



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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Prática Psicomotora num Centro de Acolhimento Residencial  
com crianças dos 0-12 anos.**

**Marlene Isabel Maurício Latas**

Orientador(es) | Ana Rita Matias

Évora 2024

---

---

---

---



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

**Mestrado em Psicomotricidade**

Relatório de Estágio

**Prática Psicomotora num Centro de Acolhimento Residencial  
com crianças dos 0-12 anos.**

**Marlene Isabel Maurício Latas**

Orientador(es) | Ana Rita Matias

Évora 2024

---

---

---

---



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

Presidente | Gabriela Almeida (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Rita Matias (Universidade de Évora) (Orientador)  
Maria da Graça Santos (Universidade de Évora)

**Não sou nada.  
Nunca serei nada.  
Não posso querer ser nada.  
À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.**

**(Fernando Pessoa in Tabacaria, 1998)**

## **Agradecimentos**

A vida é feita de altos e baixos, mas há que ir atrás dos sonhos e objetivos a alcançar. É com imenso orgulho que ponho um ponto final a esta etapa da minha vida, a um objetivo alcançado com sucesso.

Uma caminhada longa que valeu muito a pena, e que não seria possível sem o apoio constante da minha família.

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais, que sempre apoiaram as minhas escolhas e ambições, pelos esforços que fizeram para chegar onde estou neste momento. Obrigada, pais, por me levantarem nos momentos menos bons desta minha caminhada, por estarem sempre dispostos a ouvirem e aconselharem, pela paciência e motivação que me dão para continuar novas jornadas.

À minha irmã por me dar uma outra visão do mundo, de que a vida é muito mais para além dos estudos, tem de ser vivida com mais tranquilidade e momentos descontraídos. Obrigada, minha caçula por me dares essa lufada de ar fresco.

Agradeço também à minha orientadora da Universidade de Évora, Professora Doutora Ana Rita Matias, por me ter transmitido o seu conhecimento, ter aconselhado nas várias dúvidas que foram existindo na minha mente e corpo e mais importante ainda me ter ajudado a perceber que não preciso de ter inseguranças e que posso arriscar.

À minha orientadora da instituição, psicomotricista Inês Feliciano, por me ter acompanhado e aconselhado ao longo dos meses de estágio, bem como a sua disponibilidade e abertura para tirar dúvidas e trocar ideias. Um muito obrigada a toda uma equipa multidisciplinar que me recebeu de braços abertos. Às minhas colegas de estágio, pois com elas o estágio foi sem dúvida uma experiência ainda mais enriquecedora.

Por fim, e não menos importante, um obrigada do fundo do coração aos meus gaiatos que tanto deixam saudades. Foi tão bom trabalhar junto deles.

PAIS, CONSEGUI!

## **Resumo**

### **Prática Psicomotora num Centro de Acolhimento Residencial com crianças dos 0-12 anos**

A Psicomotricidade como resposta que observa e olha para a criança na sua globalidade, intervindo e melhorando várias áreas do desenvolvimento global do ser humano; mostra-se uma terapia de grande importância para ser utilizada com crianças institucionalizadas, ajudando-as a minimizar as fragilidades e promovendo as suas competências. Pretende-se, com a elaboração deste relatório, dar a conhecer o trabalho da psicomotricista e a sua importância na equipa multidisciplinar, bem como contextualizar a prática psicomotora neste contexto específico e ainda descrever e conhecer o impacto da intervenção psicomotora realizada com os dois estudos de caso escolhidos, que são apresentados detalhadamente neste relatório. Foram ainda relatadas todas as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio curricular no Centro de Acolhimento Residencial, da zona Alentejo. Toda esta experiência contribuiu para crescer tanto a nível profissional como pessoal.

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

## **Abstract**

### **Psychomotor Practice in a Residential Care Center with children aged 0-12**

Psychomotricity as a response that observes and looks at the child, intervening and improving various areas of the global development of the human being; It is a very important therapy to be used with institutionalized children, helping them to minimize weaknesses and promoting their skills. With the preparation of this report, the aim is to make known the work of the psychomotor specialist and its importance in the multidisciplinary team, as well as to contextualize the psychomotor practice in this specific context and also to describe and understand the impact of the psychomotor intervention carried out with the two studies of chosen cases, which are presented in detail in this report. All activities developed during the curricular internship at the Residential Reception Center in the Alentejo area. All this experience contributed to growth both professionally and personally.

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

## Índice Geral

Agradecimentos .....	IV
Resumo .....	V
Abstract .....	VI
Índice Geral.....	VII
Índice de Figuras .....	IX
Índice de Tabelas .....	IX
Lista de Abreviaturas e Siglas .....	X
Capítulo 1 – Introdução.....	1
Capítulo 2 - Enquadramento teórico da prática profissional .....	2
2.1 Crianças em perigo versus Crianças em risco.....	2
2.1.1 Maus-Tratos na infância.....	2
2.2 Acolhimento Residencial em Portugal em Portugal .....	5
2.2.1 Impacto do Acolhimento nas Crianças.....	7
2.3 Prática Psicomotora num Centro de Acolhimento Residencial .....	10
Capítulo 3 - Caracterização da Instituição .....	11
Capítulo 4 - Organização das Atividades de Estágio .....	14
4.1 Calendarização e Horário semanal.....	14
4.1.1 Experiências e Atividades Complementares.....	16
4.2 Intervenção Psicomotora .....	17
4.3 Etapas de processo.....	19
4.4 Descrição dos Instrumentos de avaliação .....	21
4.4.1 Modelo de Observação Individual .....	21
4.4.2 Inventário de Desenvolvimento Battelle – 2ª Edição .....	22
4.4.3 Draw a Person - DAP .....	23
4.4.4 Teste de Desenvolvimento de Integração Visuomotora (VMI) .....	24
4.4.5 Bateria de Avaliação do Movimento para crianças - 2 (MABC-2).....	25
4.4.6 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) .....	26
4.5 Intervenção Psicomotora dos Casos Individuais e Grupais .....	26
4.5.1 Em contexto individual .....	26
4.5.2 Em contexto grupo .....	29
Capítulo 5 - Estudo de Caso I.....	31
5.1 Revisão teórica de suporte ao estudo de caso I.....	31
5.2 Identificação e história pessoal.....	31
5.3 Avaliação Inicial .....	33
5.3.1 Resultados da Avaliação Inicial.....	33
5.4 Projeto Terapêutico .....	36
5.4.1 Elementos critério.....	36
5.4.2 Perfil Intraindividual .....	37
5.4.3 Hipóteses Explicativas .....	37
5.4.4 Objetivos Terapêuticos.....	39
5.4.5 Calendarização da Intervenção.....	40



5.4.6	Fundamentação da Intervenção.....	40
5.4.7	Estratégias Terapêuticas.....	42
5.4.8	Exemplos de Atividades.....	44
5.5	Progressão Terapêutica – Avaliação Inicial versus Avaliação Final.....	45
5.5.1	Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças – 2 (MABC-2).....	45
5.5.2	Draw a Person - DAP.....	46
5.5.3	Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).....	47
5.6	Análise e Discussão de resultados.....	48
Capítulo 6 - Estudo de Caso II (Artigo Científico).....		50
Resumo.....		50
Abstract.....		50
1.	Introdução.....	51
2.	Metodologia.....	52
2.1	Identificação e história pessoal.....	52
2.2	Protocolo de Avaliação.....	53
3.	Projeto Terapêutico.....	54
3.1	Elementos critério.....	54
3.2	Perfil Intraindividual.....	54
3.3	Hipóteses Explicativas.....	55
3.4	Objetivos Terapêuticos.....	58
3.5	Calendarização da Intervenção.....	58
3.6	Fundamentação da Intervenção.....	59
4.	Resultados - Avaliação Inicial versus Avaliação Final.....	63
4.1	Modelo de Observação Individual de Sánchez, Martinez e Peñalver.....	63
4.3	Teste de Desenvolvimento de Integração Visuomotora - Beery VMI.....	65
4.4	Draw a Person - DAP.....	66
5.	Discussão de resultados.....	67
6.	Conclusões.....	68
7.	Referências Bibliográficas.....	70
Capítulo 7 - Conclusões.....		75
Referências Bibliográficas.....		76
Anexo I - Estudo de Caso I - Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora.....		XI
Anexo II – Estudo de caso I – Exemplo de um relatório de sessão psicomotora.....		XIII
Anexos III – Estudo de Caso I – Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora.....		XIV
Anexo IV – Estudo de caso I – Exemplo de um relatório de uma sessão psicomotora.....		XVI
Anexos V – Estudo de Caso I – Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora.....		XVII
Anexo VI – Estudo de caso II – Exemplo de um relatório de uma sessão psicomotora.....		XX
Anexos VII – Estudo de Caso I – Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora.....		XXI
Anexo VIII – Estudo de caso II – Exemplo de um relatório de uma sessão psicomotora.....		XXIII

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> .....	13
<i>Organograma Hierárquico da Associação</i> .....	13
<b>Figura 2</b> .....	35
<i>Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial do MABC-2 (M.)</i> .....	35
<b>Figura 3</b> .....	46
<i>Comparação dos resultados da AI versus AF do MABC-2 (M.)</i> .....	46
<b>Figura 4</b> .....	65
<i>Resumo dos resultados da AI versus AF do Inventário de Desenvolvimento Battelle</i> .....	65
<b>Figura 5</b> .....	66
<i>Resumo dos resultados do VMI da AI versus AF do G.</i> .....	66

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> .....	14
<i>Caracterização das crianças do CAR I</i> .....	14
<b>Tabela 2</b> .....	15
<i>Calendarização das atividades realizadas no período de estágio</i> .....	15
<b>Tabela 3</b> .....	15
<i>Horário Semanal das atividades de estágio</i> .....	15
<b>Tabela 4</b> .....	28
<i>Descrição dos resultados da avaliação inicial e final da N. (síntese)</i> .....	28
<b>Tabela 5</b> .....	29
<i>Descrição dos resultados da avaliação inicial e final do E. (síntese)</i> .....	29
<b>Tabela 6</b> .....	35
<i>Resultados do DAP da M.</i> .....	35
<b>Tabela 7</b> .....	36
<i>Pontuação Inicial do SDQ (M.)</i> .....	36
<b>Tabela 8</b> .....	37
<i>Perfil Intraindividual da M.</i> .....	37
<b>Tabela 9</b> .....	39
<i>Objetivos Terapêuticos da M.</i> .....	39
<b>Tabela 10</b> .....	47
<i>Resultados da AI versus AF do DAP (M.)</i> .....	47
<b>Tabela 11</b> .....	48
<i>Resultados da AI e AF do SDQ (M.)</i> .....	48
<b>Tabela 12</b> .....	55
<i>Perfil Intraindividual do G.</i> .....	55
<b>Tabela 13</b> .....	58
<i>Objetivos Terapêuticos do G.</i> .....	58
<b>Tabela 14</b> .....	67
<i>Resultados da AI versus AF do DAP (G.)</i> .....	67

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**AF** - Avaliação Final

**AI** – Avaliação Inicial

**APA** – American Psychiatric Association

**APP** – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

**APAV** – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

**CAFAP** – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

**CAR I** – Centro de Acolhimento Residencial I

**CAR II** – Centro de Acolhimento Residencial II

**DAP** - Draw a Person

**VMI** - Teste de Desenvolvimento de Integração Visuomotora

**MABC- 2** - Bateria de Avaliação do Movimento para crianças – 2

**SDQ** - Questionário de Capacidades e Dificuldades

**DGS** – Direção-Geral da Saúde

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social

**ISS** – Instituição da Segurança Social

## Capítulo 1 – Introdução

A família desempenha um papel fundamental na vida da criança, quer no seu desenvolvimento, quer na sua socialização. Contudo, nem sempre isso acontece de forma positiva, existindo muitas crianças que vivenciam a infância em constante situação de risco. Destas situações, destacam-se os maus-tratos, os quais englobam o abuso físico, emocional, psicológico ou sexual, bem como várias formas de negligência (Panzer, 2008; Zeanah & Humphreys, 2018).

Refletir sobre os maus-tratos e negligência infantil torna-se relevante pois continua a ser e sempre será uma temática muito preocupante a nível mundial. Um número considerável de crianças por todo o mundo, encontra-se ao abrigo de cuidados institucionais. Esta é a realidade, e cabe a estas instituições proporcionar às crianças acolhidas todos os recursos disponíveis, criando-lhes um ambiente seguro e protetor. Estas crianças carregam consigo já histórias de vida pesadas e negligenciadas, não vivendo a infância como deveriam, com expressão negativa no comportamento e na aprendizagem. Portanto, a institucionalização pode ser vista com um escape temporário (ou não), tanto para o restabelecimento do curso normal de desenvolvimento da criança, bem como da sua família ou de alguém que mostre interesse em ter a criança consigo.

Tendo em vista a obtenção do grau de mestre em Psicomotricidade, pela Universidade de Évora, foi elaborado o presente relatório intitulado de “Prática Psicomotora num Centro de Acolhimento Residencial com crianças dos 0-12 anos”. Este resultou de toda uma experiência vivenciada sensivelmente ao longo de nove meses no estágio curricular que decorreu num Centro de Acolhimento Residencial (CAR-I), localizado na região Alentejo com crianças vítimas de maus-tratos e negligência entre os 0 e os 12 anos de idade. O estágio curricular foi orientado pela Professora Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Matias da Universidade de Évora e pela psicomotricista da Associação, Inês Feliciano.

De forma a facilitar a análise e compreensão deste relatório, organizou-se o mesmo por capítulos. O primeiro capítulo diz respeito a esta breve introdução; o segundo refere-se ao enquadramento teórico da prática profissional; no terceiro capítulo é feita a caracterização da instituição; o quarto capítulo apresenta a organização e descrição das atividades realizadas ao longo do estágio, nomeadamente as experiências complementares de formação, a intervenção psicomotora, as etapas de intervenção e a descrição dos instrumentos de avaliação, bem como uma breve descrição dos casos acompanhados individualmente e em grupo; o quinto capítulo contempla tudo o que diz respeito ao estudo de caso I, estando este descrito ao detalhe; o sexto capítulo, que se encontra em formato de artigo científico, apresenta e descreve o estudo de caso II e o sétimo capítulo refere-se às conclusões finais. O presente relatório contempla ainda as referências bibliográficas utilizadas para a elaboração deste, sendo expostos no final deste relatório alguns anexos, os quais dizem respeito aos planos e relatórios de sessão elaborados para cada caso.

## **Capítulo 2 - Enquadramento teórico da prática profissional**

### **2.1 Crianças em perigo versus Crianças em risco**

Todas as crianças devem receber os cuidados necessários à sua saúde, bem-estar e desenvolvimento, devendo-lhes ser garantidos e respeitados os seus direitos sociais, económicos e cívicos (Azevedo & Maia, 2006). Contudo, nem sempre esses direitos são assegurados, surgindo dessa forma o conceito de crianças em perigo

Refere-se que uma criança está em perigo, quando esta se encontra numa das seguintes condições: a) Está abandonada ou vive entregue a si própria; b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais; c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal; d) Está aos cuidados de terceiros, durante período de tempo em que se observou o estabelecimento com estes de forte relação de vinculação e em simultâneo com o não exercício pelos pais das suas funções parentais; e) É obrigada a atividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade, dignidade e situação pessoal ou prejudiciais à sua formação ou desenvolvimento; f) Está sujeita, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; g) Assume comportamentos ou se entrega a atividades ou consumos que afetem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação (Decreto-Lei nº 142/2015, de 8 de setembro).

Como este conceito acima poder-se-á confundir com o de crianças em risco, é importante fazer essa distinção pois embora estes estejam relacionados são conceitos distintos. Dessa forma, o conceito de criança em risco resulta de uma avaliação psicológica, significando perigo potencial para a criança. Ou seja, tem por base pontuações de escalas clínicas ou padrões de resposta em testes que se afastam, em mais do que um desvio padrão, da pontuação média de crianças e jovens da mesma idade. Este conceito refere-se assim à probabilidade elevada de um indivíduo vir a desenvolver perturbações comportamentais específicas ou problemas de saúde mental (Anica & Freire-Raposo, 2017).

No ano de 2021 foram identificadas 14 495 situações de perigo, revelando-se estas como fatores determinantes na entrada para o sistema de acolhimento. Destas situações, destaca-se a negligência como a causa predominante para a origem do acolhimento, seguindo-se de “outras situações de perigo”, onde se enquadram a ausência temporária de suporte familiar, os comportamentos desviantes e o abandono. Com uma expressão um pouco menos significativa, destacam-se as situações de maltrato psicológico e as situações relacionadas com o maltrato físico e por fim com o abuso sexual (ISS, 2021).

#### **2.1.1 Maus-Tratos na infância**

Os maus-tratos e a negligência infantis, ocorrem geralmente em idade precoce, sendo analisados como o resultado da interação de múltiplos fatores, dentro de distintos níveis

ecológicos: o individual, as relações familiares e as transações familiares com os sistemas extrafamiliares e as variáveis culturais (Azevedo & Maia, 2006). A maioria dos casos acontecem dentro de relacionamentos interpessoais significativos, isto é, no seio da própria família de origem e/ou em contextos privados, frequentemente praticado por pessoas próximas, os pais ou familiares da criança (contexto intrafamiliar) (Azevedo & Maia, 2006; Terradas et al., 2019). Contudo, também no contexto extrafamiliar (infantários, estabelecimentos de ensino, instituições de acolhimento, centros de ocupação dos tempos livres, associações recreativas e/ou desportivas, exploração do trabalho infantil) estes eventos podem ocorrer, sendo mais fácil a sinalização e atuação atempada quando ocorrem neste contexto (APAV, 2018; Cansado, 2008).

Tendo isto em conta, qualquer forma de tratamento físico e/ou emocional, não acidental e inadequado, resultante de disfunções e/ou carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e/ou poder (Cansado, 2008) entra na categoria dos maus-tratos. Por outras palavras, estes podem ser definidos como qualquer ação (ou omissão de cuidados), não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem que ameace a segurança, saúde, sobrevivência, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo de uma criança menor de 18 anos (APAV, 2018). De forma a compreender melhor os vários tipos de maus-tratos, serão aqui mencionados os mais comuns, sendo estes as razões das crianças estarem nesta instituição. Destaca-se assim a negligência, os maus-tratos físicos, maus-tratos emocionais ou psicológicos e o abuso sexual.

Refere-se que há negligência quando as necessidades básicas da criança não são atendidas, como abrigo, alimentação, higiene, saúde, educação, afeto, supervisão e pouca atenção emocional (Meyer et al., 2016). Ou seja, quando há incapacidade ou falha em supervisionar, proteger e prover o desenvolvimento da criança em todos os aspetos do seu bem-estar (Norman et al., 2012). Estes atos podem ocorrer uma vez, repetidamente ao longo do tempo ou podem ser um padrão de interação num relacionamento disfuncional com um cuidador (Panzer, 2008).

Os maus-tratos físicos podem ser definidos como o uso de força física que causa dano direto ao corpo de uma criança, podendo haver incidentes únicos ou repetidos (Norman et al., 2012; Odhayani et al., 2013). Consideram-se como comportamentos fisicamente abusivos a agressão física, castigos corporais, queimaduras, envenenamentos, asfixias ou afogamentos, golpes efetuados com objetos, bater na criança, atirar objetos ou sujeitar as crianças a trabalhos pesados e inadequados à sua idade (Azevedo & Maia, 2006). As lesões físicas daqui resultantes podem ser externas (observáveis), como por exemplo hematomas, feridas, fraturas; ou ocorrer sem deixar qualquer tipo de vestígio exterior (lesões internas), como fraturas no crânio, lesões cerebrais, traumatismos, lesões internas abdominais ou até mesmo ter repercussões psicológicas (Azevedo & Maia, 2006; Odhayani et al., 2013).

