio perante algumas ações motoras, segurando com intensidade a terapeuta nesses momentos. A Ana evidenciou um perfil hipotónico, descoordenação nalgumas ações motoras e ainda desequilíbrios enquanto caminhava. Aceitou todos os rituais de sessão, não fazendo resistência em nenhum momento.

Denota-se que no decorrer das sessões de intervenção foi manifestando uma maior confiança na relação com a estagiária, refletida pelo aumento da partilha/troca de objetos com a mesma, na verbalização durante a interação e na sua expressão motora. Permitiu que a mesma se envolvesse na relação e procurou-a inclusive nalguns momentos.

Analisando a GOP e o ITSEA da criança, foi possível verificar que os resultados são congruentes entre a visão da técnica e da cuidadora de referência

Não se desenvolveu o projeto terapêutico da criança, tal como não se concluiu a sua vinheta clínica final, uma vez que a criança deixou de usufruir das sessões de psicomotricidade por ter sido adotada. Neste período de transição para a integração da sua nova família ocorreu um trabalho em paralelo com a mãe adotiva da criança.

9.2. Casos Grupais

9.2.1. Grupo 1

No ponto “IV- Estudo de Caso 1: Manuel” estará descrita a progressão terapêutica grupal de Manuel estando abaixo apresentados a avaliação inicial, final e a progressão terapêutica de Francisco nesta secção. O grupo foi constituído por estes dois elementos, tendo como duração da sessão 45 minutos e uma periodicidade semanal. A intervenção grupal iniciou-se em fevereiro e terminou em julho.

Tabela 6- Vinheta Clínica Grupo 1

	Dados Anamnésicos	Avaliação Inicial	Progressão Terapêutica	Avaliação Final
Francisco	O Francisco tem 8 anos, sendo o primeiro membro de uma fratria de 3 irmãos. Durante os primeiros 6 anos de vida, viveu com os pais e os seus irmãos em casa de uns tios, carecendo de condições básicas. À data do acolhimento foram descritas negligências de cuidados de higiene, saúde e de desenvolvimento infantil, sendo que a criança prestava cuidados de alimentação ao irmão mais novo. Frequentava o ensino escolar, registando-se um histórico de pouca assiduidade durante esse período. Foi acolhido a setembro de 2021 juntamente com os seus dois irmãos, devido a situações de negligência. Atualmente encontra-se acolhido há seis meses. Durante este período tanto os pais, como os tios anteriormente mencionados, mantêm contactos regulares com frequência semanal, com esta fratria, até à data. O projeto de vida ainda se encontra em avaliação. Iniciou em fevereiro as	É uma criança afetuosa, reconhecendo e distinguindo as diferenças hierárquicas. Foi cooperativo na relação com o par e com as terapeutas, tendo por vezes comportamentos inibitórios. Manifestou atitudes passivas, não reativas face a atitudes provocatórias e agressivas do colega. Respeitou as regras estipuladas, aceitando a ideia e a ajuda do outro. Não apresentou dificuldade no seu gesto psicomotor e respeitou os diferentes rituais de sessão.	- Passagem gradual de ideias e posições individuais para a o desempenho de atividades formuladas em conjunto; - Procuraram jogos motores, de luta e simbólicos. Nestes últimos exploraram essencialmente a temática relacionada com o abandono parental, onde Luís manifestou uma postura geralmente reflexiva e passiva no desempenho da sua personagem.	- Melhorou a sua autoconfiança (e.g.: manifestar-se mais verbalmente); - Aumento e estabelecimento de uma boa coesão grupal; - Aumentou a partilha e exploração de conflitos internos na relação com o outro, através dos diferentes tipos de jogos desempenhados (simbólicos, motores, etc).

	sessões de psicomotricidade por evidenciar atitudes inibitórias na relação com o outro, alterações no seu padrão de sono e pela partilha pessoal de conflitos internos que lhe causavam angústia.			
Manuel	Descrição detalhada no ponto “IV- Estudo de Caso 1: Manuel”			

9.2.2. Grupo 2

Considerando a avaliação inicial descrita no ponto 9.1. relativa aos casos de “Luís” e “António”, procede-se então à progressão terapêutica grupal e vinhetas clínicas finais do caso (tabela 7). As sessões grupais tiveram a duração de 45 minutos com periodicidade semanal. Denota-se que o caso António continuou a usufruir de uma sessão individual até abril, passando posteriormente a frequentar apenas as grupais uma vez por semana.

Tabela 7- Vinheta Clínica Grupo 2

	Progressão Terapêutica Grupal		Vinheta Clínica Final
	Incidência Individual	Incidência no Grupo	
Luís	<ul style="list-style-type: none"> - Atitudes passivas manifestando gradualmente uma maior procura e envolvimento com a estagiária e a terapeuta (e.g.: contando novidades mais detalhadas, aparentando estar com entusiasmo); - Cedência perante os pedidos do par (e.g. ceder a prioridade da sua ideia para o colega); - Aceitou a ideia do outro (par e técnicas), tal como a ajuda das terapeutas; - Movimento descoordenado; - Atitudes passivas, mas adequadas nos jogos de luta; - Guiou os seus comportamentos e verbalizações consoante as indicações das terapeutas perante as atitudes do par (e.g.: “não faças isso, vamos perder tempo!”). 	<ul style="list-style-type: none"> - Passagem de um jogo com posições individuais para um jogo em equipas; - Procuraram vivenciar papéis agressor-vítima através de jogos de luta e simbólicos; - No jogo simbólico explorou temáticas relacionadas com amigos, emoções, reparação/cuidar. 	<p>Melhorou na relação com o outro, apresentado menor timidez e um aumento da interação e procura pelo outro.</p> <p>Verificou-se uma maior intenção do movimento da criança, manifestando maior fluidez e coordenação nos mesmos. Apresentou capacidades simbólicas pobres para a idade nos jogos faz-de-conta. Demonstrou um aumento da sua autoconfiança, tal como na representação de si.</p>
António	<ul style="list-style-type: none"> - Atitudes ambivalentes: numa fase inicial cooperativo, passando a assumir uma postura de 		<p>Encontra-se numa fase de dificuldade autorregular-se, necessitando de ser contido pelas terapeutas. Contudo foi visível a diminuição da</p>



<p>oposição nas seguintes (e.g.: fingir que não está a ouvir os outros; comportamentos de fuga), retornando novamente a uma atitude de cooperação com o outro;</p> <ul style="list-style-type: none">- Momentos de frustração quando era contrariado, perdia, se enganava e/ou não se realizava a ideia dele em primeiro lugar, tendo dificuldade em autorregular-se;- Insistência para que a sua ideia fosse a primeira a ser realizada, verbalizando sentimentos de desvalorização quando não acontecia;- Aceitou as ideias do outro, sendo que por vezes fazia resistência verbal;- Atos impulsivos e postura agressiva nos jogos motores e de luta;- Resistência inicial face à ajuda das terapeutas.		<p>sua expressão agressiva nos momentos de frustração. Evidencia ainda um gesto precipitado com alguma agitação psicomotora. No jogo simbólico não demonstrou com tanta frequência a fusão entre realidade e fantasia, comparativamente ao início da intervenção. Melhorou nas suas competências sociais, demonstrando ser mais cooperativo com o outro.</p>
---	--	--

IV- Estudo de Caso 1: Manuel

10. Identificação do Caso e Dados Anamnésicos

A presente caracterização foi desenvolvida a janeiro de 2022.

O Manuel (nome fictício) tem 7 anos sendo o terceiro membro de uma fratria de 5 irmãos. Durante os primeiros 6 anos de vida, viveu maioritariamente com o pai e com três dos seus irmãos, mantendo contactos irregulares com a mãe, ausente nos últimos dois anos.

À data do acolhimento não foram descritos quaisquer problemas de desenvolvimento infantil, havendo pouca informação disponível neste âmbito. O Manuel frequentava o ensino pré-escolar, embora com pouca assiduidade durante o primeiro confinamento face à situação pandémica.

Foi acolhido a em 2020 juntamente com dois dos seus irmãos, tendo outra das irmãs sido acolhida numa data posterior, devido a situações de negligência e abuso. Importa referir que aquando do acolhimento o Manuel relatou situações que remetem para a exposição de conteúdos desapropriados para a idade, quer de cariz agressivo, sexual, bem como uma tentativa de suicídio (por ingestão medicamentosa) por parte do pai.

Atualmente o Manuel encontra-se acolhido há um ano e cinco meses. Durante este período a mãe não estabeleceu contactos regulares, tendo efetuado apenas dois telefonemas até à data. Por sua vez, mantém contactos com o pai, geralmente com uma frequência quinzenal. Acrescentamos que aquando dos momentos de interação entre o Manuel e o pai, este revela pouca responsividade e sensibilidade face às necessidades da criança, assumindo um papel parental desajustado, criando muitas vezes expectativas na criança (relacionadas por exemplo com bens materiais, periodicidade dos telefonemas e visitas) que não são concretizadas.

O projeto de vida atualmente decretado é o apadrinhamento civil.

O Manuel é acompanhado em Psicomotricidade desde novembro de 2020 até à data, com sessões de carácter individual e frequência bissemanal. Foi feita uma avaliação psicológica ao Manuel em maio de 2021, não tendo sido identificadas alterações ao nível do seu perfil cognitivo. Na componente comportamental foram apenas destacados sintomas relacionados com desatenção, impulsividade e hiperatividade; e na emocional a presença de medos, angústias e sentimentos de solidão, desamparos e zangas. Aliado e considerando a história de vida do Manuel, estes foram os principais motivos de encaminhamento do caso para as sessões de Psicomotricidade.



De acordo com as cuidadoras, o Manuel assume com os pares uma atitude por vezes cooperativa e por outras competitiva, revelando alguma dificuldade em aceitar e respeitar a ideia do outro e imaturidade ao nível da resolução de problemas.

11. Revisão Teórica

De forma a contextualizar teoricamente o caso posteriormente apresentado, serão descritas algumas temáticas relevantes para a sua compreensão. O conhecimento de determinados quadros clínicos, contextos e características específicas da faixa etária e de crianças vítimas de maus-tratos é essencial para uma correta intervenção terapêutica, podendo pôr em causa uma possível desarmonia evolutiva aquando não enquadradas todas as variáveis da criança e respostas terapêuticas desadequadas (Strecht, 2012). Posto isto, considera-se não só o conteúdo abaixo descrito como revisão teórica de suporte ao caso, como também os pontos descritos em 3.

As vivências passadas de cada criança irão influenciar a reação às experiências futuras, i.e., um novo acontecimento será assimilado consoante os esquemas já existentes (Hodges & Steele, 2000). Desta forma, conforme as vivências anteriores e o modo de como foram retidas internamente, as novas experiências poderão ser percecionadas de forma distorcida, influenciando essas mesmas situações e relacionamentos (Hodges & Steele, 2000). Hodges e Steele (2000) referem, assim, que uma criança vítima de maus-tratos infantil, poderá lidar com diferentes situações consoante as defesas que desenvolveram.

Fazendo referência às perturbações do comportamento, estas estão associadas, tal como a outros fatores de risco, não só à exposição de violência e maus-tratos infantis (Pardilhão, Marques & Marques 2009), como a padrões de vinculação inseguros ou desorganizados entre a criança e os pais (Crujo, 2021). Neste tipo de perturbações são visíveis dificuldades em aceitar regras estabelecidas, evidenciando-se atitudes de desafio e oposição; intolerância à frustração; comportamentos agidos e impulsivos; e expressões agressivas verbais e/ou motoras (Crujo, 2021; Pardilhão et al., 2009).

A Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) é dos diagnósticos que apresenta maior comorbilidade com as perturbações do comportamento, sendo especialmente evidenciados agitação motora, impulsividade e défices de atenção (Pardilhão et al., 2009). É de se destacar que a impulsividade são comportamentos e reações que carecem de planeamento, estando muitas vezes associados à exposição e



vivência de situações traumáticas passadas (Braquehais et al., 2010; Thibodeau, Cicchetti & Rogosch 2015).

A Patologia Limite (PL) é outro diagnóstico frequentemente associado aos maus-tratos infantis (Rogosch & Cicchetti, 2005). A PL é caracterizada por comportamentos impulsivos, irritabilidade, labilidade emocional e instabilidade nas relações interpessoais (Marques, Barrocas & Rijo, 2017).

Refletindo sobre os fatores anteriormente supracitados, considera-se que os maus-tratos infantis – pelo trauma relacionado - afetam a saúde mental das crianças (Heim et al., 2010), sendo a psicomotricidade de base relacional uma prática que aparenta reunir condições que promovam e apaziguem os conflitos internos desta população (Costa, 2008).

12. Plano de Avaliação

Foi estipulado que antes de se avaliar a criança, iria ocorrer um período de observação nas sessões de psicomotricidade, por um período de três meses, através da GOP. Posteriormente, uma vez que estavam recolhidos dados informais pela observação, avaliou-se a criança formalmente com os instrumentos descritos no ponto 8: DAP, CBCL, MABC-2 e a adaptação da GOP.

No que concerne à DAP, cujo objetivo é avaliar o desenvolvimento intelectual de crianças e adolescentes através do desenho da figura humana (Naglieri, 1988), Oguz (2010) refere que o conteúdo desenho das crianças culmina vários fatores, refletindo não só o contexto social e familiar que a mesma se insere, tal como experiências emocionais a eles inerentes, sejam esses conscientes ou inconscientes. Skybo, Ryan-Wenger e Su (2007) e Gernhardt, Rübeling e Keller (2014) sugerem ainda que, interpretando o desenho da figura humana, permite conhecer-se traços individuais da criança, desde a forma a que a mesma se visualiza a si e ao outro, possíveis conflitos internos e o estado de desenvolvimento cognitivo e emocional.

Tal como Cairney, Veldhuizen e Szatmari (2010) elucidam, défices motores estão muitas vezes associados a problemas comportamentais e emocionais, tendo como possível causa fatores ambientais. Assim, sendo o MABC-2 um instrumento que permite avaliar dificuldades motoras relativas ao equilíbrio estático e dinâmico, habilidades com bola e destreza manual, em crianças entre os 3 e os 16 anos (Henderson & Sugden, 2007), demonstrou-se indicado a sua aplicação.

A aplicação da CBCL teve como intuito recolher informações sobre problemas comportamentais e emocionais da criança, sob a visão dos cuidadores de referência da criança (Achenbach, 1991). Tal como Goldsmith, Buss e Lemery (1997) sugerem, através de questionários a pessoas de referência da criança (e.g. pais, cuidadores ou professores) é possível recolher alguns comportamentos da mesma noutros contextos, tal como a forma de como o outro a percebe.

Após a aplicação dos diferentes instrumentos, reuniram-se os resultados iniciais, delineou-se o perfil intraindividual da criança e formulou-se o plano terapêutico. Por fim realizou-se a avaliação final da criança e efetuou-se a respetiva comparação com o período inicial.

12.1. Observações Pré-Avaliação GOP

Abaixo encontra-se a tabela 8 com as informações recolhidas do caso através da GOP. Denota-se que o Manuel tem uma aparência física cuidada, encontrando-se dentro dos parâmetros do estado ponderal espectáveis para a sua faixa etária. No primeiro contacto com a criança, manifestou uma atitude inconsistente ao longo de toda a sessão, traduzida por uma agitação motora inicial e uma postura de interação evitante, ilustrada por uma alternância entre a indiferença à presença da estagiária e a requisição do foco da sua atenção, de modo que esta o observasse a fazer determinadas tarefas.

Tabela 8- Resultados Iniciais GOP

<p>Relação Interpessoal</p>	<p>No período de observação procurou a estagiária com uma maior frequência para interação, tendo adotado, no geral, uma postura mais desinibida, embora aparentasse uma atitude inibida/envergonhada nos momentos que teria de lhe solicitar algo. É uma criança afetuosa, assumindo uma atitude de cooperação com as terapeutas, reconhecendo e distinguindo as diferenças hierárquicas. Gesticulou os seus gestos em concordância com o discurso e a situação, podendo ser exuberante aquando exemplifica algo. Dirigiu o seu olhar adequadamente e com intencionalidade, contudo, em momentos de conversas mais reflexivas evitou o contacto ocular, olhando para baixo. A expressão da criança sé concordante com o que pretende transmitir e com as situações. Ao longo da observação aparentou necessidade de ser valorizado, procurando a atenção das terapeutas para determinadas ações que vai realizando (e.g.: “olha aqui, olha aqui o que consigo fazer!”) e fantasiar sobre situações do quotidiano (e.g.: “Eu ontem marquei 100 golos no jogo”). Numa fase inicial, não permitia ser cuidado nem se colocava numa postura vulnerável, parecendo que nada o magoava, que era muito forte (e.g.: “Não doeu”; “Colo é para bebés”) e que não precisava de ajuda porque conseguia fazer tudo sozinho (e.g.: “Eu faço sozinho”), evidenciando uma atitude de onnipotência. Atualmente permite-se e procura ser cuidado pela terapeuta, observáveis em situações de cuidado físico (e.g.: verificar feridas;), de colo e em momentos de jogo faz-de-conta, aceitando e procurando, tanto verbal como física, a ajuda do outro.</p>
<p>Relação com o Espaço e o Jogo</p>	<p>Explorou o espaço na globalidade e de forma espontânea, incluindo todos os objetos presentes na sala, denotando curiosidade aquando da introdução de um novo. Utilizou os materiais de forma funcional e com intencionalidade de jogo, tendo havido constância na sua exploração, sendo capaz de permanecer de uma</p>

	<p>ideia do início ao fim. Aceitou a ideia do outro, embora por vezes com alguma resistência. Não demonstrou dificuldade aquando da transição de ideias, contudo, por vezes a criança necessitava que seja sugerida por parte da terapeuta e funcionando como regulador externo, de uma ideia mais calma que a anterior. No que toca à experimentação do jogo, procurou fazer as mesmas ideias de sessão para sessão, denotando-se, contudo, uma modificação no conteúdo das mesmas. O jogo de futebol foi uma das constantes no decorrer de toda a observação. Inicialmente este tinha lugar apenas entre a terapeuta e criança, depois a estagiária começou a participar passivamente: o Manuel escolhia-a para fazer parte da sua equipa, embora acabasse por jogar de uma forma individual, onde esta permanecia à baliza e a criança conduzia o jogo, sem nunca lhe passar a bola. Posteriormente, começou a passar a bola, a permitir que as posições do jogo fossem alternando e a fazer jogadas planeadas em conjunto com a mesma. Contudo, demonstrou preferência pela posição de avançado, fazendo por vezes resistência às trocas de posições propostas. Denota-se que a criança apresentou dificuldade no estabelecimento e cumprimento das regras do jogo, procurando, frequentemente, manipulá-las a seu favor. Por vezes assumia uma atitude ambivalente face a ganhar/perder o jogo: às vezes marcava golos e queria anulá-los - aparentemente para prolongar a ideia no tempo, ou para a terapeuta não perder - outras vezes não marcava golos e queria validá-los. O faz de conta foi outra ideia constante durante o período de observação. Inicialmente realizava jogos que permitiam vivenciar papéis de agressor-vítima, através da representação do lobo-mau e do porquinho. Numa primeira fase, sem a participação da estagiária, o Manuel permitia a troca de papéis, realçando que quando era o lobo assumia uma postura pouco agressiva, contrariamente ao que acontecia quando era o porquinho, onde a sua atitude era mais agressiva, procurando sempre formas de matar o lobo - fazendo resistência a ser comido pelo mesmo, embora o aceitasse em última instância. Numa fase posterior, já com a participação da estagiária, a representação passou a ter como personagens o porquinho filho, porquinho pai e o lobo, sempre representados pelo Manuel, a terapeuta e a estagiária, respetivamente. Inicialmente o lobo tentava comer o porquinho filho, não tendo sucesso porque o porquinho pai o protegia sempre. Contudo, era notório uma maior resistência de Manuel para se deixar cuidar no jogo e igualmente visível uma atitude protetiva em relação ao porquinho pai (e.g.: O porquinho filho atirava bolas ao lobo enquanto o porquinho pai pedia para o mesmo ficar em casa). Posteriormente houve uma diminuição e anulação dessa atitude, passando a deixar-se ser inteiramente cuidado (e.g.: O porquinho filho permanecia, deixava-se cuidar e localizava as partes do corpo em que lhe “doíam”, para o porquinho pai tratar dele). A génese do jogo faz de conta transitaram da experimentação de papéis agressor/vítimas, para pais/mães/filhos. Tal como no jogo do lobo os papéis mantiveram-se constantes, onde Manuel era o filho, a terapeuta o pai e a estagiária a mãe. Neste tipo de dinâmica procurou a representação de diferentes cenários de histórias, com variabilidade na atitude parental das personagens face à criança, tendo lugar em épocas maioritariamente festivas (e.g. Natal e anos), perante os quais o Manuel efetua algumas projeções relativamente à sua história real (e.g.: “Ah, tens uma peruca loira como a minha mãe”; “Olha que giro, na minha história é assim, mas ao contrário”).</p>
<p>Características Comportamentais e Emocionais</p>	<p>Apresentou dificuldade na autorregulação das emoções, que por vezes conduziram a situações de frustração, que ocorreram essencialmente em compassos de espera, em transições de atividades, em conversas/momentos que lhe causavam angústia, quando queria prolongar um determinado momento da sessão, quando não queria fazer alguma ideia ou continuá-la e quando perdia. Nesses momentos manifestava uma expressão agressiva não-verbal dirigida a objetos (dando pontapés sem intencionalidade a bolas/colchões), evitava a interação, afastando-se ou ficando em silêncio, apresentava instabilidade motora e/ou elevava o seu tom de voz. Apresentou uma linguagem compreensiva e expressiva adequada à sua faixa etária, e o seu discurso era organizado e coerente. Contudo, recorreu muitas vezes à fantasia relatando factos e acontecimentos que carecem da sua veracidade. Apesar de não verbalizar sentimentos de desvalorização, esta sua necessidade de constante aprovação do outro e de fantasiar sobre as suas vivências podem ser indicadores de baixa autoestima e autoconfiança.</p>

Rituais de Sessão	Relativamente ao início e término da sessão, foi possível observar, alguma resistência do Manuel face aos mesmos. Aquando dos momentos de entrada, apesar de ter demonstrado vontade em estar na sessão, por vezes adotou comportamentos de fuga, afastando-se e aproximando-se da porta, verbalizando inclusive que não queria entrar. No entanto, depois de a terapeuta se sentar e lhe dizer, por exemplo, “estou aqui à tua espera”, o Manuel entrava e dava-se início à sessão. Noutras vezes entrava e adotava comportamentos de fuga, os quais a terapeuta procurou conter, indo buscá-lo e segurando-o, dizendo-lhe “tu estás zangado com alguma coisa, mas não queres ir embora”, de modo a nutrir e securizar o ego da criança. Nestes momentos de contenção, por vezes expressava a sua agressividade fisicamente, dirigida à terapeuta, beliscando-a e verbalizando “larga-me! Quero-me ir embora”. Nos terminos da sessão Manuel tentava prolongá-los, pedindo posteriormente para sair ao colo da terapeuta, fingindo que estava a dormir.
Fatores Psicomotores	Evidenciou um movimento coordenado e fluído, com um gesto planeado e eficaz, embora, por vezes, impulsivo. Demonstrou uma postura apropriada, não evidenciando perturbações aquando da execução de movimentos. O equilíbrio, tanto estático como dinâmico, aparentaram ser adequados. Reconheceu a esquerda e a direita tanto em si, como no outro, sendo que o mesmo tem uma preferência dominância podal e manual do lado direito. A sua cardinalidade aparentou ser adequada, tal como a sua praxia fina, percepção visual e percepção auditiva. Novamente os parâmetros de coordenação motora óculo-manual, óculo-pedal e óculo segmentar também aparentaram ser adequados, sendo que o mesmo acontecia na estruturação rítmica e estruturação espaciotemporal. No que concerne à tonicidade, apesar desta aparentar um padrão tónico adequado, sublinha-se a existência de alguma hipertonicidade inicial, maioritariamente ao nível das extremidades distais inferiores, aquando dos momentos de acalmar/toque terapêutico. Através do desenho foi possível observar que a noção do corpo aparenta ser pouco adequada, uma vez que lhe faltam segmentos corporais, estando outras pouco investidas.

12.2. Avaliação Inicial DAP

No DAP (Anexo 3), a criança não se recusou à participação dos desenhos, tendo aparentado algum interesse na sua realização, optando por fazê-los com a sua folha na horizontal. Abaixo encontra-se a tabela 9 com os resultados.

Tabela 9 - Resultados Iniciais DAP Manuel

Desenho	Valores Brutos	Valores Padronizados	Percentil
Homem (H)	25	80	9
Mulher (M)	25	80	9
O Próprio (P)	27	83	13
Totais (H+M+P)	77	78	7
Classificação	<i>“Borderline”</i>		

Analisando as pontuações, verifica-se que o Manuel se encontra duas categorias abaixo da média normativa à sua faixa etária, tendo dito melhores resultados no desenho do próprio corpo. Denota-se que a classificação final não se destina a fins de diagnóstico.

12.3. Avaliação Inicial CBCL

O questionário foi aplicado à cuidadora de referência do Manuel na casa de acolhimento, encontrando-se na tabela 10 os resultados.

Tabela 10- Resultados Iniciais CBCL

	Síndromes	Pontuação	Nível
Escala de Internalização	Ansiedade/Depressão	10	<i>Borderline</i>
	Isolamento/Depressão	2	Normativo
	Queixas Somáticas	6	<i>Borderline</i>
	Problemas Sociais	8	<i>Borderline</i>
	Problemas de Pensamento	7	<i>Borderline</i>
	Problemas de Atenção	12	<i>Borderline</i>
Escala de Externalização	Comportamento Delinvente	9	Clínico
	Comportamento Agressivo	18	Clínico
	Outros Problemas	8	

Analisando os resultados verifica-se que a escala de externalização foi a que obteve resultados clinicamente mais significativos, destacando-se assim as categorias de “Comportamento Delinvente” e “Comportamento Agressivo”. Apenas o parâmetro de Isolamento/Depressão está num grau normativo, estando as restantes com valores subjetivamente significativos.

12.4. Avaliação Inicial MABC-2

Abaixo encontra-se a tabela 11 com os resultados da aplicação do MABC-2 ao Manuel, consoante os diferentes itens.

Tabela 11- Resultados Iniciais MABC-2

Itens	Resultado Padrão	Percentil por Componente	
Colocar Pinos	8		Destreza Manual
Enfiar cordão	5	16	
Delinear Percurso	10		
Agarrar com as duas mãos	9	37	Atirar e Agarrar
Atirar saco de feijões	9		
Equilíbrio na Placa	10		Equilíbrio
Caminhar	12	37	
Salto ao pé-coxinho	8		
Total	71	25	

Uma vez que a criança se encontra no percentil 25 (acima de 15) e a pontuação total da bateria é 71 (superior a 67 - zona verde), não se deteta dificuldades no movimento da criança, pois os resultados não são significativamente clínicos e encontram-se nos parâmetros normativos.