Os maus-tratos emocionais ou psicológicos decorrem da incapacidade de proporcionar e fornecer um ambiente de apoio emocional adequado ao desenvolvimento da criança (Norman et al., 2012). Os cuidadores ignoram ou rejeitam a reação emocional da criança, envergonhando-

a, insultando-a e humilhando-a verbalmente (Odhayani et al., 2013). Esta forma de maltrato resulta assim da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança/jovem (DGS, 2011).

Por fim, o abuso sexual compreende toda a situação na qual um ou mais adultos, do mesmo sexo ou não, utilizam a criança ou adolescente com a finalidade de obter prazer sexual (Maia & Albuquerque, 2005; DGS, 2011). Este ato resulta de uma relação de poder ou de autoridade, não estando a criança ou adolescente estruturalmente preparada, devido ao seu estágio de desenvolvimento, não sendo capaz de dar o seu consentimento e não tendo a capacidade para compreender que é vítima e para reportar tal situação (DGS, 2011). Exemplos desta forma de abuso são a penetração sexual ou atos sexualmente sugestivos, como toques, beijos inapropriados, exibição dos órgãos sexuais, outras relações sexuais impostas (anais orais) (Maia & Albuquerque, 2005; Odhayani et al., 2013).

#### **2.1.1.1 Consequências dos Maus-Tratos Infantis**

Os maus-tratos, sejam físicos, psicológicos, negligência ou abandono, podem levar ao aumento do risco de psicopatologia ao longo de todo o percurso desenvolvimental da criança (Zeanah & Humphreys, 2018), revelando-se diferentes níveis de gravidade consoante a frequência, intensidade, duração no tempo, idade da criança, entre outros fatores (Azevedo & Maia, 2006). Por isso, graves são as consequências para o bem-estar destas crianças e nas diversas áreas do seu funcionamento, nomeadamente ao nível físico, socioemocional, psicológico, comportamental, de linguagem, cognitivo e neurobiológico (Cansado, 2008; APAV, 2018; Zeanah & Humphreys, 2018).

Para além disso, estas crianças podem ainda apresentar problemas internalizantes e/ou externalizantes, traumas e problemas relacionados ao stress, perturbações do neurodesenvolvimento e perturbações por uso de substâncias, bem como problemas académicos, delinquência e dificuldades ao nível da autorregulação (Zeanah & Humphreys, 2018; Terradas et al., 2019). Estes eventos traumáticos precoces fragilizam a criança na capacidade de reconhecer as suas emoções e sentimentos bem como na verbalização dos mesmos. Por esse motivo, tem impacto na qualidade das suas relações interpessoais (Azevedo & Maia, 2006). Ou seja, estas crianças revelam dificuldades nas relações sociais (Zeanah & Humphreys, 2018), tanto com os seus pares, como também com o adulto (Azevedo & Maia, 2006).

Constata-se assim que os maus-tratos infantis têm consequências muito prejudiciais, não só porque a criança se está a desenvolver, como também o seu cérebro está em desenvolvimento (Panzer, 2008), sendo que esta exposição, a diferentes experiências traumáticas, pode levar à alteração das redes, estrutura e da função neural, resultando por isso em efeitos em cascata ao longo do desenvolvimento posterior, restringindo possivelmente a capacidade da criança de se adaptar de forma flexível a novas situações desafiantes e

exigências ambientais (Cicchetti, Handley & Rogosch, 2015). Apesar disto, vários são os fatores individuais (ex.: genética, temperamento) e externos (ex.: cuidadores consistentes e atenciosos) que podem ser protetores e/ou promover resiliência nestas crianças (Zeanah & Humphreys, 2018), visto que os seus cérebros possuem plasticidade, potenciando o respetivo crescimento e desenvolvimento (Panzer, 2008). Pelo exposto, poder-se-á assim afirmar que os fatores de proteção ocorrem em diversos níveis, nomeadamente, no indivíduo, família ou relacionamentos próximos do indivíduo, da comunidade e da sociedade. Estes fatores são por isso variáveis biopsicossociais (físicas, psicológicas e sociais), apoiando e favorecendo o desenvolvimento individual e social da criança ou do jovem, podendo conseqüentemente remover ou reduzir o impacto dos fatores de risco.

## **2.2 Acolhimento Residencial em Portugal**

Respostas inovadoras, criativas e capazes de responder às necessidades das crianças e jovens em meio natural de vida devem aumentar para garantir direitos e promover o bom desenvolvimento e o bem-estar destes em situação de perigo (ISS, 2021). É nestas situações, e quando os maus-tratos são sinalizados, que o Estado (CPCJ ou Tribunais) têm obrigação de proteger a criança ou jovem em perigo, tomando medidas positivas, de forma a promover os direitos e garantir o bem-estar e desenvolvimento integral destes (APAV, 2018).

Desta sinalização, estas crianças e jovens, normalmente acabam por ser encaminhados para Centros de Acolhimento Residenciais, permanecendo a sua tutoria ao cuidado da instituição ou do tribunal (Mota & Matos, 2008). O acolhimento residencial consiste então na colocação da criança ou do jovem aos cuidados de uma instituição de acolhimento, sendo estes estabelecimentos de apoio social que, aquando da aplicação de uma medida de promoção e proteção, asseguram resposta a situações que impliquem o afastamento ou retirada da criança ou do jovem da situação de perigo (Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro; ISS, 2021). Cada casa de acolhimento pode acolher até 15 crianças ou jovens. Contudo, e a título excecional e devidamente fundamentado, poderá ser autorizada pelo ISS, o acolhimento de um número superior ao previsto (Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro).

Enquanto medida de colocação, o acolhimento residencial, tem por base o regresso da criança ou do jovem à sua família de origem ou ao seu meio natural de vida (Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro; ISS, 2021), podendo os contactos com as figuras parentais existir. Isto será então credível se forem tomadas medidas preventivas de apoio e supervisão familiar (Mota & Matos, 2008). Por outro lado, e não sendo possível o regresso da criança ou jovem, o acolhimento tem como pressuposto a preparação para a autonomia de vida ou, sempre no superior interesse, da criança ou jovem, a uma confiança com vista à adoção ou apadrinhamento civil (Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro).

O acolhimento surge como uma medida que tem como missão e objetivos proporcionar à criança ou jovem a prestação de cuidados e uma adequada satisfação das suas necessidades



físicas, psíquicas, emocionais e sociais; promovendo a sua integração em contexto sociofamiliar seguro e promotor da sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro). Dessa forma, para uma boa vivência da institucionalização, e tendo em conta que o processo de institucionalização é acompanhado de sentimentos de perda, abandono e solidão, implicando isto o confronto com a realidade de negligência e insensibilidade parental; é de extrema importância que se tenha a capacidade de recriar um ambiente familiar, com menos elementos, promovendo o apoio pessoal e a participação comunitária, para que de alguma forma seja um fator de organização interna e de proteção para a criança ou jovem (Mota & Matos, 2008).

Por isso, caberá também à instituição a responsabilidade, através do acompanhamento da criança ou jovem por equipas técnicas devidamente habilitadas e por equipas educativas aptas a uma prestação adequada dos cuidados necessários, proporcionar o estabelecimento de laços afetivos, seguros e estáveis, com figuras significativas, podendo isto ser visto como uma forma de diminuir e minimizar o dano emocional, ou seja, a vulnerabilidade resultante da exposição da criança ou do jovem a situações por que passaram (Mota & Matos, 2008; Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro). Outra finalidade será a de atenuar a rutura familiar e proporcionar um conjunto de novas aprendizagens e experiências (por exemplo, o ingresso ou o reingresso no sistema educativo) (Cansado, 2008). Com isto, são assim dadas condições que contribuem para a aquisição de competências destinadas à integração e valorização pessoal, social, escolar e profissional destas crianças e jovens, bem como para a estruturação e desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, construção da sua identidade e integração da sua história de vida e ainda para uma aquisição progressiva de autonomia (Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro).

Tudo isto, pode assim ser visto como “fatores de proteção” da institucionalização, dado que as influências das relações e toda esta estrutura podem melhorar ou alterar as respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação, provocando modificações catalíticas que alteram o curso de vida das crianças e jovens (Mota & Matos, 2008).

É ainda de salientar que o número de crianças e jovens em acolhimento diminuiu 5% em comparação ao ano 2020, crescendo o número das que cessaram a situação de acolhimento e regressaram às famílias nucleares. A dia 1 de novembro de 2021 estavam em acolhimento 6.369 crianças e jovens, destacando-se os distritos de Lisboa com 1299 crianças e jovens institucionalizados, seguido do Porto (997) e Setúbal (426). Em média, as crianças e jovens permanecem acolhidas nas diversas respostas de acolhimento 3,5 anos. Comparando o sexo e idade das crianças e jovens acolhidos, mantém-se a tendência de um maior número de rapazes e a faixa etária dos 12 aos 17 anos, seguida da dos 0 aos 5 anos e por último da dos 6 aos 11 anos (ISS, 2021).

Por fim, e apesar de haver ainda muitas crianças e jovens institucionalizados é possível observar a evolução do sistema de acolhimento em Portugal nos últimos 15 anos. Isto porque, a média de saídas é de 2.623 e de entradas é de 2.171, demonstrando assim a tendência de

decréscimo do número de crianças e jovens em acolhimento, sendo as saídas superiores às entradas. Contudo, a maior exigência que se coloca ao sistema de acolhimento continua a ser a de encontrar respostas para jovens com idades entre os 12 e os 17 anos, representando os jovens com mais de 12 anos um peso de 71% das situações de acolhimento (ISS, 2021).

### **2.2.1 Impacto do Acolhimento nas Crianças**

O impacto do acolhimento é diferente de criança para criança (IJzendoorn et al., 2020), podendo este ser positivo ou negativo para o desenvolvimento emocional, cognitivo e global do indivíduo ao longo da vida (Tatsiopolou et al., 2020). Nesta lógica, algumas crianças rapidamente irão melhorar e reerguer-se após deixarem uma instituição, enquanto outras sofrerão danos duradouros (IJzendoorn et al., 2020).

Embora as instituições protejam as crianças de várias experiências adversas que podem enfrentar e das melhores intenções daqueles que prestam cuidados institucionais, geralmente impõem-se algumas outras privações (Selçuk et al., 2018). Dessas destaca-se a incapacidade de atender às necessidades emocionais e de desenvolvimento das crianças, privando estas de inúmeras experiências ambientais que o cérebro humano espera desenvolver normalmente, produzindo, essa privação, alterações duradouras em muitos domínios do desenvolvimento infantil (McLaughlin et al., 2017), como por exemplo desenvolvimento cerebral, cognitivo e socioemocional (IJzendoorn et al., 2020).

Estas privações remetem assim para os momentos iniciais de interação entre mãe-bebé, os quais são essenciais, não só para a formação e consolidação do vínculo entre a díade, mas também para a qualidade dos cuidados maternos, sendo tudo isto fundamental para o posterior desenvolvimento e bem-estar do bebé (Borsa, 2007). Por isso, e tendo o papel do contacto corporal, grande importância no desenvolvimento do indivíduo, a existência de falhas nas fases precoces deste, podem conduzir à presença de perturbações psicoafectivas e psicomotoras, com complicações em fases posteriores do seu desenvolvimento (Almeida, 2005).

Neste sentido, destacam-se os conceitos de holding e handling, os quais remetem para as primeiras formas de interação mãe-bebé e que resumem a função maternal. O holding, segundo Winnicott (1999), é caracterizado pela forma como a mãe segura, carrega, sustenta e mantém o seu filho física e mentalmente, sendo isto necessário desde a dependência absoluta até rumo à independência da criança. Ou seja, corresponde a um conjunto de experiências afetivas (ex.: ato de abraçar) que ocorrem entre mãe-bebé, contribuindo para o desenvolvimento harmonioso deste (Prayez & Savatofski, 2009). Uma vez que as necessidades do bebé estão em constante mudança, esta é uma função que se adapta de acordo com o desenvolvimento da criança (Winnicott, 1965). Por outro lado, o handling, segundo Winnicott (1965), refere-se ao modo como a mãe cuida e manipula corporalmente o seu filho, isto é, ao manuseio do corpo do bebé, como os cuidados de higiene, o vestir e as carícias (Prayez & Savatofski, 2009). No entanto, e segundo Winnicott (1965), tudo isto é a base do holding.

Todo este processo deve ocorrer num ambiente securizante e de confiança, e para isso a mãe e/ou cuidador deveria ter a capacidade de escutar e entender as necessidades do seu bebé, bem como ajustar os comportamentos e reações de forma a permitir um normal desenvolvimento deste (Prayez & Savatofski, 2009). Contudo, nem sempre o processo é positivo, tendo os défices ao nível do holding e do handling consequências no seu desenvolvimento, uma vez que as necessidades primárias não são atendidas. É o que acontece com as crianças acolhidas, pois na ausência destes cuidados, não desenvolvem determinadas habilidades, as quais seriam mais fáceis de serem desenvolvidas através de uma vinculação positiva mãe-bebé. Por exemplo, os défices ao nível do holding levam a criança a ter dificuldade em reconhecer os limites e, posteriormente, em tolerar a frustração, a controlar a impulsividade e a manter uma adequada relação com os outros (Strecht, 2004). Por sua vez, os défices no handling tem repercussões no desenvolvimento do tónus muscular e da coordenação motora, dificultando a capacidade da criança em conhecer o funcionamento do seu próprio corpo (Winnicott, 2001).

Pelo exposto, a institucionalização é frequentemente associada à qualidade do apego, a atrasos no crescimento físico e na linguagem, bem como problemas comportamentais e emocionais (Tatsiopolou et al., 2020). Estas crianças apresentam baixo desempenho em testes de memória de trabalho, inibição, planeamento, atenção sustentada e flexibilidade cognitiva e exibem um padrão menos eficiente em tarefas que requerem controlo executivo (McLaughlin et al., 2017). Estas podem ainda apresentar maior agressividade, sentimento de hostilidade e de inadequação, falta de contacto social, ansiedade, timidez, choro, tristeza, impulsividade e instabilidade emocional (Santos et al., 2010), depressão, raiva, culpa, angústia, relutância em aceitar coisas novas, apatia, comportamentos regressivos como voltar a se comportar como uma criança mais nova, isolamento, queda no rendimento escolar, dificuldade de concentração, somatizações, problemas de sono e de alimentação (Tinoco & Franco, 2011). São caracterizadas pela imaturidade e dependência e pela presença do pedido de ajuda com a evidência de sentirem-se incapazes de expressar com palavras as suas ansiedades e dúvidas (Santos et al., 2010).

Todas estas consequências poderão ser explicadas pela reduzida exposição à linguagem, interações menos frequentes e previsíveis com adultos, variação limitada em rotinas e experiências diárias e menos acesso a novos estímulos cognitivos enriquecedores e apropriados à idade (McLaughlin et al., 2017).

Para além disso, a própria organização e funcionamento da instituição pode contribuir negativamente para o desenvolvimento da criança ou jovem, nomeadamente: as condições físicas limitadas de muitas instituições, a alta proporção de crianças por cuidador, grupo de crianças heterogéneo, superlotação, treino mínimo dos cuidadores e baixa qualidade dos cuidados prestados (Soares et al., 2014), bem como estimulação limitada e interação instável e restrita com os prestadores de cuidados (Selçuk et al., 2018), muitas vezes devido à alta rotatividade de pessoal. Tudo isto dificulta assim a execução de um trabalho de qualidade,

podendo tornar-se fatores de risco, principalmente no que se refere à segurança, à saúde física e psicológica das crianças e adolescentes (Fonseca et al., 2020).

Contudo, e apesar de serem muitas as consequências e lacunas documentadas, a etiologia é multidimensional, podendo muitos fatores contribuir para essas dificuldades de desenvolvimento (Tatsiopoulou et al., 2020). Por isso, não se poderá afirmar que estas características observadas em crianças institucionalizadas são efeitos apenas da institucionalização. Deve-se ainda ter em conta que estas têm um histórico de experiência familiar associada à rejeição, abandono, negligência e vitimização; não podendo estas experiências anteriores ser dissociadas do momento atual da criança (Santos et al., 2010).

Independentemente do exposto, alguns estudos, relatam resultados positivos, como por exemplo melhor saúde física e autorregulação emocional (Tatsiopoulou et al., 2020). Por exemplo, no estudo de Tatsiopoulou e colegas (2020), alguns participantes mencionaram os aspetos positivos das suas experiências quando institucionalizados; descrevendo a instituição como um porto seguro, um local onde as suas necessidades básicas, como alimentação, água, abrigo e vestuário, cuidados médicos e de saúde mental e educação eram atendidas. Apesar destes minimizarem os aspetos negativos, como desconexão familiar, ausência de contacto regular com a família e relacionamento distante com os pares e familiares; referem ser difícil de gerir os sentimentos inerentes a isso. Comum a muitos participantes, e mencionado como o principal aspeto negativo foi o facto de as necessidades emocionais não terem sido suficientemente atendidas, havendo falta de compreensão e apoio emocional; descrevendo ainda que os seus relacionamentos com profissionais eram formais, distantes e impessoais.

Por fim, torna-se importante destacar que a vida de crianças institucionalizadas é marcada por múltiplos rompimentos, primeiro da família de origem e depois de cuidadores ou técnicos que vão passando pela instituição, requerendo isto elaboração de múltiplos lutos. A instituição deverá assim reunir as condições para assegurar à criança um cuidador substituto, estável e responsivo, com quem esta se possa relacionar e que seja fonte de afeto, com o objetivo de esta formar novas relações seguras após a vivência da separação ou perda, de forma a ultrapassar sentimentos de abandono e de desproteção. Caso esse cuidador não seja assegurado, e como muitas vezes acontece, as relações formadas serão cada vez menos, sendo sempre passageiras e superficiais. Isto porque, quanto maior o risco de perda, mais intensas serão as reações para evitar relações, podendo começar a não reagir às separações e reencontros, como tentativa de proteger-se de novas perdas (Tinoco & Franco, 2011). Assim, estas irão exibir altos níveis de apego inseguro e desorganizado e desenvolvimento afetivo atípico caracterizado por reatividade emocional elevada, regulação emocional deficiente e reatividade atípica ao stress. Tudo isto contribui assim para altos níveis de psicopatologia internalizante manifestadas nestas crianças (McLaughlin et al., 2017).

### 2.3 Prática Psicomotora num Centro de Acolhimento Residencial

*“O que a criança viveu, não pode ser modificado, mas pode ressignificar o trauma, e ter ajuda de terapias para se desenvolver normalmente e seguir a vida adulta”* (Ramires & Godinho, 2011, p.68, cit por Marcelino & Gonçalves, 2021).

A Psicomotricidade surge como uma resposta que observa e olha para a criança na sua globalidade, intervindo em várias áreas do seu desenvolvimento. Pretende, através de um corpo em relação, ajudar estas nas suas dificuldades, por exemplo ao nível da autorregulação (sentimentos e emoções), autocontrolo (impulsos) e competências socioemocionais; maximizando sempre as suas facilidades e competências adquiridas previamente. Desta forma, e tendo as instituições, técnicos de diferentes áreas, a Psicomotricidade surge como um excelente recurso para ajudar crianças institucionalizadas nas suas diversas competências e necessidades.