13. Análise Qualitativa dos Resultados

Tendo como base os instrumentos aplicados e as observações informais do caso, no geral, o Manuel apresenta com maior destaque falta de planeamento dos seus atos, agitação motora, dificuldades em controlar os seus impulsos e em autorregular-se nos momentos de frustração. Contudo, não foram evidenciadas fragilidades ao nível da sua motricidade global, sendo, aliás, das suas áreas mais fortes.



Ao nível da relação com a terapeuta evidenciou várias atitudes de onipotência, querendo desempenhar várias tarefas sozinho, sem pedir ajuda mesmo quando necessitava e demonstrando inclusive que “era o melhor”. Este tipo de atitudes poderá estar a camuflar uma possível baixa autoestima da criança. Refletem-se ainda algumas lacunas nas suas competências sociais em, por exemplo, cumprir regras, esperar pela vez do outro e/ou respeitar as suas ideias.

14. Elementos Critério

Considerando o total de vinheta clínica inicial da criança, considera-se como elementos critério, i.e., as características e pontos determinantes de compreensão do caso:

- Baixa autoestima;
- Dificuldade na regulação emocional;
- Agitação motora;
- Dificuldade nas relações interpessoais;
- Atitudes de onipotência;
- Dificuldade na separação entre a realidade e desejos pessoais (fantasia);
- Impulsividade.

15. Hipóteses Explicativas

Com o intuito de se compreender o Manuel num todo, reunindo todas as informações do mesmo – incluindo dados da sua história de vida -, formulou-se algumas hipóteses explicativas determinantes para se delinear o projeto terapêutico do caso.

De acordo com o IOM e NRC (2014), crianças que foram vítimas de maus-tratos infantis podem desenvolver comportamentos exteriorizados - mais incidentes ao nível de perturbações do comportamento e de oposição, agressividade e delinquência – e comportamentos interiorizados – especialmente ansiedade e depressão. Ao nível da personalidade, os autores identificam sintomas de personalidade antissocial e depressiva, em crianças vítimas de abuso físico, e sintomas de personalidade *borderline*/limite, evitante, passiva-agressiva e antissocial, naquelas vítimas de negligência.

Ao longo das sessões de observação e em momentos de conversa, o Manuel foi descrevendo o pai como alguém que cuida dele e que é bom para a criança, contudo, foi vítima de negligência e abuso por parte do mesmo. Para além disso, o Manuel invocou igualmente, em algumas situações, a presença de cuidados contínuos de proteção por parte da mãe, onde na realidade a mesma o abandonou quando a criança era muito nova, não tendo inclusive total memória da sua aparência física. Strecht (2012) justifica essas

idealizações como defesas, uma vez que estas crianças tendem a construir imagens internas compensatórias desses Pais, que contenham afetos positivos, como forma de diminuir a própria culpa (consciente ou inconsciente). Por outro lado, Dupré (1905, cit. in Marcelli 2005) refere que inventar um determinado tipo de família ideal, aquando suporte narcísico, é característico da mitomania, onde o intuito é procurar uma imagem que o sujeito acredita ser inalcançável/perdida. O autor refere que esta entidade ocorre frequentemente em crianças com carências afetivas e incertezas na sua identificação parental, podendo ser o caso de Manuel.

O Manuel é uma criança que apresenta atitudes de onnipotência, dizendo que quer fazer uma determinada tarefa sozinho, que não precisa de ajuda, que não se magoa aquando de uma queda ou, inclusive, distanciando-se do outro. De acordo com Costa (2008), a onnipotência pode ser uma defesa do ego em crianças com uma organização mental depressiva. Strecht (2012) refere que a onnipotência pode ser uma experiência resultante de um estado não organizado do eu, derivado de uma insatisfação narcísica pela falta de boas experiências primárias dadas pelos pais. Rygaard (2006), acrescenta que aquando rejeitadas ou ignoradas as necessidades físicas ou afetivas da criança, a mesma tende a desviar os seus comportamentos para sua própria proteção e satisfação das suas necessidades.

Neste seguimento, uma vez que o Manuel vivenciou experiências de imprevisibilidade e de instabilidade parental, onde a sua figura de vínculo era tanto uma fonte segura como uma fonte de medo, a criança poderá ter estabelecido um padrão de vinculação desorganizado, (Main e Solomon, 1986 cit. in Iwaniec 2006). Hildyard e Wolfe (2002) sustentam essa ideia, pois referem que crianças vítimas de negligência e abuso físico tendem a desenvolver um padrão de vinculação inseguro ou desorganizado.

Apesar de o Manuel não ter verbalizado sentimentos de desvalorização e de incapacidade, a criança poderá estar a camuflar a sua baixa autoestima e autoconfiança, através de comportamentos autoritários, onnipotentes e por querer a constante a aprovação do outro. Cicchetti e Toth (2005) referem que crianças vítimas de negligência e abuso tendem a ter baixa autoestima. Costa (2008) e Strecht (2012), sugerem que falhas na autoestima, ou uma exaltação aparente da mesma, estão ligados a uma organização mental depressiva. Em adição, a irrequietude de Manuel, a sua atividade excessiva motora e a baixa resistência à frustração podem estar, segundo os mesmos autores, dentro desse quadro. Aliás, Strecht (2012) e Lachante (1999, cit. in Nadeau, Nolin & Chartrand 2013)

mencionam que esta organização é comum a crianças que sofreram de maus-tratos por parte da família.

Ao longo das sessões de observação teve atitudes que remetiam para uma manifestação de uma suposta superioridade. A criança foi verbalizando várias vezes ser o melhor a jogar futebol, que não tinha medo de nada, não aceitando várias vezes a ajuda da terapeuta em momentos de cuidar ou em situações de jogos. De acordo com Costa (2008), estas características enquadram-se numa organização depressiva infantil, sendo atitudes consideradas de proteção do seu eu.

A criança idealizou/construiu imagens internas compensatórias de ambos dos pais, através da verbalização de características boas e afetos positivos dos mesmos, onde Strecht (2012) refere que este tipo de defesa é uma estratégia espontânea para diminuir uma culpabilização consciente ou inconsciente. O autor acrescenta que esta culpa advém da incapacidade de que a criança tem em reparar falhas dos pais, considerando que é um defeito da mesma as atitudes que os cuidadores tomaram. Por outro lado, Marcelli (2005) refere que estas idealizações podem ser mecanismos de defesa, face a uma posição depressiva, onde a criança tenta defender e preservar o bom objeto dos pais, anulando as más situações.

Strecht (2012) salienta que crianças acolhidas em casas residenciais podem construir privações internas organizadas por defesas, levando a que tanto procurem como rejeitem ajuda de fora daquilo do que precisam. Isto é exemplificado no Manuel nos momentos de cuidar por parte da terapeuta, no sentido em que tanto a criança procurou como evitou essas situações (e.g.: o facto de a criança verbalizar não querer colo, mas permitir-se e deixar-se conter nessas alturas). Em adição, o autor sugere que, tal como Manuel revelou, estas crianças desenvolvem um lado de falsa independência, no sentido de serem auto-prestadoras de cuidados, como mecanismo de sobrevivência. Para além do que foi anteriormente supracitado, Iwaniec (2006) refere que, face a uma base de vinculação desorganizada, onde os cuidadores não proporcionaram experiências mutuamente gratificantes ao “eu” da criança, estas tendem a desenvolver modelos contraditórios em momentos de cuidar, como estratégia para lidar com as suas emoções.

O Manuel privilegiou a sua comunicação através do movimento, no sentido em que as suas respostas a situações, por exemplo de frustração, passaram pela ação motora. Nesses momentos de frustração, a criança teve expressões mais agressivas a nível motor para com objetos, dando pontapés sem intencionalidade a bolas/colchões ou afastando-



se, e verbais, elevando a sua voz ou evitando a continuação de uma conversa. Essas situações ocorreram, entre outras, em compassos de espera e em conversas/momentos que lhe causavam angústia. Além do mais, o Manuel também reagiu com expressão agressiva para com a terapeuta, em situações onde a mesma o estava a conter. De acordo com Iwaniec (2006), crianças que sofreram de abusos emocionais ou de negligência, usualmente reagem com expressão agressiva ou de frustração em momentos de proteção, segurança, atenção, autonomia e controlo, podendo ser assim justificado o comportamento do Manuel. IOM e NRC (2014) referem que crianças vítimas de maus-tratos tendem a evidenciar, em situações de frustração, comportamentos de expressão agressiva, onde Fearon et al. (2010) sublinham que essa externalização poderá ter de advir de uma vinculação insegura com os pais, estando muitas vezes associados a situações de ameaça, inconsistência e falta de confiança com os mesmos.

A criança, em vários momentos de entrada da sessão, adotou comportamentos de fuga, afastando-se e aproximando-se da porta, dizendo inclusive que não queria entrar. Marcelli (2005) refere que a fuga pode ser uma exteriorização da angústia, sendo provocada geralmente por pensamentos relacionados com a separação, podendo justificar desta forma a ação do Manuel. Strecht (2012) justifica ainda que estes tipos de atitudes são defesas que a mesma projeta, onde a própria criança tem medo do que mais precisa, i.e., tanto procura como rejeita ajuda, ao mesmo tempo.

No decorrer dos jogos realizados no período de observação, demonstrou incumprimentos de regras e negação de que o tinha feito nos diferentes jogos realizados, que poderiam estar relacionados com a falta de controlo de impulsos comportamentais e emocionais. Strecht (2012) salienta que crianças vítimas de negligência ou abuso podem ter dificuldades na aceitação de regras e no controlo de impulsos, negando inclusive o não cumprimento dessas mesmas normas.

Nos términos das sessões a criança quis, na maioria das vezes, prolongar a mesma, através de resistência motora ou dando continuidade a conversas verbais. De acordo com Costa (2008), crianças que experienciaram impressões ou sentimentos de abandono, podem provocar dificuldades na separação com o outro, o que poderá justificar a atitude de Manuel no final das sessões. No entanto, o mesmo poderá apenas a estar a ter prazer com o momento terapêutico e, desta forma, querer prolongar esse tempo.

Nos jogos de regras simples sem cariz motor, teve atitudes impulsivas, uma vez que não planeava totalmente as suas jogadas, partindo logo para a ação. Apesar de ser

uma criança com flexibilidade no seu pensamento, teve por vezes dificuldade na capacidade de prever e antecipar situações nesse tipo de jogos. DePanfilis (2006) refere que os maus-tratos infantis podem levar a dificuldades de concentração e na organização de ideias, podendo ser uma hipótese justificativa ao comportamento do Manuel. A criança por vezes também atribuía importância a estímulos considerados acessórios, como o barulho fora da sala, dificultando a manutenção de uma atenção focalizada nestes jogos. Assim, tal como Costa (2008) salienta, estas características poderão corresponder a uma organização mental *borderline*. O autor sugere inclusive que, neste quadro, estes comportamentos poderão fazer com que não coloque o seu potencial cognitivo a favor, fragilizando a capacidade de prever e, conseqüentemente, colocando em perigo a sua integridade física. Novamente, esta última ideia revê-se em Manuel nos jogos de futebol, uma vez que a criança caía com alguma frequência durante esses momentos. Rygaard (2006) sugere inclusive que estes comportamentos pela qual a criança não antecipa situações perigosas podem advir de uma perturbação de vinculação.

Nos jogos de faz-de-conta a criança efetuava uma fusão entre a realidade e a fantasia, juntando os papéis criados com a sua história verídica, i.e., o Manuel confundia a sua identidade com personagens fictícias. Costa (2008) enquadra esta atitude dentro de uma organização mental *borderline*, justificando que estas crianças misturam a realidade factual com a vida fantasiosa e imaginação.

16. Perfil Intraindividual

Através dos resultados das avaliações e observações aplicadas ao caso, encontra-se abaixo (tabela 12) o perfil intraindividual do Manuel, reunindo os seus domínios fortes, intermédios e a desenvolver.

Tabela 12- Perfil Intraindividual do Manuel

Domínios Fortes	Domínios Intermédios	Domínios a Desenvolver
- Equilíbrio Dinâmico e Estático - Motricidade Fina e Grossa - Habilidades com bola - Coordenação Motora	- Representação gráfica do desenho do corpo - Concentração nas tarefas	- Regulação da Frustração e Emocional - Habilidades de interação social - Respeitar regras - Autoestima

17. Objetivos Terapêuticos

Considerando os pontos fortes, fracos e intermédios do Manuel, desenvolveram-se os seguintes objetivos terapêuticos (tabela 13), indo de acordo com as suas necessidades e contextos inseridos. Denota-se que até à data a criança usufruía de sessões individuais

com frequência bissemanal, passando a ser integrado, posteriormente em pequeno grupo, com mais uma criança – tendo assim uma sessão individual e outra de grupo por semana.

Tabela 13- Objetivos de Intervenção Terapêuticos do Manuel

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Melhorar a Tonicidade	- Adequar os estados tonicoemocionais consoante as situações; - Aumentar a consciência tonicoemocional;
Promover a noção do corpo	- Melhorar a perceção da imagem corporal no desenho;
Promover o autoconceito	- Aumentar a autoestima; - Aumentar a autoconfiança;
Melhorar a regulação emocional	- Compreender, organizar e expressar as suas emoções/sentimentos de forma assertiva; - Aumentar o apaziguamento de conflitos internos expressos pela criança;
Promover a autorregulação comportamental	- Aumentar a tolerância à frustração; - Melhorar a autorregulação em momentos de impulsividade, agitação motora e expressão da agressividade;
Promover competências sociais e relacionais	- Aumentar a capacidade de aceitar a ideia do outro; - Aumentar a capacidade de respeitar o espaço pessoal do outro; - Potenciar a interajuda, relação e coesão grupal - Estimular o respeito e cumprimento de regras e limites do jogo;
Promover a atenção	- Diminuir a impulsividade cognitiva; - Aumentar o tempo de foco numa tarefa;
Técnicas e mediadores terapêuticos	
Jogo espontâneo (simbólico, de regras simples, ...); Dança expressiva;	

18. Projeto Terapêutico

Considerando a avaliação efetuada ao Manuel e o seu perfil intraindividual, procedeu-se ao desenvolvimento do plano terapêutico do mesmo. Assim, abaixo encontra-se abaixo as diretrizes de intervenção, tal como a sua respetiva fundamentação, algumas estratégias específicas para o caso e ainda exemplos de atividades efetuadas com a criança.

18.1. Estratégias e Diretrizes de Intervenção

O projeto desenvolvido para o Manuel englobou duas sessões semanais de psicomotricidade de base relacional, uma de cariz individual, outra em pequeno grupo, inseridas na casa de acolhimento onde o mesmo se encontrava. Ambas as sessões tinham a duração de 45 minutos, estando sempre presentes duas terapeutas. Denota-se que o pequeno grupo era composto pelo Manuel e outra criança da mesma idade, do sexo masculino. Os objetivos terapêuticos propostos (2.3.5) serão trabalhados ao longo das sessões de psicomotricidade através do jogo espontâneo, da relação terapêutica estabelecida e da exploração espontânea – do espaço e dos materiais – da criança.

Respeitando o modelo psicomotor já utilizado na casa de acolhimento, efetuaram-se sessões de psicomotricidade de base relacional, onde se priorizou a qualidade da relação estabelecida entre o psicomotricista e a criança (Costa, 2008). Desta forma as sessões organizaram-se com o momento de entrada na sala; o registo de ideias/diálogo

inicial; corpo da sessão; retorno à calma; momento de saída/diálogo final. Esta estrutura foi estante em todas as sessões, de modo a dar previsibilidade e segurança à criança sobre o que iria acontecer. Denota-se que as sessões tiveram carácter semiestruturado, no sentido em que apesar de a terapeuta saber previamente os conteúdos a abordar com a criança, não levava para a sessão um planeamento com atividades específicas, indo sim ao encontro das motivações pessoais da criança e do seu gesto espontâneo no decorrer da mesma (Costa, 2008).

Dentro da organização da sessão, utilizou-se métodos de relaxação no retorno à calma, uma vez que proporciona uma tomada de consciência de modulações tónico-emocionais (Martins, 2001a), levando a que o indivíduo atinja um estado de repouso, permitindo a integração da sua imagem e esquema corporal, tal como a sua reorganização emocional (Costa, 2008; Martins, 2001a).

Uma das principais premissas de intervenção para com o caso foi demonstrar-se disponível para a criança partilhar as suas angústias internas, tal como ter uma escuta ativa e empática do seu sofrimento (Llinares & Rodríguez, 2008; Mastrascusa, 2022). Assim, tal como Strecht (2012) sugere, numa primeira fase da intervenção o foco foi a construção de uma relação terapêutica de confiança e de disponibilidade para com a criança, devolvendo as mensagens da criança através de uma contenção afetiva. O autor refere ainda que trabalhar questões relacionadas com a perda, separação e sentimento de pertença é essencial junto em crianças vítimas de maus-tratos, algo que se também abordou com Manuel.

Sendo a relação terapêutica estabelecida uma das principais diretrizes de intervenção com Manuel, focou-se na reparação dos traumas vividos do caso, num meio terapêutico seguro, contendor e securizante, com o intuito de a criança desenvolver ferramentas para lidar e ultrapassar as situações que a afetaram (Strecht, 2012). Focou-se igualmente em transpor confiança nas capacidades da criança, não só pelas características intrínsecas do caso, como também pelo facto de crianças que viveram situações traumáticas têm tendência a não acreditar nelas próprias (Strecht, 2012).

A terapia em grupo foi também uma estratégia utilizada na intervenção com Manuel, demonstrando-se ser uma mais-valia para a criança, uma vez que permite desenvolver e potenciar competências sociais, como a capacidade de respeitar o outro, as suas ideias e regras estabelecidas (Hemphill & Littlefield, 2001). Tyndall-Lind, Landreth



e Giordano (2001) verificaram que a terapia em grupo em crianças expostas a violência doméstica melhora o autoconceito da criança.

Recorreu-se à dança como técnica expressiva e criativa, pois tendo como base uma dinâmica corporal, permite explorar domínios físicos, emocionais, comportamentais e cognitivos, possibilitando o enriquecimento da integridade do seu “eu” (Santos, 2008). Acrescenta-se que através do movimento do corpo na dança é possível libertar, explorar e gerir emoções que estejam assimiladas num nível mais profundo, sem recorrer à verbalização (Penfield, 2004).

Face às características da criança procurou-se efetuar uma abordagem terapêutica que recorresse ao jogo, desenho e psicodrama (dança), uma vez que são formas que permitem não só experienciar os traumas vividos, como também, através das orientações do terapeuta, levam a que se proporcione ferramentas para a própria criança poder clarificar e reagir a essas angústias internas (Marcelli, 2005). Terr (1990, cit. in Tyndall-Lind et al. 2001) complementa referindo que esta é uma abordagem que não confronta de forma direta a criança, permitindo que a mesma tenha uma exploração espontânea das suas vivências, pensamentos e emoções.

Posto isto, recorreu-se ao jogo simbólico, uma vez que permite a expressão da realidade interna da criança, da satisfação dos seus desejos e da expulsão de angústias pessoais de um conflito intrapsíquico (Marcelli, 2005; Rodríguez & Llinares, 2008). Expressa assim o mundo consciente e inconsciente da criança, refletindo as suas vivências, carências e angústias (Rodríguez & Llinares, 2008). Este tipo de jogo permite o apaziguamento da angústia interna da criança, através da projeção de conflitos relacionados com a sua realidade exterior (Marcelli, 2005). Desta forma, procurou-se em conjunto com a criança e consoante a sua fase no desenvolvimento, proporcionar experiências simbólicas corretoras, que moldassem e permitissem expressar os seus pensamentos primários, tal como uma maior interiorização das suas vivências (Rodríguez & Llinares, 2008).

De modo a promover a consciencialização das diferentes representações dos jogos simbólicos que ocorreram, i.e., da passagem da vivência corporal para intelectual (Rodríguez & Llinares, 2008), procurou-se refletir verbalmente, e em conjunto com a criança, os vários cenários experienciados. Recorrer ao jogo simbólico, tanto através da utilização do próprio corpo, como de objetos, permite à criança exteriorizar pensamentos conscientes ou inconscientes, possibilitando a vivência de emoções e ideias a eles

inerentes (Hodges & Steele, 2000; Mastrascusa, 2022). Assim, o jogo simbólico na intervenção terapêutica, permite que a criança reflita sobre a sua realidade interna e que explore diferentes cenários, sejam esses reais, fantasias ou desejos (Hodges & Steele, 2000).

Por fim, e ainda dentro do jogo simbólico, Hodges e Steele (2000) sugerem que ao estipular uma narrativa para se desempenhar, com identificações claras que as personagens correspondem a elementos reais da história de vida da criança, esta poderá acabar por se inibir. Desta forma, e seguindo esta perspetiva, permitiu-se que a criança fosse construindo a narrativa no jogo simbólico, em conjunto com o terapeuta caso fosse necessário. Assim, não só se dava liberdade à criança de ir explorando os cenários que idealizava, como também permitia ao terapeuta ajudá-la a refletir e a pensar sobre os mesmos.

18.2. Estratégias Específicas

Considerando as características próprias do caso, elaborou-se estratégias específicas em prol do seu processo terapêutico: respeitar o tempo estabelecido na sessão; cada participante tem de escrever uma ideia para a sessão, ficando a ordem definida previamente à realização das mesmas; consistência da terapeuta na tomada de decisão/*feedback* (i.e., não voltar atrás com a palavra mesmo que implique um posterior retrocesso terapêutico); abordar os temas trazidos pela criança; respeitar o tempo e espaço de Manuel; verbalizar e discriminar tarefas e/ou pensamentos, tornando-as sempre que possível visíveis (e.g.: através de desenho), ajudando assim a organizar as ideias da criança; conter o Manuel sempre que necessário; transpor confiança nas suas capacidades; separação dos conteúdos grupais e individuais junto de Manuel, clarificando com a criança a diferenciação entre ambas as sessões; definir com a(s) criança(s) as regras da sala (não magoar os outros, não estragar brinquedos propositadamente e não levar materiais para fora da sessão); estabelecimento com ambas as crianças que sempre que uma não poderia comparecer não se efetuava a sessão de grupo - para não quebrar a aliança e progressão terapêutica existente -; consciencializar e refletir com a(s) criança(s) sobre um momento da sessão, sempre que necessário (e.g. jogo simbólico);

18.3. Exemplos de Atividades

Abaixo encontram-se descritas algumas atividades desempenhadas com a criança ao longo da intervenção:



- Não só para promover a relação com a terapeuta, mas também para trabalhar competências como a impulsividade, frustração, agitação motora e respeito pelas regras, foi desempenhado o jogo de futebol. Apesar de terem surgido diversas variações de equipas, a génese da atividade consistia em marcar golo na equipa contrária. Denota-se que a criança tem boas capacidades motoras, pelo que a prioridade não foi o foco nessas aptidões, mas o planeamento da sua jogada, o trabalho em equipa e o desempenho de diferentes papéis no jogo (atacante ou defesa) – e não apenas o seu preferencial.
- De forma a estimular a resolução de problemas, impulsividade e planeamento cognitivo, atenção e tomada de decisão, recorreu-se a um jogo de cartas com diferentes imagens (objetos, animais, etc), onde cada carta tinha sempre algo igual a outra do baralho. Inicialmente divide-se o baralho pelo número de jogadores, deixando-se uma carta no centro. De seguida, cada participante, de forma aleatória, tinha de colocar a primeira carta do seu monte no centro, dizendo que símbolo é que essa mesma carta tinha de igual com a do centro. O objetivo era ficar-se sem cartas o mais rapidamente possível, ganhando assim o jogo. Denota-se que as regras deste jogo não eram estanques, no sentido em que poderia haver variações, como por exemplo, jogar-se em equipas.
- Com o intuito de se explorar conflitos internos da criança, momentos de frustração, angústias pessoais, traumas vividos e consciencialização, foram desempenhados jogos simbólicos relacionados com o tema “família”. Apesar de nada ser imposto pela terapeuta, antes de se efetuar a encenação debatia-se sobre a história a desempenhar, escrevendo-se posteriormente em papel as personagens e a narrativa. No final de cada encenação todos os elementos sentavam-se em grupo, recontavam a história e refletiam sobre o mesmo.

19. Progressão Terapêutica

De modo a efetuar a progressão terapêutica do Manuel, foram consideradas as 23 sessões de intervenção, tanto individuais como grupais. A introdução em pequeno grupo foi realizada com um rapaz da mesma idade, o Francisco, com frequência semanal. Desta forma analisar-se-á primeiramente 10 sessões individuais e, de seguida, as 13 em grupo. No Anexo 4 encontra-se a tabela de progressão terapêutica individual do Manuel e no Anexo 5 a grupal.

19.1. Progressão Terapêutica Individual

O Manuel evidenciou uma postura essencialmente desinibida, interativa e de cooperação, tendo tido igualmente momentos de desafio, oposição e controlo para com a mesma. Estas últimas situações ocorreram nas primeiras sessões (1-4), em jogos motores onde a criança considerava que a estagiária teria falhado, ou quando a mesma propunha sugestões de variabilidade do jogo (e.g.: “então e se construíssemos assim?”). Nas primeiras sessões a estagiária focalizou em estabelecer uma relação segura com a criança, onde, posteriormente, o Manuel procurou essa interação nos momentos de acalmar nos finais de sessão, através de mediadores como a dança.

A criança expressou atitudes de onnipotência nas sessões 1 a 4, através de verbalizações em momentos de cuidar (e.g.: “larga-me, colo é para bebés”) e na recusa de ajuda das terapeutas. Nesse período e até à última sessão aparentou um aumento da necessidade de ser valorizado, especialmente pela terapeuta (e.g.: “olha aqui! Viste como é que eu mandei a bola?”) e nas sessões de grupo (e.g.: “eu sei jogar isto muito bem”). Especialmente a partir da 7ª sessão demonstrou mais permissividade e procura pelo cuidar, após uma participação mais ativa da terapeuta. Apesar de as atitudes de onnipotência terem diminuído, na sessão 10 foram visíveis tais comportamentos (e.g.: escrever o nome completo na folha).

O Manuel explorou o espaço na globalidade e espontaneamente em todas as sessões, tal como os objetos presentes. No geral, aceitou as ideias da estagiária e da terapeuta, contudo efetuou resistência verbal perante algumas (e.g.: “isso? Que seca”), especialmente nas primeiras 3 sessões.

No que toca à experimentação do jogo procurou fazer as mesmas ideias ao longo das sessões com modificação do conteúdo das mesmas. Nas primeiras 5 sessões foi visível alguma resistência na mudança de atividades, sendo que diminuiu posteriormente.

Jogar raquetes foi uma ideia que o Manuel propôs e procurou nas sessões 1, 3, 7, 9 e 10, tendo sido um jogo mediador para a relação com a estagiária. Ambos teriam de trabalhar em equipa para alcançar o maior número possível de passes. Ao longo das sessões a terapeuta foi incluindo a sua presença no decorrer do jogo, sendo esta o árbitro que contabilizava os pontos, auxiliando a anotar os novos marcos, ou conversando apenas com o Manuel sobre diferentes temas (algo que o mesmo incentivava). Demonstrou uma atitude ambivalente face à estagiária nesta dinâmica: tanto verbalizava, num tom de voz elevado e com alguma instabilidade motora “fogo, mandas-te a bola impossível de

apanha”, “devias ter atirado com mais força”, culpabilizando-a – independentemente de ser ou não verdade (sessões 1-3), como assumia verbalmente “desculpa a culpa foi minha, devia ter feito aquilo”, numa postura cooperativa e sedutora (sessões finais).

Foram efetuados ainda outros jogos de regras, tanto de cariz motor (circuitos propostos pela criança – sessões 9 e 10), como ideias de mesa calmas (jogo da memória – sessão 4; desenho – sessão 7; experiência trazida pelo Manuel – sessão 8; assistir a curta-metragens – sessão 9). As últimas ideias mencionadas permitiam não só trabalhar os diferentes fatores psicomotores, como também explorar temas inerentes à vida da criança, que permitiram a reflexão pessoal das suas ações fora do ambiente terapêutico. Denota-se que no início da intervenção houve uma maior tendência a adequar as regras dos jogos e, por vezes, a não as cumprir na totalidade, tendo diminuído ambos os comportamentos.

O jogo faz de conta foi outra ideia constante ao longo da intervenção (sessões 2-6). Quis realizar a representação de mães/pais/filhos através de um cenário de reparação nas sessões 2 e 4 onde os papéis se mantiveram constantes: a terapeuta era o pai, o Manuel o filho bebé (que não falava) e a estagiária a mãe e/ou médico. Neste tipo de dinâmica procurou a representação de cenários semelhantes, onde a atitude parental das personagens face à criança era de preocupação e de cuidar, surgindo inclusive algumas projeções relativamente à sua história real (e.g.: ser o pai o único presente; “isso pareceu mesmo o meu pai quando tomou mal os remédios”). Na sessão 2 o que precisava de cuidado era a criança, já na 4ª inverteram-se os papéis com o pai doente e a mãe/médico a cuidar da família. Ainda relacionado com este tema e na sequência de cenários explorados na intervenção de grupo, na sessão 6 procurou vivenciar sem o par no jogo simbólico o abandono parental e o ser cuidado por pais adotivos. Denota-se que nesta sessão, apesar de alguma resistência inicial do Manuel, houve uma troca de papéis entre as terapeutas.

Na sessão 5, na sequência de uma conversa inicial da terapeuta com o Manuel relativamente a comportamentos agressivos que o mesmo estava a ter na escola com os colegas, foi proposto pela criança um teatro com a temática de “amigos chateados”. Primeiro utilizou-se fantoches de animais e posteriormente recorreu-se ao próprio corpo dos presentes da sala para explorar o tema (e.g.: Manuel – “mas o leão estava muito confuso, zangado sem perceber porque”, Terapeuta – “e apareceu o feiticeiro para ajudar o leão!”).



Ainda no jogo faz-de-conta, na sessão 3 a estagiária propôs um jogo faz de conta através da representação de animais, com o intuito de explorar diferentes papéis parentais, relacionados com a perda. Numa fase inicial foi resistente à ideia, sendo que posteriormente aparentou estar envolvido e interessado dando sugestões de novos cenários. A génese da história baseava-se no “peixe” estar magoado, sozinho e sem pais, tendo sido cuidado por uma “tartaruga”. Numa primeira fase o Manuel não permitiu ser o peixe, tendo sido a estagiária a assumir esse papel, sendo que posteriormente inverteram as personagens, com alguma resistência verbal da criança, aparentando, contudo, mais interesse (e.g.: “agora o pai vai dizer que não quer saber dele”; “agora a tartaruga vai encontrar o peixinho a brincar no parque sozinho e a magoar-se lá”). A criança acabou por desorganizar nessa mesma sessão, uma vez que não respeitou o término do jogo, tendo comportamentos de fuga e dando pontapés numa bola, havendo a necessidade de ser contido pela terapeuta como regulador externo.

Na sessão 6 procurou o tema do abandono parental e posterior adoção da criança abandonada no jogo faz-de-conta, aspeto anteriormente explorado nas sessões grupais.

Ao longo das sessões apresentou dificuldades na autorregulação das emoções, onde, por vezes, conduziram a momentos de frustração, ocorrendo essencialmente a partir da sessão 3 devido a: mudanças dentro da atividade; conversas que lhe causam angústia; confronto com a não veracidade das suas atitudes no jogo e com o que verbaliza ter realizado (e.g. “não deixei cair a bola, foste tu!”). Nestas situações manifestou uma expressão agressiva não-verbal dirigida a objetos (dando pontapés sem intencionalidade a bolas/colchões), evitou a interação (e.g.: não olhando nos olhos; ignorar as verbalizações da estagiária; afasta-se ou fica em silêncio), apresentou instabilidade motora e/ou elevou o seu tom de voz. Contudo, a partir da sessão 4, foi visível uma diminuição destes comportamentos, passando a verificar-se uma reação mais adequada, através da autorregulação.

Apesar de respeitar os diferentes momentos de sessão, na sessão 3 verificou-se alguma resistência na entrada da sala, adotando comportamentos de fuga, afastando-se e aproximando-se da porta. No que toca às fases finais das sessões, a criança procurou efetuar uma dança nos momentos do acalmar (sessões 1, 2, 5, 7, 9 e 10). Nessas alturas, sem se poder recorrer à verbalização, demonstrou vontade em controlar os movimentos das terapeutas (1-9). Já na sessão 10, as terapeutas mudaram o registando, tentando inverter os papéis, de modo a orientar os gestos da criança. Apesar de alguma resistência

inicial, acabou por aceitar essa dinâmica. Nas saídas de sessão o Manuel procurou que uma das terapeutas o levasse ao colo para fora da sala, simulando que estava a dormir (sessões 1, 5, 7, 9 e 10).

19.2. Progressão Terapêutica Grupal

Descreve-se de seguida a progressão terapêutica grupal, com uma visão incidida em Manuel.

Na primeira sessão grupal foi visível uma atitude competitiva do Manuel para com o Francisco, como se expressasse que aquele era o seu espaço e não o dele, enaltecendo a sua própria presença (e.g.: “não, não é assim que se faz, primeiro tens de pôr os nomes”; “que seca de ideia”; “podemos fazer como fizemos os três no outro dia?”). Nas sessões seguintes continuou com uma atitude de imposição e de competitividade especialmente até à 5^a, e na 8^a e 9^a: batendo ou atirando objetos ao Francisco, enquanto se ria (inícios de sessões e em jogos motores); insistindo que a primeira ideia fosse a dele; falando por cima do par; persistindo na escolha do nome da equipa; e escrevendo o nome ocupando a folha toda. Sublinha-se que a sessão 2 teve de terminar antes do tempo, pois o Manuel magoou intencionalmente o par. Ainda dentro das primeiras 5 sessões foi visível recusa na cooperação com o colega, ausência e/ou baixo respeito pela ideia e vez do par, e ainda pouca inclusão e capacidade de resolver problemas em conjunto com o Francisco (com maior incisão entre a sessão 1 e 3). Após este período, e até ao final da intervenção, Manuel começou a incluir o seu par, tal como a ser mais cooperativo e recetivo nas ideias propostas pelo mesmo. Contudo, nas sessões 8 e 9 revelou uma expressão agressiva e competitiva com Francisco, não sendo totalmente recetivo e respeitador das suas ideias (e.g.: “que seca”; “não quero continuar”). Isto poderá ter ocorrido pela mudança de atitude no par, pois diminuiu a sua passividade e começou a impor o seu espaço perante Manuel (e.g.: “vamos fazer a minha ideia primeiro, porque no outro dia foste tu”).

Ao nível da relação com a estagiária e a terapeuta, a criança teve uma atitude maioritariamente cooperativa, especialmente a partir da 4^a sessão. Contudo, nas primeiras 3 sessões, na 6^a e 8^a, apresentou uma postura onipotente, onde enaltecia o seu ego, levando-o a ser impulsivo. Estes momentos ocorriam nos momentos iniciais da sessão e nalgumas atividades propostas, recorrendo a comportamentos de fuga e verbalizações como “desenho é para bebés” ou “sabes que sou o melhor a...”. Ao longo de toda a intervenção demonstrou ainda necessidade de ser valorizado através da verbalização do requisito de atenção das terapeutas (e.g.: “olhem aqui”) e da demonstração de



determinadas habilidades motoras que conseguia fazer. Apesar de a estagiária e a terapeuta darem a devida atenção a ambas as crianças, acabaram ao mesmo tempo por reparti-la: a primeira deu uma maior orientação/foco ao Francisco e a segunda ao Manuel.

Relativamente à experimentação do jogo foram desempenhadas atividades maioritariamente motoras (futebol; raquetes), de luta e simbólicos. Denota-se que na sessão 6, 7, 9 e 12 foram desempenhadas ideias conjuntas entre as crianças, demonstrando uma maior cooperação e coesão grupal. Contudo, nas sessões 10 e 11 ainda surgiu a necessidade de cada criança elaborar uma ideia individual, remetendo à individualidade do seu espaço na sessão grupal.

No que toca a jogos motores (raquetes, futebol, etc), de mesa e de luta (espadas, luta de colchões, etc), de uma forma geral, não se colocava as crianças uma contra a outra, mas sim numa posição de cooperação. No entanto, numa primeira fase, englobando a participação da estagiária e da terapeuta, o Manuel e o Francisco procuraram assumir posições individuais (sessão 1, 2 e 3), evoluindo posterior e gradualmente para equipas (crianças contra terapeutas) e/ou papéis de cooperação (sessão 2, 3, 5, 8, 10, 12, 13). Até à sessão 5 Manuel não cumpria as regras na totalidade, tendo inclusive tendência para as adequar. Nesse período demonstrou uma atitude competitiva perante o Francisco e as terapeutas, reagindo com alguma intensidade motora aos objetos (e.g.: dando pontapés com muita força na bola). Na passagem para jogos de equipas, num primeiro momento (sessão 1-3), havia discórdia verbal entre ambos (e.g.: não! Não faças assim fogo, assim vamos perder), sendo que foram cooperando gradualmente até ao final da intervenção (e.g.: “Boa!” “Ajuda-me!” “Tu consegues!”).

O faz de conta surgiu na sessão 4, como uma ideia/interesse comum de ambas as crianças, o que poderá ter potenciado a sua cooperação. Nas sessões 6-9 e 12 procuraram igualmente este tipo de jogo, sendo que a génese de todas as histórias, à exceção da sessão 12, remetia para crianças abandonadas pelos pais biológicos. Os papéis foram contantes em todas as sessões, pelo que a história ia progredindo e complexificando ao longo do tempo, tal como novas personagens foram surgindo, explorando assim diferentes cenários. Abordaram-se temas como o medo de pessoas desconhecidas (sessão 4), o abandono parental, o amor – ou falta dele - pelos pais biológicos (sessão 7), a adoção e a forma de cuidar dos filhos. As crianças escolheram nomes fictícios relacionados com a história real de cada um (e.g.: “X, como ao meu irmão”), efetuando algumas projeções pessoais. De uma forma geral, o Francisco assumia uma postura passiva aquando do

desempenho da sua personagem (e.g.: mantendo-se maioritariamente em silêncio), já o Manuel verbalizava acrescentos de factos no decorrer da história (e.g.: “o pai agora vai dizer assim...”). Tendo o Manuel procurado ser o irmão bebé, revelou alguma resistência em evoluir na idade (sessão 8). As personagens dos pais biológicos foram introduzidas na sessão 7, onde na sessão 9 surgiu o cenário do tribunal e de um juiz, na tomada de decisão de adoção das crianças. Entre as sessões 7 e 9 o Manuel trouxe um objeto pessoal (relógio) para o contexto terapêutico, pois queria incluí-lo na história encenada.

Na sessão 12 o faz-de-conta surgiu através da representação de animais, através da exploração de papéis de agressor-vítima, permitindo uma posterior reflexão sobre o que era um “pai bom” e um “pai mau”.

No que toca a comportamentos exteriorizados e interiorizados, o Manuel manifestou dificuldades na autorregulação das emoções nas sessões 1-3, 7 e 9-12, através de isolamento, abandono da interação e comportamentos agressivos com os outros e objetos. Contudo, nas últimas sessões, não só houve um decréscimo na frequência das atitudes que apresentou face à dificuldade na autorregulação das suas emoções, como também foram de menor intensidade, comparativamente ao início da intervenção. Ainda assim, nas sessões 4-6 e 7 o Manuel conseguiu autorregular-se, sem precisar de um regulador externo. Estes momentos eram essencialmente desencadeados quando era contrariado, o par verbalizava a sua ideia e não aceitava o término da sessão.

Relativamente aos inícios de sessões, de uma forma geral ambas as crianças entram maioritariamente com uma postura cooperativa, demonstrando entusiasmo, para o começo da sessão, constatando-se, no entanto, alguma agitação motora e verbal do Manuel, que foi diminuindo ao longo da intervenção. Denota-se, ainda assim, uma resistência em entrar no espaço terapêutico sessão 9. O término da sessão também foi igualmente aceite por ambas as crianças, sendo que o Manuel tentou prolongar esse momento nas sessões 3, 8-10 e 12. No momento do acalmar, procuraram e verbalizaram a vontade de as terapeutas executarem massagens nas extremidades inferiores, pelo que ambas aproveitavam para efetuarem uma reflexão da sessão com as crianças, revendo e consciencializando sobre determinados temas que possam ter surgido.

20. Avaliação Final

20.1. Observações Informais Finais GOP

Abaixo encontra-se a tabela 14 com as observações informais do caso, recolhidas mediante as sessões de intervenção finais, e considerando as diferenças face à primeira fase de observação. Desta forma estará introduzida a categoria “Relação com os Pares”.

Tabela 14 - Observações Finais GOP Manuel

Relação Interpessoal	Procurou ambas as terapeutas na interação, adotando uma atitude desinibida, e maioritariamente cooperativa. Foi notório uma diminuição da sua necessidade de ser valorizado, no entanto ainda manifestou requisito de atenção pelas terapeutas. Com a introdução em pequeno grupo, surgiu, numa fase inicial uma repulsa em permitir-se ser cuidado, contudo, ao longo das sessões foi anulando essa atitude. Denota-se que esse comportamento acontecia essencialmente nas sessões grupais.
Relação com os Pares	Apesar de no início das sessões ter demonstrado uma postura competitiva e, por vezes agressiva com o par, foi modulando essa atitude, sendo no final da intervenção inclusivo e cooperativo. Ainda assim não foi constante na sua capacidade de entreaajuda, revelando a necessidade de ter o seu espaço individual.
Relação com o Espaço e o Jogo	Aceitou a ideia do outro, embora por vezes com alguma resistência, não demonstrando, geralmente, dificuldade aquando da transição de ideias. No que toca à experimentação do jogo, neste período final procurou essencialmente o jogo faz de conta e motores. A génese do jogo faz de conta era relativa a crianças abandonadas pelos pais biológicos, permitindo explorar essa temática e alguns temas relacionados – forma de cuidar das crianças, o que é ser pai/mãe, a adoção, etc. Nas histórias encenadas a atitude dos pais adotivos manteve-se constante, protegendo e cuidando a criança. Efetuou algumas projeções relativamente à sua história real, querendo inclusive trazer objetos pessoais para a dinâmica. No que toca aos jogos motores efetuou maioritariamente jogos de raquetes, com uma dinâmica cooperativa e não competitiva. Apesar de nalgumas sessões culpar o outro por a bola cair no chão, no final demonstrava uma maior entreaajuda, verbalizando inclusive frases motivacionais (“vamos conseguir”). Diminuiu a necessidade de adequar as regras a seu favor, contudo por vezes ainda demonstra dificuldade em cumprir as mesmas.
Características Comportamentais e Emocionais	Apresentou uma maior capacidade de se autorregular, sendo que em momentos de frustração, diminuiu a sua expressão agressiva e aumentou atitudes como evitar a interação. Contudo, nas últimas sessões de intervenção, ainda manifestou uma expressão agressiva não-verbal dirigida a objetos. Apesar de ter mantido um discurso verbal organizado e coerente, continuou a recorrer à fantasia relatando factos e acontecimentos que carecem da sua veracidade. Demonstrou ter melhorado a sua autoestima e autoconfiança, contudo ainda apresentou indicadores de fragilidade nessa área nas últimas sessões (e.g.: rasgando um desenho, deitando-o no lixo e verbalizando, “está uma porcaria!”).
Rituais de Sessão	Não apresentou resistência nos inícios de sessões, pelo que nos términos tenta prolongá-los. Na saída das sessões individuais pedia para sair ao colo da estagiária e nas de grupo à terapeuta.
Fatores Psicomotores	Não surgiram alterações nos fatores psicomotores, tendo diminuído ligeiramente a impulsividade no seu movimento. Contudo, nos momentos de acalmar aparentou adequar e melhorar a sua tonicidade, comparativamente ao início da intervenção terapêutica.

20.2. Avaliação Final DAP

Apesar de inicialmente o Manuel não se ter recusado à participação dos desenhos, apresentou alguns comportamentos de frustração na realização dos mesmos, uma vez que

deitou fora uma das folhas verbalizando “está horrível, vou fazer outro”. Contudo, após motivado, a criança prosseguiu os desenhos, sem atitudes semelhantes, optando por fazê-los com as folhas na horizontal (Anexo 6). Abaixo encontra-se a tabela 15 com os resultados.

Tabela 15 - Resultados Finais DAP Manuel

Desenho	Valores Brutos	Valores Padronizados	Percentil
Homem (H)	39	102	55
Mulher (M)	40	103	58
O Próprio (P)	44	110	75
Totais (H+M+P)	123	106	66
Classificação	Mediano		

Analisando as pontuações, verifica-se que o Manuel se encontra na média normativa espectável para a sua faixa etária, tendo obtido um melhor resultado no desenho do próprio corpo. Denota-se que a classificação final não se destina a fins de diagnóstico.

20.3. Avaliação Final CBCL

O questionário foi aplicado à cuidadora de referência do Manuel na casa de acolhimento, encontrando-se na tabela 16 os resultados.

Tabela 16- Resultados Finais CBCL

	Síndromes	Pontuação	Nível
Escala de Internalização	Ansiedade/Depressão	9	<i>Borderline</i>
	Isolamento/Depressão	6	<i>Borderline</i>
	Queixas Somáticas	6	<i>Borderline</i>
	Problemas Sociais	9	<i>Borderline</i>
	Problemas de Pensamento	14	Clínico
	Problemas de Atenção	11	<i>Borderline</i>
Escala de Externalização	Comportamento Delinvente	13	Clínico
	Comportamento Agressivo	26	Clínico
	Outros Problemas	9	

Face aos resultados acima é possível verificar que o Manuel apresenta valores significativamente clínicos nas categorias da escala de externalização e nos problemas de pensamento. As restantes pontuações refletem valores subjetivamente significativos.

20.4. Avaliação Final MABC-2

Denota-se que na aplicação do instrumento a pré-disposição/disponibilidade da criança, o seu temperamento e a sua recetividade para realizar as diferentes provas condicionou os resultados, por apresentar sinais de saturação perante a mesma, comportamentos impulsivos e falta de concentração na execução das tarefas. Abaixo encontra-se a tabela 17 com os resultados dos diferentes itens.

Tabela 17- Resultados Finais MABC-2

Itens	Resultado Padrão	Percentil por Componente	
Colocar Pinos	10.5		
Enfiar cordão	12	25	Destreza Manual
Delinear Percurso	1		
Agarrar com as duas mãos	7		
Atirar saco de feijões	8	25	Atirar e Agarrar
Equilíbrio na Placa	11		
Caminhar	11	63	Equilíbrio
Salto ao pé-coxinho	11		
Total	71.5	25	

Uma vez que o Manuel se encontra acima do percentil 15 e a pontuação total da bateria (71,5) é acima de 67 (zona verde), não são detetadas dificuldades no movimento da criança, pois os resultados não são significativamente clínicos e encontram-se nos parâmetros normativos.

21. Análise e Discussão de Resultados

Nesta secção debater-se-á a comparação dos resultados das avaliações iniciais e finais dos instrumentos aplicados ao caso, tal como a progressão terapêutica do caso ao longo das sessões de intervenção.

No DAP verificou-se melhorias nas pontuações de todos os desenhos, subindo duas categorias na sua classificação final, passando a estar assim dentro da média normativa para a sua faixa etária. Os valores mais elevados continuaram a ser relativos ao desenho do Próprio Corpo. Efetuou um desenho de si maior na 2ª avaliação do que na 1ª, podendo revelar uma melhoria nas suas competências sociais e autoconceito (Gernhardt et al., 2014). Segundo Machover (1949, cit. in Skybo et al. 2007) o facto de a criança ter tido a necessidade de recomeçar o desenho no momento da 2ª avaliação do DAP, reflete ansiedade. O Manuel manteve os traços de transparência em todos os desenhos, revelando, segundo Koppitz (1968, cit. in Skybo et al. 2007), sinais de impulsividade, falta de planeamento ou baixa tolerância à frustração. Contudo, o facto de ter passado a desenhado o pescoço em todos os desenhos no último momento de avaliação, indica uma melhoria no controlo da impulsividade e comportamento (Koppitz, 1968 cit. in Skybo et al. 2007). Na 1ª avaliação do DAP foi notório o desenho de mãos grandes e de braços compridos em todas as figuras, o que está, segundo Koppitz (1968, cit. in Skybo et al. 2007), relacionado a comportamentos agressivos para com os outros. Na 2ª avaliação fez esses mesmos membros menores, o que pode igualmente significar, uma menor correlação de atitudes agressivas com o outro. O Manuel não efetuou os pés

na figura da mulher no 1º momento, pelo que a falta de representação desse membro revela insegurança (Koppitz, 1968 cit. in Skybo et al. 2007). Transpondo com a história de vida da criança, poderá advir da falta da presença da mãe, pelo que, o facto de já fazer esse membro na 2ª avaliação, poderá revelar o desenvolvimento de uma maior segurança face à figura feminina.

Relativamente ao MABC-2, apesar de na segunda aplicação do instrumento a criança ter tido comportamentos que condicionaram os resultados, verificou-se uma ligeira melhoria nos mesmos, subindo 0,5 na sua pontuação total. Estes resultados estão em harmonia com a visão da terapeuta relativamente às capacidades motoras da criança. Analisando os diferentes itens, verificou-se, no entanto, a diminuição dos valores no “Delinear o Percurso”, “Agarrar com as duas mãos” e “Caminhar”, cuja justificação poderá advir de um menor controlo motor na realização das tarefas, impulsividade e/ou da atenção exigida para a concretização das mesmas (Sartori et al., 2017). Indo ao encontro de Wade, Bowden e Sites (2017) no que toca aos défices de crianças vítimas de maus-tratos, de uma forma geral, Manuel evidenciou maiores dificuldades na motricidade fina comparativamente à grossa. Por fim, contrariamente a Sartori et al. (2017) em que refere que crianças vítimas de maus-tratos apresentam resultados piores no equilíbrio do teste MABC-2, o presente caso não se enquadrava nesses valores, sendo das suas melhores categorias.

Comparando os valores iniciais e finais da CBCL verifica-se houve piorias nas categorias de “Isolamento/Depressão” (passando para valores subjetivamente significativos) e na de “Problemas de Pensamento” (descendo para valores significativamente clínicos). O facto de os valores mais preocupantes serem relativos à escala de externalização vai de encontro à visão da técnica, contudo, dentro do *setting* terapêutico, os restantes resultados não são congruentes com a progressão terapêutica do Manuel, uma vez que, nesse contexto, houve melhorias relativas ao comportamento agressivo. Reyes (2011) refere que o comportamento da criança varia consoante o contexto, sendo que o relacionamento interpessoal é um fator influenciador da discrepância de atitude – razão pela qual possam ter surgido visões diferentes entre a terapeuta e a cuidadora de referência do Manuel. Em ambas as avaliações, foi descrito pela cuidadora de referência dificuldades no âmbito escolar que, para além de ser uma repercussão típica de crianças vítimas de maus-tratos (Strecht, 2012; Crosson-Tower,

2014), se intensifica aquando de um prolongamento da inconstância da relação parental (Marcelli, 2005), podendo justificar a continuação dos resultados.

Entrando na análise da progressão terapêutica, verificou-se que a mesma foi de carácter helicoidal, uma vez que o Manuel passou por retrocessos e evoluções.

O facto de a terapeuta não ter tido uma presença tão ativa, de se ter inserido a criança em pequeno grupo e de a estagiária ter conduzido as sessões, poderá ter contribuído para uma regressão no processo terapêutico, no sentido em que voltou a expressar atitudes de onnipotência (e.g.: “larga-me, colo é para bebés”). Assim, de forma a fomentar o ego da criança e de a valorizar, delineou-se que uma terapeuta daria mais foco no Manuel e a outra no Francisco. Posteriormente a esse envolvimento, acabou por praticamente anular essas manifestações de onnipotência, e por demonstrar uma atitude mais cooperativa com o par – facto que também pode ter culminado com o estabelecimento de um ambiente grupal mais seguro para a criança. Ainda assim, o recurso ao jogo simbólico contribuiu poderá ter contribuído para a diminuição da manifestação da onnipotência do Manuel, uma vez que houve libertação de emoções reprimidas pelo superego da criança, tal como de desejos e conflitos inconscientes (Lapierre, 2008). Contudo, colocar-se numa posição de vulnerabilidade, mesmo em cenários hipotéticos, aparentou ser difícil para Manuel, uma vez que demonstrou resistência na aceitação desse papel, tendo apresentando, no entanto, curiosidade e interesse em ser vulnerável.

Ao longo de todo o tempo de intervenção, não só nos jogos simbólicos como também noutros momentos de sessão, foram visíveis algumas projeções do Manuel face a questões que lhe causavam angústia (e.g.: porque é que a mãe o abandonou). Nessas alturas, as terapeutas procuraram dar respostas com clivagens estruturantes que, segundo Strecht (2012), não sendo falsas, auxiliam a tranquilizar e a manter esses factos num plano mais suportável (e.g.: “às vezes os pais querem muito cuidar de nós, mas não conseguem”; “tu é que deves ser cuidado, porque és criança”).

Relativamente ao relacionamento com o par nas sessões de grupo, foi visível uma melhoria na interação com o mesmo. No início o Manuel revelou desorganização na relação com o outro e dificuldade na interpretação e reação dos sentimentos do colega, tal como comportamentos agressivos em resposta a interações amigáveis (Rogosch, Cicchetti & Aber, 1995). Marcelli (2005) refere que essa expressão agressiva poderá estar relacionada com a possibilidade de sentir que o seu espaço pessoal estava a ser ameaçado.

Progressivamente, verificou-se uma melhoria nos seus comportamentos desadequados dentro do contexto terapêutico, demonstrando menor impulsividade e agressividade nas suas respostas com o par, aparentando estar mais organizado na relação com o mesmo. Contudo, fora deste ambiente, a cuidadora de referência do Manuel refere que a expressão agressiva com os pares continua presente, algo congruente com a literatura (Rogosch et al., 1995).

No que toca à experimentação do jogo desempenhado pela criança, no início da intervenção escolheu maioritariamente jogos em que o mesmo era bom, de modo a demonstrar as suas habilidades e qualidades à estagiária.

Ao longo da intervenção foi visível uma maior aceitação por parte de Manuel relativamente à transição de ideias dentro da sessão que, segundo Pears et al. (2010) poderá ser um indicador de uma melhor regulação do comportamento.