A intervenção psicomotora pode atuar com todas as faixas etárias, tendo em conta três modelos de intervenção: preventivo ou estimulante do desenvolvimento motor e das competências sociais; educativo, promovendo o desenvolvimento psicomotor e potencial de aprendizagem e por fim reeducativo ou terapêutico, quando o potencial motor, psicoafetivo e/ou de aprendizagem são afetados e comprometem a capacidade de adaptação do indivíduo (Matias & Morais, 2011).

Desta forma, a intervenção em contexto institucional é realizada numa abordagem reeducativa ou terapêutica, pelo facto de existir uma problemática e/ou perturbação que poderá levar posteriormente a dificuldades ao nível psicoafectivo e de base relacional, que podem afetar a adaptabilidade do indivíduo (APP, 2012). É por isso dirigida a crianças e jovens que apresentam perturbações instrumentais, isto é, dificuldades ou atrasos psicomotores, focando-se por isso em crianças que possuem características específicas ao nível do neurodesenvolvimento (Meur & Staes, 1989). Tem-se como objetivo da intervenção, eliminar ou atenuar as dificuldades/défices que produzem perturbações no comportamento psicomotor, escolar ou social da criança ou jovem em causa. Ou seja, promove a estimulação das áreas essenciais para o desenvolvimento, prevenindo e minimizando quaisquer problemáticas que possam existir e fortalecendo competências adquiridas (Hallal et al., 2008).

Esta abordagem terapêutica está associada a diversas metodologias onde se privilegia a atividade lúdica e as técnicas expressivas e de relaxação (Figueira & Freitas, 2017). Por esse motivo, teve-se em conta essas metodologias recorrendo-se assim ao jogo-em-relação (livre e espontâneo), com o intuito da criança desenvolver e criar atividades de acordo com as suas necessidades psicoafetivas e emocionais (Fernandes et al., 2018).

Na instituição, mais concretamente com os dois estudos de caso, as atividades propostas foram semiestruturadas, permitindo, segundo Matias e Morais (2011), uma atividade espontânea durante a qual a criança propõe diferentes formas de expressão, mas também que permite redirecionar a atividade e o seu conteúdo para os objetivos a serem trabalhados. Como destacam

Matias e Morais (2011), o número de sessões por semana varia de criança para criança, sendo que na instituição, normalmente só era possível haver uma sessão por semana individual devido a todas as atividades que as crianças já têm; seja no âmbito escolar ou fora dele, e de outras terapias existentes. As sessões para além de poderem ser individuais, também podem ser realizadas em pequenos grupos, seja num ginásio, num gabinete ou na água (Matias & Morais, 2011). Foram assim realizadas sessões em pequeno grupo também uma vez por semana. Apesar de haver uma equipa multidisciplinar, as sessões de psicomotricidade foram feitas de forma autónoma pela estagiária em salas destinadas para o efeito.

Pelo exposto, a Psicomotricidade revela assim ser uma ferramenta importante para intervir com estas crianças e jovens ao ser considerada como uma práxis de mediação corporal, que permite a estes estabelecer relações com o outro, adquirindo a consciência de si e o sentimento de ser e estar (Ajuriaguerra, 1962, cit por Fernandes et al., 2018), fatores estes importantes de serem trabalhados com esta população. Proporciona ainda um espaço de legitimação dos desejos e sentimentos no qual, a criança ou jovem, se pode mostrar por inteiro, os seus medos, desejos, fantasias e ambivalências, na relação consigo mesmo, com o outro e com o meio, potencializando o desenvolvimento global, a aprendizagem, o equilíbrio da personalidade, facilitando por sua vez as relações afetivas e sociais. Desta forma, permite-lhe a expressão e superação de conflitos relacionais, interferindo de forma terapêutica, sobre o processo de desenvolvimento cognitivo, psicomotor e socioemocional, visto que tudo isto está diretamente vinculado a fatores psicoafetivos relacionais (Vieira, 2009).

### **Capítulo 3 - Caracterização da Instituição**

Fundada em 1993, a instituição surgiu da necessidade de se refletir acerca de questões sentidas relativamente à problemática das crianças em risco, procurando resolver estas questões de uma forma articulada e em parceria com os vários recursos locais existentes. Tudo isto possível pela criação do Grupo Interinstitucional, o qual era constituído por cidadãos e técnicos de várias áreas preocupados pela problemática destacada.

Desde 1999 que a associação se constituiu como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) sem fins lucrativos, desenvolvendo a sua intervenção na área dos maus-tratos infantis. Para melhor abordar esta problemática, a associação baseia a sua intervenção numa visão ecológica e sistémica, pressupondo uma leitura multifatorial onde a criança e/ou jovem, o seu sistema familiar e os serviços implicados na resolução do problema, são os grandes pilares da intervenção. Para além disso, a associação tem como convicção que toda a comunidade pode ser responsável e fundamental para a eficácia da intervenção e prevenção dos maus-tratos.

A Associação tem como missão proteger as crianças e jovens da comunidade e em situação de acolhimento temporário devido a situações de risco e perigo; ajudar as crianças e jovens assim como as suas famílias da comunidade que atravessam dificuldades graves para

adaptação aos seus papéis parentais para reencontrar as capacidades e o equilíbrio necessários para funcionar no seu meio, bem como ajudar as crianças e jovens vítimas de abuso sexual, suas famílias e abusadores. Resumindo, tem como missão o estudo interdisciplinar das situações relativas às crianças e jovens em risco e suas famílias, bem como a promoção, dinamização e organização de respostas adequadas de proteção e promoção dos Direitos Humanos da Criança e de apoio às suas famílias.

Os objetivos fundamentais desta entidade prendem-se com a proteção da criança, o aumento de competências, a prevenção de recorrências e a redução de sequelas associadas à vivência de situações de maus-tratos. Para além disso, procura cumprir ainda os seguintes objetivos: promover um melhor conhecimento através do estudo da criança, para melhor responder a condições adversas; promover a prevenção de situações de risco contribuindo para a rutura do isolamento social das famílias atendidas, através de sessões de informação e sensibilização para os direitos das crianças; promover a deteção atempada de situações de risco e agir o mais cedo possível, de forma a prevenir quebras da criança com o seu seio familiar e social; promover a desinstitucionalização das crianças e/ou jovens através do acompanhamento das situações, promovendo as potencialidades da criança/jovem e da sua família com o intuito de resolver os problemas que levaram ao acolhimento institucional ou a definir um projeto de vida alternativo; prestar apoio socio-terapêutico às crianças vítimas de maus tratos e às suas famílias, quer as crianças estejam ou não no seio desta; criar respostas diferenciadas para problemas específicos (ex.: situações de abuso sexual infantil, adolescentes com problemas de comportamento); garantir uma ação protetora e de abrigo em caso de perigo, em articulação com o poder judicial (Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e Tribunais).

De forma a dar resposta a diferentes situações, a instituição possui diversas valências: dois Centros de Acolhimento Residencial (CAR I e CAR II), um Apartamento de Autonomização e um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP). O CAR I destina-se a crianças dos 0 aos 12 anos de ambos os sexos, tendo capacidade para 10 crianças e mais 2 crianças em situação de emergência. O CAR II tem capacidade para acolher 26 jovens do sexo feminino entre os 12 e os 18 anos de idade, tendo mais três vagas de emergência. Estas duas valências são respostas de acolhimento transitório de crianças e jovens em situação de risco psicossocial, garantindo-se a sua proteção e a quem são assegurados os serviços inerentes ao alojamento, alimentação, vestuário e higiene pessoal, educação, saúde e lazer e apoio psicológico necessários ao seu desenvolvimento e adequado à faixa etária. O Apartamento de Autonomização direciona-se a jovens do sexo feminino, sem rede de suporte social ou em conflito e/ou rutura familiar, com idades compreendidas entre os 16 e 25 anos, objetivando o desenvolvimento de competências pessoais e sociais de forma a alcançarem a autonomia, tendo capacidade para acolher quatro jovens.

Por fim, o CAFAP constitui uma resposta a situações de risco, prestando apoio especializado a famílias com crianças e jovens em situação de perigo, funcionando em regime ambulatorio e estando disponível 24h por dia. Direciona-se assim à prevenção e reparação de

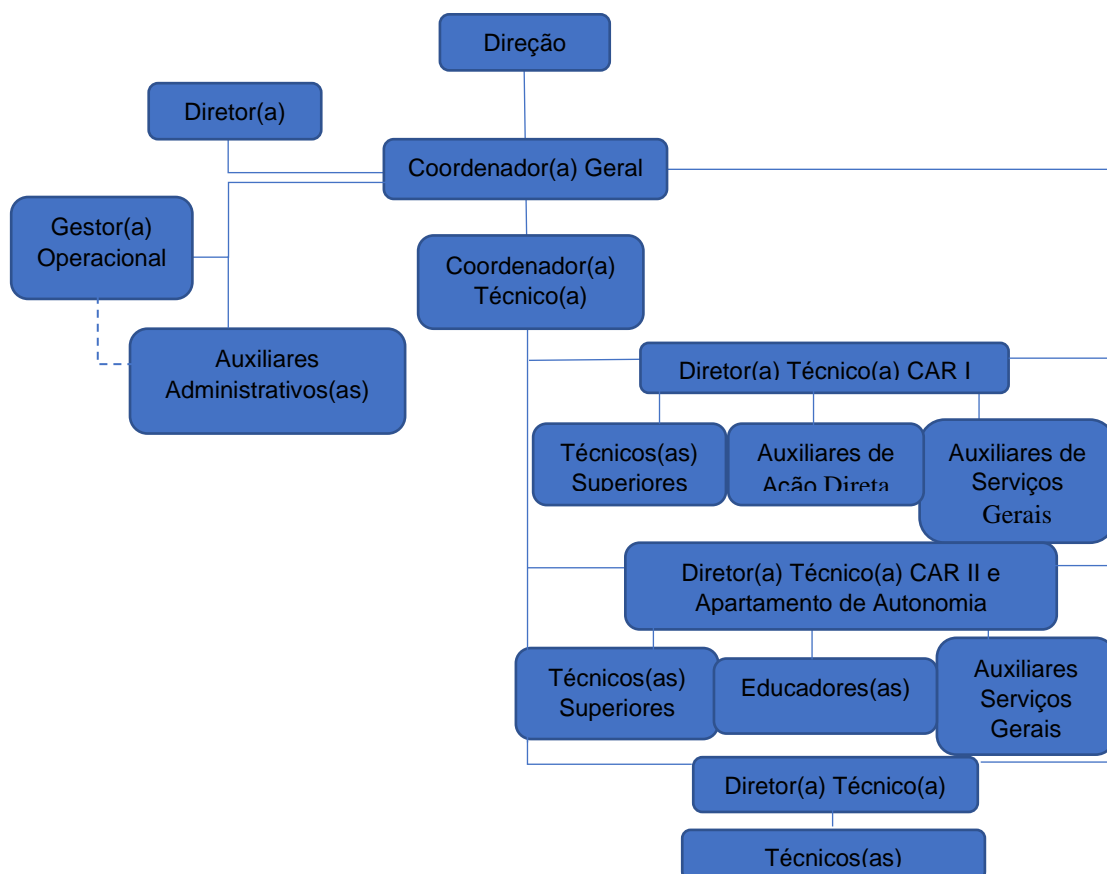
situações de risco psicossocial através do desenvolvimento de competências parentais, pessoais e sociais das famílias; como por exemplo aconselhamento parental, supervisão de visitas, mediação familiar, terapia familiar, grupos de formação parental, grupos terapêuticos, acompanhamento psicológico a crianças e jovens e visitas domiciliárias. Para além disso, dá suporte aos cuidadores para lidar com questões específicas das etapas de desenvolvimento das crianças e jovens do agregado familiar. Esta valência, tem como capacidade de resposta 100 famílias, nas suas diferentes modalidades: preservação familiar (63 famílias), ponto de encontro familiar (25 famílias) e reunificação familiar (12 famílias).

Todas estas respostas pretendem assim constituir-se como uma resposta especializada, focando a sua intervenção ao nível do acompanhamento sócio terapêutico das crianças e suas famílias e ao nível da articulação e comunicação interinstitucional entre os vários sistemas implicados na resolução do problema (social, judicial, saúde, terapêutico e educativo).

No que diz respeito aos recursos humanos, a instituição é constituída por uma equipa multidisciplinar de técnicos e auxiliares, como observado na figura 1, sendo aqui destacados os do CAR I, onde o estágio foi realizado. Esta valência conta com o trabalho de uma assistente social, a qual desempenha também funções de diretora técnica; uma psicóloga clínica a 50% do tempo, uma psicomotricista a 60% do tempo, uma auxiliar de ação direta, nove auxiliares de ação educativa e três estagiárias (psicomotricidade, psicologia educacional e educação social).

**Figura 1**

*Organograma Hierárquico da Associação*





Relativamente aos recursos materiais, o CAR I possui cinco quartos, cozinha, sala de estar e de convívio, três casas de banho, espaço exterior amplo e gabinete da equipa técnica. As sessões terapêuticas foram realizadas no piso superior do edifício, o qual dispõe de salas para o efeito (existência de diversos materiais lúdico-pedagógicos), funcionando neste piso também o CAFAP. Para além disso, neste piso existem ainda dois gabinetes de atendimento e um centro de estudos, onde decorrem, maioritariamente, reuniões de equipa ou de coordenação, formações, supervisões de visita, entre outros.

O CAR I, ao longo do período de estágio conseguiu dar resposta a catorze crianças, estando na instituição até ao término do estágio onze. Os motivos para o acolhimento destas crianças são vários, sendo mais prevalentes situações de negligência e maus-tratos tanto físicos como psicológicos, seguindo-se o abuso sexual. De forma a caracterizar o grupo de crianças residentes no CAR I, foi construída a tabela 1.

**Tabela 1**

*Caracterização das crianças do CAR I*

Variáveis	Número de crianças	
Sexo	Feminino	5
	Masculino	6
Idade	0-6 anos	5
	7-12 anos	5
	12-15	1
Tempo de institucionalização no CAR I	0-1 ano	5
	+ de 1 ano	6

## **Capítulo 4 - Organização das Atividades de Estágio**

### **4.1 Calendarização e Horário semanal**

O estágio curricular na instituição decorreu de outubro de 2022 a junho de 2023, o que corresponde a um período de oito meses e meio, aproximadamente. Os meses iniciais (outubro e novembro) foram essenciais para conhecer a dinâmica da casa, estabelecer uma relação de segurança, confiança e empatia com o grupo de crianças, começando o acompanhamento e observação informal destas, através de brincadeiras e jogos do seu agrado; bem como fundamentais para me sentir integrada na equipa multidisciplinar.

Em novembro, em reunião com a orientadora local e posteriormente equipa técnica do CAR I, discutiu-se sobre os casos que necessitavam de intervenção psicomotora, tendo sido atribuídos inicialmente quatro casos à estagiária, sendo que dois deles acabaram por sair da instituição. Em janeiro, foi pedido pela equipa técnica para avaliar um caso formalmente, o qual já tinha sido avaliado de forma informal pela estagiária. Para além das sessões individuais, a N., a M. e o G. tinham ainda sessão em grupo também semanalmente.

Em janeiro, foi ainda proposto, às estagiárias da instituição a criação de grupos terapêuticos, de forma a haver uma junção de três áreas, as quais se podem complementar (psicomotricidade, psicologia educacional e educação social). Estes dois grupos iniciaram em meados de março, tendo as estagiárias alternando as sessões entre si de semana para semana, para que as quatro não estivessem sempre presentes.

De forma a expor as etapas de intervenção e as atividades realizadas, durante o período de estágio, foi realizada a tabela 2.

**Tabela 2**

*Calendarização das atividades realizadas no período de estágio*

Tarefa/Meses	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.	
Estágio Curricular										
Integração na equipa										
Observação Psicomotora										
Avaliações iniciais										
Intervenção psicomotora										
Atividades complementares										
Grupos Terapêuticos										
Avaliações finais										

Para além disso, é de destacar que ao longo deste período, o horário foi flexível, tendo sido elaborado pela orientadora local. Este foi-se ajustando consoante os horários escolares e as atividades/tarefas diárias e tendo em conta as atividades extracurriculares das crianças, bem como as atividades desenvolvidas na instituição e outros acompanhamentos terapêuticos que as crianças poderiam ter. Dessa forma, o horário semanal foi o representado na tabela 3, tendo a sessão individual com a L. acabado e iniciado as sessões terapêuticas em grupo (junção das três áreas).

**Tabela 3**

*Horário Semanal das atividades de estágio*

Horas	Segunda	Terça	Quarta	Quinta
9h45-11h15		Reunião Semanal de Planificação		
10h00-13h00			Reunião de equipa CAR I	
13h00-14h30		Almoço	Almoço	
14h30-15h30			Sessão Individual - L.	
15h00-16h00				
16h00-17h00	Apoio ao estudo - E.	Sessão Individual - M..		Supervisão de visita M.
17h00-18h00	Sessão Individual - L.	Sessão Individual - G		
17h30-18h30			Sessão Individual - N.	Grupo Terapêutico A. – M., E., A., T. e Aa.

#### 4.1.1 Experiências e Atividades Complementares

No estágio curricular, foram realizadas atividades institucionais para além das realizadas em contexto terapêutico (intervenção psicomotora), nas quais a estagiária foi elemento integrante, permitindo uma maior e mais diversificada experiência profissional e pessoal. Dentro dessas atividades estão incluídas:

- ⇒ **Reuniões de equipa do CAR I**, em que se discute situações relativas ao grupo de crianças da valência, com a respetiva equipa técnica semanalmente;
- ⇒ **Reuniões de planificação semanal**, onde é feita, com toda a equipa técnica da instituição, a planificação das atividades a serem realizadas durante a semana;
- ⇒ **Reuniões de coordenação mensais**, nas quais são discutidos vários assuntos referentes ao bom funcionamento da instituição, com toda a equipa técnica;
- ⇒ **Reuniões escolares**, que serviam para haver uma partilha mútua de informações entre professora e técnicas que acompanham a criança
- ⇒ **Supervisões de visita**, nas quais se observava e registava a interação e outros comportamentos durante visitas de familiares realizadas às crianças;
- ⇒ **Participação nas rotinas das crianças**, como por exemplo brincar com o grupo quando este se encontrasse em casa ou quando chegasse da escola, bem como ajudar as auxiliares nas tarefas a realizar, ou seja, dar apoio nas tarefas do quotidiano;
- ⇒ **Elaboração de relatórios de avaliação**, onde consta o motivo da avaliação, informações pertinentes da criança, os instrumentos de avaliação utilizados e os resultados obtidos na avaliação realizada, bem como conclusões e recomendações para determinada criança;
- ⇒ **Atividades lúdicas e expressivas em pausas de avaliações intercalares e interrupções letivas**, como por exemplo jogos de equipa e competição, pinturas com as mãos, cozinhar para aprender, *peddy paper*, entre outros;
- ⇒ **Apoio ao estudo**, em que se dava auxílio na realização dos trabalhos de casa ou no estudo para os testes de avaliação;
- ⇒ **Realização de sessões de psicomotricidade para adultos**, em conjunto com a orientadora local foram dinamizadas sessões de psicomotricidade nas reuniões de coordenação mensais com a equipa técnica de forma a dar a conhecer um pouco da área e do que o/a psicomotricista pode fazer e trabalhar, seguindo-se de uma apresentação em PowerPoint na última sessão dada;
- ⇒ **Supervisão de técnicos da Associação**. Nestas reuniões foram discutidos casos das várias valências da instituição, sendo dados ainda feedback como intervir ou refletir sobre determinado caso;

- ⇒ **Desenvolvimento de sessões de estimulação psicomotora.** Estas sessões tinham como base técnicas de estimulação multissensorial, para aquisição dos marcos de desenvolvimento;
- ⇒ **Intervenção de acompanhamento – Projeto “Ensina-me a voar sozinho”**, este decorreu do projeto final de licenciatura da estagiária de educação social, tendo sido proposto pela equipa técnica da instituição que as quatro estagiárias de três áreas diferentes (psicomotricidade, psicologia e educação social) desenvolvessem este mesmo projeto em conjunto. Dessa forma foram criados dois grupos terapêuticos com o objetivo geral de se fornecer as ferramentas pedagógicas necessárias a estas crianças, de modo a serem cidadãos mais autónomos e conscientes aquando da entrada na vida adulta. Nestes grupos foram realizadas atividades que promovessem a autonomia, a cooperação em grupo, a partilha, a identificação e expressão de sentimentos e emoções. Dentro deste projeto, e durante as férias da Páscoa, foram feitas atividades e visitas a diferentes locais de forma que as crianças tivessem a oportunidade de contactar com algumas profissões, conhecendo um pouco mais de cada uma, tais como: PSP, GNR, pasteleiros/as, professoras de dança (contemporâneo, danças do mundo, dança criativa), queijeiros/as, museólogo/a.