Ao nível de jogos que requeressem de competências relacionadas com o planeamento cognitivo, atenção dirigida e controlo de impulsos, foi visível uma melhoria do Manuel nessa área, uma vez que demonstrou jogadas mais planificadas. Sapienza e Mastens (2011) referem que trabalhar essas funções executivas em crianças vítimas de maus-tratos promove progressos na saúde mental das mesmas, por estarem correlacionadas com o aumento da sua resiliência.

No jogo simbólico, verificou-se uma progressão de idade nas personagens de Manuel, passando a desempenhar papéis de uma faixa etária de 2 para 5 anos. Lapierre (2008), sublinha que no jogo simbólico numa terapia de base relacional, como mediador da expressão da realidade interna da criança, esta necessita de passar por uma regressão para que haja progressões terapêuticas. I.e., esta regressão no início do processo terapêutico foi essencial para que Manuel não só desse sentido aos seus conflitos internos, de modo que, posteriormente, se desse espaço para a reconstrução e organização do pensamento (Lapierre, 2008), como também para se trabalhar na reparação narcísica relativa às etapas onde houve falhas (Strecht, 2012). Assim, esta capacidade de a criança fazer um movimento regressivo na relação terapêutica, permitiu eclodir experiências passadas nas relações precoces parentais (Strecht, 2012; Marcelli, 2005).

A criança foi procurando diferentes encenações, explorando, em primeira instância, momentos de boas relações familiares (idealização do que gostava) e, posteriormente, cenários de abandono familiar. Considerando Strecht (2012) e Lapierre (2008), foi importante devolver à criança aquilo que ela necessitava numa primeira fase

da intervenção, de modo que a mesma se sentisse segura de explorar acontecimentos de que tinha receio, relacionados com a sua história de vida pessoal, tal como atingisse a capacidade de poder refletir, em conjunto com as terapeutas, sobre esses mesmos traumas. Assim, através de uma atitude não julgadora, da comunicação não verbal e verbal, da permissão da expressão livre da criança e da consciencialização, as terapeutas funcionaram como tradutor e regulador externo, promovendo ferramentas para auxiliar Manuel a apaziguar a sua realidade interna, explorar conflitos e pensamentos, tal como a gerir as suas emoções (Lapierre, 2008).

Relativamente a comportamentos exteriorizados e interiorizados, ao longo das sessões foi clara a diminuição da expressão agressiva do Manuel, tanto para objetos, como para o outro. Ter-se promovido um ambiente contentor nas sessões com Manuel, tal como uma relação terapêutica segura com o mesmo, poderá ter potenciado essa diminuição (Costa, 2008). Em situações de frustração diminuiu esses comportamentos impulsivos e desajustados, aumentando a sua capacidade de se autorregular. Verificou-se assim uma melhoria da gestão das emoções do Manuel, tal como do seu comportamento e relacionamento com o par, que, culminando com outros fatores, poderá ter sido potenciado face ao estabelecimento de uma relação terapêutica segura com as terapeutas (Toth et al., 2015).

A verbalização de factos irreais poderá ser um indicador de uma baixa autoestima (Marcelli, 2005). Assim, o facto de Manuel ter diminuído esse comportamento comparativamente ao início intervenção, encarando de forma mais realística a sua história de vida, poderá evidenciar um aumento da sua autoestima.

Por fim, durante o processo terapêutico Manuel diminuiu quase totalmente os comportamentos de fuga e de resistência no início da sessão, o que poderá traduzir uma melhoria na compreensão, interpretação e expressão das suas emoções, algo que se encontrava difuso para o mesmo (Rogosch et al., 1995). Contudo, nessas situações, tal como Marcelli (2005) sugere, recorreu-se à contenção física da criança.

V- Estudo de Caso 2: Pedro

Intervenção Psicomotora em Crianças Vítimas de maus-tratos infantis em Idade Escolar: Estudo de Caso

Resumo

O termo “maus-tratos infantis” refere-se a ações ou omissões dos cuidadores/pais das crianças e jovens, que vão contra os seus direitos e necessidades fundamentais. Estas

atitudes podem acarretar repercussões físicas, psicológicas, cognitivas e emocionais no desenvolvimento e crescimento das crianças. Tendo em consideração que numa intervenção psicomotora, onde a base se traduz numa relação corporal terapêutica entre o psicomotricista e a criança, com o intuito de fornecer ferramentas à mesma para ultrapassar dificuldades psíquicas e conflitos internos para a integração de um desenvolvimento harmonioso, esta revela ser uma prática viável na população anteriormente supracitada. O presente artigo procede à apresentação de uma criança com 2 anos, vítima de negligência e abuso infantil. Foram aplicados como instrumentos de avaliação o ITSEA à cuidadora de referência e professora, delineando-se posteriormente os objetivos terapêuticos. Denota-se que, uma vez que ocorreu uma observação prévia à aplicação do instrumento de avaliação do caso, considerar-se-á essas mesmas informações na sua vinheta clínica inicial. A intervenção psicomotora realizou-se em sessões individuais. Considerando a progressão terapêutica da criança, destaca-se uma melhoria não só na exploração espontânea do espaço, como também nas suas competências relacionais na interação com o outro.

Palavras-chave: maus-tratos infantis; intervenção psicomotora; crianças; repercussões no desenvolvimento; vinculação.

Abstract

The term “child maltreatment” refers to actions or omissions by caregivers or parents of children and young people that go against their fundamental rights and needs. These attitudes can have physical, psychological, cognitive, and emotional repercussions on their development and growth. Bearing in mind that a psychomotor intervention is a therapy that involves a therapeutic bodily relationship between a psychomotor therapist and a child, in order to provide the child with tools to overcome psychic difficulties and internal conflicts for the integration of harmonious development, this proves to be a viable practice in the aforementioned population. This article presents a case study of a 2-year-old child who was neglected and abused. The evaluation instruments used included the *Infant-Toddler Social & Emotional Assessment (ITSEA)* - administered to the reference caregiver and the school teacher. Based on the evaluation, therapeutic objectives were then established for the child. It's important to note that prior observations were made before the application of the evaluation instruments, and these were taken into consideration during the initial clinical assessment. The psychomotor intervention was conducted in individual sessions. Considering the child's therapeutic progression, an improvement was noted not only in their spontaneous exploration of space, but also in their relational skills.

Keywords: child abuse; psychomotor intervention; children; development repercussions; attachment.

1. Introdução

Apesar de não existir uma definição universal de “maus-tratos infantis”, de acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV] (2011), o termo é relativo a todas as



omissões e ações dos pais/cuidadores das crianças que prejudiquem e vão contra as suas necessidades e direitos, afetando não só a sua dignidade e segurança, como também o seu desenvolvimento socioemocional, físico, cognitivo, psicológico e biológico.

Segundo Yıldız e Tanrıverdi (2018), crianças vítimas de maus-tratos infantis podem desenvolver repercussões não só no momento em sofrem o abuso/negligência, como também ao longo da sua vida. Entre elas encontram-se alterações ao nível do desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e relacional, e ainda a expressão de comportamentos interiorizados e exteriorizados (Strecht, 2012). Apesar de haver diferenças na predisposição de manifestação desses comportamentos consoante a tipologia de maus-tratos (negligência e abuso), segundo o Institute of Medicine (IOM) and National Research Council (NRC) (2014), de uma forma geral os comportamentos exteriorizados dizem respeito a perturbações do comportamento, agressividade e delinquência, e os interiorizados correspondem à ansiedade e depressão (Heim et al., 2010).

É nos primeiros anos de vida que ocorrem os principais desenvolvimentos neurológicos da criança (Katz, 2006; Teicher et al., 2003). Sendo o cérebro humano um órgão que se desenvolve de acordo com o seu envolvimento (Teicher et al., 2003), é essencial promover à criança um ambiente de qualidade (Katz, 2006), permitindo se sinta segura em explorar o que lhe rodeia (Izett et al., 2021). Strecht (2012) elucida que para se crescer psiquicamente saudável é necessário a criança ter vivido uma infância tranquila, com uma relação parental e familiar adequadas. É através da relação parental que a criança poderá desenvolver o sentimento de segurança e proteção, influenciado não só o funcionamento interno do bebé, como a relação com o outro (Iwaniec, 2006). Caso esse período seja afetado e ameaçado surgem dificuldades futuras na regulação emocional, interação social e em confiarem no outro (Izett et al., 2021; Crosson-Tower,



2014; Teicher et al., 2003). Assim, surgem diferentes tipos de vinculação que se podem estabelecer entre a criança e o seu cuidador (Ainsworth et al., 1978, cit. in Iwaniec 2006; Main e Solomon, 1986, cit. in Iwaniec 2006): a) Seguro: cuidadores que estão disponíveis, são sensíveis aos sinais das crianças e respondem quando procuram proteção, ajuda ou conforto; b) Ansioso-resistente: estas crianças não tem a certeza se os cuidadores estarão ou não disponíveis e recetíveis aquando necessário, onde os mesmos são inconstantes na sua presença; c) Ansioso-evitante: estas crianças esperam já ser evitadas pelos seus cuidadores aquando da procura de apoio, onde os mesmos rejeitam constantemente a criança no que concerne a cuidados ou proteção; d) Desorganizados: crianças cujo comportamento não se encaixa inteiramente nas categorias anteriores, sendo que evidenciam atitudes inconsistentes, confusas e indecisas, uma vez que a sua figura de vínculo é tanto uma fonte segura como uma fonte de medo. A maior parte das crianças que foram abusadas emocionalmente recaem neste estilo de vínculo.

Uma vez que os maus-tratos infantis – pelo trauma relacionado - afetam a saúde mental das crianças (Heim et al., 2010; Izett et al., 2021), é essencial ocorrer uma intervenção terapêutica com essa mesma população. A Psicomotricidade de base relacional é uma prática que permite ser um meio facilitador para o crescimento psíquico da criança, uma vez que não só procura dar significado simbólico à sua expressão corporal, como também reflete sobre a sua relação com o espaço, objeto, pares, adulto e dela própria (Rodríguez & Llinares, 2008; Fernandes, Filho e Rezende, 2018). Desta forma, pela qualidade da relação estabelecida entre a criança e o psicomotricista, onde, através da promoção do gesto espontâneo da criança, das suas motivações pessoais e da sua criatividade, se maximiza a integração global do “eu” (Costa, 2008), a psicomotricidade de base relacional reúne fatores que aparentam promover e apaziguar



os conflitos internos de crianças que sofreram de maus-tratos infantis (Costa, 2008; Vieira, 2009), através da sua expressão simbólica (Nuñez, 2003).

O objetivo deste artigo passa por analisar um estudo de caso de uma criança com 2 anos que sofreu maus-tratos infantis, após uma intervenção psicomotora de base relacional, numa casa de acolhimento, num período de aproximadamente 9 meses. Após um período de observação inicial do caso, foi desenvolvido um plano terapêutico através da recolha de dados de uma avaliação formal e informal.

2. Metodologia

2.1. Caracterização do Participante

Denota-se que a presente identificação do caso foi redigida em Janeiro de 2022 e que todos os nomes serão fictícios.

O Pedro tem dois anos, sendo o membro mais novo da sua fratria. De acordo com a informação disponível, nasceu de uma gravidez não planeada, sendo que após a separação dos pais (ocorrida no final de 2020), a criança manteve contactos irregulares com ambos os progenitores, tendo sido deixada ao cuidado de amas, que também foram variando ao longo do tempo. Importa ainda referir que a partir de fevereiro de 2021, deixou de ter contacto com a sua mãe e que os contactos com o seu pai ocorriam apenas nos períodos de fim-de-semana. Foram descritos comportamentos atípicos ao nível do desenvolvimento infantil aquando da separação com uma das amas.

O Pedro foi acolhido em setembro de 2021 juntamente com a sua irmã, devido a situações de negligência parental.

Atualmente encontra-se acolhido há cinco meses. Durante este período a mãe efetuou uma visita à fratria, tendo o pai mantido contacto regular com as crianças, observando-se ser adequado, assertivo e responsivo, focando a sua atenção na interação com as mesmas. O projeto de vida ainda se encontra em avaliação.



O Pedro é acompanhado em Psicomotricidade desde o momento de entrada na casa de acolhimento até à data, com sessões de carácter individual e frequência bissemanal. De acordo com as cuidadoras, o Pedro procura os pares para interação, brincando em paralelo com os mesmos, imitando-os, tirando os brinquedos e batendo em situações de frustração.

2.2. Instrumentos de Avaliação

De modo a respeitar as diretrizes da instituição, privilegiou-se a sua metodologia de intervenção, dando um maior foco a observações informais inerentes à relação terapêutica – recolhidos através da Grelha de Observação Psicomotora (GOP). No entanto, recorreu-se ao *Infant-Toddler Social & Emotional Assessment (ITSEA)* (Carter & Briggs-Gowan, 2006) como instrumento padronizado para fins de avaliação formal do caso, com o intuito de observar diferentes domínios psicomotores, cognitivos e emocionais da criança. Assim, culminando os respetivos resultados com as características globais da criança – tal como a sua história de vida e dados anamnésicos – elaborou-se o plano terapêutico de intervenção.

O ITSEA é um instrumento que avalia o desenvolvimento social e emocional de crianças entre os 12 e os 35 meses de idade, identificando áreas que possivelmente se encontram preocupantes (Carter & Briggs-Gowan, 2006). É constituído por um questionário para os pais/cuidadores da criança e outro para os prestadores de cuidados (e.g. educadores). Assim, tal como Goldsmith, Buss e Lemery (1997) sugerem, através de questionários a pessoas de referência da criança (e.g. pais, cuidadores ou professores) é possível recolher alguns comportamentos da mesma noutros contextos, tal como a forma de como o outro a percebe.

A adaptação utilizada da GOP é um instrumento constituído por seis categorias relativas à apresentação, interação com o terapeuta, com os pares e com o meio



envolvente, funções executivas e linguagem não verbal. Cada uma destas categorias divide-se em vários subdomínios. O objetivo desta grelha é a avaliação qualitativa da presença, ausência ou frequência de um determinado tipo de comportamento observável no decorrer da intervenção psicomotora, sendo que deve ser utilizado para verificar a progressão terapêutica do sujeito.

2.3. Procedimentos

Abaixo encontra-se o plano de avaliação aplicado ao caso apresentado, as hipóteses explicativas relacionadas, o seu perfil intraindividual, objetivos terapêuticos, bem como o projeto de intervenção pensado e desenvolvido.

2.3.1. Plano de avaliação

Foi estipulado que antes de se avaliar a criança, iria ocorrer um período de observação nas sessões de psicomotricidade, por um período de três meses, através da GOP. Posteriormente, avaliou-se a criança formalmente com os instrumentos descritos em 2.2. De seguida, reuniram-se os resultados iniciais (ver em 3), delineou-se o perfil intraindividual da criança e formulou-se o plano terapêutico. Por fim realizou-se a avaliação final da criança e efetuou-se a respetiva comparação com o período inicial.

2.3.2. Elementos Critério

Considerando o total de vinheta clínica inicial da criança, considera-se como elementos critério, i.e., as características e pontos determinantes de compreensão do caso:

- Baixa Tolerância à frustração;
- Dificuldade de compreensão das emoções do próprio e do outro;
- Dificuldade em autorregular-se;
- Resistência na interação em tríade;
- Baixa exploração do espaço terapêutico;
- Pouca variabilidade da exploração do jogo;



- Evitar o contacto ocular.

2.3.3. Hipóteses Explicativas

Rygaard (2006) sugere que uma das principais causas gerais do comportamento social desorganizado, deriva de uma ausência de cuidados precoces contínuos antes dos dois anos de idade. Perante a história de vida de Pedro, é possível identificar que a criança teve vários cuidadores, carecendo de cuidados consistentes por parte dos pais. Izett et al., (2021) referem que a falta de um contacto estável, onde as separações repetidas são frequentes, é um fator de risco para que a criança desenvolva uma perturbação de vinculação.

De acordo com Strecht (2012), crianças que estão perante famílias que as maltratam, podem apresentar um quadro de imaturidade estrutural, onde o “eu” não está integrado, o jogo está ligado ao concreto e a linguagem está enfraquecida. Estas características enquadram-se no Pedro, especialmente nos dois últimos aspetos mencionados, pois a criança realizou com maior frequência jogos de causa-efeito e não revelou uma linguagem adequada à sua idade.

Marcelli (2005), no que toca à linguagem, fomenta que a família tem um papel fundamental nesse aspeto, especialmente entre os 10 meses e os 2 anos e meio/3 anos, por estimularem a criança no desenvolvimento da mesma. Uma vez que Pedro esteve perante diferentes cuidadores nesse período, e de não ter vivenciado um cuidado estável e contínuo por parte dos pais, poderá ter sido um fator, segundo Marcelli (2005), que empobrecesse ou atrasasse a aquisição de um maior complexo verbal. Hildyard e Wolfe (2002) e Strecht (2012) referem ainda que crianças que foram vítimas de negligência podem revelar dificuldades na linguagem expressiva e recetiva.

Strecht (2012) sublinha que crianças que sofreram de negligência nos primeiros anos de vida, como Pedro, carecem de uma base narcísica suficiente, levando a que haja



falhas na construção de uma individualidade e autonomia. Esta poderá ser uma das razões que justifica uma pobre exploração do espaço por Pedro, seguindo dessa forma os passos da terapeuta. Em adição, Kempe (1978, cit. in White & Allers 1994) refere que crianças que foram vítimas de maus-tratos têm dificuldade na exploração do ambiente de forma espontânea.

O Pedro num período inicial de observação procurava muito a terapeuta, segurando-a fisicamente em vários momentos, em especial na primeira sessão. Em certas situações de jogo espontâneo, a criança aparentou não gostar de estar debaixo de um pano, podendo ser inclusive medo, uma vez que franzia as sobrancelhas e verbalizava que queria sair, o que poderá significar que tem medo do que não conhece. No entanto, demonstra ser igualmente uma criança que está disponível para conhecer o desconhecido. Rygaard (2006), sublinha que a permanência do objeto, i.e., a representação interna de algo ou alguém independentemente da sua presença física, se estabelece precocemente aquando de um ambiente estável para a criança. Uma rutura de contacto entre a criança e a mãe, podem levar a que a criança não seja capaz de estabelecer essa permanência. Assim, uma vez que Pedro vivenciou precocemente instabilidades parentais, a criança poderá não ter desenvolvido na totalidade a permanência do objeto, levando a que não queira realizar atividades relacionadas com o esconder-se debaixo do pano, ou entrar e sair de um tubo.

No decorrer da observação foi visível uma repulsa verbal e motora a terminados estímulos sensoriais táteis. Mais especificamente, aparentou não gostar de estar dentro da piscina de bolas e do toque na zona do tronco. Costa (2008), refere que crianças com perturbações regulatórias apresentam dificuldade em gerir e regular a sua sensibilidade, sensorialidade e informação, podendo ser o caso de Pedro. Já Rygaard (2006) e Izett et



al. (2021) identificam reações exageradas ao toque como um sinal de crianças que sofreram de problemas de vinculação, característico de crianças que foram abandonadas.

No período de observação, são recorrentes birras nos términos das sessões, englobando a verbalização, enquanto chora, de não querer ir embora. Para além disso a criança colocava a cabeça para trás com alguma intensidade. Segundo Marcelli (2005), as birras de Pedro nos términos das sessões podem advir de uma angústia de separação, uma vez que surge uma ameaça para a criança de ser separado dos seus objetos, que neste caso é a terapeuta. O mesmo autor refere que estas reações podem ser respostas de um estado ansioso da criança, uma defesa face a angústias depressivas, ou ainda de abandono.

Ao longo da observação, Pedro não demonstrou interesse pela procura da interação com a estagiária, priorizando a relação com a terapeuta. Aliás, a criança, pontualmente, teve momentos em que se inibiu verbalmente aquando do pedido de interação para com a estagiária. O Pedro imita tanto verbal como fisicamente a terapeuta, no sentido em que repete determinadas frases que a mesma diga e ainda algumas ações motoras. Rygaard (2006) explicita que experiências de separação na fase do desenvolvimento, onde a criança aprende a recordar-se da mãe quando a mesma não está presente, levam a que a criança seja insegura, provocando falta de curiosidade na exploração e, conseqüentemente, procurando uma fonte de segurança. Tendo isto em consideração, uma vez que Pedro seguia os diferentes passos da terapeuta, poderá ser traduzido, segundo Rygaard (2006), como um mecanismo de procurar segurança na exploração, através da imitação das ações da terapeuta.

2.3.4. Perfil Intraindividual

Através dos resultados das avaliações e observações aplicadas ao caso, encontra-se abaixo (tabela 18) o perfil intraindividual do Pedro, reunindo os seus domínios fortes, intermédios e a desenvolver.

Tabela 18- Perfil Intraindividual do Pedro

Domínios Fortes	Domínios Intermédios	Domínios a Desenvolver
- Disponível na interação com o outro - Focado na relação com a terapeuta	- Equilíbrio Dinâmico - Noção do corpo	- Regulação Emocional - Resolução de Problemas - Exploração do Espaço - Competências relacionais

2.3.5. *Objetivos Terapêuticos*

Considerando os pontos fortes, intermédios e as áreas a desenvolver do Pedro, desenvolveram-se os seguintes objetivos terapêuticos (tabela 19), indo de acordo com as suas necessidades e contextos inseridos.

Tabela 19- Objetivos de Intervenção Terapêuticos do Pedro

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Melhorar a Tonicidade	- Adequar os estados tonicoemocionais consoante as situações; - Aumentar a consciência tonicoemocional;
Promover a noção do corpo	- Melhorar a percepção da imagem corporal em si e no outro; - Estimular a consciência corporal;
Adequar o equilíbrio	- Aperfeiçoar o equilíbrio dinâmico durante ações motoras;
Promover o autoconceito	- Aumentar a autoconfiança nas suas ações;
Promover a autorregulação comportamental	- Aumentar a tolerância à frustração;
Promover competências sociais e relacionais	- Estimular a relação em díade e tríade; - Reconhecer as suas emoções e a do outro; - Estimular a capacidade do cumprimento de regras;
Desenvolver competências de exploração	- Estimular a exploração espontânea do espaço terapêutico e materiais existentes; - Fomentar a exploração do jogo sensoriomotor, jogos de reassseguramento e o jogo faz-de-conta;
Promover a atenção	- Aumentar o tempo de foco numa tarefa;
Técnicas e mediadores terapêuticos	
Jogo espontâneo; Verbalização das situações; Relação Terapêutica; Trabalho de <i>Maternage</i> .	

2.3.6. *Projeto Terapêutico*

Considerando a avaliação efetuada ao Pedro e o seu perfil intraindividual, procedeu-se ao desenvolvimento do plano terapêutico do mesmo. Assim, abaixo encontra-se abaixo as diretrizes de intervenção, tal como a sua respetiva fundamentação (2.3.6.1.), algumas estratégias específicas para o caso (2.3.6.2.) e ainda exemplos de atividades efetuadas com a criança (2.3.6.3.).

2.3.6.1. *Diretrizes e Fundamentação da Intervenção*



O projeto desenvolvido para o Pedro englobou duas sessões semanais de psicomotricidade de base relacional, de cariz individual, inseridas na casa de acolhimento onde o mesmo se encontrava. Ambas as sessões tinham a duração de 45 minutos. Os objetivos terapêuticos propostos (2.3.5.) serão trabalhados ao longo das sessões de psicomotricidade através do jogo espontâneo, da relação terapêutica estabelecida, de um trabalho de *maternage* e da exploração espontânea (espaço e materiais) da criança.

Respeitando o modelo psicomotor já utilizado na casa de acolhimento, efetuaram-se sessões de psicomotricidade de base relacional, onde se priorizou a qualidade da relação estabelecida entre o psicomotricista e a criança (Costa, 2008). Desta forma as sessões organizaram-se com o momento de entrada na sala; corpo da sessão; retorno à calma; momento de saída. Esta estrutura foi estanca em todas as sessões, de modo a dar previsibilidade e segurança à criança sobre o que iria acontecer. Denota-se que as sessões tiveram carácter semiestruturado, no sentido em que apesar de a terapeuta saber previamente os conteúdos a abordar com a criança, não levava para a sessão um planeamento com atividades específicas, indo sim ao encontro das motivações pessoais da criança e do seu gesto espontâneo no decorrer da mesma (Costa, 2008). Tendo em consideração que o Pedro tem 2 anos, foi necessário adequar a linguagem e a forma de falar (tom e expressão) com a criança, promovendo um diálogo mais apropriado e uma melhor compreensão do discurso (Llinares & Rodríguez, 2008).

Dentro da organização da sessão, utilizou-se métodos de relaxação no retorno à calma, uma vez que proporciona uma tomada de consciência de modulações tónico-emocionais (Martins, 2001; Vieira, 2009), levando a que o indivíduo atinja um estado de repouso, permitindo a integração da sua imagem e esquema corporal, tal como a sua reorganização emocional (Costa, 2008; Martins, 2001). Remetendo para os conceitos de *holding* e *handling* de Winnicott (1996, cit. in Akasha 2004), dentro da estrutura da sessão



incluiu-se um momento onde se focava em embalar, segurar, abraçar e envolver a criança, de modo a promover experiências onde a mesma se sintia física, afetiva e psicologicamente acolhido (Akasha, 2004), levando a que esta estrutura segura e suporte contendor (Winnicott, 1960a cit. in Pedersen, Poulsen & Lunn 2014) desenvolva o sentimento de confiança com o mundo exterior (Almeida, 2005).

Uma das principais premissas de intervenção para com o caso foi demonstrar-se disponível para a criança, respeitando as necessidades que a mesma expõe, tal como ter uma escuta ativa, ser-se empático e promover segurança (Llinares & Rodríguez, 2008; Mastrascusa, 2022; Nuñez, 2003). Assim, tal como Strecht (2012) sugere, numa primeira fase da intervenção o foco foi a construção de uma relação terapêutica de confiança e de disponibilidade para com a criança, devolvendo as mensagens da criança através de uma contenção afetiva, num meio terapêutico seguro e securizante - auxiliando a regular e clarificar estados internos desorganizados e difusos (Bion, 1962a cit. in Pedersen et al. 2014). Da mesma forma, focou-se em transpor confiança nas capacidades da criança (Strecht, 2012), uma vez que demonstrou insegurança na realização das suas ações, através da comunicação não verbal manifestada pelo seu gesto espontâneo (Vieira, 2009).

Considerando não só a idade da criança, como também o facto de crianças vítimas de maus-tratos poderem ter dificuldades na leitura do seu ambiente e das diferentes situações (Crosson-Tower, 2014), a tradução lógica, verbal e organizada pela terapeuta e estagiária, foi outra estratégia utilizada. Na mesma linha de pensamento, procurou-se verbalizar as emoções demonstradas pela criança durante as sessões, de modo a promover a consciencialização emocional e, posteriormente, a autorregulação (Dvir et al., 2014).