#### **4.2 Intervenção Psicomotora**

A intervenção psicomotora ao longo do período de estágio incidiu numa metodologia focada na criança, no seu contexto, nos seus interesses e motivações, de forma a proporcionar uma intervenção o mais completa possível, tendo como objetivo o bom desenvolvimento da criança. Desta forma, a criança vai conseguir estabelecer o seu espaço, ganhar confiança e segurança, apoderando-se dos objetos e materiais, despertando assim a sua curiosidade, criatividade e gesto espontâneo (Costa, 2008).

Para ambos os casos escolhidos e expostos no presente relatório, a intervenção teve como base a importância da relação, do jogo (sensório-motor, espontâneo, simbólico e psicomotor) e do brincar, conceitos estes que estão interligados entre si, sendo por isso os principais mediadores em psicomotricidade. A criança, no seu impulso de Ser, utiliza, como instrumento de construção da sua existência, o brincar, o qual lhe permite experimentar estados mentais e comportamentos num ambiente seguro e onde não precisa de se preocupar com o impacto sobre si mesma e sobre os outros (Gutierrez Filho, 2003, cit por Fernandes et al., 2018). Por sua vez, o jogo permite-lhe também modular, até mesmo modificar os seus estados mentais e os comportamentos relacionados a eles com vistas a uma melhor adaptação (Terradas et al., 2019).

As sessões foram semi-dirigidas, permitindo haver flexibilidade para ir de encontro aos interesses da criança, dando-lhe oportunidade para decidir ao que quer brincar e para expor as suas ideias e sugestões na realização de uma atividade proposta pelo adulto. O adulto provocava ainda situações lúdicas e dinâmicas, com o objetivo da criança jogar com o corpo em movimento,

relevando quem é e trazendo à tona os seus sentimentos, emoções, dificuldades e potencialidades (Vieira, 2009). Aos poucos, e ao longo da intervenção introduziu-se também, em ambos os casos, momentos de relaxação, que permitiram às crianças encontrarem-se consigo mesmas ou com o outro evocando imagens mentais de pessoas, lugares, músicas, cheiros e relações integradas no tempo e no espaço de algo a ser conhecido, mas também de um EU, um self no ato de conhecer (Vieira, 2009).

Estas sessões ocorreram nas salas destinadas para a terapia, como já referido anteriormente, sendo utilizados vários materiais lúdico-pedagógicos existentes na instituição e outros materiais construídos pela estagiária. Estes objetos utilizados, tornam-se muito importantes, pois são usados para facilitar o contacto com a criança, tornando-se por isso mediadores da relação, relação esta entre o corpo da criança e o corpo do adulto (Vecchiato, 2022). As bolas, os arcos e os cones foram materiais utilizados na maioria das sessões, tendo cada um deles o seu propósito. As bolas ao serem utilizadas estimulam o movimento e o desenvolvimento da ação de todo o corpo, sendo muitas as possibilidades de as utilizar, sendo que o jogo de bolas favorece ainda o encontro com os colegas e, por isso, o desenvolvimento da socialização e da colaboração entre eles. Por sua vez, os arcos podem estimular o jogo sensório-motor, tendo as crianças a possibilidade de os fazer rolar ou lançar, entrar e sair deles, saltar, entre outras possibilidades que ajudam a criança a melhorar o controlo do seu corpo. Os cones são objetos que se prestam muito para serem manipulados, desenvolvendo o jogo sensório-motor, que permite serem usados de diversas formas, proporcionando momentos de colaboração e socialização (Vecchiato, 2022). Para além disso, em ambos os casos, utilizou-se a pintura com os dedos e a massinha de modelar, pois de acordo com Vecchiato (2022), faz evoluir a motricidade para outras formas de expressão (gráfico pictórico).

Cada criança dos estudos de caso (M e G) realizou sessões individuais uma vez por semana e em pequeno grupo, também uma vez por semana. As sessões de grupo seguiram uma metodologia muito parecida à das sessões individuais, sendo valorizado jogos de cooperação e entreajuda, bem como jogos de competição de forma a trabalhar-se alguns dos objetivos delineados para o grupo como por exemplo: diminuir os momentos de frustração, promover a resolução de problemas e melhorar o controlo dos impulsos. Para além disso, e segundo Costa (2017), o trabalho em grupo promove a capacidade expressiva dos indivíduos e a capacidade de autoconfiança; reforça a autoestima; estimula a autorregulação comportamental, com redução dos níveis de impulsividade e instabilidade psicomotora; aumenta a tolerância à frustração; estimula a expressão e exteriorização de medos, fantasias e preocupações, promove a capacidade de reflexão e fomenta a necessidade de utilizar, partilhar e respeitar regras. Por isso, estas sessões em grupo terem sido muito importantes tanto para a M., como para o G.

Tanto as sessões individuais como a de grupo tiveram uma duração entre os 45 e 60 minutos, sendo as sessões semiestruturadas, seguindo estas uma determinada ordem: ritual de entrada (diálogo inicial), onde se questionava a criança sobre a sua disposição para a sessão e

sobre o seu dia; posteriormente atividades fundamentais, nas quais foram trabalhados os objetivos delineados para cada caso; e por fim o retorno à calma onde que incluiu um momento de relaxação e o diálogo final, no qual se relembra as atividades realizadas na sessão, perguntando-se ainda à criança qual a atividade que mais ou menos gostou e porquê.

Para além das sessões com os estudos de caso, foram acompanhadas mais duas outras crianças (que acabaram por sair da instituição). A estagiária avaliou ainda uma criança, a pedido da equipa técnica, tendo a psicomotricista da instituição realizado a intervenção. Finalmente ainda integrou um grupo terapêutico criado pelas quatro estagiárias do CAR I com duas áreas para além da psicomotricidade, como já mencionado anteriormente no tópico “Atividades Complementares”, tendo estas sessões também uma periodicidade semanal, todas as quintas-feiras.

#### **4.3 Etapas de processo**

Durante o período de estágio, foram seguidas várias etapas de intervenção, as quais foram transversais a todos os casos, apesar do seguimento de cada caso ter sido feito de forma individualizada. Ao seguir estas etapas, consegue-se assim realizar uma intervenção benéfica e eficaz, na medida que estas orientam e direcionam a intervenção psicomotora para as características, dificuldades e competências da criança, tendo por isso resultados significativos na criança com que se está a intervir.

Antes de começar a intervenção propriamente dita, iniciaram-se os primeiros contactos com o grupo de crianças do CAR I. Durante este período, a estagiária, foi ajudando e observando a dinâmica da casa bem como interagindo com o grupo no seu contexto habitual através de brincadeiras, jogos, apoios ao estudo e tarefas do quotidiano. Esta etapa durou aproximadamente um mês, tendo sido fundamental para se estabelecer uma boa relação terapêutica com o grupo, a qual é essencial ser construída com estas crianças (Costa, 2008), mostrando o adulto estar disponível para a construção dessa mesma relação (Strecht, 1998). Este estabelecimento da relação é um elemento fundamental no processo psicoterapêutico, pois é visto como uma pré-condição para que esse mesmo processo se possa estabelecer, sendo por isso considerado uma das variáveis relacionadas tanto à adesão quanto ao resultado do tratamento (Oliveira & Benetti, 2015).

Para além disto, no decorrer deste período, iniciou-se também a **avaliação inicial informal**, ou seja, a observação psicomotora dos casos atribuídos pela orientadora local e pela equipa à estagiária e a construção das anamneses, as quais tiveram como base informações retiradas maioritariamente dos processos de cada criança, visto que neste contexto não é possível fazer a entrevista inicial que seria direcionada aos pais ou aos cuidadores da criança. Contudo, conseguiu-se obter informações sobre a história do desenvolvimento de cada estudo de caso, tomando ao mesmo tempo conhecimento de acontecimentos que podem permitir

compreender melhor a organização eventual das disfunções ou problemáticas de cada uma destas crianças (Almeida, 2008).

Desta forma, começou-se a construção de um olhar psicomotor na observação individual de cada criança, permitindo esta etapa retirar dados qualitativos acerca dos principais comportamentos, características e necessidades da criança. Esta etapa é de extrema importância, visto que contribui para o terapeuta habituar-se a parar, observar e escutar, procurando colocar-se no lugar do outro, de forma a compreender como cada criança se está a sentir, qual e como pode ser o significado da sua expressão, isto para ser capaz de oferecer uma resposta que ajude a criança a evoluir a partir do relacionamento afetivo que vai acontecendo entre ambos (criança e terapeuta) (Rodríguez & Llinares, 2008). Nesta observação é assim igualmente importante perceber a criança na dinâmica global da relação, realizando-se uma leitura corporal da sua expressividade a partir das relações não-verbais que ela estabelece consigo própria, com os outros e com os objetos (Mira & Fernandes, 2016). Isto para se perceber o investimento e utilização que esta faz do lugar (espaços e tempo), dos materiais/objetos (forma e como os utiliza) e das pessoas (capacidade para manter relações e interagir com os outros) (Rodríguez & Llinares, 2008). Por tudo isto, é fundamental observar para depois se poder intervir, tendo-se como objetivo a promoção e melhoria da organização neuropsicomotora do indivíduo, no maior número de situações e contextos possíveis (Fonseca, 2001), isto é, promover melhorias ao nível dos atrasos no desenvolvimento motor, relacional e cognitivo da criança, bem como proporcionar evoluções quanto à sua autonomia (Costa, 2008; Mastrascusa, & Franch, 2016; Vieira et al., 2005)

Realizada esta **avaliação informal**, refletiu-se sobre quais os instrumentos a utilizar para cada caso, tendo em conta a faixa etária e as características de cada criança. Sendo assim, esta avaliação formal inicial, decorreu nas primeiras semanas de novembro, onde foram recolhidos dados quantitativos e qualitativos relevantes, para construção de um perfil de competências psicomotoras e caracterização psicoafetiva da criança (Pitteri, 2004). Com isto, conseguiu-se passar para a etapa seguinte, ou seja, a construção e desenvolvimento dos projetos pedagógico-terapêuticos, os quais tem como objetivo definir uma intervenção adequada a cada caso, de forma a haver diminuição dos sintomas e a adaptação da criança.

Na elaboração destes projetos, foi essencial fazer a interpretação dos dados obtidos na avaliação, de forma a formular as hipóteses explicativas, bem como focar nos fundamentos teóricos que permitiram compreender porque é que o indivíduo apresenta determinadas dificuldades, problemas ou perturbações psicomotoras (Fonseca, 2001). Esta etapa, contribui então para determinar o perfil intraindividual da criança, que deve ser estruturado em áreas específicas de integridade (fortes) e de dificuldade (fracas), garantindo isto simultaneamente uma avaliação dinâmica do potencial de aprendizagem da criança (Fonseca, 1987). Por isso, esta etapa é igualmente importante ao longo de todo o processo, pois ajuda a compreender o funcionamento dinâmico e integrado da criança, nas suas diferentes áreas de funcionamento psicomotor, afetivo, emocional, social, cognitivo, bem como os recursos que estão ao seu dispor

(Almeida & Morais, 2013). Isto contribui assim para estabelecer a tipologia da intervenção a ser realizada com determinada criança, bem como os objetivos e as estratégias a utilizar, visto que permitem uma melhor planificação e progressão da intervenção (Maximiano, 2004).

Passando por todas estas etapas, iniciaram-se assim as intervenções psicomotoras com os quatros casos individuais atribuídos, acrescentando a intervenção em grupo. Apesar destas sessões se terem iniciado relativamente no mesmo espaço de tempo, dois casos tiveram uma duração mais curta que o previsto, por terem regressado ao meio familiar. Apesar disso, a estagiária teve oportunidade de no mês de dezembro e janeiro fazer a avaliação inicial a uma criança que tinha ingressado há um mês na instituição, não tendo seguido com esse caso, pelo facto da criança já estar a ser acompanhada pela psicomotricista da instituição. Em março, começou-se assim a intervir com um novo caso, tendo esse bebé sido avaliado anteriormente pela psicomotricista e posteriormente pela IP. Como já mencionado, não foram realizadas as etapas iniciais, e começando-se assim a intervenção, isto porque a relação já estava também estabelecida com este bebé.

Por fim, e para concluir este processo de intervenção, foi efetuada uma reavaliação da intervenção (avaliação final) e do projeto terapêutico, através da aplicação dos mesmos instrumentos utilizados inicialmente, de forma a poder-se comparar os resultados iniciais e finais e perceber a evolução do desenvolvimento global da criança e a eficácia da intervenção (Antunes & Duarte, 2003). Esta reavaliação (avaliação final) e de acordo com Fonseca (2007), permite reconhecer a qualidade da intervenção ou a necessidade de se fazer reajustes na mesma, tendo sempre em consideração as necessidades e características específicas da criança. Por outras palavras, tem como finalidade permitir avaliar a coerência do modelo de intervenção e da relação intrínseca das suas várias estratégias encadeadas e interdependentes (Fonseca, 1987). Com isto, no último mês de estágio foi feito de forma gradual o afastamento da estagiária às crianças, preparando de certa forma estas para a saída desta figura da instituição.

#### **4.4 Descrição dos Instrumentos de avaliação**

##### **4.4.1 Modelo de Observação Individual**

É através da observação e análise do jogo e das atividades lúdicas que dele se desenrolam e do brincar espontâneo da criança, que é possível descobrir-se aspetos essenciais da evolução da criança. Por exemplo, através dos seus movimentos, gestos, uso de objetos, espaço, relacionamento com outras crianças e adultos; a criança expressa e projeta a história de prazer e desprazer vivenciada nos seus primeiros anos de vida. Desta forma, a observação constitui-se como o ponto de partida da prática psicomotora (Sánchez & Martínez, 2000).

O Modelo de Observação Individual de Sánchez, Martínez e Peñalver (2003) é apresentado em forma de grelha, permitindo registar o que foi observado durante a sessão de psicomotricidade através do jogo e atividades espontâneas da criança. A elaboração desta grelha/modelo partiu do conceito de unidade funcional da criança (Wallon, 1979 cit por Sánchez



& Martínez, 2000), tendo em atenção a influência que todos os aspetos referidos a seguir exercem sobre ela: a criança e o movimento, a criança e o espaço; a criança e o tempo, a criança e os objetos e por fim a criança e os outros (crianças e adultos) (Sánchez & Martínez, 2000).

Esta grelha está dividida por fatores: **movimento**, o qual permite observar se a criança se sabe movimentar, a qualidade do seu movimento, coordenação, velocidade, equilíbrio, ritmo, dominância lateral, coordenação oculomanual, estereotípias, manifestação de prazer/desprazer e mobilidade do corpo; **gestualidade** ao nível facial, corporal e empático; **postura**, através da observação do tónus postural, das preferências posturais e da adaptação postural; **tónus**, de base e em movimento também possíveis de serem observados; o **espaço**, no qual se observa como a criança explora esse espaço, como se orienta nele e se estrutura dentro desse mesmo espaço, que espaço ocupa e a relação entre o seu próprio espaço e o dos outros; **tempo**, observa-se o ajuste aos tempos da sessão, a presença ou ausência de ruturas, o ritmo individual/compartilhado e quanto tempo a criança utiliza cada espaço; **interação com os objetos**, observa-se as qualidades preferidas, a sua utilização, o respeito aos outros e o significado que dá aos objetos; **relação e atitudes perante os outros, pares e adultos** e por fim tenta-se observar as **representações gráficas**, com construções e modelagem (Sánchez et al., 2003)

#### 4.4.2 Inventário de Desenvolvimento Battelle – 2ª Edição

O Inventário de Desenvolvimento Battelle permite avaliar as habilidades fundamentais do desenvolvimento de bebés e crianças desde o nascimento aos oito anos de idade (Newborg et al., 2011); sendo isto considerado uma das vantagens do instrumento (Berls & McEwen, 1999). Segundo estes autores, a ampla faixa etária ao facilitar comparações longitudinais da mesma medida por um período mais longo do que é possível com a maioria dos outros testes, torna-se por isso uma outra vantagem. Este instrumento determina assim se as crianças estão a atingir os marcos de desenvolvimento esperados para a idade (Vieira, 2019).

Este é um teste abrangente de desenvolvimento, composto por cinco áreas do desenvolvimento infantil: Pessoal e Social, Adaptativa, Motora, Comunicativa e Cognitiva; sendo que o início do processo para cada subdomínio é definido pela idade ou pelo nível de capacidade estimado para o bebé ou criança (Vieira, 2019). Cada um destes domínios é dividido em subdomínios, que podem ser pontuados separadamente (Berls & McEwen, 1999).

Para além disso, o Battelle caracteriza-se por ser flexível, ter a possibilidade de ser aplicado tanto na totalidade como na versão abreviada (formato de rastreio), não perdendo a fidelidade. Por fim, inclui três tipos de procedimentos para a recolha dos dados, ou seja, três formatos de administração: exame estruturado, observação da criança no seu contexto habitual e recolha de informações/entrevista, através dos seus cuidadores, professores, ou outros de interesse relevante (Vieira, 2019). A disponibilidade destes formatos de teste aumenta a probabilidade de as crianças poderem receber a pontuação mais alta possível para todas as

habilidades que podem realizar. Por exemplo, se uma criança não tiver um bom desempenho ou se recusar a realizar atividades durante o formato de administração estruturada, o examinador pode perguntar aos pais ou professores da criança se a criança é capaz de realizar determinadas tarefas, sendo isso um benefício deste inventário (Berls & McEwen, 1999). Para facilitar a administração deste, os itens são ainda apresentados num formato padronizado que especifica o comportamento a ser avaliado, os materiais necessários, os procedimentos de administração e os critérios para pontuação da resposta (Newborg, et al., 2011).

A aplicação do Battelle completo, pode levar entre uma hora e uma hora e meia, dependendo da idade e maturidade da criança. Esta aplicação pode assim ser feita em vários dias, se necessário; sendo, contudo, aconselhável que esta seja realizada no menor número de sessões possível (Newborg et al., 2011). Relativamente à pontuação, os itens são pontuados num sistema de 3 pontos, sendo que uma pontuação de 2 indica que a resposta da criança atende aos critérios especificados; uma pontuação de 1 que a criança tentou o item, mas não atendeu a todos os critérios e por fim uma pontuação de 0 quando a resposta está incorreta ou não há resposta ou oportunidade de responder (Berls & McEwen, 1999). Desta forma, Berls e McEwen (1999) destacam que o tempo de aplicação do instrumento, bem como a demora a cotar todos os itens, podendo haver erros se não houver antes uma aprendizagem e treino sobre o mesmo, torna-se uma desvantagem deste instrumento.

Por fim, os resultados da avaliação poderão determinar se existem atrasos e quão significativos são quando comparados com outras crianças da mesma faixa etária da criança avaliada (Vieira, 2019). Através deste é assim possível traçar o perfil dos resultados de domínio e subdomínio, comparando pontos fortes e fracos em várias áreas; podendo esses perfis ser usados para ajudar a determinar se o défice de uma criança é devido a deficiências em todas as áreas do desenvolvimento ou numa área específica (Berls & McEwen, 1999).

#### **4.4.3 Draw a Person (DAP)**

O instrumento de avaliação DAP, é um sistema de avaliação do desenho da figura humana, sendo uma medida adicional e complementar ao nível do desenvolvimento intelectual, debruçando-se particularmente sobre o nível de integração cognitiva do próprio corpo e da imagem e esquema corporal da criança sobre a figura feminina e masculina. Este instrumento é então usado para avaliar crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos de idade, através do desenho da figura humana, ou seja, é pedido à criança/adolescente que faça três desenhos; o do “Homem”, da “Mulher” e do “Próprio”, com a duração máxima de 15 minutos (5 minutos para cada desenho) (Naglieri, 1988).

Relativamente à cotação, este instrumento é organizado em 3 componentes (critérios, categorias e itens). Na componente de critérios, existem 14 critérios (12 partes do corpo, as suas ligações e vestuário), que são cotados segundo características ou itens específicos do desenho. Os itens, englobam então 4 categorias, como: detalhe, presença, proporção e bônus (Naglieri,

1988). Assim, para cada desenho existem 64 itens, correspondendo a um total de 64 pontos, com pontuação final de 192, ou seja, a soma dos 3 desenhos (Naglieri, 1988). Feita a cotação dos resultados obtidos, vai-se corresponder esses resultados com os valores brutos de cada desenho, convertendo-se assim o resultado total num valor padronizado e num percentil, através das tabelas normativas. Esses valores, são ainda classificados em: “muito superior”, “superior”, “superior à média”, “na média”, “inferior à média”, “no limite” ou “deficiente” (Naglieri, 1988). Para concluir, o DAP apresenta uma pontuação objetiva, eficiente e com maior fiabilidade na avaliação do desenho da figura humana das crianças e adolescentes, pretendendo obter-se a aproximação ao nível de desenvolvimento cognitivo da criança e não à sua capacidade artística. Contudo, este instrumento, apesar de ser importante na intervenção psicomotora, ainda não foi validado à população portuguesa, pelo que se usam os dados obtidos da população americana (Naglieri, 1988).

#### **4.4.4 Teste de Desenvolvimento de Integração Visuomotora (Beery VMI)**

O Teste de Desenvolvimento de Integração Visuomotora (The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration – Beery VMI), criado por Keith Beery em 1992, e traduzido para a população portuguesa por Ferreira em 2016 (versão utilizada), é um instrumento de avaliação não verbal que permite avaliar a maturação da integração visuomotora do indivíduo, ao nível da competência grafomotora, da percepção visual e da coordenação motora geral (Beery & Beery, 2006).

Este teste, é constituído por três testes: o da integração visuomotora (IVM), o qual consiste em reproduzir formas geométricas, as quais estão organizadas por ordem crescente de dificuldade, aumentando por isso a complexidade das mesmas; o da percepção visual (PV), onde o indivíduo deverá reconhecer as mesmas figuras disponibilizadas anteriormente na mesma ordem, contudo, em menor tamanho e mais próximas entre si, tendo este que identificar entre figuras semelhantes, aquela que é exatamente igual à apresentada no local destacado; por fim o da coordenação motora (CM), observa-se o controlo dos movimentos dos dedos e da mão, ao exigir do indivíduo ligar os pontos que estão dentro das figuras geométricas sem ultrapassar o contorno destas (Beery & Beery, 2006).

Para além disso, é composto por duas versões, a versão reduzida, destinada a crianças entre os 2 e os 7 anos de idade e que possui 21 itens com as 15 primeiras figuras geométricas apresentadas na versão completa e a versão longa ou completa que pode ser aplicada desde os dois anos até aos 100 anos de idade, possuindo esta 30 itens com 24 figuras geométricas. Este, pode ser aplicado tanto individualmente como em grupo, tendo uma duração média de 10 a 15 minutos. Contudo, os autores sugerem que os testes suplementares (PV e CM) sejam aplicados individualmente caso os indivíduos apresentem resultado abaixo da média no teste de VMI (Beery & Beery, 2006).

Tanto para a aplicação do teste de PV e CM, é necessário cronómetro, pois a partir do item 7, começa-se a contar 3 e 5 minutos, respetivamente, para a finalização do teste. Na correção dos testes não são pontuadas as figuras desenhadas ou itens corretos após três erros consecutivos ou até expirar o tempo limite de aplicação de cada teste. Apesar disso, em todos os testes do Beery VMI, a pontuação máxima possível (resultado bruto) é de 30 pontos, tendo de se ter especial atenção à cotação do teste de integração visuomotora sendo necessário consultar o manual, pois cada item é cotado de forma específica. Por fim, os resultados são convertidos num valor padronizado e num percentil através da consulta de tabelas normativas. Para concluir, é ainda importante que se tenha em conta a ordem correta de aplicação de todo o teste: integração visuomotora, percepção visual e coordenação motora, visto que a sua alteração pode afetar o resultado (Beery & Beery, 2006)

#### **4.4.5 Bateria de Avaliação do Movimento para crianças - 2 (MABC-2)**

A Bateria de Avaliação do Movimento para crianças - 2 (*Movement Assessment Battery for Children 2nd Edition* – MABC-2) de Henderson, Sugden e Barnett (2007), traduzida e validada para a população portuguesa por Matias, Martins e Vasconcelos (2011), sendo esta a versão utilizada, permite avaliar as competências motoras de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos. Esta bateria é composta por três bandas de idade que incluem as mesmas categorias de tarefas (destreza manual, atirar e agarrar e equilíbrio); sendo que em cada banda as várias tarefas motoras finas e globais são ajustadas à idade da criança ou jovem. Por exemplo, a banda I permite avaliar crianças dos 3:0 aos 6:11 anos; a banda II dos 7:0 aos 10:11 anos e por fim a banda III dos 11:00 aos 16:11 anos (Henderson et al., 2007).

Esta bateria tem uma duração de aplicação de 20 a 40 minutos. Relativamente aos resultados, estes são obtidos através da conversão do resultado total num valor padronizado, que por sua vez é convertido num percentil, através da consulta de tabelas normativas. Para facilitar a análise e interpretação dos resultados, estes são expostos num “sistema semáforo”, dividido em três zonas, as quais evidenciam a presença ou ausência de dificuldades no desempenho motor. A zona verde, corresponde a uma pontuação total acima de 67 pontos; a zona amarela, varia entre 57 e 67 pontos inclusive e, por fim, a zona vermelha, corresponde a uma pontuação total até 56 inclusive. Se a criança se encontrar na zona verde, quer dizer que não foram apresentadas dificuldades na execução de movimentos, ou seja, encontra-se dentro do normal e expectável para a sua faixa etária; na zona amarela, a criança demonstra ter alguma dificuldade na execução de movimentos, estando por isso em risco, requerendo maior análise e monitorização; por fim na zona vermelha, a criança revela dificuldade significativa na execução dos movimentos, evidenciando-se muito possivelmente um problema motor sério (Henderson et al., 2007; Matias et al., 2011).

#### **4.4.6 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)**

O SDQ foi desenvolvido e validado no Reino Unido por Robert Goodman, em 1997, sendo traduzido e adaptado para a população portuguesa por Fleitlich, Loureiro, Fonseca e Gaspar (2005). Contém três versões diferentes, sendo respetivamente a de “Autorrelato” (SDQ-SR) para crianças com idades entre 11 e 16 anos, a de “Relatório dos Professores” (SDQ-TR) e a versão “Relatório dos Pais” (SDQ-PR) para crianças com idades entre os 4 e 16 anos (Goodman, 1997). Este questionário tem como objetivo avaliar os comportamentos sociais adequados (capacidades) e não adequados (dificuldades) (Saud & Tonelotto, 2005), contendo vinte e cinco itens organizados em cinco subescalas. Estas estão definidas como indicadores de dificuldades, ao nível dos problemas emocionais, problemas comportamentais, hiperatividade, problemas de relacionamento com os colegas e comportamento pró-social. O questionário está organizado numa escala de três pontos tipo Likert (“não é verdade”, “é um pouco verdade”, “é muito verdade”) (Fleitlich et al., 2005).

A pontuação é feita pela soma de todos os itens de cada subescala, podendo esta variar entre 0 e 10. A pontuação total de dificuldades é obtida pela soma da pontuação total de todas as escalas, com exceção da escala pró-social, podendo por isso variar entre 0 e 40 (Goodman, 1997). Para além disso, engloba ainda uma escala sobre o impacto e sobrecarga que esses comportamentos podem ter nos outros.

Este instrumento de avaliação pode ser utilizado tanto em contexto de avaliação clínica, como instrumento de rastreio ou mecanismo de investigação de comportamentos, emoções e relações interpessoais de crianças e adolescentes (Portela, 2011). Dessa forma, oferece informação sobre o comportamento nos ambientes de vida mais importantes (escola e casa), possibilitando de forma breve o despiste para perturbações de externalização e internalização.

#### **4.5 Intervenção Psicomotora e Avaliação dos Casos Individuais e Grupais**

Para além dos dois estudos de caso aqui descritos ao pormenor, foram acompanhadas pela estagiária mais três crianças em sessões individuais e uma delas beneficiou ainda de sessão em grupo. Uma outra criança foi ainda avaliada pela estagiária, por pedido da equipa técnica da instituição, não se prosseguindo com o acompanhamento a esta criança, pelo facto de esta já ter alguma relação com a psicomotricista da instituição e não haver assim uma troca de terapeuta, pois a intervenção já estava a decorrer.

##### **4.5.1 Em contexto individual**

###### **➤ N. e L.**

Ambas as crianças são do sexo feminino e de etnia cigana. A N. tem 5 anos de idade, está na instituição há um ano e frequenta o pré-escolar. A L. tem 10 anos, frequenta o 5º ano de escolaridade e esteve na instituição durante 10 meses, regressando aos cuidados do pai ao fim

desse período. Estas meninas têm ainda um irmão do lado da mãe, com o qual mantêm contacto, tendo a N. uma irmã mais nova (filha do pai de N. e da sua companheira, a qual tem, ainda, uma filha com deficiência mental).

A retirada destas crianças à família deveu-se ao facto de L. ter reportado o abuso sexual de que foi vítima por parte do padrasto a uma funcionária da escola onde estava, pelo que foi logo acionado todo o processo para serem retiradas à mãe. Este padrasto era agressivo, batia nas crianças (meninas) e na mãe destas, sendo que os filhos deste também lhe foram retirados.

Quando chegaram à instituição apresentavam sinais evidentes de negligência ao nível dos cuidados básicos, tais como: odor corporal e cabelo com inúmeros parasitas. Viviam numa casa com falta de condições, sem água e dormiam numa dispensa. Atualmente, a mãe destas crianças está em prisão domiciliária, por ter sido cúmplice ao consentir os atos praticados pelo seu companheiro à L., não a protegendo nem ajudando desta situação de abuso, mesmo a filha lhe ter pedido “socorro”. Ambas mantinham contacto com a avó, tias e irmãs(o), os quais ligavam, frequentemente para saberem como estavam as crianças, sendo que o pai da N. liga-lhe todos os dias.

Estas meninas foram alvo de intervenção psicomotora por decisão da equipa técnica. A L. pelo motivo de que foi vítima, havendo aqui grande necessidade e preocupação da equipa por questões ao nível do corpo (imagem, noção e consciência corporal), fatores estes que foram trabalhados com a criança e outras questões ao nível da expressão e identificação de sentimentos e emoções, bem como estimular e aumentar o seu vocabulário e discurso. Por outro lado, a N. usufruiu de sessões de psicomotricidade como forma de a estimular para aquisição de competências que ainda não estavam desenvolvidas, como por exemplo o desenho da figura humana (a qual não se percebia) e ainda ajudá-la com dificuldades observadas ao nível psicomotor, nomeadamente na estruturação espaciotemporal, coordenação, equilíbrio e lateralidade; ao nível das competências sociais (partilha de brinquedos com os pares) e autorregulação.

A intervenção com a N. começou por ter um carácter livre, de forma a criar-se uma boa relação terapêutica e fazer com que a criança se sentisse motivada e interessada nas sessões. Isto porque a criança apresenta uma personalidade forte, gostando de ter o controlo sobre o que faz, tendo ao início de se fazer o que e como ela queria, não aderindo facilmente a atividades novas. Ao longo da intervenção, a criança foi permitindo que a terapeuta entrasse na sua brincadeira sugerindo-se novas atividades, as quais foram sendo aceites e realizadas pela criança com entusiasmo. Inicialmente a lentidão motora observada na N., na execução de tarefas mais complexas, como por exemplo dupla tarefa, foi diminuindo ao longo das sessões.

Por outro lado, a L. usufruiu de uma intervenção direcionada para a consciência do seu corpo, da sua imagem e esquema corporal, como já mencionado, privilegiando-se nestas sessões a utilização do movimento e da expressão corporal como base da intervenção, bem como momentos de reflexão, simbolização e consciencialização, os quais eram muito

importantes para a criança se conseguir exprimir e assimilar tudo o que estava a vivenciar. Estas sessões foram importantes para L. visto que a mesma não tinha ligação com o seu corpo, nem noção de que o corpo era seu e que era ela que tinha poder sobre ele; não conseguindo expressar o que estava a sentir. Achou-se assim pertinente não realizar uma avaliação formal, mas sim avaliação informal (observação psicomotora) com a L. visto que estas questões seriam mais urgentes e importantes a serem trabalhadas. Apesar do curto tempo de intervenção foram observadas melhorias na L. nomeadamente na expressão dos sentimentos e emoções, na forma como olhava e pensava sobre o seu corpo, observando-se ainda um aumento do seu vocabulário e discurso e ainda uma melhor capacidade para refletir sobre o que sentia e sobre questões ao nível do seu próprio corpo.

Devido à saída destas duas crianças da instituição não foi possível a realização da avaliação final formal (quantitativa), sendo a progressão de ambas observada ao longo das sessões realizadas.

#### **Tabela 4**

*Descrição dos resultados da avaliação inicial e final da N. (síntese)*

Instrumentos de Avaliação	Avaliação Inicial (AI)	Avaliação Final (AF)	Progressão Terapêutica
Inventário de Desenvolvimento Battelle	Pessoal e social: 43 meses Adaptativa: 46 meses Motricidade global: 47 meses Motricidade fina: 43 meses Matora: 45 meses Linguagem recetiva: 42 meses Linguagem expressiva: 47 meses Comunicação: 42 meses Cognição: 48 meses Idade equivalente global: 44 meses (3 anos e 8 meses)		
VMI	Integração Visuomotora: percentil 5 Perceção Visual: percentil 0,02 Coordenação Motora: percentil 1 (abaixo da média)		
DAP	Homem: percentil 55 Mulher: percentil 63 Próprio: percentil 42 (na média)		

**Avaliação formal pedida pela equipa técnica**, para uma avaliação global da criança (o E.) com o intuito de compreender o seu desenvolvimento e, posteriormente, combater algumas dificuldades existentes.

E. tem 7 anos, frequenta o 1º ano de escolaridade e encontra-se institucionalizado desde novembro de 2022. Tem uma irmã mais nova, também esta institucionalizada na mesma casa. O motivo do acolhimento decorreu da verbalização de E. à tia do abuso sexual realizado pelos

pais, pelo que esta apresentou queixa da ocorrência, tendo a retirada das crianças acontecido no próprio dia. A mãe foi imediatamente detida, estando o pai a cumprir prisão domiciliária por fogo posto. Ambos foram acusados pela prática de vários crimes de abuso sexual de crianças agravados, estando estes atualmente em liberdade a aguardar julgamento. São desconhecidos familiares ou pessoa disponível que se encontrem aptos e que reúnam as condições necessárias para prestar apoio e cuidados necessários à satisfação das necessidades destas crianças, de modo que lhe sejam proporcionados um ambiente estável e securizante e um desenvolvimento sadio e equilibrado, nas vertentes física e psíquica.

Na observação psicomotora, observaram-se comportamentos primitivos e desajustados, talvez pela falta de estimulação e de desinvestimento na criança. O E. mostrou dificuldade em interagir com o adulto, distanciando-se, insultando-o e agredindo-o. Contudo, quando precisava de ajuda ou queria brincar, chamava o adulto, assumindo sempre uma posição de controlo. Revelou dificuldade em controlar os impulsos, gerir momentos de frustração (aumentava o tom de voz e atirava os objetos ao chão), em respeitar regras e em começar e terminar uma atividade/jogo/brincadeira. Ao nível psicomotor, apresentou dificuldades no equilíbrio, revelando uma boa coordenação motora, apesar dos seus movimentos serem bruscos e exagerados, não sendo capaz de controlar a força exercida nas tarefas. O E. apresentou ainda uma pega do lápis desadequada e desajustada dificultando-lhe a pintura de um desenho, a escrita e a elaboração do próprio desenho.

**Tabela 5**

*Descrição dos resultados da avaliação inicial e final do E. (síntese)*

Instrumentos de Avaliação	Avaliação Inicial (AI)
Inventário de Desenvolvimento Battelle	Pessoal e social: 43 meses Adaptativa: 44 meses Motricidade global: 44 meses Motricidade fina: 48 meses Motora: 45 meses Linguagem recetiva: 47 meses Linguagem expressiva: 47 meses Comunicação: 44 meses Cognição: 58 meses Idade equivalente global: 40 meses (3 anos e 4 meses)
VMI	Integração Visuomotora: percentil 0,06 Perceção Visual: percentil 2 Coordenação Motora: percentil 0,07 (abaixo da média)

#### **4.5.2 Em contexto grupo**

O grupo era constituído por três crianças (M., G. e N.) com idades compreendidas entre os 5 e os 7 anos de idade, tendo estes características e necessidades específicas, como já descrito de forma detalhada (M. e G.) e/ou sucinta (caso da N) ao longo do presente relatório. Dessa forma, achou-se pertinente trabalhar com o grupo várias competências importantes para



o seu normal desenvolvimento, nomeadamente ao nível psicomotor, cognitivo e socioemocional. Tudo isto foi então desenvolvido por meio de atividades lúdicas e expressivas que iam ao encontro dos interesses das crianças, bem como das competências a serem adquiridas enquanto grupo.