Culminando o facto de, segundo Strecht (2012), ser essencial ocorrer uma integração precoce do “eu” para se atingir níveis de organização psíquica adequados, e de Crosson-Tower (2014) e Marcelli (2005) elucidarem que é fundamental a criança



poder experienciar, em segurança, situações sensoriomotoras que permitem a harmonização progressiva do eu, foram fomentadas essas experiências, por meio do jogo espontâneo. Isto porque, face à idade da criança, às situações que a mesma viveu e por as primeiras experiências da consciência corporal estarem associadas à percepção do “eu” e “não-eu” (Akasha, 2004), poderá ter havido uma carência nesse aspeto. Rodríguez e Llinares (2008) acrescentam que os jogos sensoriomotores permitem refletir não só sobre competências motoras da criança (e.g. equilíbrio), como também afetivas (e.g. segurança pessoal), traduzidas na expressão do movimento.

Procurou-se igualmente realizar jogos pré-simbólicos (construção/destruição; esconder/encontrar; perseguição), uma vez que não só fazem referência e se relacionam com a presença/ausência das próprias relações pessoais da criança, como também proporcionam a construção da identidade da mesma (Rodríguez & Llinares, 2008). Em concordância, Strecht (2012) elucida a importância de se promover uma base narcísica suficiente às crianças vítimas de maus-tratos, uma vez que face a uma carência, a construção da sua individualidade e autonomia fica fragilizada.

Dentro dos jogos ocorridos em sessão procurou-se, progressivamente, criar variabilidade dentro da repetição dos mesmos jogos, uma vez que permitem à criança desenvolver capacidades como a tolerância à frustração, antecipação da novidade e investimento na espera (Marcelli, 2005).

De modo a promover a elaboração do processo de simbolização, fomentou-se no jogo simbólico a imitação de rotinas e, posteriormente, o registo prévio de uma atividade no papel, através do desenho (Rodríguez & Llinares, 2008).

2.3.6.2. Estratégias Específicas

Considerando as características próprias do caso, elaborou-se estratégias específicas em prol do seu processo terapêutico: respeitar o tempo estabelecido na sessão; consistência

da terapeuta na tomada de decisão/*feedback* (i.e., não voltar atrás com a palavra mesmo que implique um posterior retrocesso terapêutico); respeitar o tempo e espaço do Pedro; verbalizar e discriminar tarefas, situações ou emoções, tornando-as sempre que possível visíveis (e.g.: através do espelho); conter o Pedro sempre que necessário; transpor confiança nas suas capacidades, através da verbalização e apoio físico; consciencializar, nomear e/ou rever, de forma simples, as atividades ou brinquedos utilizados na sessão; recurso à demonstração.

2.3.6.3. *Exemplos de Atividades*

Abaixo encontram-se descritas algumas atividades desempenhadas com a criança ao longo da intervenção:

- De modo a potenciar a relação terapêutica, competências de interação social e a capacidade de gestão emocional, realizou-se uma atividade com o lançamento de um carrinho de brincar – o objeto preferencial da criança. Tendo cada participante um carrinho, o jogo consistia no lançamento desse material para o outro elemento, esperando pela vez de cada um.
- Não só para promover a confiança em si mesmo, como também para potenciar a exploração espontânea do espaço, foram desempenhados percursos de curta distância. A criança teria de subir colchões, atravessá-los caminhando com a ajuda da terapeuta e escorregar para dentro de uma piscina de bolas. Surgiram algumas variações, desde rodopios prévios executados pela terapeuta, como o lançamento de um objeto para dentro da piscina de bolas, antes de escorregar. Denota-se que este tipo de jogos permitiu ainda promover a musculatura da criança, tal como o seu equilíbrio.
- Com o intuito de promover a aquisição e consistência da noção do conceito de permanência do objeto, foi realizado o jogo das escondidas com a criança. Surgiram algumas variações nesta dinâmica, contudo, a base era um elemento esconder-se e o

outro encontrá-lo. A criança encontrava-se numa fase em que necessitava do prolongamento do seu eu e, por esta razão, era usualmente acompanhado por uma das terapeutas nos diferentes papéis que desempenhava.

3. Resultados

3.1. Observações Pré-Avaliação

De modo a não perder as observações informais da criança, tal como explicitado em 2.3.1., encontra-se abaixo (tabela 20) as informações recolhidas no período de pré-avaliação, através da GOP. Denota-se que o Pedro tem uma aparência física cuidada, encontrando-se dentro dos parâmetros do estado ponderal espectáveis para a sua faixa etária. No primeiro contacto com a criança, manifestou uma atitude de desinteresse perante a estagiária, não a procurando, olhando ou sorrindo para a mesma, mantendo apenas uma interação com a terapeuta.

Tabela 20 - Observações Pré-Avaliação Pedro

<p>Relação Interpessoal</p>	<p>Não procurou incluir espontaneamente a estagiária na relação com a terapeuta, embora tenha aumentando a interação com a mesma, uma vez que olhava, sorria e aceitava a sua presença aquando momentos de jogo, de entrada e de saída da sessão. Quando a terapeuta o motivava a chamar a estagiária para a incluir, o mesmo fazia-o, embora aparentasse uma atitude inibida/envergonhada, uma vez que baixava a cabeça, escondia-se atrás da terapeuta, verbalizava num tom de voz baixo e expressava um pequeno sorriso. Estando os três em interação, a criança procurava um maior contacto com a terapeuta, evitando olhar para a estagiária. De uma forma geral, não iniciou espontaneamente a interação, mas permaneceu na mesma quando esta foi iniciada pelo outro. Imitou as várias ações da terapeuta, tanto a nível motor (e.g.: gatinhar quando a terapeuta o fazer), como verbal, verbalizando instruções dentro de um jogo (e.g.: “Agora o Pedro”). A criança aceitou as ideias do outro, impondo por vezes a sua vontade de querer permanecer numa determinada atividade (e.g.: “Não, quero ficar”).</p> <p>É uma criança afetuosa, assumindo uma atitude de cooperação com a estagiária e terapeuta, reconhecendo e distinguindo as diferenças hierárquicas. Dirigiu o seu olhar adequadamente e com intencionalidade, contudo, em momentos relacionados com pedidos verbais, teve tendência em evitar o contacto ocular, olhando apenas para o objeto que necessita. A expressão da emoção da criança foi concordante com o que pretendeu transmitir e nos diferentes momentos, tendo gesticulado os seus gestos em concordância com o discurso e a situação (e.g.: aponta para o brinquedo). No que toca à atenção a criança não se distraiu com barulhos externos à sala, contudo aquando da realização de atividades em frente ao espelho, por vezes ficava hipervigilante a objetos que o rodeassem. Quando a terapeuta o chamava pelo nome a criança voltava a focar-se e permanecia na interação.</p>
<p>Relação com o Espaço e o Jogo</p>	<p>Não explorou espontaneamente o espaço e os objetos da sessão, fazendo-o essencialmente pelos incentivos e orientações da terapeuta. Procurou fazer sempre as mesmas atividades nas diferentes sessões, sendo que as variações foram introduzidas pela terapeuta. Numa primeira fase, explorou o desenho,</p>

	<p>manifestando interesse em querer permanecer nessa atividade durante um grande período de tempo. Posteriormente, após a terapeuta redirecionar a criança para outros brinquedos presentes na sala, deixou de fazer essa procura, ganhando curiosidade pelos restantes objetos. Aquando da utilização de um material fê-lo de forma funcional, explorando-o de acordo com a sua função. Demonstrou interesse por jogos de causa-efeito, mecânicos/de repetição (e.g.: puzzle, jogos de nomeação), objetos de encaixe e materiais visualmente estimulantes (e.g.: bolinhas de sabão). No decorrer dos jogos manifestou impulsividade, uma vez que queria realizar várias ações ao mesmo tempo e tinha dificuldade em esperar pela sua vez, embora, aquando do pedido da terapeuta e da estagiária, fê-lo e aceitou sem desregular. Não procurou jogos pré-simbólicos, sendo que aquando confrontado com situações de aparecer-desaparecer, o mesmo reagiu com repulsa física e verbal (e.g. não querer colocar o tecido por cima da sua cabeça).</p>
Características Comportamentais e Emocionais	<p>A linguagem não é muito elaborada, contudo verificou-se um aumento da complexidade do seu vocabulário ao longo da observação. Foi mais espontânea verbalmente aquando da solicitação de materiais à terapeuta, tendo-se observado um aumento desses pedidos. Não evidenciou agitação motora nem comportamentos agressivos, no entanto, nos momentos de frustração, reagiu através de birras com choro e, por vezes, atirou objetos para o chão. Essas situações ocorreram essencialmente em compassos de espera, nos términos das sessões e em transições de jogos em que o mesmo queria continuar. Nessas alturas, necessita da terapeuta como regulador externo, acalmando-se depois de um período de colo e embalado.</p>
Rituais de Sessão	<p>Cumpriu os vários momentos, contudo não aceitou o término da sessão, reagindo através de birras e da verbalização de querer permanecer no salão. Apesar destas atitudes terem sido constantes ao longo da observação, aquando da verbalização da antecipação da saída no momento prévio ao término da sessão, a criança aparentou uma maior capacidade de autorregulação (e.g.: “Mais duas vezes a lançar a bola, para depois fazer o pula-pula e a seguir ir ter com os amigos”).</p>
Fatores Psicomotores	<p>Demonstrou uma postura adequada, o seu equilíbrio estático também aparentou ser normativo, no entanto, ao nível do equilíbrio dinâmico efetuou, pontualmente, algumas inclinações laterais ao caminhar. Não tem a mão dominante definida, a sua pega do lápis demonstrou ser imatura para a idade, fazendo uma preensão palmar e o seu desenho encontra-se ao nível da garatuja. A perceção visual apresenta algumas fragilidades, verificado nas falhas de colocação nos jogos de encaixe. A sua perceção auditiva aparentou estar adequada, tal como a coordenação óculo-manual e estruturação espaciotemporal. No geral a tonicidade do Pedro aparentou ser adequada, contudo, perante oscilações vestibulares verificou-se hipotonicidade no tronco. O Pedro reconheceu e nomeou as diferentes partes do corpo.</p>

3.2. GOP

3.2.1. Avaliação Inicial

A avaliação inicial do Pedro (tabela 21) consistiu na realização de cinco sessões com a participação ativa da estagiária e passiva da terapeuta, onde se privilegiou o gesto e a ação espontânea da criança. Contudo, de modo a manter a relação terapêutica estabelecida, a terapeuta realizou todos os momentos iniciais das sessões. Utilizou-se a GOP para o registo dos comportamentos da criança.

Tabela 21- Resultados Iniciais GOP Pedro

<p>Relação Interpessoal</p>	<p>Teve uma postura cooperativa, interativa e desinibida com a estagiária, não procurando a terapeuta neste período, olhando pontualmente para a mesma no decorrer de toda a avaliação. Na primeira sessão foi necessário a introdução de mediadores iniciais da relação entre o Pedro e a estagiária (e.g.: balão), tendo o mesmo demonstrado interesse por imitá-la. Destaca-se que após o término da sessão, a criança chorou quando a estagiária a deixou junto das cuidadoras. Aparentou estar focada na relação, uma vez que não reagia aos barulhos exteriores à sala, permanecendo na interação. Procurou-a espontaneamente para iniciar jogos, pois dava-lhe diferentes brinquedos (e.g.: carrinhos e bolinhas de sabão), não se isolava e envolvia-a na interação. Evidenciou resistência inicial face à ajuda da estagiária (e.g.: recuando com as mãos), aceitando-a posteriormente. Contudo, não evita a interação, tendo havido apenas uma situação pontual em que se voltou de costas, evitando-a. Aquando da participação da terapeuta, aceitou e envolveu-se na relação em tríade, contudo, deu preferência ao jogo em díade. Apesar da criança ter repartido a sua atenção por ambas, manifestava mais interesse indiferenciado por uma das adultas, não procurando a inclusão do terceiro.</p>
<p>Relação com o Espaço e o Jogo</p>	<p>Não explorou espontaneamente o espaço, seguindo sempre o incentivo da estagiária para esse fim, sendo que os jogos ocorreram maioritariamente na zona dos brinquedos. Utilizou os materiais pela sua função, com constância na escolha do objeto, tendo demonstrado ser capaz de focar a sua atenção e estar envolvido em cada jogo, permanecendo na atividade até ao fim. Aceitou com resistência as propostas da estagiária, no entanto, aparentou ter necessidade de repetir e executar algumas atividades, sem grande variabilidade. Demonstrou intenção no seu movimento ao longo dos jogos, contudo nem sempre era eficaz na sua execução (e.g.: rebentar bolinhas de sabão). Por vezes não esperou pela vez da estagiária aquando momentos de jogo. Importa ainda referir que a criança tem atenção conjunta. No que toca à experimentação do jogo, destacam-se duas atividades constantes ao longo da avaliação, uma relacionada com os carrinhos de brincar, outra com as bolinhas de sabão.</p> <p>Em todas as sessões incentivava a utilização de carrinhos para brincar, sendo esse o seu objeto preferencial: distribuía habitualmente um ou dois carrinhos por cada, dizendo “este é do Pedro e este é teu”, passando com o material em rampas, pistas, caminhos a simular o som de uma buzina; na imitação de rotinas (e.g.: por gasolina, colocá-lo a dormir, chocar com dois carrinhos e cuidar do mesmo porque se magoou); lançando carrinhos entre ambos; e passando com o objeto sobre as diferentes partes do corpo, móveis ou colchões. Denota-se que a criança trazia do exterior do ambiente terapêutico um carrinho, deixando-o, no início da sessão, a pedido da estagiária, junto aos seus sapatos. Fora do contexto de sessão o carrinho tem sido trabalhado como objeto transicional. A criança nalgumas atividades onde não era necessário o objeto segurava-o, mostrando o seu desagrado caso fosse solicitado que o arrumasse. Nos jogos em que se lançava os carrinhos entre ambos, não passava o seu, lançando apenas o da estagiária. Quando se passava o carrinho pelo corpo, inicialmente recuava, permitindo gradualmente essa experimentação. A utilização de bolinhas de sabão foi a segunda atividade preferencial da criança. Destaca-se que se recorreu igualmente a jogos de encaixe, jogos de causa-efeito, desenho e puzzles. Nos jogos de encaixe, comparativamente com o período de observação, demonstrou ter evoluído na sua orientação e perceção espacial das peças. Surgiram igualmente dinâmicas de esconder-encontrar dentro da piscina de bolas.</p>
<p>Características Comportamentais e Emocionais</p>	<p>Evidenciou momentos de frustração, onde chorava, colocava a cabeça para trás e, por vezes, atirava objetos para o chão. Essas situações ocorreram essencialmente no término das sessões, quando a estagiária solicitava ao Pedro que arrumasse o carrinho ou o desenho, ou quando a criança pedia à estagiária para a mesma guardar/fazer uma determinada ação e a mesma não a fazia. Denota-se que nos momentos de frustração, o Pedro precisava de ser contido, necessitando da estagiária como regulador externo (e.g. a estagiária colocava o Pedro ao colo, acalmando-o verbalmente, dizendo: “Eu percebo Pedro, mas vamos agora fazer o pula-pula para depois irmos ter com os amigos”), ou procurando a interação com</p>

	os carrinhos. Manifestou medo perante alguns objetos/ações novas (carros com características de movimento e/ou sonoras próprias; passar dentro do túnel; estar debaixo de um pano), que foi atenuando após terem sido introduzidos, pela estagiária, de uma forma não intrusiva nas atividades. Importa ainda referir que, posteriormente, a criança demonstrou interesse em explorar alguns desses objetos de forma autónoma. Ao nível da sensorialidade, comparativamente com o período de observação, verificou-se que está mais permissivo ao toque terapêutico (e.g.: permanecer mais tempo dentro da piscina de bolas). Observou-se uma maior utilização da linguagem verbal, com um aumento do vocabulário e construções frásicas mais complexas. Nos momentos de entusiasmo, saltou, ficando com um padrão hipertónico na parte superior do tronco e nas extremidades distais superiores, adotando uma expressão de admiração. Aparentou interesse por estímulos visuais, uma vez que ficava atento a observar as bolinhas de sabão e as bolas a cair de uma rampa, com uma expressão facial de admiração.
Rituais de Sessão	Fez resistência ao término da sessão, aceitando, contudo, os restantes rituais.
Fatores Psicomotores	Tanto o equilíbrio estático como dinâmico aparentaram estar adequados para a idade, sendo que no último foram evidenciadas algumas oscilações aquando da aterragem. Evoluiu na pega do instrumento da escrita, estando adequada para a sua faixa etária, uma vez que efetuou uma preensão digital. A criança não tem uma preferência dominante manual definida, contudo segurou no instrumento da escrita inicialmente com a mão direita. Reconheceu as diferentes partes do corpo em si, enganando-se pontualmente na nomeação de alguns membros. Ao nível do desenho a criança aparentou estar interessada na atividade, verbalizando, em parte, o que fazia, sendo o seu desenho uma garatuja.

3.2.2. Avaliação Final

Abaixo encontra-se a tabela 22 com a avaliação final do caso, que consistiu em quatro sessões com a participação ativa da estagiária e passiva da terapeuta, onde se privilegiou o gesto e a ação espontânea da criança. Utilizou-se a GOP para o registo dos comportamentos da criança. Denota-se que apenas foi possível a realização de quatro sessões, ao invés de cinco, uma vez que a criança testou positivo à COVID-19 neste período.

Tabela 22 - Resultados Finais GOP Pedro

Relação Interpessoal	Teve uma postura cooperativa, interativa e desinibida com a estagiária, procurando a terapeuta neste período, tentando incluí-la numa relação em tríade (e.g.: “olha aqui! Anda brincar”). Denota-se que distribuía a sua atenção por ambas as adultas, demonstrando interesse na inclusão do terceiro. Aparentou estar focado na relação com a estagiária, permanecendo maioritariamente na interação, contudo foram visíveis momentos de distratibilidade, desviando a sua atenção essencialmente nos momentos iniciais e finais de sessão. Procurou a estagiária espontaneamente para iniciar jogos, uma vez que lhe dava diferentes brinquedos (e.g.: carrinhos), não se isolava e envolvia-a na interação. No entanto, também manifestou atitudes em que se opunha às propostas da estagiária, evidenciando resistência e evitamento inicial (e.g.: verbalizando “não quero”; voltando-se de costas) e aceitando-as posteriormente. Denota-se que em sessões pré-avaliação a criança, na maior parte das vezes, não aceitava a troca de um objeto com a estagiária (e.g.: carrinho), pelo que neste momento de avaliação foi a própria a incentivar a troca do material.
Relação com o Espaço e o Jogo	Explorou espontaneamente o espaço, dando incentivos verbais de onde pretendia ir (e.g.: “vamos buscar o carrinho”), pelo que os jogos ocorreram maioritariamente na zona dos brinquedos. No entanto, uma vez que nesta fase estava a ser

	<p>introduzida a passagem do simbolismo através do desenho da representação corporal dos que estavam presentes na sala (Pedro, estagiária e terapeuta), a estagiária direcionava a criança para a mesa no início da sessão. Utilizou os materiais pela sua função, com constância na escolha do objeto, tendo demonstrado ser capaz de focar a sua atenção e estar envolvido em cada jogo, permanecendo na atividade até ao fim. Aceitou com resistência as propostas da estagiária, no entanto, aparentou ter necessidade de repetir e executar algumas atividades, sem grande variabilidade. Por vezes não esperava pela vez da estagiária na realização do desenho inicial e em alguns momentos de jogo. No que toca à experimentação do jogo, destaca-se uma atividade constante ao longo das sessões de avaliação observação, relacionada com os carrinhos de brincar. Em todas as sessões incentivava a utilização de carrinhos para brincar, sendo esse o seu objeto preferencial: distribuía um carrinho por cada, dizendo “este é do Pedro e este é teu”. Utilizou-o em atividades que envolviam a passagem com o objeto em rampas, simulando o som de uma buzina, mas especialmente em jogos simbólicos onde construía casas para os mesmos, dava de comida, colocava a dormir e cuidava (e.g.: “magoei-me”, “ajuda-me a subir”). Nas duas últimas sessões de avaliação foi introduzido as personagens parentais no jogo simbólico através da utilização do carrinho. O Pedro apesar de verbalizar querer continuar a brincar, apresentou comportamentos de fuga: evitou o contacto ocular, teve um discurso confuso em que se contradizia (e.g.: “é a mãe/é o pai; não quero/sim vamos”), voltou-se de costas para os carrinhos e brincou mais isoladamente com o seu. No entanto, no final deste jogo já se encontrava mais organizado, tenho inclusive incentivado o mesmo jogo na sessão seguinte. Procurou numa das sessões o jogo de reparação utilizando os materiais de médicos presentes na sala. Apesar de a criança ter experienciado os dois papéis – de médico e doente – quis permanecer por um maior período de tempo como médico, fazendo inclusive uma resistência inicial aquando da troca de personagens. Nesta dinâmica procurou uma explorar todos os materiais presentes.</p>
<p>Características Comportamentais e Emocionais</p>	<p>Evidenciou momentos de frustração no decorrer das sessões de avaliação, onde chorava, colocava a cabeça no chão ou se deitava, isolava-se e voltava-se de costas, afastando-se da estagiária. Essas situações ocorreram essencialmente em compassos de espera, quando queria realizar algo sozinho, no término de atividades aquando de uma não antecipação (e.g.: arrumar os carrinhos), ou quando a criança pedia à estagiária para a mesma fazer uma determinada ação e esta não a fazia. Denota-se que, após uns momentos de espera e de a estagiária verbalizar “o que se passa? Não percebo”, acabava por se autorregular, pedindo verbalmente o que queria. Ao nível da sensorialidade demonstrou-se permissivo ao toque terapêutico. Verificou-se uma maior utilização da linguagem verbal, com um aumento do vocabulário e construções frásicas mais complexas, especialmente nos pedidos de ajuda (efetuados com bastante frequência). Ao nível do contacto ocular a criança dirigiu o seu olhar com intencionalidade, no entanto, quando fez pedidos relacionados com “dar”, não olhou para a estagiária, mas sim para o objeto. Acrescenta-se que a criança evitou ainda o contacto ocular em momentos de frustração, no ritual final de sessão e no jogo simbólico com a presença de personagens parentais figurativas.</p>
<p>Rituais de Sessão</p>	<p>Apesar de a criança se demonstrar distraído nos momentos iniciais e finais de sessão aceitava todos os rituais, sem fazer resistência. Denota-se que aquando do <i>holding</i> e <i>handling</i> (através do embalar com o corpo ou utilizando um pano) a criança aparentou estar segura e prazerosa do momento, uma vez que se ria, permitia fechar o pano e efetuava o contacto ocular. Já no momento final de sessão pelo qual se passava uma bola com relevo no corpo do Pedro, este revelou alguns comportamentos de distração. Apesar de pedir verbalmente para se despir e passar com a bola tanto em decúbito dorsal como ventral, demonstrou-se ligeiramente agitado a nível motor, especialmente nas extremidades inferiores. Para além disso, efetuava comentários verbais de características da sala, na fase inicial desse momento, aparentando não estar focalizado. Contudo, após a estagiária o motivar para a ajudar, a criança concentrava-se.</p>
<p>Fatores Psicomotores</p>	<p>Não foram visíveis alterações no equilíbrio estático e dinâmico, na pega do instrumento da escrita, na preferência dominante manual e no reconhecimento e</p>

nomeação dos diferentes membros do corpo. Já ao nível do desenho da representação de si próprio este estava não só em fase garatuja, como também se encontrou fragmentado. Houve sessões em que a criança se desenhava ao contrário (de cabeça para baixo), e noutras em que lhe faltavam alguns membros (e.g. barriga), pelo que precisou do auxílio da estagiária através da nomeação corporal.

3.3. ITSEA

3.3.1. Comparação resultados iniciais e finais

O questionário dos pais foi aplicado à cuidadora de referência do Pedro e o questionário de prestador de cuidados foi aplicado à educadora. Abaixo encontra-se os resultados por domínios da primeira e segunda aplicação à cuidadora de referência e educadora de infância do Pedro (tabela 23).

Tabela 23- Resultados Iniciais vs Resultados Finais ITSEA Pedro

	DOMÍNIO	Resultados Iniciais				Resultados Finais			
		Cuidadora de Referência		Educadora de Infância		Cuidadora de Referência		Educadora de Infância	
		Típico	Preocupante	Típico	Preocupante	Típico	Preocupante	Típico	Preocupante
Subescala	Exteriorização	X		X		X			
	Atividade/Impulsividade	X		X		X			
	Agressividade/Provocação	X		X		X			
	Agressividade para com os pares	X		X		X			
Subescala ^a	Interiorização	X		-		X			
	Depressão/Isolamento	X		X		X			
	Ansiedade Geral	X		-		X			
	Medo de Separação	X		X		X			
	Inibição à novidade	X		-		X			
Subescala ^a	Desajustamento	X		X		X			
	Emotividade Negativa		X	X			X		
	Sono			X		X			
	Alimentação			X		X			
	Sensibilidade Sensorial			X		X			
Subescala	Competência		X	X		X			
	Conformidade	X		X		X			
	Atenção	X		X		X			
	Motivação de Domínios		X	X		X			
	Imitação/Brincadeira	X		X		X			
	Empatia		X	X			X		
	Relações pró-sociais para com os pares		X	X		X			
Núcleos de Itens	Núcleos de Itens de Inadaptação	X		X		X			
	Núcleos de Itens de Ligação Social		X	-		X			
	Núcleos de Itens Atípicos	X		-		X			



Num nível global, de acordo com a cuidadora de referência, o Pedro encontrava-se num valor preocupante no domínio de Competência, tendo progredido para valores normativos na aplicação do 2º questionário. No domínio de Desajustamento, a subescala de Emotividade Negativa foi avaliada como preocupante, sendo que esses valores se mantiveram após a intervenção. Dentro do domínio de Competência, obteve resultados preocupantes nas subescalas de Empatia, Motivação de Domínios e Relações Pró-sociais para com os pares, tendo passado para valores normativos nos últimos dois parâmetros mencionados no questionário final. Por fim, verificou-se inicialmente valores preocupantes no núcleo de itens de ligação social (i.e. comportamentos indicadores de afetos para com os outros), e valores normativos após a intervenção.

No que concerne à aplicação do 1º questionário preenchido pela educadora de infância, vale sublinhar que não foi possível cotar o domínio da Interiorização por excesso de faltas de respostas dadas. No entanto, não foram evidenciados qualquer tipo de valores preocupantes. O segundo questionário não foi entregue, pelo que não foi possível efetuar a comparação final relativamente à educadora de infância.

4. Progressão Terapêutica

De modo a efetuar a progressão terapêutica do Pedro, foram consideradas as 21 sessões de intervenção. Denota-se que para a realização da progressão terapeuta foi utilizada uma adaptação da GOP, preenchida no final de cada sessão (Anexo 7).

O Pedro teve uma postura abrangente com a estagiária, tendo sido tanto cooperativo, interativo e desinibido, como revelou atitudes em que era autocentrado (e.g. resistência em trocar objeto), de oposição e indiferença (e.g.: ignorar solicitações que lhe são feitas). De uma forma geral prevaleceram as primeiras, no entanto, verificou-se um aumento de atitudes autocentradas a partir da sessão 8.