As sessões ocorreram semanalmente, tendo estas uma duração aproximada de 50 minutos. Os maiores desafios sentidos na intervenção com o grupo foi a gestão de conflitos e a agitação do grupo. O grupo revelou-se sempre bem-disposto e motivado para as sessões, não querendo por vezes que a mesma acabasse. Revelavam maior interesse por atividades que envolviam música, expressão corporal, circuitos psicomotores e jogos de cooperação. Em relação à progressão terapêutica, e através de observação informal, o grupo revelou melhorias ao nível da gestão dos conflitos entre si, maior cooperação entre eles, respeito pelas regras e limites, maior tempo de atenção e concentração, bem como melhorias individuais em cada um como se poderá observar na comparação dos resultados das avaliações iniciais e finais de cada caso mencionados no presente relatório.

## **Capítulo 5 - Estudo de Caso I**

### **5.1 Revisão teórica de suporte ao estudo de caso I**

O mais primitivo dos laços naturais é o que existe entre mãe e filho, visto que o ser humano ao nascer é completamente dependente da mãe (Silva et al., 2004). O desenvolvimento do bebê começa por isso mesmo com o estabelecimento de relação mãe-bebê. Esta é uma das necessidades que o bebê precisa de ver satisfeita, necessidade esta de estabelecer relações afetivas contínuas com figuras de referência (Brazelton & Greenspan, 2003). Ao sentir esta segurança desde o nascimento, o bebê irá assim crescer adequadamente (Silva et al., 2004).

Todo este processo é denominado de vinculação, a qual corresponde a um sistema motivacional relacionado com a procura e manutenção do contacto do bebê com o(s) cuidador(es) principal(is) (Bowlby, 1969). Nesta procura, existem comportamentos de vinculação que o bebê utiliza para informar a figura de vinculação do desejo de interação e que indicam as suas necessidades físicas e/ou sociais, as quais precisam de ser atendidas e que lhe permitem aproximar-se e seguir a figura de vinculação (Cassidy, 2016). Esses comportamentos são: chupar, chorar, agarrar, seguir, sorrir e vocalizar (Bowlby, 1969; Cassidy, 2016).

A estrutura psíquica de cada criança reflete a estrutura da família e da comunidade em que se criou (Santos, 2007). Por isso, a família (ou seu substituto) deve ser a referência básica das ligações emocionais de todas as crianças e adolescentes, na qual se desenvolve a forma como cada um se vê a si próprio e o que o rodeia (Strecht, 2008). É por isso de extrema importância estabelecer uma vinculação positiva de forma que a figura de vinculação seja entendida pelo bebê como uma fonte de segurança, providenciando por isso mesmo uma base segura a partir da qual o bebê pode explorar o mundo (Ainsworth et al., 2015).

Contudo nem sempre tal acontece, pois há bebês e crianças que crescem na ausência de bons modelos de referência ou na presença de modelos de referência negativos, o que traz diversas consequências no desenvolvimento das crianças (Brazelton & Greenspan, 2003; Strecht, 2001), pela carência e supressão de várias necessidades.

Destaca-se por isso mães com perturbação, as quais muitas vezes são incapazes de transmitir sensibilidade e responder às necessidades básicas do seu bebê, revelando dificuldade de se vincularem a este (Crestani et al., 2012). Torna-se assim importante considerar a influência dos sintomas maternos nas principais tarefas de desenvolvimento da criança (Kaufman et al., 2017), visto que a psicopatologia materna é vista como um fator de risco para perturbações na díade mãe-bebê e para diversas consequências e mau funcionamento em vários domínios no desenvolvimento da criança (Truquin, 2017).

### **5.2 Identificação e história pessoal**

A M. é uma criança de 7 anos de idade, que está institucionalizada desde 2015, tinha ela 18 meses. A criança foi retirada à família devido a negligência e más condições em casa, sendo

a quinta filha a ser retirada à mãe e institucionalizada. Atualmente a M. está a frequentar o 1º ano de escolaridade.

Ambos os pais têm doença mental, manifestando limitações ao nível das suas competências sociais e cognitivas (défice ao nível cognitivo). Demonstram instabilidade financeira e emocional, sendo que entre o casal, quando ainda tinham uma relação, havia conflitos e constantes mudanças de casa, chegando a existir violência doméstica por parte do pai de M. A mãe de M. foi seguida em psicologia e em psiquiatria, tendo passado por uma depressão e tentado suicídio com ingestão de medicamentos. Também ela esteve institucionalizada em adolescente, tendo se desenvolvido numa família destruída, em que o pai consumia muito álcool e exercia violência doméstica. A mãe de M. foi diagnosticada com Perturbação da Personalidade Antissocial com características psicóticas, apresentando um *locus* de controlo externalizado, irresponsabilidade e desresponsabilização, comportamento manipulativo, ausência de empatia e egocentrismo. A M. conhece o pai biológico há relativamente pouco tempo, o qual começou a visitar a criança regularmente a partir do dia que soube que tinha uma filha. O pai de M. tem ataques de pânico e ansiedade pelo que toma ansiolíticos. Fez internamentos por causa do álcool que consumia, não consumindo já há 15 anos. Apresenta ainda atraso ao nível do desenvolvimento, notório pela forma como se expressa.

Ao longo do tempo, foram dadas estratégias à mãe, pelo CAFAP e Segurança Social, a nível de limpeza e organização da casa assim como de cuidados a ter com a filha (cuidados de saúde, higiene, alimentação, horário de dormir). Contudo, e apesar disto esta não mudou os seus hábitos deixando a casa num estado inabitável, sem condições para o bom desenvolvimento da filha. Apesar de tudo isto, foi da vontade da mãe institucionalizar a filha até reunir condições para ficar com ela, o que se tornou aqui um fator protetor por saber que não possuía capacidades nem condições para assegurar os cuidados necessários para um desenvolvimento adequado da filha.

O retorno da criança à família tem demorado pelo facto de ter havido um agravamento da situação económica, habitacional e relacional ao longo do tempo. Atualmente a situação de ambos os progenitores está estável, tendo ambos demonstrado interesse e esforços para terem a guarda da filha, apesar de se encontrarem separados. A M., ao longo do tempo, foi estabelecendo uma boa relação com ambos os pais, sendo as visitas destes ainda um pouco materializadas. O pai revela dificuldades em estimular o desenvolvimento da filha, verbaliza muitas vezes a luta e todo o processo que está a fazer para ter a filha, de forma superficial e não concretizável, pelo que revela fracas competências parentais. Contudo, há um esforço por parte deste, percebendo as capacidades da filha e a sua personalidade. Apesar das visitas da mãe serem menos regulares, esta já é capaz de reconhecer as capacidades intelectuais e educativas associadas à idade da filha, encorajando o seu desenvolvimento nas diferentes áreas, reagindo positivamente às descobertas da filha.

A M. foi uma bebé desejada, tendo a gravidez corrido bem, nascendo esta de cesariana. Com três meses foi submetida a uma cirurgia à hérnia umbilical, recuperando como o expectável.

No dia do seu acolhimento chegou negligenciada ao nível dos cuidados de higiene (roupa imprópria, cheirava mal, unhas grandes e sujas e cabelo sujo) e chorava porque estranhava as pessoas, tendo as crises de choro agravado ao entrar na creche. Aquando do seu acolhimento, apresentava problemas de vinculação e dificuldade de separação, revelando um tique pelo que foi encaminhada para consulta de desenvolvimento, pois achava-se que poderia ser sintomas de epilepsia ou estrabismo, não se chegando a nenhuma conclusão. Atualmente continua a fazer esse tique. A M. realizou também avaliações por suspeita de atraso no desenvolvimento motor, tendo sido acompanhada pela terapia da fala, fisioterapia, educadora de ensino especial e intervenção precoce e pela psicomotricidade. Ao nível do desenvolvimento, apresentava dificuldade em todas as áreas de desenvolvimento com maior incidência a nível cognitivo, tendo ao longo do tempo conseguido evoluir, através de intervenção psicomotora, nas suas competências e capacidades para um bom desenvolvimento e maior estabilidade emocional. Atualmente, apresenta uma boa relação com os adultos e pares da sua faixa etária, estando a conseguir fazer novas aprendizagens e a melhorar algumas dificuldades que ainda apresenta.

### **5.3 Avaliação Inicial**

Ao longo do período de observação psicomotora (informal), recorreu-se ao Modelo de Observação Individual de Sánchez, Martínez e Peñalver (2003). Para a avaliação formal foram utilizados três instrumentos, aplicados pela seguinte ordem: Bateria de Avaliação do Movimento para crianças – 2 (MABC-2), Draw a Person (DAP) e Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ).

#### **5.3.1 Resultados da Avaliação Inicial**

##### **5.3.1.1 Modelo de Observação Individual de Sánchez, Martínez e Peñalver (2003)**

Durante a Observação Psicomotora, observou-se que a M. é uma criança muito agitada. É amigável, empática e muito preocupada, afetuosa e cuidadora dos mais pequenos. Sabe utilizar adequadamente os objetos, mas por vezes de forma desajustada, por exemplo roda/gira os objetos sobre uma mão ao mesmo tempo que vai revirando os olhos (tique provável). É uma criança persistente, tentando fazer determinada tarefa até conseguir realizá-la corretamente. Ou seja, apesar da sua agitação é capaz de terminar uma tarefa que lhe é proposta, ajustando-se com a ajuda do adulto. É muito expressiva com o corpo pois utiliza-o para expressar ao adulto como se está a sentir e quais as suas necessidades, ora de forma espontânea ora através de teatralização. Por exemplo, braceja e revira os olhos, enquanto diz que foi o pior dia da sua vida ou então eleva os braços, dizendo que gosta muito das sessões, enquanto revela extrema alegria.

A M. é uma criança que gosta de brincar sozinha, estando muitas vezes no seu mundo a cantar e a falar sozinha. Contudo, brinca também com o grupo abrindo espaço aos outros para que entrem na sua brincadeira, compartilhando os seus brinquedos e aceitando o que os outros

propõem se for do seu agrado. Tem um papel passivo na brincadeira, sendo raro ser ela a escolher a atividade para brincar em grupo. Quando contrariada irrita-se e manifesta isso tanto facial como corporalmente, fazendo o tique referido anteriormente.

Foram observadas dificuldades ao nível da coordenação (movimentos descoordenados) e equilíbrio. Não tem noção do perigo, balanceando-se em cadeiras e trepando um móvel, por exemplo; revelando aqui destreza nas tarefas e muita flexibilidade. No geral, a M. apresenta muita desatenção e agitação e ainda dificuldade em tarefas que exijam estar sentada. Apresenta uma lateralidade bem definida, com preferência pelo lado esquerdo do corpo.

### **5.3.1.2 Bateria de Avaliação do Movimento para crianças - 2 (MABC-2)**

Ao longo da aplicação das provas da banda II, a M. manifestou dificuldade ao nível da atenção e concentração, revelando muita agitação e frustração quando não era capaz de fazer, o que pode ter influenciado os resultados das tarefas. Para além disso, a M. movia-se constantemente de um lado para o outro e queria começar as tarefas antes da instrução, apresentando-se impaciente, dizendo que já sabia o que era para fazer. A M., ao longo das provas teve de ser muito motivada com reforço positivo, para que não desistisse das tarefas, e não “fingisse” estar doente, como aconteceu na primeira vez que se tentou aplicar o instrumento.

Na categoria destreza manual, na tarefa de colocar pinos, a M. revelou dificuldade em fazer com a mão não-preferida (direita), tendo tendência a deixar cair mais vezes o pino e largar a mão da caixa, pelo que deu falha na primeira tentativa sendo lembrada que não o podia fazer, conseguindo realizar a tarefa com sucesso na segunda tentativa em 49 segundos. Em ambas as tentativas da tarefa enfiar o cordão, a criança demorou mais do que um minuto, permanecendo concentrada e focada na tarefa, corrigindo sempre que se enganava. Na tarefa delinear percurso da bicicleta 2, a M. não apresentou muitos erros na primeira tentativa, tendo sido muito rápida na segunda e estando agitada pelo que obteve mais erros.

Na categoria atirar e agarrar, a M., apresentou grandes dificuldades em ambas as tarefas, sobretudo no agarrar com as duas mãos, não sendo capaz de ajustar a altura, direção e força do ressalto, não tendo agarrado a bola com as duas mãos nenhuma vez em 10 tentativas possíveis, agarrando-a apenas três vezes com o auxílio do corpo (agarrar com a ajuda do tronco). Na tarefa atirar o saco de feijões para o tapete, demonstrou dificuldade mais uma vez no controlo da direção e da força do lançamento, obtendo 3 lançamentos corretos em 10 possíveis.

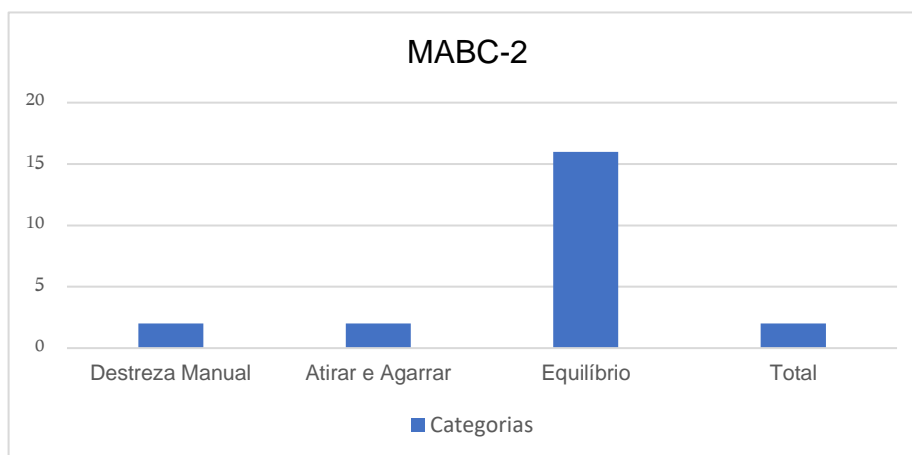
Ao nível do equilíbrio, a M. apresentou dificuldades em todas as tarefas, não conseguindo estar sobre a placa mais do que 25 segundos (última tentativa com a perna esquerda), pousando o pé constantemente no chão nas tentativas anteriores; deu um máximo de 10 passos na prova caminhar em calcanhar-pontas para a frente, pois começou a afastar os pés nos restantes passos, não conseguindo por isso realizar as 15 passadas mínimas necessárias para completar a tarefa com sucesso e por fim apenas conseguiu realizar 5 saltos

seguidos de forma correta a pé cochinho, visto que os restante foram realizados mais do que uma vez em cada colchão, revelando muitos desequilíbrios e saltos inadequados e desajeitados.

No geral, a M. apresentou um resultado total dos testes de 48 pontos, o que corresponde a um percentil de 2, tal como está ilustrado na figura 2. De acordo com o sistema semáforo do instrumento utilizado, a M. apresenta-se na zona vermelha, mostrando grandes dificuldades no movimento, comparativamente ao esperado para a sua faixa etária.

**Figura 2**

*Resumo da pontuação (percentis) da avaliação inicial do MABC-2 (M.)*



### 5.3.1.3 Draw a Person (DAP)

Nesta prova, a M. mostrou-se empenhada na realização dos desenhos, sendo muito rápida a fazê-los (média de um minuto em cada desenho). Todos os desenhos são feitos na parte superior da folha, sendo pequenos em relação à dimensão da folha e revelando ausência de algumas partes do corpo como o pescoço e as orelhas. Apesar de no desenho do próprio a M., não tenha ligado um dos braços ao tronco, foi onde obteve maior cotação (34 pontos – percentil 47), como se pode observar na tabela 6. Seguindo-se o do homem (percentil 42) e o da mulher onde obteve menor pontuação, estando por isso no percentil 25. Apesar do exposto, a M. encontra-se na média para a sua faixa etária (percentil 37).

**Tabela 6**

*Resultados do DAP da M.*

Desenho	Valores Bruto	DAP		
		Valores Padronizados	Percentil	80% Intervalo de Confiança
Homem (H)	33	97	42	(±10) 87 para 107 19 para 68
Mulher (M)	29	90	25	(±11) 79 para 101 8 para 53
O Próprio (P)	34	99	47	(±10) 89 para 109 23 para 73
Total (H+M+P)	96	95	37	(±6) 89 para 101 23 para 53

Total de Classificação do Teste: na média

#### 5.3.1.4 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Perante os resultados obtidos através do SDQ (tabela 7), aplicada à auxiliar de referência da M., verificou-se que esta se encontra nos padrões normais esperados para a sua faixa etária (7 anos e 1 mês), obtendo um total de dificuldades de 8 categorizado como normal.

Contudo, e apesar das respostas dadas pela auxiliar, não concordo com uma das afirmações dadas, a do se distrair com facilidade, onde foi respondido “não é verdade”, na minha opinião seria “é um pouco verdade”. Para além disso, é de salientar que as escalas com uma pontuação mais elevada foram a escala de comportamento pró-social e hiperatividade, seguindo-se a de sintomas emocionais e por fim a de problemas com os colegas, sendo a de problemas de comportamento em que obteve uma menor pontuação e por isso ser aquela onde não apresenta dificuldades.

**Tabela 7**

*Pontuação Inicial do SDQ (M.)*

Escala	Pontuação	Categoria
Sintomas emocionais	2	Normal
Problemas de comportamento	0	Normal
Hiperatividade	5	Normal
Problemas com colegas	1	Normal
Comportamento pró-social	10	Normal
Impacto	0	Normal
Pontuação Total das Dificuldades	8	Normal

#### 5.4 Projeto Terapêutico

O Projeto Terapêutico da M. foi elaborado com base na análise dos dados recolhidos ao longo da avaliação inicial informal e formal, com o objetivo de atender o mais adequadamente possível às fragilidades e necessidades da criança.

##### 5.4.1 Elementos critério

Os elementos critério dizem respeito a alguns aspetos relevantes que permitem caracterizar a M., tais como:

- Agitação Psicomotora
- Dificuldades ao nível da atenção e concentração
- Dificuldades na linguagem verbal expressiva e compreensiva
- Dificuldades de equilíbrio dinâmico geral e coordenação
- Dificuldade em distinguir a direita da esquerda em si e no outro
- Fraca destreza manual
- Facilidade na relação com os pares e com o adulto
- Boa noção do corpo

- Disponibilidade e motivação para as tarefas

#### 5.4.2 Perfil Intraindividual

Tendo em conta a avaliação inicial do caso e ainda das diferentes áreas de competência e necessidade (áreas fortes, áreas intermédias e áreas de necessidade ou fracas), consegue-se definir o perfil intraindividual, o qual tem como finalidade orientar para o planeamento da intervenção psicomotora e ainda para o estabelecimento dos objetivos terapêuticos específicos para as necessidades da M., sendo estes direcionados para potencializar as áreas a desenvolver, como também para a manutenção das áreas intermédias. Posto isto, foi realizada a seguinte tabela para que a intervenção seja direcionada aos pontos mais relevantes a serem trabalhados.