Foi notória uma maior procura do Pedro pela inclusão do terceiro ao longo deste período, ocorrendo essencialmente a partir da sessão 10. Aquando da não participação ativa da terapeuta nas sessões, numa primeira fase, a criança olhava para a mesma em momentos que lhe causavam medo (e.g.: introdução de um objeto que se move sozinho) ou prazer (e.g.: saltando na bola de pilates). Posteriormente, a partir da 10ª sessão chamava a terapeuta para se juntar aos jogos, repartindo por igual a sua atenção e interesse por ambas as presentes. Destaca-se que foi apenas na primeira sessão de intervenção que a criança não iniciou a interação, sendo que nas restantes já o fez, com maior intensidade a partir da 10ª, permanecendo sempre.

No que toca à aceitação de sugestões, a criança evidenciou diferenças durante o período de intervenção. Aceitou mais as propostas nas sessões 3-5, 12, 15, 18, 20 e 21, havendo uma menor prevalência na 6ª, 7ª, 11ª, 13ª e 14ª. Surgiram pontualmente momentos em que o Pedro ignorava as sugestões da estagiária. Contudo, foi possível verificar em várias sessões a solicitação de ajuda por parte da criança, incluindo aquelas em que o Pedro não aceitava as sugestões da estagiária (sessão 6, 11 e 19).

Nos momentos em que foi embalado pela estagiária (holding e handling), a criança, numa primeira fase (sessões 1 a 6) manifestou comportamentos de fuga, onde evitou o contacto ocular, olhou para o redor da sala e manteve-se em silêncio. A partir da sessão 7 até à última, o Pedro começou gradualmente a mexer no cabelo da estagiária, colocando-o à frente dos olhos e da boca da mesma enquanto se ria, aumentando a prevalência de um maior contacto ocular.

Foi visível um aumento da exploração espontânea pela criança do espaço a partir da sessão 2, ocorrendo, da mesma forma, algumas variações relativamente à sua abrangência. Apesar de ter aumentado da 4ª para a 5ª sessão, voltou a diminuir de forma gradual até à 9ª, procurando, a partir daí, uma maior área do espaço terapêutico,



mantendo-se praticamente constante num nível elevado até ao final na intervenção. Contudo, houve sessões que em que a exploração foi incitada pela estagiária e/ou terapeuta para outras zonas da sala, de modo a proporcionar maior variabilidade e diferentes experiências à criança.

A exploração do espaço foi maioritariamente não delimitada, sendo concordante com os locais da procura dos materiais pela criança, i.e., das suas motivações pessoais para a utilização dos diferentes objetos. Denota-se que a utilização dos materiais foi sempre espontânea e funcional, à exceção da sessão 6 onde a criança aparentava estar a mexer de forma repetida e sem intencionalidade uma mala de médico. Contudo, aqui poderá também estar envolvida a exploração de um material novo. Vale ainda sublinhar que a criança tem constância no objeto.

De uma forma geral aceitou com resistência as propostas da estagiária, opondo-se inclusive às sugestões de trocas de materiais com a mesma, querendo que esta tivesse em sua posse um objeto igual ao seu (e.g.: cada um ter um balão; “não, este é da são”). Contudo esta atitude modulou-se a partir da sessão 8, onde, gradualmente, a criança não só aceitava o pedido da estagiária, como também propunha a troca. Numa fase inicial apenas o fez com o carrinho (sessão 8-13) e, posteriormente, permitiu a troca com outros objetos (e.g. balão, bola: sessão 16-20). Vale sublinhar que ao longo das sessões o Pedro teve uma atitude maioritariamente colaborativa nas diferentes tarefas, demonstrando, contudo, momentos de imposição. A partir da 6ª sessão foi diminuído, de forma gradual e com algumas oscilações, a sua colaboração nas tarefas, aumentando para uma atitude mais impositiva. Contudo a partir da 17ª sessão já se verificou, novamente, uma maior colaboração do Pedro.

A criança aparentou a necessidade de manter os objetos arrumados no mesmo sítio, (em especial nas sessões 1 a 4), tal como incentiva à repetição e execução de



atividades desempenhadas das sessões anteriores, com pouca variabilidade – ocorrendo desde o início ao final da intervenção. Contudo é visível uma progressão da experimentação do jogo ao longo deste período, verificando-se igualmente algumas constantes e evoluções. Denota-se ainda que a criança permaneceu, praticamente sempre, até ao fim das atividades, tendo revelado pontualmente resistência e dificuldades nas mudanças e transições das tarefas.

Nas sessões 1-3, 6-9, 13-15 e 17-21 o Pedro procurou a utilização do carrinho (objeto preferencial), não fazendo a exploração nas restantes. Demonstrou sempre vontade de ficar com o mesmo carrinho em todas as sessões, tal como em distribuir um pela estagiária e, nalguns casos, terapeuta. Utilizava o objeto para passar em rampas, pistas, caminhos e colchões, englobando-os no jogo faz-de-conta, de exploração do movimento e ainda no esconder/encontrar.

Procurou os livros na 4^a, 6^a-10^a, 13^a e 18^a sessão, selecionando sempre os mesmos, com maior variabilidade introduzida pela estagiária a partir da sessão 10. A terapeuta ou a estagiária faziam a leitura, utilizando o corpo e a fala para dar expressividade à história. Apesar de o Pedro efetuar comentários verbais relacionados com o conteúdo dos livros, verificou-se uma maior complexidade dos mesmos a partir da 9^a sessão (e.g.: “ah, olha ali o carro a tirar a terra”), tendo sido igualmente motivado para ser a criança a contar o enredo.

O Pedro explorou inclusive objetos como as bolinhas de sabão, puzzles, bolas, balões, brinquedos de construção/ação e a piscina de bolas. Denota-se que, apesar de o carrinho ter sido um constante mediador de relação, objetos como papéis, tintas e bola/balão também foram recursos utilizados ao longo da intervenção.

Ao nível dos jogos sensoriomotores foram realizadas dinâmicas de exploração do movimento (sessões 2, 3, 7, 8 e 10-18), de construção/destruição (sessão 18 e 21), jogos



de perseguição/ser apanhado (sessões 5, 10, 11 e 16) e ainda de esconder/encontrar (sessões 2, 3, 8, 10, 13-15, 17 e 19).

No que toca à exploração do movimento a criança foi ganhando gradualmente não só prazer na experienciação das diferentes ações, como também uma maior confiança e seguridade em si mesma, evidenciado especialmente a partir da sessão 15. As atividades envolvidas são relativas, na sua maioria, a rodopios proporcionados pela estagiária, à subida e descida de colchões e queda na piscina de bolas.

Relativamente aos jogos de perseguição a criança demonstrou-se prazerosa tanto no papel de apanhar o outro, como no de ser apanhado (e.g.: verbalizar a rir-se “vou-te apanhar!”). Contudo, numa primeira fase aparentou ter medo em ser apanhado (sessão 5), uma vez que se escondia atrás da terapeuta com as sobrancelhas franzidas. Denota-se ainda que por vezes se utilizavam objetos como mediadores desta dinâmica (e.g.: papel higiénico; carros). Em todas as sessões o Pedro necessitou de um adulto para prolongar o seu “eu” tanto quando perseguia, como quando era apanhado.

Ao nível dos jogos de esconder/encontrar o Pedro reagiu de forma variável consoante os diferentes papéis e possíveis objetos utilizados. Caso fossem utilizados materiais (e.g. carro, bolas), foi visível nas sessões 2 e 13 a não permanência do objeto, pois apesar de o Pedro persistir na procura, acabava por entregar outro semelhante. Contudo, nas sessões 3, 8, 14, 15 e 17, a criança já demonstrou presente o conceito de permanência do objeto, por não ter entregado um material diferente. Aquando da utilização do próprio corpo nas escondidas, evidencia-se uma postura variável ao longo do tempo e consoante o papel que desempenhava. Quando era o Pedro a ser encontrado, passou de uma atitude imóvel sem pronunciar onde estava (sessão 2), para uma onde ficava irrequieto a nível motor, verbalizando “estou aqui!” (sessão 3, 10), até uma postura onde apenas dizia o local do seu esconderijo, sem agitação motora (sessão 13, 17 e 19). Quando era o Pedro a



encontrar, apesar de a criança na maioria não ter evidenciado receio na procura (sessões 3, 17, e 19), foram reveladas atitudes em que verbalizava que tinha medo (sessão 11) e/ou não queria procurar (sessão 13). Em ambos os papéis o Pedro sempre demonstrou prazer tanto a ser encontrado, como a encontrar a pessoa, rindo-se e abraçando a mesma. Denota-se que, à semelhança do jogo de perseguição, o Pedro necessitava do prolongamento do seu “eu” através da estagiária e/ou terapeuta, onde as mesmas auxiliavam-no tanto a manter-se em silêncio e a permanecer no mesmo sítio, como a encontrar a outra pessoa.

Entrando no jogo simbólico (sessões 3-9, 12, 13, 15, 17, 18, 20 e 21), essencialmente promovido pelo Pedro, este procurou maioritariamente a imitação de rotinas – sessão 3-5, 7-9, 13, 15, 17, 18, 20 e 21 - através de objetos (e.g.: carro/peluches). Numa primeira fase a criança procurou dar de comida e colocar os brinquedos a dormir, posteriormente introduziu uma interação de interajuda entre ambos os objetos dos participantes (e.g.: “ajuda-me”, “magoei-me, dás-me um beijinho?”), por fim o Pedro procurou, nas últimas sessões, a construção de uma casa. Denota-se que o jogo simbólico surgiu duas vezes através do próprio corpo apenas na sessão 6 e 12. A primeira foi relativa a jogos de reparação, através de médicos, onde a criança demonstrou uma maior preferência em cuidar o outro do que ser o cuidado, uma vez que persistiu na permanência do primeiro papel e fez resistência inicial no segundo. Na sessão 12 o Pedro utilizou a mão para simular a experimentação de papéis agressor/vítima através de uma luta, tendo o mesmo assumido ser o agressor.

Nos jogos de regras (sessões 2, 4, 11, 14, 16 e 18-20) o Pedro cumpriu maioritariamente as regras, tendo evidenciado pouca necessidade de as adequar e recorrendo a diferentes brinquedos para esse tipo de dinâmica. Já nos jogos de construção



procurou mais numa fase inicial da intervenção, utilizando essencialmente blocos e copos.

O Pedro evidenciou momentos de frustração no decorrer das sessões de observação com maior incidência a meio da intervenção até ao final (sessões 1, 8, 11-20), que poderá ter sido justificado por um aumento da provocação do conflito, por parte da estagiária, com intencionalidade, de modo que a se promovesse uma posterior autorregulação por parte da criança - algo que se verificou positivamente. O Pedro chorava, baixava a cabeça, evitava o contacto ocular, sentava-se no chão, isolava-se e/ou voltava-se de costas. Essas situações ocorreram essencialmente: quando a estagiária não lhe dava um objeto que o Pedro solicitava; não fazia uma determinada ação que o mesmo pedia; nos compassos de espera; quando a adulta perguntava se podia trocar de material com a criança; quando segurava no carrinho da criança; e na transição para o último momento da sessão (bola amarela). Assim, surgiram momentos de contenção, onde a estagiária/terapeuta foram o regulador externo (e.g.: colocando-o ao colo e verbalizando/traduzindo o que estaria a acontecer), ou esperando que o mesmo se reorganizasse.

Ao nível do contacto ocular a criança, apesar de dirigir o seu olhar com intencionalidade, surgiram sessões em que foi visivelmente mais evitante (2, 4, 5, 11, 12 e 18). Estas situações ocorreram essencialmente associados aos momentos em que a criança não queria efetuar a troca de um objeto, ou quando fazia pedidos à estagiária relacionados com “dar”, fixando o olhar no objeto. Denota-se ainda que a expressão da emoção da criança é concordante tanto com o que pretende transmitir como nas diferentes situações. Verificou-se um aumento gradual do reconhecimento das emoções do outro, uma vez que quando a estagiária e/ou terapeuta simulava o choro através de objetos ou



do próprio corpo, o Pedro parava, olhava e dava uma festinha, perguntando inclusive se queria algo.

O Pedro continuou a manifestar medo perante objetos com características de movimento e/ou sonoras próprias (sessões 3-5, 12, 14 e 15), contudo foi atenuando após se introduzir, de forma não intrusiva, esses mesmos materiais nalgumas atividades.

No que toca aos rituais da sessão, foi visível uma clara diminuição de resistência do término da sessão, comparativamente ao período de observação, aceitando sempre este momento. No entanto, o Pedro aparenta ter a necessidade em manter constante a sequência e forma de desempenho dos rituais, ao longo de sessão, reproduzindo situações idênticas do que ocorreu na anterior (e.g.: direcionar-se para o local dos sapatos a meio da sessão após se ter colocado um peluche a dormir, momento que ocorreu na sessão anterior, mas por efetivamente ser o término da sessão). Denota-se que nas sessões 8, 16 e 17 o Pedro fez resistência para entrar na sessão, aceitando posteriormente.

Destacando dois momentos finais introduzidos na sessão, o embalar e, de seguida, o recurso a uma bola com relevo, para passagem corporal no momento do acalmar, verificou-se uma diferença da reação do Pedro em ambas as situações ao longo da intervenção. Relativamente ao embalar: numa primeira fase evidenciou agitação motora e comportamentos de fuga, como evitar o contacto ocular; gradualmente foi diminuindo os movimentos motores, olhando mais para a estagiária, mexendo inclusive no cabelo da mesma, demonstrando estar mais envolvido no momento (sessão 7-21). No que toca ao último ritual de sessão, numa primeira fase o Pedro aparentou estar inseguro, uma vez que fazia resistência física e verbal para se deitar (sessão 1), mantendo-se sentado e evitando o contacto ocular. Posteriormente a criança aceitou deitar-se, contudo demonstrava estar hipervigilante, hipertónica e com alguma agitação motora nos membros inferiores (sessão 2-7). Numa terceira etapa o Pedro permitiu despir a parte de



cima da roupa (sessão 8), ao impasse que a partir da 9ª sessão foi a criança a sugerir (e.g.: “quero tirar”), sendo que da 13ª até à 21ª quis voltar-se, inclusive, de decúbito ventral. Contudo há que sublinhar que no decorrer deste momento ainda demonstra alguma agitação motora e verbal (e.g.: movendo os membros inferiores, observando a parede e dizendo “olha o macaco”), sendo menor ou quase nula aquando em decúbito ventral. Verificou-se uma maior utilização da linguagem verbal, com um aumento do vocabulário e construções frásicas mais complexas. Por vezes tem um discurso desorganizado, sendo, contudo, perceptível. Denota-se que efetua ecolalias, repetindo algumas palavras ou frases da terapeuta e/ou estagiária durante as sessões.

Tanto o equilíbrio estático como dinâmico aparentaram estar adequados para a idade, sendo que no último possam ser evidenciadas algumas oscilações aquando a aterragem. A resposta ao estímulo motor foi maioritariamente adequada, sendo por vezes precipitada, com um gesto impulsivo, descoordenado e inábil – em especial nos jogos motores. Contudo demonstrou ter uma intenção do movimento eficiente. Efetuou uma preensão digital na pega do instrumento, não se verificando totalmente adequada. Não evidenciou uma preferência dominante podal e manual definida, contudo segurou no instrumento da escrita inicialmente com a mão direita. O Pedro reconheceu ao longo das sessões as diferentes partes do corpo em si, enganando-se pontualmente na nomeação de alguns membros. Contudo, através do desenho do corpo, verificou-se uma noção corporal fragmentada. Aparentou estar interessada nesta atividade, verbalizando, em parte, o que fazia, sendo o seu desenho uma garatuja.

Aparentou ter uma coordenação óculo manual, podal e segmentar adequada em toda a intervenção, tal como na sua estruturação espaciotemporal, perceção visual e auditiva. Nos momentos de entusiasmo, o Pedro salta, ficando com um padrão hipertónico na parte superior do tronco e nas extremidades distais superiores, adotando uma expressão



de admiração. Contudo aparenta ter uma tonicidade adequada. Relativamente à atenção, apesar de o Pedro focalizar na maior parte das situações, a partir da 11ª sessão foi visível uma maior distrabilidade na criança, especialmente no início e término das sessões. Sublinha-se ainda que tem atenção conjunta.

5. Discussão dos Resultados

Nesta secção debater-se-á a comparação dos resultados das avaliações iniciais e finais dos instrumentos aplicados ao caso, tal como a progressão terapêutica do caso ao longo das sessões de intervenção.

Analisando o ITSEA, relativamente à cuidadora de referência, uma vez que o Pedro manteve os valores preocupantes na subescala de Emotividade Negativa, onde Carter e Briggs-Gowan (2006) referem que se trata de uma subescala relativa à reatividade e regulação emocional da criança, o que poderá significar que o Pedro manteve intensidades negativas na resposta emocional e na capacidade de lidar com a mesma, de acordo com a visão da cuidadora de referência. Contudo, dentro do *setting* terapêutico estas verificaram-se atitudes ambivalentes nesse âmbito, i.e., tanto ocorreram melhorias em situações onde a mesma anteriormente não se conseguia autorregular, como se mantiveram noutros momentos (e.g. transição para o último ritual de sessão). Estando relacionado, a criança manteve igualmente valores preocupantes na categoria de “Empatia”, associada com a forma de como reage às emoções do outro. Contudo, é de se destacar o facto de o Pedro ter melhorado no domínio de Competência, i.e., nas suas competências e habilidades socioemocionais, tal como na subescala Relações Pró-Sociais - relação e afinidade que tem com os pares (Carter & Briggs-Gowan, 2006). Seguindo a proposta dos autores, ao longo da intervenção as terapeutas promoveram a partilha de objetos, evidenciando-se uma posterior aceitação da troca de materiais e de cooperação – competências essenciais na relação interpessoal com o outro (Pears et al., 2010).



Uma vez que melhorou na subescala Motivação de Domínios, que diz respeito à persistência que a criança tem face a um desafio e ao prazer após o sucesso de uma tarefa orientada (Carter & Briggs-Gowan, 2006), evidencia-se, portanto, um progresso nessa área. Este facto pode dever-se devido à relação terapêutica segura estabelecida, aliada ao feedback motivacional envolvente (Rodríguez & Llinares, 2008).

Verificando os resultados da GOP, verificou-se uma melhoria na relação em tríade não só por procurar o terceiro elemento para a interação, como também por distribuir de forma adequada a sua atenção por ambas as adultas. Contudo, aumentou os níveis de distração no foco da relação nos momentos iniciais e finais das sessões. Em concordância com os resultados finais do ITSEA, o Pedro já permite e até promove a troca de objetos com o outro. Segundo Marques (2006) esta partilha reflete uma melhoria nas trocas emocionais e afetivas na criança, que permitiu inclusive aumentar a sua linguagem e organização emocional, tal como se verificou no Pedro.

No final da intervenção foi visível uma exploração espontânea do espaço e materiais por parte da criança. Apesar de ter mantido a sua atividade e objeto preferencial (carrinhos de brincar) aumentou a variabilidade na sua utilização. Deixou de manifestar a necessidade de segurar num carrinho de brincar aquando da realização de outras atividades em que o objeto não era necessário, realizando e propondo inclusive a troca deste material. O facto de o carrinho ter sido trabalho como objeto transicional do Pedro e de ter tido uma função de asseguarção, poderá ter contribuído para a aquisição do conceito de permanência do objeto (algo que aparentou estar fragilizado no início da intervenção), uma vez que permitiu representar a presença e ausência do espaço no tempo, através de jogos esconder/encontrar (Aucouturier, 2007). Em adição, considerando que o objeto transicional prepara igualmente a função simbólica (Aucouturier, 2007), procurou-



se introduzir o jogo simbólico através do mesmo, uma vez que este está relacionado com a capacidade de interiorizar relações de objeto de boa qualidade (Marcelli, 2005).

Relativamente ao jogo simbólico foi visível um aumento da procura pelo mesmo, havendo, contudo, e contraditoriamente, alguns comportamentos de fuga e de interesse face a personagens parentais. Piaget destaca que no período pré-operatório, entre os 2 e os 6 anos, as crianças começam a ter o acesso progressivo à inteligência representativa, onde conseguem evocar uma imagem mental na sua ausência (Marcelli, 2005). O autor acrescenta que entre os 3 e os 7 anos a função simbólica da criança desenvolve-se por imitação de situações que a marcaram, interessam e inquietaram, pelo que ainda não se conseguem descentrar do seu próprio ponto de vista. Estes factos podem justificar os comportamentos de fugas manifestados por Pedro nas sessões introdutórias às figuras paternas no jogo simbólico, por se relacionarem com angústias internas. Na mesma linha de pensamento, Freud considera que o início deste tipo de jogo permite à criança assimilar psiquicamente a manipulação repetitiva da ausência da mãe (Marcelli, 2005), aspeto pelo qual o Pedro ainda terá de explorar.

No que toca aos jogos sensoriomotores, o facto de ao longo da intervenção o Pedro ter demonstrado mais vontade, segurança e prazer nesses momentos, espelha um aumento da sua segurança afetiva psicomotora (Rodríguez & Llinares, 2008) e relaciona-se com o aumento da maturação psicológica, pela melhoria da representação de si mesmo (Aucouturier, 2007). Desta forma, foi essencial as terapeutas terem dado segurança à criança neste tipo de jogos, especialmente nos que envolviam quedas, desequilíbrios corporais e rodopios (Aucouturier, 2007), de modo que não só fosse proporcionada segurança no próprio, como também para não se sentir desemparedado.

Ao nível dos jogos esconder/encontrar, o Pedro deixou de manifestar atitudes de receio em procurar o outro, para se demonstrar prazeroso não só nesse papel, como



também em ser encontrado. Foi necessário recorrer ao prolongamento do seu eu através do adulto neste tipo de jogos, onde, segundo Marcelli (2005) poderá estar relacionado com uma ansiedade associada ao receio do “desconhecido”. Segundo Aucouturier (2007) o esconder-se simboliza a procura da presença, relacionando-se ainda com a angústia durante a ausência, sendo que quando a criança se esconde e é encontrada, é proporcionada segurança da permanência de sentimentos gratificantes, de segurança e afetuosa para com a mesma. Desta forma, o recurso a este tipo de jogos não só permitiu o fortalecimento da relação terapêutica existente, como também contribuiu para a aquisição da noção de que mesmo um objeto não esteja visível no campo visual, não deixa de existir (Melo, 2019).

Na introdução aos jogos de perseguição o Pedro manifestou medo em ser apanhado, pelo que no decorrer da mesma passou a demonstrar prazer em toda a dinâmica, nos diferentes papéis. De acordo com Aucouturier (2007) a criança trocar de papel nos jogos de perseguição, i.e., não só ser apanhado, mas também ser perseguir, é indicador da aquisição de confiança em si própria, pois permite-se ser o agressor e, por sua vez, desdramatiza-se do medo de ser agredido. Pedersen (2014) sugere que o medo inicial que Pedro manifestava no jogo das escondidas poderá estar relacionado com uma falta de contenção materna estável, levando a que o mesmo não consiga suportar o conceito de ausência.

Nos momentos de frustração a criança modificou a sua manifestação comportamental, passando essencialmente a isolar-se e a afastar-se do outro. Verificou-se ainda um aumento da sua capacidade de se autorregular, sendo que ter sido devolvido, verbalizado e traduzido as respostas emocionais da criança poderá ter influenciado positivamente (Dvir et al., 2014). No início o Pedro apresentava mais dificuldades em esperar pela sua vez, ficando mais rapidamente frustrado e reativo, comparativamente ao



final da intervenção, onde Pedersen et al. (2014) justificam esses comportamentos iniciais por uma possível falta de contenção materna suficiente e estável. Logo, ter-se recorrido a estratégias contentoras relacionadas com o *holding* e *handling*, poderá ter contribuído para a diminuição dessas atitudes.

É de se notar que a criança foi demonstrando uma maior independência das suas decisões e em atitudes autocentradas (e.g. quando desempenhava ações com o intuito de provocar, de forma engraçada, o outro). Este facto poderá ser justificado não só por ser característico da idade em se afirmar perante o olhar do outro (Gouveia, 2009; Marcelli, 2005), como também pelo aumento que houve na vontade espontânea de procurar novas experiências (Cardoso e Lima, 2019).

Ao nível dos rituais de sessão, deixou de fazer resistência ao início e término da sessão, sendo que demonstrou mais segurança e envolvimento não só quando era embalado (eliminando os comportamentos de fuga que apresentava), como também na relaxação, passando a ser permissivo ao toque terapêutico e aumentando o contacto ocular. Recordando que aquando da introdução da passagem da bola no corpo o Pedro recusava em colocar-se de decúbito dorsal, denota-se que passou inclusive a pedir para se despir e para se voltar para decúbito ventral. De se salientar ainda que o facto de Pedro ter aceiteado, ao longo da intervenção, cada vez mais a transição de ideias e o término da sessão, poderá ser um indicador de uma melhor regulação do comportamento (Pears et al., 2010).

Apesar de o Pedro ainda não ter a lateralidade podal e manual definidas não é preocupante, uma vez que esta preferência surge entre os três/quatro anos (Marcelli, 2005). Por outro lado, é necessário ter-se em atenção à linguagem da criança pois, apesar de ter 2 anos, e de verbalizar adequadamente, ainda efetua ecolalias com muita frequência. Marcelli (2005) refere que a qualidade das relações afetivas familiares tem



um papel essencial na estimulação da linguagem, pelo que a ausência da mesma poderá levar a um empobrecimento, ou atraso na aquisição de um aprovisionamento verbal.

6. Conclusões

Considerando toda a progressão terapêutica do caso e os resultados do mesmo, é possível verificar melhorias em várias áreas, especialmente na exploração espontânea do espaço e na relação e interação com o outro. Por outro lado, surgiram outros focos e objetivos terapêuticos a serem trabalhados com o Pedro. São esses a exploração do jogo simbólico, a consciencialização corporal – incluindo a representação de si no desenho – e ainda a resolução de problemas face a situações que lhe causem conflito, de modo a promover a autorregulação.

Em suma, com base nas informações recolhidas, a psicomotricidade de base relacional demonstrou-se uma intervenção eficiente e benéfica para o caso, sendo que demonstrar-se disponível para a criança prevalecendo o seu gesto espontâneo, foi essencial na sua progressão terapêutica.