**Tabela 8**

*Perfil Intraindividual da M.*

Áreas Fortes Noção do corpo	Áreas Intermédias Equilíbrio	Áreas de necessidade Tonicidade (autorregulação)
Comunicação não-verbal	Lateralidade	Praxia global
Disponibilidade e motivação	Competências Socioemocionais (cooperação e interação social)	Praxia Fina
	Comunicação verbal	Estruturação espaciotemporal Competências Cognitivas (atenção, concentração e planeamento da ação)

#### 5.4.3 Hipóteses Explicativas

A mãe da M. foi diagnosticada com Perturbação da Personalidade Antissocial (PPA), a qual é caracterizada por um padrão difuso de indiferença (falta de empatia), desrespeito e violação dos direitos ou sentimentos dos outros, como por exemplo: falsidade, mentiras repetidas, manipulação, impulsividade, irritabilidade e agressividade. Para além disso, apresentam ainda dificuldade em ajustar-se às normas sociais, revelando relacionamentos interpessoais disfuncionais. As mães com este perfil têm tendência a expor os filhos a um ambiente familiar caótico, revelando maus cuidados parentais, negligenciando e/ou falhando em cuidar de uma criança a ponto de colocá-la em perigo (APA, 2014). Isto porque a instabilidade, o seu histórico de comportamento antissocial e a incapacidade da mãe para estabelecer uma ligação afetiva com o bebé nos primeiros tempos de vida deste, poderá ser vista como uma razão para episódios de negligência infantil (Azevedo & Maia, 2006), como observado no caso apresentado.

As características da perturbação materna, em conjunto com a intromissão, instabilidade e insensibilidade na interação, podem comprometer e ter impacto na esfera afetiva, social e comportamental, bem como no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (Truquin, 2017). Assim, pelo facto de a mãe de M. apresentar perturbação e pelo contacto com



experiências de negligência poder-se-á aqui destacar como fator de risco a probabilidade da M. vir a ter a perturbação, visto que filhos biológicos de pais com a perturbação têm risco aumentado de a desenvolver na adolescência ou no início da idade adulta (APA, 2014; Steele et al., 2019). A M. está assim propensa a vir apresentar perturbações psicológicas e problemas socioemocionais e comportamentais (Steele et al., 2019), como comportamento antissocial e problemas de comportamento internalizante e externalizante, incluindo dificuldades de regulação emocional (Strecht, 2008; Kaufman et al., 2017). Apesar da M. estar institucionalizada, conviveu algum tempo com a mãe pelo que se assemelhará mais com a progenitora do que com as pessoas que dela têm cuidado (APA, 2014).

As dificuldades desta criança ao nível da regulação emocional, são observadas pela sua agitação, dificuldade em autorregular-se e em aceder à passividade, estando constantemente em hipervigilância. Poderá isto ser explicado pelo facto destas mães serem instáveis e incapazes para cuidar, usarem muito pouco o contato da voz, sendo as trocas visuais recíprocas pobres, resultando num bebé preocupado em constante hipervigilância (Truquin, 2017). Isto também é destacado por Kaufman e colegas (2017), os quais referem que o afeto interrompido, os estilos de apego inseguros e os problemas com a regulação emocional aparecem logo na infância nos filhos de mães com patologia da personalidade. Por isso, estas crianças revelam uma capacidade diminuída de autorregulação, como exemplificado por maior agressividade, desatenção e impulsividade (Strecht, 2008). Esta desatenção é observada na M., a qual tem dificuldades em focar a atenção para determinada tarefa, não estando concentrada no que está a fazer e não acabando o que inicia.

Para além disso, e tendo a M. sido exposta a um relacionamento imprevisível, onde fatores como o caos doméstico diário (desorganização) e a falta de reciprocidade na comunicação existiam, poderá isto ter influenciado as dificuldades da M. ao nível do discurso e diálogo, visto que este cenário compromete o desenvolvimento das habilidades de linguagem da criança. Assim, e como o desenvolvimento da linguagem desempenha um papel fundamental na cognição, no desenvolvimento social e na aprendizagem, torna-se importante destacar esta hipótese visto que défices precoces ao nível da linguagem podem prejudicar a adaptação social a longo prazo, o desenvolvimento cognitivo e o desempenho académico (Haabrekke et al., 2015).

Todos estes fatores em conjunto resultam assim em distorções na relação de apego, não tendo a M. conseguido durante o primeiro ano de vida representar o cuidador como uma 'base segura', de referência, conforto e proteção, construindo-se, portanto, um apego inseguro entre mãe-bebé (Strecht, 2008; Truquin, 2017). Isto pode ser assim motivo da M. aquando da institucionalização não ser capaz de estabelecer relação com alguém, chorando quando na presença de estranhos. O não estabelecimento de uma vinculação segura com a mãe, poderá ter desregulado a M. e dificultado a sua exploração de objetos e construção do self, na ligação a outros, ou seja, no interagir socialmente, experienciando por isso o mundo com desconfiança (Crestani et al., 2012).

Para além disso, a fraca qualidade da relação estabelecida com a mãe, tem influência no desenvolvimento socioemocional da criança, visto que a apego inseguro tem sido associado a fatores como aumento da dependência, comprometimento da competência social e interpessoal na primeira e segunda infância (Schechter & Willheim, 2009). Isto é observado na M. em certa medida, visto que a mesma procura muitas vezes o adulto, seja para que este lhe dê atenção ou carinho, sendo ainda notável que a M. gosta e brinca sozinha muitas vezes afastando-se do seu grupo de pares.

Para concluir, a interação com o cuidador propicia, no primeiro ano de vida, ao bebé aprender novos comportamentos, melhorando as suas capacidades cognitivas, como a memória e o controlo de impulsos (Silva & Leite, 2020). Contudo, no caso da M., esta interação marcada por uma vinculação insegura parece ter resultado negativamente nalguns aspetos ao nível do seu desenvolvimento social (interação social), cognitivo (dificuldade em planear a ação antes de a executar), motor (exs.: coordenação, equilíbrio, destreza) e de linguagem.

#### 5.4.4 Objetivos Terapêuticos

**Tabela 9**

*Objetivos Terapêuticos da M.*

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a regulação tónica	- Aumentar o tempo de descontração de forma autónoma - Regular a sua agitação durante a sessão/atividades
Estimular a praxia global	- Melhorar a coordenação dinâmica geral - Melhorar a coordenação oculomanual e oculopedal - Promover a qualidade e precisão do movimento
Promover a praxia fina	- Aperfeiçoar a destreza manual
Promover a estruturação, organização e orientação espaciotemporal	- Aperfeiçoar a orientação espacial num percurso definido - Aprimorar as noções de orientação espacial (frente, atrás, direita ou esquerda) - Estimular a capacidade de imitar e reproduzir ritmos/sequências rítmicas
Melhorar o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico
Estimular a lateralidade	- Potencializar o reconhecimento direita/esquerda em si própria e no outro
Melhorar as competências socioemocionais	- Aprimorar a capacidade de gerir conflitos perante uma situação/problema
Maximizar a noção do corpo	- Melhorar a representação gráfica do corpo

---

Desenvolver as competências cognitivas	- Aumentar o tempo de atenção e concentração na realização da tarefa/atividade - Diminuir os momentos de distratibilidade - Planificar a ação antes de a executar - Estimular a comunicação verbal (diálogo) - Melhorar a memória de curto prazo
--	--

---

#### **5.4.5 Calendarização da Intervenção**

A intervenção psicomotora com a M. teve a duração de oito meses, a qual decorreu desde outubro de 2022 a junho de 2023. As sessões ocorreram sempre no período da tarde, após a criança chegar da escola, com frequência semanal, tanto em contexto individual como em contexto grupo, tendo ambas uma duração de aproximadamente 50 minutos.

#### **5.4.6 Fundamentação da Intervenção**

Ao refletir sobre o caso da M. achou-se pertinente que a intervenção (individual e de grupo), seguisse uma vertente relacional, recorrendo-se assim à atividade principal da criança: o brincar (Almeida, 2013). É através do brincar, que se consegue retirar informações sobre como a criança é e como age perante o contexto; estimulando este o desenvolvimento da autonomia e criatividade, suportes fundamentais para a construção da personalidade (Vecchiato, 2022). Sendo a M. uma criança agitada e com dificuldades de autorregulação, segundo Lièvre e Staes (2012), a intervenção psicomotora, deve proporcionar atividades que permitam à criança jogar livremente. Esse jogo livre é assim possível de ser experienciado num espaço lúdico, o qual permite à criança explorar esse mesmo espaço, a si mesma, os objetos e os outros (Costa, 2008), interagindo e estabelecendo relação com esses ao seu ritmo.

As primeiras sessões são fundamentais para o estabelecimento do sentimento de segurança e confiança criança-terapeuta e para o seguimento das sessões posteriores, requerendo isto de momentos dinâmicos e divertidos (Meur & Staes, 1991). Isto porque a relação é o fator mais importante na compreensão dinâmica da criança (Santos, 2007). Dessa forma, essas sessões foram de carácter livre, proporcionando à M. um espaço de legitimação dos desejos e dos sentimentos no qual pôde revelar o seu verdadeiro eu, os seus gostos, as suas preferências, os seus medos, a sua espontaneidade, fantasias e ambivalências (Vieira, 2005).

Passando essas primeiras sessões e os momentos de avaliação inicial, as sessões, principalmente as de grupo, tiveram esses momentos de carácter livre, no início, no fim ou durante toda a sessão terapêutica, dependendo isto da evolução da criança, intercalando-se com atividades propostas pela terapeuta. Isto permite assim à M., segundo Costa (2008), desenvolver e criar atividades do seu interesse, em conjunto com o adulto, indo isto de encontro às suas necessidades psicoafectivas e emocionais (Fernandes et al., 2018).

Ao longo da intervenção, através de atividades lúdicas e expressivas, recorreu-se ainda à expressão corporal, de forma a intervir nas várias competências a serem adquiridas ou melhoradas pela M. Através da descoberta realizada por meio do seu corpo, dos movimentos e de tudo o que está no seu ambiente, a M., conseguiu organizar e conquistar o seu espaço, desenvolver as suas habilidades e emoções, aprendendo aos poucos a coordená-las de modo a procurar a sua independência (Fernandes et al., 2018). Assim, e como a dança e a música, atividades que a M. revelou gostar, favorecem a vivência de situações expressivas e de movimento corporal criativo, utilizou-se essas formas de mediação porque estas em conjunto permitem à criança desenvolver as suas capacidades motoras, de comunicação e de expressão, apropriando-se assim do espaço e dos materiais (Almeida et al., 2023), como já mencionado. Por tudo isto, o corpo e o movimento possuem assim um papel importante na promoção do processo de maturação da criança (Vecchiato, 2022).

Através destes recursos aliados ao jogo, esta conseguiu encontrar um lugar privilegiado para se expressar, permitindo e contribuindo para que a M. melhorasse a coordenação das suas ações e desenvolvesse a sua consciência corporal, a qual é necessária para a execução e domínio de movimentos precisos e coordenados. Ou seja, teve-se em conta que para que a M. consiga ter boa coordenação e controlo dos movimentos do seu corpo, deverá ter primeiro uma boa representação mental desse (Almeida et al., 2023). Isto é comprovado por Vecchiato (2022), o qual refere que por meio da vivência do jogo, a criança aumenta o conhecimento do seu próprio corpo, das potencialidades de ação e do mundo ao seu redor, tornando-se por isso mesmo capaz de satisfazer as suas necessidades e, conseqüentemente, desenvolver uma maior autonomia emocional (Vecchiato, 2022). Como sugerido por Santos (2007), a integração ao meio e ao grupo através do ritmo, é assim mais um ótimo recurso, ajudando a M. tanto a nível da coordenação e do domínio dos movimentos do seu corpo, bem como a nível da ritmicidade (fator este a ser trabalhado também com a M.)

Ao se proporcionar estas vivências corporais e motoras à M., ao longo da intervenção, esta foi capaz de desenvolver a criatividade, nomeadamente a capacidade de inventar gestos, ações e novos comportamentos que lhe permitem superar as dificuldades que a realidade externa ou interna lhe propõe durante o crescimento (Vecchiato, 2022). Para além disso, esta adquiriu ainda noções espaciais de direção e de orientação, organizando e estruturando o seu corpo no espaço. Por sua vez, e tendo maior controlo e domínio do seu corpo, a M. conseguiu realizar gradualmente movimentos mais complexos que exigiam coordenação e equilíbrio (fatores estes a serem melhorados) (Almeida et al., 2023). Para além disso, estas vivências, através do jogo espontâneo, do jogo corporal ou por meio de objetos, de atividades de coordenação e equilíbrio, ajudaram a M. a agir de forma construtiva, a aumentar a concentração, a melhorar a memória, o autocontrolo e autoconhecimento (Lièvre e Staes, 2012). Segundo os mesmos autores, é então fundamental a realização de atividades que apelem à manutenção da vigilância e que envolvam planeamento, sequencialização e implicação operacional do indivíduo. Isto porque estas atividades ajudam a M. nas suas dificuldades ao nível da atenção/concentração, bem como no próprio planeamento e execução da ação/atividade.

Ao longo da intervenção, o diálogo decorrente com a criança foi estimulado de forma a promover a escuta ativa e a expressão verbal, ajudando-a a melhorar o seu discurso (Matos, 2012). Como a palavra permite a atribuição de significado e associação simbólica às sensações obtidas pelo diálogo corporal, no decorrer da sessão (Maximiano, 2004), foi importante trabalhar com a M. essa verbalização. Também a resolução de problemas, pela identificação, procura de soluções, previsão de consequências, tomada de decisão e passagem à prática foram aqui importantes de serem trabalhados (Matos, 2012).

Todos estes recursos ao possibilitarem diferentes formas de agir, auxiliando na expressão do mundo interno da criança, ajudaram a M. ao nível da autorregulação emocional e comportamental, facilitando ainda a comunicação e a expressão simbólica desta. Assim, as atividades lúdicas, através da expressão corporal, dança e música, bem como o recurso ao brincar da criança permitirão à M. exprimir-se corporalmente, ajudando-a nas passagens de agitação ou descarga desta, ao domínio do seu corpo e por sua vez deste à relaxação (Santos, 2007).

A presença de uma expressão motora desadequada na criança, como agitação e inquietude, resulta da impossibilidade da mesma elaborar mentalmente as fontes de tensão ou sofrimento, muitas vezes resultantes de perturbações na díade mãe-bebé (Fonseca, 2005). Por esse motivo, no retorno à calma, foram utilizadas técnicas de relaxação e o toque terapêutico, com recurso a mediadores (bola e mãos). Segundo Martins (2001), isso permite o reviver da relação mãe-bebé, experienciando a M. das diversas etapas do holding e da identificação sensoriomotora. Estes momentos de relaxação proporcionarão à M. um estado de repouso e calma, permitindo por sua vez a diminuição do seu tónus muscular (Martins, 2001). Para concluir, e segundo Vieira (2005), todas estas vivências potencializam o desenvolvimento global (cognitivo, psicomotor e socioemocional), a aprendizagem, o equilíbrio da personalidade, facilitando por sua vez as relações afetivas e sociais da criança.

#### **5.4.7 Estratégias Terapêuticas**

Para o estudo de caso referido, foram delineadas várias estratégias comuns à maioria das sessões. Estas foram utilizadas para facilitar não só o estabelecimento da relação terapêutica, como também para incentivar a adesão da criança às atividades, de forma a melhorar o seu desempenho. Em primeiro lugar, é importante que o terapeuta consiga criar uma atmosfera permissiva e contentora, de forma que a criança se consiga expressar, isto é, que proporcione à criança um ambiente acolhedor e securizante, tendo sempre em conta que se deve respeitar o ritmo da criança, aceitando os seus sentimentos, ideias e necessidades, permitindo a liberdade de expressão para que a criança aprenda a aceitar o adulto (Santos, 2007), aceitando assim as tarefas sugeridas por este.

Desta forma, ao mostrar-me como uma figura contentora, acolhendo e securizando a criança, o adulto é capaz de atuar com firmeza e colocar, estabelecer e definir regras e limites

dentro do espaço da sessão (Llauradó, 2008; Costa, 2008), o que se torna importante visto a criança ser muito agitada e querer fazer muita coisa ao mesmo tempo, saindo da sala quando lhe apetece sem pedir permissão ao adulto.

Neste seguimento, a estratégia a ter em conta é a valorização das ideias e interesses da criança, que lhe proporcionou a oportunidade de escolha, decisão, liderança, exercício de um poder de forma controlada, regrada e segura (Naia & Martins, 2006), maximizando-se as iniciativas desta (Costa, 2008), conseguindo-se assim manter a motivação desta para as sessões. Assim, ao lhe ser dada a oportunidade de experimentar novos desafios, esta foi-se apercebendo de que está a ser ouvida e compreendida, mesmo que tenha de ser corrigida (Maia, 2011). Por sua vez, a terapeuta ajudou a criança na organização da sessão através da aceitação e participação nos jogos sugeridos pela mesma (Vieira et al., 2005), permitindo que ela recorresse à sua criatividade para propor novas atividades (Fernandes et al., 2018). Por isso, considerou-se importante partir das áreas fortes (e da preferência da M.) para alcançar as menos fortes, visto que de acordo com Naia e Martins (2006), através de atividades lúdicas e expressivas, em direção às menos fortes ou de menor motivação, o interesse e envolvimento da M. nas tarefas foi certamente maior.

Sendo assim, foi aqui utilizado o entrar na brincadeira da criança, sendo esta uma das estratégias que resultou muito bem ao início da intervenção e que se foi utilizando ao longo desse período, visto que a criança não queria realizar as atividades sugeridas pela terapeuta. Assim, a utilização desta estratégia tornou a relação mais fluida e menos desigual, proporcionando à criança o poder de comunicar e de responder, tal como Rodríguez e Llinares (2008) referiram ser possível, sendo que esta começou a aderir ao que lhe era proposto. Para além disso, foi também aqui importante haver aceitação e compreensão do desejo da criança, para que a colaboração e o acordo (negociação) assumidos pela criança e pela psicomotricista quando brincam juntos não fosse alvo de rutura (Rodríguez & Llinares, 2008). Dessa forma, a criança sente-se respeitada e ajuda a montar o espaço, recolher e organizar o material, ou seja, consegue-se fazer com a criança participe na gestão do material da sessão sem se sentir obrigada pelo adulto a fazer determinada ação.

Para além disso, ao utilizar feedback positivo e interrogativo ao longo das sessões proporciona-se à criança a consciencialização e a reflexão para que esta alcance uma ação eficiente. Ao questionar a criança, ao fazê-la falar e ao colocá-la em ação, estou assim a ajudá-la na aprendizagem dos comportamentos que serão mais positivos e benéficos para a sua vida (Dias, 2015). Por ser uma criança muito decidida, mas impaciente, a demonstração, foi utilizada apenas quando a criança não era capaz de realizar a atividade quando esta fora explicada verbalmente, dando-se espaço para a criança experimentar como achava ser correto fazer a atividade, dizendo esta na maioria das vezes que já sabia fazer. Por esse motivo, tanto as instruções verbais como os *feedbacks* positivos e interrogativos e postura da terapeuta tiveram em conta a modelação do tom de voz/silêncio, visto que através deste equilíbrio entre o falar e o calar depende a organização da vida emocional e cognitiva da criança (Santos, 1983). No caso

apresentado esta modelação do ato de calar e falar é considerada como um dos métodos mais eficazes para ensinar crianças (Maia, 2011), as quais aprendem a organizar a sua vida, a sua intimidade e, portanto, a sua vida interior, proporcionando-lhe dessa forma o ato de pensar, o que é importante para que a criança se consiga organizar e gerir a sua agitação, tendo a instabilidade e os sintomas reativos por base dificuldades de comunicação (Santos, 1983).