7. Referências Bibliográficas

1. Akasha, E. S. (2004). No início era a relação. A Psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* (3), 95-104.
2. Almeida, G. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* (6), 56-64.
3. Aucouturier, B. (2007). *Los fantasmas de la accion y la practica psicomotriz*. Barcelona: Editorial Graó.
4. (APAV), A. P. (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
5. Cardoso, K. & Lima, S. (2019). Intervenção Psicomotora No Desenvolvimento Infantil: Uma Revisão Integrativa. *Promoção da Saúde*, 32, 1-10.
6. Carter, A. & Briggs-Gowan (2006). *ITSEA - Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Examiner's Manual*. San Antonio: Pearson.
7. Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
8. Crosson-Tower, C. (2014). *Understanding child abuse and neglect*. (9.ª ed.) EUA: Pearson
9. Dvir, Y., Ford, J., Hill, M. & Frazier, J. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities, *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161.
10. Fernandes, J., Filho, P. Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Caderno Brasileiro Terapia Ocupacional*, 26(03). <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1232>



Universidade de Évora – Escola de Saúde e de Desenvolvimento Humano
Mestrado em Psicomotricidade

11. Goldsmith, H. H., Buss, K. A., & Lemery, K. S. (1997). Toddler and childhood temperament: Expanded content, stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment. *Developmental Psychology*, 33(6), 891–905. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.891>
12. Gouveia, R. (2009). As Birras na Criança. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(6), 702–5. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10697>
13. 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
14. Hildyard, K. & Wolfe, D. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.
15. IOM, & NRC. (2014). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. The National Academies Press. doi:DOI 10.17226/18331
16. Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention: A practice handbook* (2.ª ed.). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
17. Izett, E., Rooney, R., Prescott, S., Palma, M. & McDevitt (2021). Prevention of Mental Health Difficulties for Children Aged 0-3 Years: A Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-24.
18. Katz, L. G. (2006). Perspectivas atuais sobre aprendizagem na infância. *Saber (e) Educar*, 11, 7-21.
19. Llinares, M. & Rodríguez, J. (2008). De la Reeducação Física al Análisis Corporal de la Relación: un recorrido por la obra de André Lapiere. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(3), 43-66.
20. Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi editors
21. Marques, T. (2006). O Corpo Reorganizador da desarmonia: O Corpo do Miguel, manifestação de desarmonia e angústia, lugar de afirmação de si e da sua reconstrução identitária. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* (7), 33-38.
22. Martins, R. (2001a). *A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental*. Em V.d. Fonseca, e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.
23. Mastrascusa, C. (2022). O que te faz Psicomotricista?. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (47), 47-57.
24. Melo, M. (2019). Permanência do Objeto. In Baptista, T. & Neto, D. (ed.). *Dicionário de Psicologia* (pp. 360-361). Lisboa: Edições Sílabo.
25. Nuñez, J. G. (2003). A Psicomotricidade em crianças abandonadas e maltratadas. A Psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 27-33.
26. 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.
27. Pedersen, S., Poulsen, S. & Lunn, S. (2014) Affect regulation: Holding, containing and mirroring, *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(5), 843-864. DOI: 10.1111/1745-8315.12205
28. Rodríguez, J. & Llinares, M. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Pavía, Málaga: Aljibe.
29. Rygaard, N. (2006). *A criança abandonada*. Lisboa: Climepsi.
30. Strecht, P. (2012). *Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Assírio & Alvim.
31. Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., Navalta, C. & Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.
32. Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas Online 2007-2011*, 3(11).
33. White, J., & Allers, C. (1994). Play therapy with abused children: a review of literature. *Journal of Counseling & Development*, 72, 390-394. doi:10.1002/j.1556-6676.1994.tb00955.x
34. Yıldız, E.; Tanriverdi, D. (2018). Child neglect and abuse: a global glimpse within the framework of evidence perspective. *International Nursing Review*.



VI- Conclusão e Reflexão

Toda a experiência de estágio foi enriquecedora em diferentes aspetos, especialmente no meu crescimento tanto a nível profissional, enquanto psicomotricista, como pessoal. Foram proporcionados momentos únicos e gratificantes que levarei sempre comigo. Antes de iniciar o estágio senti receio em não conseguir desempenhar um trabalho adequado, por ser um tipo de população que não tinha tido contacto até então. Apesar de, certamente ter falhado em alguma altura da minha intervenção, foram esses mesmos momentos que me fizeram crescer, refletir e encontra-me enquanto psicomotricista.

Ao longo do tempo fui percecionando e refletindo sobre a unicidade da relação terapêutica. Para mim, apesar de se conseguir colocar por palavras o seu significado, é pela vivência desta relação única que se consegue verdadeiramente entender o seu sentido. Ao falar de uma relação terapêutica, pressupõe-se à priori, a existência de um terapeuta, de um sujeito a intervir e de um contexto terapêutico securizante e contentor para tal. Esta relação envolve uma troca entre o terapeuta e a criança, onde o primeiro tem de fornecer ferramentas e auxiliar o segundo a apaziguar as suas angústias internas. É uma dança entre ambos, em que o terapeuta recebe o que a criança lhe transmite e devolve-lhe, de forma organizada e estruturada, a tradução dessa mesma mensagem, recorrendo tanto a ação motora ou verbal, como a inação ou a espera. Os silêncios e as pausas são estratégias essenciais a utilizar nesta dança. O psicomotricista não espera nada da criança, pois é o terapeuta é que lhe tem de devolver a mensagem que a mesma necessita.

Os limites da relação devem estar bem estabelecidos, no sentido em que o terapeuta não é amigo, familiar ou cuidador da criança, mas sim alguém que, dentro do contexto terapêutico, o ajuda a transformar, consciencializar e questionar sobre as questões que o sujeito levanta (direta ou indiretamente).

Nesta dinâmica é igualmente essencial que o terapeuta não menospreze o que sente perante a criança no ambiente terapêutico. Isto é, deve refletir posteriormente sobre as suas emoções despertadas perante as diferentes situações, para que as possa interiorizar e desenvolver estratégias que lhe sejam benéficas na relação terapêutica. Importa referir que este é um processo onde o terapeuta não deve projetar, justificar ou atenuar as exteriorizações da criança pela sua própria história de vida. Nesta linha de pensamento, surge a diferenciação entre o corpo pessoal e o corpo terapêutico do próprio técnico. Dentro do contexto terapêutico a resposta que o terapeuta faz, verbal ou motora, face à

ação da criança, é diferente aquando realizada por outro indivíduo, noutra tipo de ambiente. O técnico deve responder adequadamente às necessidades da criança, não sendo agressivo para com a mesma, distinta à forma de como responderia, a outro sujeito, em contextos sociais.

Sendo a relação terapêutica uma troca e um processo, numa primeira fase é fulcral criar uma relação estável e de confiança com a criança, de modo a que esta se sinta confortável e capaz de transpor os seus conflitos internos. É essencial que o terapeuta dê o espaço, lugar e tempo que a criança necessita, e que interprete, analise e traduza as suas mensagens consoante a situação e a personalidade psicomotora da criança, pois, o que manifestam pela ação pode não corresponder aos seus pensamentos internos. Assim, neste primeiro contacto, a mesma estará a testar, consciente ou inconscientemente, a permanência, tolerância e capacidade de resposta do técnico, perante as suas atitudes, quer sejam estas sedutoras ou desafiadoras.

Ao longo do estágio, apercebi-me o quão importante é parar e olhar para a criança no seu todo, cabendo-nos a nós, psicomotricistas e mediadores da sessão, compreender qual a melhor resposta para o outro naquele específico momento. Um exemplo prático que ocorreu numa das sessões de avaliação, foi a não aderência da criança à atividade proposta, demonstrando-se passiva e reflexiva. Não havendo um *feedback* adequado, fez-me repensar e refletir nos objetivos que tinha para aquela sessão e no que a criança realmente necessitava.

É necessário que o terapeuta respeite a criança e o seu processo terapêutico. Criar situações de conflito para que posteriormente sejam apaziguados - de alguma forma - é algo que o terapeuta deve fazer aquando de uma relação já estabelecida. Contudo, é essencial não esquecer da premissa de que o técnico tem de proporcionar momentos igualmente prazerosos para a criança. Desta forma, é fulcral que o psicomotricista identifique a fase em que a relação terapêutica já está estabelecida, de modo a que possa intervir sobre questões mais profundas do eu da criança. Por vezes, não é claro o momento em que a relação terapêutica está efetivamente estipulada, pois até uma atitude de oposição para com o terapeuta pode ser um indicador desse estabelecimento.

No decorrer do estágio foi possível acompanhar diversos casos, tanto a nível individual, como grupal, sendo este último o mais desafiante a nível pessoal. Conjuguar crianças no mesmo espaço terapêutico, dando a cada uma o espaço e atenção que necessita, repartindo-a de igual forma, revelou-se o maior desafio. Contudo, foi



interessante observar toda a progressão e evolução relacional, a nível individual e grupal, através da intervenção ocorrida.

Por fim, através do estágio compreendi de forma mais clara a importância do trabalho de uma equipa multidisciplinar, incluindo a colaboração de todos os técnicos e cuidadores envolvidos, de modo a haja um trabalho coeso e uniforme com as diferentes crianças, dando assim as respostas necessárias para a promoção do seu desenvolvimento.

VII- Referências Bibliográficas

1. Achenbach, T.M. (2001). *Manual for the Child Behavior Checklist/6-18 and 2001 Profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
2. Almeida, G. (2005). O espaço do Psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* (6), 56-64.
3. Anda, R., Felitti, V., Bremner, J., Walker, J., Whitfield, C., Perry, B., Dube, S. & Giles, W. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*, 256(3), 174–186. doi:10.1007/s00406-005-0624-4
4. Andrade, B. (2019). Terapia Familiar e Psicomotricidade Relacional: Um Diálogo Possível e Necessário. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 44.
5. (APAV), A. P. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Retirado de https://apav.pt/publiproj/images/yootheme/PDF/Manual_Crianças_Jovens_PT.pdf
6. Akasha, E. S. (2004). No início era a relação. A Psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* (3), 95-104.
7. 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>
8. Aucouturier, B. (2007). *Los fantasmas de acción y la práctica psicomotriz*. Barcelona: Editorial GRAÓ.
9. Avdibegović, E., & Brkić, M. (2020). Child neglect-causes and consequences. *Psychiatria Danubina*, 32(3), 337-342.
10. Azevedo, M. & Maia, A. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
11. Cardoso, K. & Lima, S. (2019). Intervenção Psicomotora No Desenvolvimento Infantil: Uma Revisão Integrativa. *Promoção da Saúde*, 32, 1-10.
12. Bellis, M. (2005). The Psychobiology of Neglect. *Child Maltreatment*, 10(2), 150–172.
13. Braquehais, M., Oquendo, M., Baca-García, E. & Sher, L. (2010). Is impulsivity a link between childhood abuse and suicide? *Comprehensive Psychiatry*, 51, 121-129.
14. Cairney, J., Veldhuizen, S., & Szatmari, P. (2010). Motor coordination and emotional-behavioral problems in children. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 324–329
15. Cavieres, N. (2020). “Princesa Y Yo” La Práctica Psicomotrix Como Ayuda En La Intevención Del Trstorno Específico Del Lenguaje Mixto (Tel). *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 45.
16. Carter, A. & Briggs-Gowan (2006). *ITSEA - Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: Examiner's Manual*. San Antonio: Pearson.
17. Cicchetti, D. & Toth, S. (2005). Child Maltreatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 409–438.
18. Clément, M.-È.; Bérubé, A.; Chamberland, C. (2016). Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*, 1-7. doi:10.1016/j.puhe.2016.03.018
19. Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
20. Crosson-Tower, C. (2014). *Understanding child abuse and neglect*. (9.ª ed.) EUA: Pearson
21. Crujo, M. (2021). *O meu filho não precisa de rótulos*. Lisboa: Manuscrito.
22. DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services.
23. Dvir, Y., Ford, J., Hill, M. & Frazier, J. (2014). Childhood Maltreatment, Emotional Dysregulation, and Psychiatric Comorbidities, *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161.

24. Fernandes, J., Filho, P. Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Caderno Brasileiro Terapia Ocupacional*, 26(03). <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1232>
25. Fearon, R., Bakermans-Kranenburg, M., IJzendoorn, M., Lapsley, A. & Roisman, G. (2010). The Significance of Insecure Attachment and Disorganization in the Development of Children's Externalizing Behavior: A Meta-Analytic Study. *Child Development*, 81(2), 435-456.
26. 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.
27. Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora – significação psiconeurológica dos fatores psicomotores*. (3a Edição). Âncora Editora. Lisboa
28. Gernhardt, A., Rübeling, H. & Keller, H. (2014). Self- and family-conceptions of Turkish migrant, native German, and native Turkish children: A comparison of children's drawings. *International Journal of Intercultural Relations*, 1-13.
29. Glaser, D. (2000). Child Abuse and Neglect and the Brain - A Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97–116. doi:10.1017/S0021963099004990.
30. Goldsmith, H. H., Buss, K. A., & Lemery, K. S. (1997). Toddler and childhood temperament: Expanded content, stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment. *Developmental Psychology*, 33(6), 891–905. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.891>
31. Gouveia, R. (2009). As Birras na Criança. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(6), 702–5. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10697>
32. 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
33. Hemphill, S. & Littlefield, L. (2001). Evaluation of a short-term group therapy program for children with behavior problems and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(7).
34. Henderson, S. E., & Sugden, D. A. (2007). *Movement Assessment Battery for Children*. 2nd edn. The Psychological Corporation, London.
35. Hildyard, K. & Wolfe, D. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26, 679-695.
36. Hodges, J. & Steele, M. (2000). Effects of abuse on attachment representations: narrative assessments of abused children. *Journal of Child Psychotherapy*, 26(3), 433-455.
37. Instituto da Segurança Social, I.P. (2021). *CASA 2020 - Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens*.
38. IOM, & NRC. (2014). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. The National Academies Press. doi:DOI 10.17226/18331
39. Iwaniec, D. (2006). *The emotionally abused and neglected child: Identification, assessment and intervention: A practice handbook* (2.ª ed.). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
40. Izett, E., Rooney, R., Prescott, S., Palma, M. & McDevitt (2021). Prevention of Mental Health Difficulties for Children Aged 0-3 Years: A Review. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-24.
41. 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
42. Katz, L. G. (2006). Perspectivas atuais sobre aprendizagem na infância. *Saber (e) Educar*, 11, 7-21.
43. 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.
44. Lapiere, A. (2008). El juego. Expresión primera del inconsciente. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(31), 37-42.
45. Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo: Lei n.º 26/2018. Assembleia da República. Diário da República, 1.ª Série– N.o 128 – 05 de julho de 2018, 2902-2903.
46. Llinares, M. & Rodríguez, J. (2008). De la Reeducación Física al Análisis Corporal de la Relación: un recorrido por la obra de André Lapiere. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(3), 43-66.
47. Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi editors
48. Marques, T. (2006). O Corpo Reorganizador da desarmonia: O Corpo do Miguel, manifestação de desarmonia e angústia, lugar de afirmação de si e da sua reconstrução identitária. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* (7), 33-38.

49. Marques, Sofia; Barrocas, Daniel; Rijo, Daniel (2017). Intervenções Psicológicas na Perturbação Borderline da Personalidade: Uma Revisão das Terapias de Base Cognitivo-Comportamental. *Acta Médica Portuguesa*, 30(4), 307–319. doi:10.20344/amp.7469
50. Martins, R. (2001a). *A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental*. Em V.d. Fonseca, e R. Martins, Progressos em Psicomotricidade. Lisboa: Edições FMH.
51. Martins, R. (2001b). *Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - as práticas entre o Instrumental e o Relacional*. Em V.d. Fonseca, e R. Martins, Progressos em Psicomotricidade. Lisboa: Edições FMH.
52. Mastrascusa, C. (2022). O que te faz Psicomotricista?. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, (47), 47-57.
53. Melo, M. (2019). Permanência do Objeto. In Baptista, T. & Neto, D. (ed.). *Dicionário de Psicologia* (pp. 360-361). Lisboa: Edições Sílabo.
54. Mira, A., & Fernandes, J. (2015). Comunicação não-verbal na intervenção psicomotora. In *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 81-90). Rio de Janeiro - Wak Editora
55. Nadeau, M., Nolin, P., & Chartrand, C. (2013). Behavioral and Emotional Profiles of Neglect Children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 6(1), 11-24.
56. Naglieri, J. (1998). *DAP – Draw a Person: A Quantitative Scoring System*. San Antonio: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.;
57. Norman, R., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), 1-31.
58. Nuñez, J. G. (2003). A Psicomotricidade em crianças abandonadas e maltratadas. A Psicomotricidade. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 27-33.
59. Oguz, V. (2010). The factors influencing children’s drawings. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 3003–3007.
60. 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
61. Pardilhão, C., Marques, M. & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: diagnóstico e intervenção nos Cuidados de Saúde Primários. *Saúde Mental e Infantil*, 25, 592-599.
62. 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.
63. Pedersen, S., Poulsen, S. & Lunn, S. (2014) Affect regulation: Holding, containing and mirroring, *The International Journal of Psychoanalysis*, 95(5), 843-864. DOI: 10.1111/1745-8315.12205
64. Penfield, K. (2004). *Individual movement psychotherapy: Dance movement therapy in private practice*. In Penfield, H. (Eds.), *Dance movement therapy: Theory and practice* (pp. 163-180). Taylor & Francis Group.
65. Raynaud, J. P., Danner, C. & Inigo, J. P. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec des enfants et des adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence*, 55(2), 113-119.
66. Reyes, A. (2011). Introduction to the Special Section: More Than Measurement Error: Discovering Meaning Behind Informant Discrepancies in Clinical Assessments of Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 1-9, DOI: 10.1080/15374416.2011.533405.
67. Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 2, pp. 49-58.
68. Rodríguez, J. & Llinares, M. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Pavía, Málaga: Aljibe.
69. Rogosch, F. & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1071–1089.
70. Rogosch, F., Cicchetti, D. & Aber, J. (1995). The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Development and Psychopathology* (7), 591-609.
71. Rygaard, N. (2006). *A criança abandonada*. Lisboa: Climepsi.
72. Santos, G. D. (2008). Dançoterapia Integrativa na transformação de relações interpessoais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 163-172.



73. Sapienza, J. & Masten, A. (2011). Understanding and promoting resilience in children and youth. *Child and adolescent psychiatry*, 24, 267-273.
74. Sartori, R., Bandeira, P., Nobre, G., Ramalho, M. & Valentini, N. (2017). Associations between motor proficiency in children with history of maltreatment and living in social economically vulnerability. *Child Abuse & Neglect*, 70, 75-81.
75. Skybo, T., Ryan-Wenger, N. & Su, Y. (2007). Human Figure Drawings as a Measure of children's Emotional Status: Critical Review for Practice, *Journal of Pediatric Nursing*, 22(1), 0-28.
76. Springer, C. & Misurell, J. (2015). *Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Child Sexual Abuse*. New York: Springer Publishing Company.
77. Strecht, P. (2012). *Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Assírio & Alvim.
78. Teicher, M., Andersen, S., Polcari, A., Anderson, C., Navalta, C. & Kim, D. (2003). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27, 33-44.
79. Thibodeau, E., Cicchetti, D. & Rogosch, F. (2015). Child maltreatment, impulsivity, and antisocial behavior in African American children: Moderation effects from a cumulative dopaminergic gene index. *Development and Psychopathology*, 27, 1621-1636.
80. Toth, S., Gravener-Davis, J., Guild, D. & Cicchetti, D. (2015). Relational interventions for child maltreatment: Past, present, and future perspectives. *Development and Psychopathology*, 25, 1601-1617.
81. Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L. & Giordano, A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53-83. doi:10.1037/h0089443
82. Vidigal, M. J. (2021). Como Encontrar o Futuro em João dos Santos?. *Revista PsiRelacional*, 2, 29-39.
83. Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas Online 2007-2011*, 3(11), 64-68
84. Wade, T., Bowden, J. & Sites, H. (2017). Child Maltreatment and Motor Coordination Deficits among Preschool Children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*. doi:10.1007/s40653-017-0186-4.
85. White, J., & Allers, C. (1994). Play therapy with abused children: a review of literature. *Journal of Counseling & Development*, 72, 390-394. doi:10.1002/j.1556-6676.1994.tb00955.x
86. World Health Organization [WHO] (2005). *Promoting Mental Health – Concepts, Emerging Evidence, Practice*. Geneva: World Health Organization;
87. World Health Organization [WHO] (2005b). *Child an Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Geneva: World Health Organization;
88. World Health Organization [WHO] (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan – 2013-2030*. Geneva: World Health Organization;
89. Yıldız, E.; Tanrıverdi, D. (2018). Child neglect and abuse: a global glimpse within the framework of evidence perspective. *International Nursing Review*.

VIII- Anexos

Anexo 1 – Cronograma do Estágio

		Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out
Atividades Realizadas	Período de Observação													
	Avaliação Inicial													
	Intervenção Psicomotora													



Avaliação Final													
Reuniões de Equipa													
Redação do Relatório													

Anexo 2 – Grelha de Observação Psicomotora

OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA DA CRIANÇA			
NOME: _____		IDADE ____A ____M	
OBSERVADOR: _____		DATA ____/____/____	
FATORES	OBSERVAÇÕES		
APRESENTAÇÃO			
APRESENTAÇÃO	APARÊNCIA FÍSICA	CUIDADA/INVESTIDA	
		DESCUIDADA/DESINVESTIDA	
	DESENVOLVIMENTO ESTADO-PONDERAL	S/ALTERAÇÃO	
		SUPERIOR AO ESCALÃO ETÁRIO	
		INFERIOR AO ESCALÃO ETÁRIO	
	PRIMEIRO CONTACTO	INTERATIVA/EVITANTE	
		AGITADA	
		RESISTÊNCIA	
		INCONSISTENTE	
		EXCESSIVO/DESINIBIÇÃO	
DESINTERESSE			
INTERAÇÃO COM O TERAPEUTA			
INTERAÇÃO COM O TERAPEUTA	RELAÇÃO	INTERATIVA/ INIBIDA / DESINIBIDA	
		COOPERAÇÃO / DESAFIO/OPOSIÇÃO	
		AUTONOMIA / DEPENDÊNCIA/FUSIONAL	
		ACEITAÇÃO/ PASSIVIDADE/CONTROLO	
		INDIFERENÇA/EVITAMENTO/RESISTÊNCIA	
		RECONHECE/NÃO RECONHECE AS DIFERENÇAS HIERÁRQUICAS	
		COMPETITIVIDADE/NECESSIDADE DE VALORIZAÇÃO	
		SEDUÇÃO/OMNIPOTÊNCIA	
		AGRESSIVIDADE/AFETUOSA	
	INTERAÇÃO	GESTÃO DO ESPAÇO INTERPESSOAL AJUSTADA/DESAJUSTADA	
		INICIA/NÃO INICIA DE FORMA ESPONTÂNEA A INTERAÇÃO	
		PERMANECE/EVITA/FUGA/RECUSA/RESISTÊNCIA NA INTERAÇÃO	
		PROCURA A INTERAÇÃO ESPONTANEAMENTE APENAS PARA SATISFAZER AS SUAS NECESSIDADES	

		ALHEAMENTO				
		SOLICITA AJUDA QUANDO NECESSÁRIO				
		REVELA EMPATIA				
		PROCURA CONTENÇÃO/FUGA FACE AO TOQUE TERAPÉUTICO				
	AUTOESTIMA E AUTOCONFIANÇA	PRESEÇA/ NÃO PRESEÇA DE SENTIMENTOS DE DESVALORIZAÇÃO				
		PRESEÇA/ NÃO PRESEÇA DE SENTIMENTOS DE INCAPACIDADE				
	TOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO	ADEQUADA	AUTORREGULAÇÃO			
		DESADEQUADA	ABANDONO/SUBSTITUIÇÃO			
			COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS			
			ISOLAMENTO/ÉVITAMENTO			
			BIRRAS (DESCREVER)			
	HUMOR	NORMAL				
		LÁBIL				
		ANSIOSO				
DEPRESSIVO						
IRRITÁVEL						
EXPLOSIVO						
INTERAÇÃO COM OS PARES (DINÂMICA DE GRUPO)						
INTERAÇÃO COM OS PARES	PARTICIPAÇÃO	ATIVA				
		PASSIVA				
		SINTÓNICA				
		NÃO SINTÓNICA				
		INCLUSIVA				
		EXCLUSIVA				
	INCLUSÃO	INCLUÍDO NO GRUPO				
		EXCLUÍDO DO GRUPO	EXCLUI O GRUPO			
			O GRUPO EXCLUI			
	PREFERÊNCIAS	TEM				
		NÃO TEM				
		INDIFERENTE				
	ENTREAJUDA	TEM				

		NÃO TEM			
		INDIFERENTE			
	COOPERAÇÃO	DISPONIBILIDADE			
		ACEITAÇÃO			
		RECUSA			
	OBSERVAÇÃO/REPRODUÇÃO	OBSERVA	SIM		
			NÃO		
		FAZ REPLICA	SIM		
			PARCIALMENTE		
			DISTORCIDA		
		NÃO			
	COMPETITIVIDADE	COMPETITIVO			
		EXCESSIVAMENTE COMPETITIVO			
		NÃO COMPETITIVO	INDIFERENTE		
			INDISPONÍVEL		
ASSERTIVIDADE	RESPEITA/NÃO RESPEITA AS IDEIAS DO OUTRO				
	RESPEITA/NÃO RESPEITA A VEZ DO OUTRO				
	CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS				
INTERAÇÃO COM O MEIO ENVOLVENTE					
INTERAÇÃO COM O MEIO ENVOLVENTE	ESPAÇO	EXPLORAÇÃO ESPONTÂNEA/INCITADA/INEXISTENTE			
		EXPLORAÇÃO DELIMITADA/NÃO DELIMITADA NO ESPAÇO			
		EXPLORA TODOS OS OBJETOS DE FORMA ESPONTÂNEA/ CURIOSIDADE			
		PREFERÊNCIA POR OBJETOS ESPECÍFICOS			
		APENAS OBJETOS ESPECÍFICOS			
		NÃO EXPLORA ESPONTANEAMENTE MAS EVIDENCIA DESEJO DE EXPLORAÇÃO			
		NÃO EXPLORA			
	RESPOSTA AO ESTÍMULO MOTOR	ADEQUADA			
		IDENTIFICADA			
		PRECIPITADA			
AUSENTE					
QUALIDADE DO GESTO	ADEQUADA				

		IMPULSIVO/PRECIPITADO		
		RETRAÍDO		
		INÁBIL		
		SINCINESIAS/PARATONIAS		
		DESCOORDENADO		
INTENÇÃO DO MOVIMENTO		EFICAZ/EFICIENTE		
		IMATURA		
		SEM PLANEAMENTO		
REGULAÇÃO DO ESFORÇO		ADEQUADO		
		ATINGE O OBJETIVO COM MUITO ESFORÇO		
		NÃO ATINGE O OBJETIVO		
POSTURA		ADEQUADA		
		DESADEQUADA	ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS TÓNICO-EMOCIONAL	
PERTURBAÇÕES DO MOVIMENTO		ESTEREOTIPIAS		
		MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS/TIQUES		
		OUTRA		
EQUILÍBRIO	ESTÁTICO		ADEQUADO	
			OSCILAÇÕES	
			NÃO ADQUIRIDO	
	DINÂMICO		ADEQUADO	
		NÃO REGULADO	DESCONTROLO CORPORAL DIFICULDADES DE PERCEÇÃO	
LATERALIDADE	RECONHECIMENTO D-E		RECONHECE	EM SI NO OUTRO
			NÃO RECONHECE	
	UTILIZAÇÃO DE UM LADO DÔMINANTE		DEFINIDO	
			CRUZADA	
		INDEFINIDO		
CARDINALIDADE		ADEQUADA		
		DESADEQUADA	FALTA DE CONHECIMENTO	

		FALTA DE EXPERIÊNCIA		
	AUSENTE			
PERCEÇÃO VISUAL	ADEQUADA			
	IMATURA			
	INSUFICIENTE			
PERCEÇÃO AUDITIVA	ADEQUADA			
	IMATURA			
	INSUFICIENTE			
COORDENAÇÃO MOTORA SEGMENTAR	ÓCULO-MANUAL	ADEQUADO		
		IMATURA		
		INSUFICIENTE		
		AUSENTE		
	ÓCULO-PEDAL	ADEQUADO		
		IMATURA		
		INSUFICIENTE		
		AUSENTE		
	ÓCULO-SEGMENTAR	ADEQUADO		
		IMATURA		
		INSUFICIENTE		
		AUSENTE		
ESTRUTURAÇÃO RÍTMICA	ADEQUADO			
	IMATURA			
	INSUFICIENTE			
	AUSENTE			
ESTRUTURAÇÃO ESPAÇO-TEMPORAL	ADEQUADO			
	IMATURA			
	INSUFICIENTE			
	AUSENTE			
TONICIDADE	ADEQUADA			
	DESADEQUADA	HIPERTÓNICO		
		HIPOTÓNICO		

		DISTÓNICO		
NOÇÃO DO CORPO	IMAGEM DO CORPO	ADEQUADA		
		IMATURA		
		INEXISTENTE		
		FRAGMENTADA		
	ESQUEMA CORPORAL	ADEQUADA		
		IMATURA		
INEXISTENTE				
PRAXIA FINA	ADEQUADA			
	IMATURA			
	INEXISTENTE			
MATERIAIS	APRESENTA/NÃO APRESENTA CONSTÂNCIA NA UTILIZAÇÃO (ESPECIFICAR SE A CRIANÇA PEGA E LARGA COM OU SEM EXPLORAÇÃO DO MESMO)			
	UTILIZAÇÃO ESTEREOTIPADA			
	UTILIZAÇÃO FUNCIONAL /NÃO FUNCIONAL			
	ATRIBUIÇÃO SIMBÓLICA			
IMPULSIVIDADE	INTENSIONALIDADE DE JOGO PRESENTE/AUSENTE			
	COMPORTAMENTOS AGIDOS/IMPULSIVOS			
	REATIVIDADE EMOCIONAL			
AGITAÇÃO MOTORA	IMPULSIVIDADE COGNITIVA			
	EVIDENCIA			
COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS	NÃO EVIDENCIA			
	FÍSICA	DIRIGIDA AOS OUTROS		
		DIRIGIDA AOS OBJETOS		
ACEITAÇÃO DOS RITUAIS	VERBAL			
	CUMPRE OS VÁRIOS MOMENTOS DA SESSÃO			
	ACEITA O TÉRMINO DA SESSÃO			
	TENTA PROLONGAR O TEMPO DA SESSÃO, OBSERVANDO-SE RESISTÊNCIA NA SAÍDA			
ATITUDE PERANTE AS TAREFAS	TENTA PROLONGAR O TEMPO DA SESSÃO, NÃO FAZENDO RESISTÊNCIA NA SAÍDA			
	PARTICIPA	PASSIVA		
		EM COLABORAÇÃO		
EM IMPOSIÇÃO				

	NÃO PARTICIPA	DESISTÊNCIA	FALTA DE MOTIVAÇÃO			
			SENTIMENTO DE INCAPACIDADE			
		INDIFERENTE				
		POR OPOSIÇÃO				
PERMANÊNCIA	PERMANECE NA ATIVIDADE ATÉ AO FIM					
	SALTA DE ATIVIDADE EM ATIVIDADE					
	RESISTÊNCIA FACE À MUDANÇA/INTRODUÇÃO DE NOVAS IDEIAS OU OBJETOS					
	PROCURA A REPETIÇÃO DAS MESMAS IDEIAS					
	DIFICULDADE NAS TRANSIÇÕES					
JOGO SENSORIOMOTOR	EXPLORAÇÃO DA SENSORIALIDADE					
	REASSEGUAMENTO					
JOGO SIMBÓLICO	EXISTENTE					
	INEXISTENTE/RESISTÊNCIA					
	EQUAÇÃO SIMBÓLICA					
IMITAÇÃO	EXISTENTE					
	INEXISTENTE					
JOGO DE CONSTRUÇÃO	EXISTENTE/PROCURA					
	INEXISTENTE/NÃO PROCURA					
FUNÇÕES EXECUTIVAS						
FUNÇÕES EXECUTIVAS	ATENÇÃO	FOCALIZAÇÃO DA ATENÇÃO				
		DISTRATIBILIDADE/ ATENÇÃO REDUZIDA				
		PERIFÉRICA (HIPERVIGILÂNCIA)				
		ATENÇÃO CONJUNTA				
	PLANIFICAÇÃO	AUSENTE				
		ELABORADA				
		ESPONTÂNEA/SEMI-ESTRUTURADA				
	RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	PRESENTE/AUSENTE				
		DESADEQUADA/IMATURA				
		ADEQUADA/ASSERTIVA				
		AUTONOMIA/PROCURA AUXÍLIO				

COGNIÇÃO	RIGIDEZ/FLEXIBILIDADE DO PENSAMENTO			
	CARATERÍSTICAS OBSESSIVAS			
	PREVISIBILIDADE/ANTECIPAÇÃO			
LINGUAGEM NÃO-VERBAL				
OLHAR/CONTACTO OCULAR	DIRIGE O OLHAR			
	INTENCIONALIDADE			
	EVITANTE			
	INTRUSIVO			
SORRISO	CONCORDANTE			
	DISCORDANTE	POR DIFICULDADE DE LEITURA OU DE COMPREENSÃO		
		POR ANSIEDADE		
		POR MEDO		
EXPRESSÃO FACIAL	CONCORDANTE COM A EMOÇÃO			
	DISCORDANTE	INEXPRESSIVO		
		PARADOXAL		
POSTURA	ADEQUADA			
	RETRAÍDA			
	DESAFIANTE			
	AGRESSIVA			
	IMPOSITIVA			
GESTICULAÇÃO	COERENTE COM O DISCURSO E A SITUAÇÃO			
	INCOERENTE			
	RETRAÍDA			
	EXCESSIVA			
	EXUBERANTE			
EXPRESSÃO DOS AFETOS	VERBALIZAÇÃO DOS AFETOS			
	BLOQUEIO			
	EXCESSIVA			
	CORPORAL			
PENSAMENTO SIMBÓLICO	CONSISTENTE			
	EVASIVO (COM FUGAS)			

Anexo 3 – Resultados DAP Inicial Manuel

Desenho do Próprio



Desenho do Homem



Desenho da Mulher



Anexo 4 – Progressão Terapêutica Individual Manuel

A tabela abaixo foi desenvolvida e preenchida com base na GOP.

Legenda:



			2
			3
	Permanece		1
			2
		X X X X X X X X X X	3
	Evita		1
			2
			3
	Fuga		1
			2
			3
	Recusa/Resistência	X	1
		X X	2
			3
	Aceita as sugestões	X	1
		X X X X X X X X	2
		X	3
	Não aceita as sugestões		1
			2
			3
	Ignora as sugestões	X	1
			2
			3
	Procura para satisfação das necessidades		1
			2
			3
	Alheamento		1
			2
			3
	Solicita ajuda	X X X X X X	
	Procura contenção		1
		X X	2
		X X X X	3
	Evitamento ao toque	X	1
			2
			3
Relação com o meio envolvente	Espaço	Exploração Espontânea	1
			2
			3
		X X X X X X X X X X	
		Exploração Incitada	1
			2
			3
		Exploração Inexistente	1
			2
		3	
	Exploração Delimitada		
	Exploração Não Delimitada		1
			2
		X X X X X X X X X X	3
Materiais	Explora os objetos espontaneamente		1
			2
		X X X X X X X X X X	3
	Explora os objetos de forma incitada		1
			2
		3	
	Preferência por objetos	X X X	
	Apenas objetos específicos		
	Não explora, mas deseja		



		Constância na utilização	X X X X X X X X X X X	
		Utilização estereotipada		1 2 3
		Utilização Funcional		1 2 3
		Utilização Não funcional	X X X X X X X X X X X	
		Atribuição Simbólica		1 2 3
		Mediador de comunicação/relação	X X X X X X X X	
Jogo Sensoriomotor		Exploração do movimento		X X
		Construir/Destruir		
		Unir/Afastar		
		Perseguição		
Jogo Simbólico		Existente/Procura	X X X X X	
		Incitado	X	
		Pela própria criança	X X X X	
		Equação Simbólica	X X X X X	
Jogo de Regras		Existente	X X X X X X	
		Cumpre as regras	X X X X X X X X	1 2 3
		Adequa as regras	X X X X X X X X	1 2 3
Jogo de Construção		Existente/Procura	X X X X X X X X	
Imitação		Existente	X X X X X X X X	
Atitude perante as tarefas	Participa	Passivamente		1 2 3
		Em colaboração	X X X X X X X X X X	1 2 3
		Em imposição	X X X X X X X X X X	1 2 3
		Contrariado	X X X X X X X X X X	1 2 3
	Não Participa	Falta de motivação		
	Incapaz			
Permanência		Permanece na atividade até ao fim	X X X X X X X X X X X	1 2 3
		Salta de atividade		1 2 3
		Resistência na mudança	X X X X X X X X	1 2 3
		Procura repetição de ideias	X X X X X X X X	1 2



						2
						3
		Omnipotência	X X X X X X X X X X X X			1
			X X			2
						3
Aspetos Psicomotores	Resposta ao estímulo	Adequada	X X X X X X X X X X X X			
		Lentificada				
		Precipitada				
		Ausente				
	Qualidade do gesto	Adequada	X X X X X X X X X X X X			
		Impulsiva	X			
		Retraído				
		Inábil				
		Sincinesias				
		Coordenado	X X X X X X X X X X X X			
		Descoordenado				
	Intenção do movimento	Eficaz/Eficiente	X X X X X X X X X X X X			
		Imatura				
		Sem planeamento				
	Equilíbrio	Estático	Adequado	X X X X X X X X X X X X		
			Oscilações			
			Não adequado			
		Dinâmico	Adequado	X X X X X X X X X X X X		
			Oscilações			
			Não adequado			
	Lateralidade	Preferência podal	Direita	X X X X X X X X X X X X		
			Esquerda			
			Ambivalente			
Não definida						
Preferência manual		Direita	X X X X X X X X X X X X			
		Esquerda				
		Não definida				
Noção do Corpo	Reconhece e identifica as diferentes partes do corpo					
			X X X X X X X X X X X X			
	Imagem do corpo	Adequada	X X X X X X X X X X X X			
		Imatura				
Fragmentada						
Coordenação motora segmentar	Óculo manual	Adequada	X X X X X X X X X X X X			
		Imatura				
	Óculo podal	Adequada	X X X X X X X X X X X X			
		Imatura				
	Óculo segmentar	Adequada	X X X X X X X X X X X X			
		Imatura				
Estruturação rítmica	Adequada		X X X X X X X X X X X X			
	Imatura					
	Desadequada					
Estruturação	Adequada		X X X X X X X X X X X X			
	Imatura					
	Desadequada					

	Espaciotemporal				
	Tonicidade	Adequada	X X X X X X X X X X X		
		Hipertónico	X	1 2 3	
		Hipotónico		1 2 3	
		Distónico		1 2 3	
	Praxia Fina	Adequada	X X X X X X X X X X X		
		Imatura			
		Desadequada			
	Perceção Visual	Adequada	X X X X X X X X X X X		
		Desadequada			
	Perceção Auditiva	Adequada	X X X X X X X X X X X		
		Desadequada			
	Funções Executivas	Atenção	Focaliza		1 2 3
				X X X X X X X X X X X	
Distratibilidade			1 2 3		
Periférica			1 2 3		
Atenção Conjunta		X X X X X X X X X X X			
	Cognição		1 2 3		
		X X X X X X X X X X X			
Linguagem Não verbal	Olhar	Dirige		1 2 3	
			X X X X X X X X X X X		
		Não dirige		1 2 3	
	Evitante	X X X X X X X X X X X	1 2 3		
	Expressão Facial	Concordante		1 2 3	
			X X X X X X X X X X X		
	Discordante		1 2 3		
Expressão das emoções	Reconhece no outro	X X X X X X X X X X X			
	Dificuldade em reconhecer				
Linguagem verbal	Organização do discurso	Adequada	X X X X X X X X X X X		
		Desadequada		1 2 3	
	Linguagem Expressiva	Adequada	X X X X X X X X X X X		
		Insuficiente			
		Imatura			
	Excessiva	X			

		Ecolalias													
	Linguagem receptiva	Adequada	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
		Desinteressada													1 2 3
		Com compreensão	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
		Sem compreensão													1 2 3

Anexo 5 - Progressão Terapêutica Grupal Manuel

A tabela abaixo foi desenvolvida e preenchida com base na GOP.

Legenda:

1 – Pouco observável/manifestado

2 – Observável/manifestado

3 – Frequentemente observável/manifesta. Nota: os aspetos que não têm níveis são seleccionados consoante a presença (marcado com X) ou ausência do comportamento.

		Sessões Grupais												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Relação com Terapeuta	Interativa									X		X		
		X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X
	Inibida													
	Desinibida									X		X		
		X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X
	Cooperação	X												
			X	X						X				
	Desafio				X	X	X		X	X				
					X	X	X		X	X				
	Oposição	X	X	X						X	X			
		X	X	X										
	Aceitação	X	X	X						X				
				X	X	X	X	X		X	X	X	X	
Passividade														
Controlo	X	X	X											
	X	X	X											
Indiferença														
Evitamento														



Universidade de Évora – Escola de Saúde e de Desenvolvimento Humano
Mestrado em Psicomotricidade

			X X X	2 3
Inclusão	Exclui o Grupo	O grupo excluí	X X X	
Entreajuda	Tem		X X X X X X X X X X X X	
	Não tem		X X X X	
	Indiferente			
Cooperação	Disponibilidade		X X X X X X X X X X X X	1 2 3
		Aceitação	X X X X X X X X X X X X	1 2 3
		Recusa	X X X X X X X X X X X X	1 2 3
Competitividade	Competitivo		X X X X X X X X X X X X	1 2 3
		Não competitivo	X X X X X X X X X X X X	
Assertividade	Respeita as ideias do outro		X X X X X X X X X X X X	1 2 3
		Não respeita as ideias do outro	X X X X X X X X X X X X	
	Respeita a vez do outro		X X X X X X X X X X X X	1 2 3
		Não respeita a vez do outro	X X X X X X X X X X X X	
Capacidade de Resolução de problemas		X X X X X X X X X X X X	1 2 3	
		X X X X X X X X X X X X		
Relação com o meio envolvente	Espaço	Exploração Espontânea	X X X X X X X X X X X X	1 2 3
		Exploração Incitada		1

				2 3	
		Exploração Inexistente		1 2 3	
		Exploração Delimitada			
		Exploração Não Delimitada		1 2 3	
			X X X X X X X X X X X X X X	3	
	Materiais	Explora os objetos espontaneamente		1 2 3	
			X X X X X X X X X X X X X X	3	
		Explora os objetos de forma incitada		1 2 3	
		Preferência por objetos	X X	X	
		Apenas objetos específicos			
		Não explora, mas deseja			
		Constância na utilização	X X X X X X X X X X X X X X		
		Utilização estereotipada			1 2 3
		Utilização Funcional			1 2 3
			X X X X X X X X X X X X X X		3
	Utilização Não funcional				
	Atribuição Simbólica			1 2 3	
			X X X X		
	Mediador de comunicação/relação	X	X X X		
	Jogo Sensoriomotor	Exploração do movimento			
		Construir/Destruir			
		Unir/Afastar			
		Perseguição			

		Esconder/Encontrar			
	Jogo Simbólico	Existente/Procura	X X X X X	X	
		Incitado			
		Pela própria criança	X X X X X	X	
		Equação Simbólica	X X X X X	X	
	Jogo de Regras	Existente	X X X X X X X X X X		
		Cumprir as regras	X X X X X X X X X X	1 2 3	
		Adequar as regras	X X X X X X X X X X	1 2 3	
	Jogo de Construção	Existente/Procura			
	Imitação	Existente		X	
	Atitude perante as tarefas	Participa	Passivamente		
			Em colaboração	X X X X X X X X X X	1 2 3
			Em imposição	X X X X X X X X X X	1 2 3
			Contrariado	X X X X X X X X X X	1 2 3
		Não Participa	Falta de motivação		
		Incapaz			
	Permanência	Permanece na atividade até ao fim	X	1 2 3	
		Salta de atividade	X X X X X X X X X X X X X X	1 2 3	



Universidade de Évora – Escola de Saúde e de Desenvolvimento Humano
Mestrado em Psicomotricidade

		Resistência na mudança	X X X X X	1 2 3	
		Procura repetição de ideias		1 2 3	
		Dificuldade nas transições	X X X X X X X X	1 2 3	
Comportamentos Exteriorizados e Interiorizados	Tolerância à frustração	Adequada (autorregulação)	X X X X		
		Desadequada	Abandono	X X X X X	1 2 3
			Comportamentos agressivos	X X X X X X X X	1 2 3
		Isolamento	X	1 2 3	
		Birras		1 2 3	
		Outros			
	Autoestima e confiança	Presença de sentimentos de desvalorização	X X X X X	1 2 3	
		Sem presença de sentimentos de desvalorização	X X X X X X X X X X		
	Regulação do Esforço	Não desiste	X X X X X X X X X X	1 2 3	
		Desiste e desmotivada	X X X X X X X X X X	1 2 3	
Impulsividade	Comportamentos Impulsivos	X X X X X X X X X X	1		

			X X X X X X X X X X	2 3
		Reatividade Emocional	X X X X X X X X X X	1 2 3
		Impulsividade Cognitiva	X X X X X X X X X X	1 2 3
Expressão Agressiva	Física	Outros	X X X X X X X X X	1 2 3
		Objetos	X X X X X X X X X X	1 2 3
	Verbal		X X X X X X X X X X	1 2 3
	Aceitação dos rituais	Cumpre		X X X X X X X X X X X X X X
Aceita o término		X X X X X X X X X X X X X X		
Tenta prolongar com resistência o final da sessão		X X X X X X X X X X X X X X	1 2 3	
Tenta prolongar sem resistência o final da sessão		X X X X X X X X X X X X X X	1 2 3	
Oposição	Oposição/Desafio		X X X X X X X X X X X X X X	1 2 3
	Omnipotência		X X X X X X X X X X X X X X	1 2 3
Aspetos Psicomotores	Resposta ao estímulo	Adequada	X X X X X X X X X X X X X X	
		Lentificada		
		Precipitada	X	
		Ausente		



Universidade de Évora – Escola de Saúde e de Desenvolvimento Humano
Mestrado em Psicomotricidade

	Qualidade do gesto	Adequada		X X X X X X X X X X X		
		Impulsiva		X X X	X X X	
		Retraído				
		Inábil				
		Sincinesias				
		Coordenado		X X X X X X X X X X X X X		
	Intenção do movimento	Descoordenado				
		Eficaz/Eficiente		X X X X X X X X X X X X X		
		Imatura				
	Equilíbrio	Estático	Adequado		X X X X X X X X X X X X X	
			Oscilações			1 2 3
			Não adequado			
		Dinâmico	Adequado		X X X X X X X X X X X X X	
			Oscilações			1 2 3
			Não adequado			
	Lateralidade	Preferência podal	Direita		X X X X X X X X X X X X X	
			Esquerda			
			Ambivalente			
			Não definida			
		Preferência manual	Direita		X X X X X X X X X X X X X	
Esquerda						
Ambivalente						
Noção do Corpo	Reconhece e identifica as diferentes partes do corpo			1 2 3		
	Imagem do corpo	Adequada		X X X X X X X X X X X X X		
		Imatura				
		Fragmentada				
	Oculo manual	Adequada		X X X X X X X X X X X X X		

	Coordenação motora segmentar	Óculo podal	Imatura			
			Adequada		X X X X X X X X X X X X X	
		Óculo segmentar	Imatura			
			Adequada		X X X X X X X X X X X X X	
	Estruturação rítmica	Adequada		X X X X X X X X X X X X X		
		Imatura				
		Desadequada				
	Estruturação Espaciotemporal	Adequada		X X X X X X X X X X X X X		
		Imatura				
		Desadequada				
	Tonicidade	Adequada		X X X X X X X X X X X X X		
		Hipertónico		X	1 2 3	
		Hipotónico			1 2 3	
		Distónico			1 2 3	
		Praxia Fina	Adequada		X X X X X X X X X X X X X	
			Imatura			
	Desadequada					
	Perceção Visual	Adequada		X X X X X X X X X X X X X		
		Desadequada				
		Perceção Auditiva	Adequada		X X X X X X X X X X X X X	
Desadequada						
Funções Executivas	Atenção	Focaliza		X X X X X X X X X X X X X	1 2 3	
		Distratibilidade			1 2 3	
	Periférica			1		

				2 3	
		Atenção Conjunta	X X X X X X X X X X X X X X		
		Cognição		1 2 3	
			X X X X X X X X X X X X X X		
Linguagem Não verbal	Olhar	Dirige		1 2 3	
		Não dirige		1 2 3	
		Evitante	X X	1 2 3	
	Expressão Facial	Concordante		1 2 3	
		Discordante	X X X X X X X X X X X X X X	1 2 3	
	Expressão das emoções	Reconhece no outro	X X X X X X X X X X X X X X		
		Dificuldade em reconhecer			
	Linguagem verbal	Organização do discurso	Adequada	X X X X X X X X X X X X X X	
			Desadequada		1 2 3
		Linguagem Expressiva	Adequada	X X X X X X X X X X X X X X	
Insuficiente					
Imatura					
Excessiva			X		
Linguagem recetiva		Adequada	X X X X X X X X X X X X X X		
	Desinteressada		1 2		

				3
		Com compreensão	X X X X X X X X X X X X X X	
		Sem compreensão		1 2 3

Anexo 6 – Resultados DAP Final Manuel

Desenho do Próprio



Desenho do Homem



Desenho da Mulher



Anexo 7 - Progressão Terapêutica Pedro

A tabela abaixo foi desenvolvida e preenchida com base na GOP.

Legenda:

- 1 – Pouco observável/manifestado
- 2 – Observável/manifestado
- 3 – Frequentemente observável/manifesta

Nota: os aspetos que não têm níveis são seleccionados consoante a presença (marcado com X) ou ausência do comportamento.

		Sessões																						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
Relação com Terapeuta	Interativa	X										X			X				X			X	1	
			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X			X	X	2	
																							3	
	Inibida																			X			X	1
																								2
																								3
	Desinibida	X										X			X					X			X	1
			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X			X	X		2
																								3
	Cooperação	X						X		X	X	X			X	X		X			X			1
			X	X	X	X	X		X					X	X		X			X	X		X	2
																								3
Desafio											X			X		X							1	
																							2	
																							3	
Oposição	X						X			X	X			X	X		X				X		1	
																							2	
																							3	
Aceitação	X						X		X	X	X	X			X	X	X			X			1	
		X						X		X	X			X	X	X	X			X			2	
			X	X	X	X		X					X						X	X		X	3	
Passividade														X					X	X		X	1	
																							2	
																							3	
Controlo		X				X			X	X		X		X	X		X			X			1	
							X				X			X							X		2	
																						X	3	
Indiferença	X																						1	
																							2	
																							3	
Evitamento												X		X		X							1	
															X								2	
																							3	

	Resistência						X	X	X			X	X		X	X		X	X		X	1		
												X											2	
																							3	
	Agressividade																						1	
																							2	
																								3
	Afeituosa																						1	
																							2	
																							3	
	Omnipotência																						1	
																							2	
																								3
Interação com Terapeuta	Competitividade																						1	
																							2	
																							3	
	Necessidade de valorização																						1	
																								2
																								3
Interação com Terapeuta	Inicia de forma espontânea a interação		X	X		X	X		X														1	
			X	X				X		X													2	
											X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	3	
	Não inicia de forma espontânea	X																					1	
																							2	
																							3	
	Permanece	X										X			X		X			X	X	X	1	
			X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	2	
Evita															X				X	X	X	3		
											X											1		
																						2		
																						3		
Recusa/Resistência	X	X						X	X								X					1		
							X							X	X								2	

Jogo Sensorio motor	Exploração do movimento		X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Construir/Destruir															X			X	
	Unir/Afastar																			
	Perseguição				X				X	X					X					
	Esconder/Encontrar		X	X			X		X			X	X	X		X		X		
	Jogo Simbólico	Existente/Procura		X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X		X	X
		Incitado		X	X							X								
		Pela própria criança				X	X	X	X	X			X	X	X		X	X		X
	Jogo de Regras	Equação Simbólica		X	X	X	X	X	X			X	X	X		X	X		X	X
		Existente		X	X					X		X		X		X	X	X		
		Cumpra as regras		X												X				
		Adequa as regras		X						X		X				X	X	X		
Jogo de Construção	Existente/Procura				X		X	X	X			X			X					
	Imitação		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atitude perante as tarefas	Participa	Passivamente																		
		Em colaboração	X			X	X	X	X	X		X		X	X		X		X	X
		Em imposição	X					X	X	X				X	X		X		X	X
		Contrariado				X					X		X							
	Falta de motivação														X					

Permanência	Não Participa	Incapaz																			
			Permanece na atividade até ao fim								X			X							
		Salta de atividade		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X		X		X	X	X	X
		Resistência na mudança		X			X											X			
		Procura repetição de ideias					X	X	X					X			X			X	X
		Dificuldade nas transições		X	X	X			X	X	X			X			X			X	X
	Comportamentos Exteriorizados e Interiorizados	Tolerância à frustração	Adequada (autorregulação)		X			X				X	X								
			Desadequada	Abandono									X			X					
				Comportamentos agressivos																	
			Isolamento												X	X					
			Berras						X					X	X			X			
			Outros								X				X			X	X		
												X	X								

Autoestima e confiança	Presença de sentimentos de desvalorização		X X																
	Sem presença de sentimentos de desvalorização																		
Regulação do Esforço	Não desiste		X																1
	Desiste e desmotiva		X X																2
Impulsividade	Comportamentos Impulsivos		X X																3
	Reatividade Emocional		X X																1
	Impulsividade Cognitiva		X X																2
			X X																3
Expressão Agressiva	Física	Outros																	
		Física																	
	Verbal																		
Aceitação dos rituais	Cumpre		X X																
	Aceita o término		X X																
	Tenta prolongar com resistência o final da sessão		X																1
																		2	
																		3	

Aspetos Psicomotores	Oposição	Tenta prolongar sem resistência o final da sessão		X X																1	
		Oposição/Desafio		X X																2	
		Omnipotência		X X																3	
	Resposta ao estímulo	Adequada		X X																1	
		Lentificada																		2	
		Precipitada		X X																3	
		Ausente																			
		Qualidade do gesto	Adequada		X X																1
			Impulsiva		X X																2
			Retraído		X X																3
			Inábil		X X																
	Sincinesias																				
Intenção do movimento	Coordenado		X X																1		
	Descoordenado		X X																2		
	Eficaz/Eficiente		X X																3		
Equilíbrio	Estático	Imatura		X X																1	
		Sem planeamento		X X																2	
		Adequado		X X																3	
	Dinâmico	Oscilações		X X																1	
		Não adequado		X X																2	
		Adequado		X X																3	