Para além de todas as estratégias já mencionadas, achou-se pertinente utilizar música e objetos mediadores, de forma que a M. se conseguisse focar e explorar o seu corpo e os movimentos visto que ao se colocar músicas para realizar movimentos, a criança explora ritmo, lateralidade, noção espacial (áreas estas trabalhadas com a criança), expressando-se de forma livre e articulando ações sequenciais. Esta relação da música com a psicomotricidade, estimula e possibilita assim, de forma natural e espontânea, o desenvolvimento psicomotor cognitivo/linguístico e socioemocional (Barreto, 2000; Taborda & Silva, 2021) e ainda o desenvolvimento da sensibilidade, criatividade, imaginação, sentido rítmico, memória, concentração, atenção, socialização e afetividade (Bréscia, 2003).

Para complementar a intervenção, e sendo que a utilização de objetos mediadores, facilita a resolução de conflitos entre as pessoas, encontrando uma solução comum que permita o acordo, apresentando este uma qualidade relacional (Giromini, 2017), tornou-se importante de ser usado com a M., visto que esta tem dificuldade em aceitar atividades que não sejam precisos materiais, o que ajudou nas sessões iniciais com a criança. Assim, estes objetos mediadores, ajudaram a estabelecer a relação com a criança, possibilitando a transmissão de determinadas sensações e permitindo oferecer um lugar de experiências, sensações e perceções; promovendo ainda o brincar do corpo, ajudando a M. a transformar experiências em representações (Jigan, 2019). Por fim, e ao utilizar estas estratégias com a M. ajudei-a a melhorar o seu desempenho, conseguindo alcançar os objetivos terapêuticos delineados, ensinando-a ainda a ver e a verbalizar aquilo de que gostou mais e porquê durante as sessões, uma dificuldade que a criança apresentava no final de cada sessão.

#### **5.4.8 Exemplos de Atividades**

As atividades realizadas ao longo das sessões com a M. tiveram sempre em consideração os seus interesses, dificuldades e necessidades, bem como as competências já adquiridas pela criança. Tudo isto, para se conseguir trabalhar os objetivos a serem alcançados e delineados para a M., tendo em vista uma intervenção eficaz e a sua evolução. Sendo assim, foram elaboradas várias atividades, como por exemplo:

- ❖ **Atividades de expressão corporal**, jogos de imitação, de mímicas, de forma a estimular a disposição favorável da M. para a ação, como sugerido por Matos (2005).
- ❖ **Posições corporais** – pediu-se à criança que se deslocasse pela sala ao som da música, referindo que esta teria de parar quando a música parar. Assim que a música parar, foi-lhe mostrada uma figura de equilíbrio, a qual tinha que ser imitada pela criança, tendo, por isso,

de estar muito atenta à terapeuta. A criança teve de permanecer na posição pelo menos 5 segundos.

- ❖ **Robô divertido** - foi pedido à criança que se deslocasse pelo espaço seguindo os toques da terapeuta. Ex: tocar nas costas - frente; tocar nos ombros - andar para trás; ombro esquerdo - lado esquerdo; ombro direito - lado direito; para parar - tocar na parte da frente dos ombros. Fazer primeiro como os olhos abertos e depois fechados.

**Variante 1:** foi dado um mapa de forma que a criança conseguisse fazer o trajeto igual ao apresentado.

**Variante 2:** seguindo a atividade pediu-se à criança que atenta às instruções verbais da terapeuta (ex.: 2 passos para a frente, 2 para trás, três para o lado esquerdo)

- ❖ **2 em 1** – foi montado um pequeno circuito em que se tiveram de realizar diferentes tarefas. Para isso, foi explicado à criança o que tinha de fazer em cada etapa do circuito (demonstração se necessário).

1. Equilíbrio – estarão no chão uma fila de 6 arcos, com vários pés, ou apenas um, dentro ou fora dos arcos. A criança teve de saltar consoante a distribuição dos pés nos arcos.
2. Atirar saco de feijão para um alvo – ao chegar ao final dos arcos, a criança teve de lançar o saco de feijões, que estiver no chão, para dentro de um alvo a alguns metros de distância.

Nota: o circuito foi feito pelo menos três vezes, tendo sido alterados a disposição dos pés nos arcos e a distância ao alvo.

## **5.5 Progressão Terapêutica – Avaliação Inicial versus Avaliação Final**

### **5.5.1 Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças – 2 (MABC-2)**

Ao longo da aplicação das provas da banda II, e comparando com a avaliação inicial, a M. foi mais colaborante, revelando maior atenção e concentração na realização das atividades propostas, não desistindo e mantendo a calma com frases de motivação para ela mesma, o que só aqui revela melhorias observadas na M. Contudo, a M., semelhante ao início da intervenção, queria começar as tarefas antes da instrução, apresentando-se impaciente, dizendo que já sabia o que era para fazer.

Na categoria destreza manual, na tarefa de colocar pinos, a M. revelou maior destreza e rapidez na execução da tarefa com ambas as mãos. Na tarefa enfiar cordão, a criança permaneceu concentrada e focada, corrigindo sempre que se enganava (“que dispare”), revelando também maior rapidez comparativamente à avaliação inicial, onde demorou mais que um minuto melhorando para trinta e dois segundos. Na tarefa delinear percurso da bicicleta 2, a M. apresentou mais erros do que na avaliação inicial, o que pode ser explicado pela sua vontade e querer ser muito rápida na realização da tarefa.



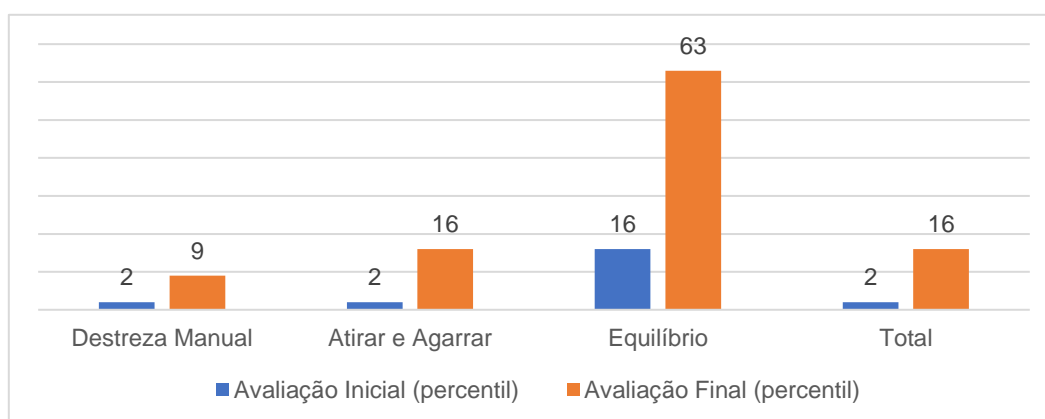
Na categoria atirar e agarrar, a M., apresentou ainda dificuldades em ambas as tarefas, mais observável no agarrar com as duas mãos, não conseguindo agarrar a bola depois do ressalto, sendo que o auxílio do corpo (agarrar com a ajuda do tronco) era muito usado para agarrar a bola, o que não poderia contar como correto. Apesar disso, conseguiu agarrar a bola corretamente com as duas mãos duas vezes, o que revela uma pequena melhoria na coordenação oculomanual. Na tarefa atirar o saco de feijões para o tapete, demonstrou ainda alguma dificuldade na percepção da força que tinha de fazer no lançamento para o alvo, obtendo 4 lançamentos corretos em 10 possíveis. Nestas provas, apesar das tarefas realizadas não fazerem justiça à evolução observada ao longo das sessões ao nível da coordenação, pode-se mesmo assim, e como confirmado pela figura 3, observar que a M. melhorou de forma expressiva.

Ao nível do equilíbrio, e apesar da M. ter apresentado ainda dificuldades na tarefa de equilíbrio estático, não conseguindo estar sobre a placa os 30 segundos, pousando o pé constantemente no chão; as restantes tarefas foram executadas com êxito, sendo observado uma evolução no equilíbrio dinâmico da M. Na prova caminhar em calcanhar-pontas para a frente, conseguiu realizar 15 passos corretamente, apesar de serem observadas algumas reequilibrações (maior controlo do seu corpo). Por fim, conseguiu fazer os 5 saltos seguidos de forma correta a pé cochinho, com ambas as pernas, não revelando desequilíbrios, nem saltos inadequados e desajeitados como inicialmente apresentava.

Pelo exposto, a M. revelou uma boa evolução nas tarefas aplicadas, apresentando um resultado total dos testes de 67 pontos, o que corresponde a um percentil de 16, tal como está ilustrado na figura 3. De acordo com o sistema semáforo do instrumento utilizado, a M. apresenta-se assim na zona amarela.

**Figura 3**

*Comparação dos resultados da AI versus AF do MABC-2 (M.)*



### 5.5.2 Draw a Person - DAP

Nesta prova, a M., mostrou-se um pouco agitada e precipitada na realização dos desenhos, revelando não fazer tão bem os desenhos como já tinha mostrado saber ao longo das sessões. Apesar disso, observou-se uma maior ocupação da folha para a realização dos

desenhos do Homem e da Própria, bem como maior dimensão dessas figuras. Todos os desenhos revelaram ter mais detalhes e pormenores do que inicialmente, nomeadamente a presença de acessórios, pestanas e sobrancelhas. Ainda que seja observada a ausência do pescoço, as orelhas já se encontram representadas nos desenhos da criança. Como na avaliação inicial, a M. obteve maior cotação (39 pontos – percentil 63) no desenho de si própria, sendo que esse se assemelha em muito à criança, ou seja, a M. consegue ter uma maior perceção de como é, desenhando-se o mais parecido que consegue consigo mesma. Segue-se assim o desenho do homem (percentil 37) e o da mulher onde obteve menor pontuação, correspondendo isso a um percentil de 45. Apesar das melhorias observadas, a M. continua na média para a sua faixa etária (percentil 47).

**Tabela 10**

*Resultados da AI versus AF do DAP (M.)*

Desenho	Valores Bruto		Valores Padronizados		Percentil	
	AI	AF	AI	AF	AI	AF
Homem (H)	33	33	97	95	42	37
Mulher (M)	29	34	90	98	25	45
O Próprio (P)	34	39	99	105	47	63
Total (H+M+P)	96	106	95	99	37	47
Total de Classificação do Teste AI: na média						
Total de Classificação do Teste AF: na média						

### 5.5.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Perante os resultados obtidos através do SDQ (tabela 11), aplicada à auxiliar de referência da M., verificou-se que esta se encontra nos padrões normais esperados para a sua faixa etária (7 anos e 8 meses), obtendo um total de dificuldades de 7 categorizado como normal.

Apesar de haver uma melhoria expressiva, a M., ao nível do comportamento começou a revelar preocupações com a escola, trazendo os trabalhos de casa dos colegas ou pertences dos mesmos para casa. Para além disso, e por ter adquirido maior autonomia quer fazer tudo à sua vontade não ouvindo por vezes o que o adulto lhe pede. Contudo, é de salientar que as escalas que mantiveram pontuação igual foram a escala de comportamento pró-social e problemas com colegas, havendo melhoria na escala de hiperatividade.

**Tabela 11***Resultados da AI e AF do SDQ (M.)*

Escala	Pontuação		Categoria
	AI	AF	
Sintomas emocionais	2	0	Normal
Problemas de comportamento	0	2	Normal
Hiperatividade	5	4	Normal
Problemas com colegas	1	1	Normal
Comportamento pró-social	10	10	Normal
Impacto	0	0	Normal
Pontuação Total das Dificuldades	8	7	Normal

### 5.6 Análise e Discussão de resultados

Ao longo destes meses de estágio foi possível contactar com um contexto diferente, em que a intervenção psicomotora é fundamental para estas crianças, ajudando-as a melhorar e a evoluir gradualmente. Em ambos os estudos de caso descritos no presente relatório essas melhorias foram observadas, sendo importante a continuação deste trabalho semanal junto destas crianças. No que toca à intervenção com a M. poder-se-ão observar melhorias em todos os fatores avaliados, sendo notável maior progresso ao nível da concentração, atenção, motivação, vontade de querer fazer melhor e não desistir, sendo observado maior confiança nas suas capacidades. Contudo, e apesar destas melhorias, a M. continua agitada querendo ser ela a dizer o que é para fazer sem ouvir primeiro o adulto, o que poderá ser explicado por uma maior autonomia, como já mencionado anteriormente. Também ao nível do tónus não se conseguiu observar melhorias, estando a M. sempre em hipervigilância. Esta menina por estar há muito tempo na instituição, e por não ter uma terapeuta fixa, ou seja, todos os anos ter de criar uma relação com novas pessoas vai tendo regressões e melhorias pois a intervenção pode mudar de ano para ano, ser diferente, ou seja, não haver uma continuidade para que essas melhorias sejam mantidas. Isto é assim uma realidade infelizmente prejudicial para estas crianças que têm sempre pessoas novas a entrar nas suas vidas, sendo por isso uma dificuldade inicial criar uma relação de confiança entre criança e terapeuta. Contudo, a M. por estar habituada a estas mudanças na sua vida, tem a capacidade de criar uma boa relação com o adulto, expondo as suas dificuldades, inseguranças e potencialidades.

Nesta intervenção tanto individual como grupal foi fundamental ir de encontro aos gostos e opiniões da criança de forma que a mesma se sentisse motivada para fazer determinada atividade proposta pelo adulto, pois caso contrário recusava-se a fazer tentando sempre com que o adulto fizesse o que ela queria. Por isso, para que isto não acontecesse e para ir de encontro aos seus interesses, houve uma gestão entre o que ela sugeria querer fazer e o que o adulto pretendia que ela fizesse, tendo sido esta negociação entre terapeuta e criança benéfica, como se pode observar pela exposição e descrição dos resultados iniciais versus finais. A M. nas sessões de grupo gostava de ser a protagonista que sabia tudo, pois sendo a mais velha sentia

a responsabilidade de ajudar os mais novos do grupo que tinham mais dificuldades que ela, sendo por vezes essa sua vontade em ajudar, encarada como intrusiva e negativa para os colegas. Apesar disso, e com a intervenção regular em grupo, a M. foi gerindo melhor essa sua forma de ajudar, passando essa ajuda a ser positiva para os pares. Assim, todas estas melhorias contribuíram para os resultados positivos obtidos pela M. na avaliação final, onde se mostrou mais empenhada para mostrar que sabia fazer o que lhe era solicitado.

Esta intervenção foi delineada a partir dos resultados iniciais obtidos pela M., bem como da reunião de informação em equipa multidisciplinar, a qual se revela de extrema importância para haver um progresso maior com cada criança e para que a intervenção seja mais específica e direcionada. A M. apresenta muita agitação, o que pode ter influenciado os resultados, sendo que a adequada intervenção a ajudou a controlar um pouco mais esse fator, contribuindo para a sua evolução ao nível da destreza manual, da coordenação dinâmica geral e do equilíbrio, fatores estes que se apresentavam abaixo do esperado para a sua faixa etária. Estes fatores foram os mais trabalhados ao longo da intervenção através de circuitos psicomotores, sendo uma das atividades favoritas da M., envolvendo estas diversas tarefas com o objetivo de melhorar os fatores mencionados. Os resultados foram assim discutidos em equipa, sendo identificadas essas melhorias na M. pela equipa ao longo do período de intervenção.

Pelo exposto, e a após a análise e comparação dos resultados da avaliação inicial com a avaliação final, conclui-se que de um modo geral, os objetivos de intervenção delineados foram alcançados, sendo notável a progressão da M. em algumas áreas. Apesar dessas melhorias expressivas, recomenda-se que a M. continue a ser acompanhada em Psicomotricidade, de forma a potenciar e a manter os resultados positivos que foram obtidos neste período curto de intervenção, bem como melhorar noutros que precisam de ser trabalhados por mais tempo.

## Capítulo 6 - Estudo de Caso II (Artigo Científico)

### Intervenção Psicomotora com uma criança institucionalizada: estudo de caso

#### Resumo

Os maus-tratos e negligência infantil são uma temática preocupante a nível mundial. Às crianças criadas em instituições, devem-lhe ser proporcionados todos os recursos disponíveis, criando um ambiente seguro e protetor com pessoas que invistam nelas. Torna-se pertinente a intervenção psicomotora junto destas crianças, ajudando-as a minimizar as fragilidades, promovendo as suas competências. Neste artigo será exposto o caso de G., com 6 anos de idade que reside num Centro de Acolhimento Residencial, há um ano, devido a negligência e maus-tratos por parte dos progenitores. Tem-se como objetivo dar a conhecer a intervenção desenvolvida neste contexto, bem como a evolução observada no G. Para definir o perfil individual e as linhas de intervenção foram aplicados alguns instrumentos de avaliação (formal e informal) e consideradas hipóteses explicativas da situação. Após os nove meses de intervenção, conseguiu-se ultrapassar maior parte das dificuldades.

**Palavras-chave:** Institucionalização; Psicomotricidade; Negligência; Maus-Tratos; Criança

#### Abstract

Child abuse and neglect are a worrying issue worldwide. Children raised in institutions must be provided with all available resources, creating a safe and protective environment with people who invest in them. Psychomotor intervention with these children becomes pertinent, helping them to minimize weaknesses and promoting their skills. This article will expose the case of G., aged 6, who has been living in a Residential Care Center for a year, due to neglect and mistreatment by his parents. The objective is to publicize the intervention developed in this context, as well as the evolution observed in G. To define the individual profile and lines of intervention, some evaluation instruments (formal and informal) were applied and explanatory hypotheses of the situation were considered. After nine months of intervention, most of the difficulties were overcome.

**Keywords:** Institutionalization; Psychomotricity; Negligence; Mistreatment; Child

## 1. Introdução

A infância é um período sensível do desenvolvimento e uma fase fundamental da vida, onde ocorrem rápidas mudanças fisiológicas e neurológicas em resposta a estímulos ambientais (Black et al., 2017). É neste período que a exposição prolongada a eventos stressantes ou ameaçadores, como agressões físicas e psicológicas, poderá produzir sequelas graves e, frequentemente, reversíveis ou irreversíveis na criança, prejudicando o seu bom desenvolvimento (físico, cognitivo, psicológico, comportamental, social e emocional) a curto e/ou a longo prazo (Azevedo & Maia, 2006; Black et al., 2017).

Com isto, surge a temática dos maus-tratos infantis, os quais sempre existiram ao longo de toda a história da humanidade. Contudo, só há relativamente pouco tempo é que se começou a falar sobre esta temática, sendo atualmente uma realidade que põe em perigo a saúde física e mental das crianças que os sofrem, comprometendo, por sua vez, a sua qualidade de vida e bem-estar quer no presente, quer no futuro (Azevedo & Maia, 2006).

A maioria das crianças, vítima de maus-tratos, é sujeita aos seus diferentes tipos, sendo alvo de experiências repetidas (Azevedo & Maia, 2006). Exemplos desses são os maus-tratos físicos, abuso emocional ou psicológico, abuso sexual, negligência e/ou abandono. Estes podem ser observados em diferentes contextos, nomeadamente o familiar, o social e o institucional, sendo os maus-tratos intrafamiliares aqueles que têm maiores consequências para as crianças e adolescentes. Isto porque se verifica uma grande quebra de confiança e de segurança em casa, constituindo uma ameaça para o desenvolvimento da criança (Costa & Teixeira, 2017).

A negligência constitui um comportamento regular de omissão, relativamente aos cuidados a ter com o menor, não lhe sendo proporcionada a satisfação das suas necessidades básicas, como por exemplo cuidados básicos de higiene, alimentação, segurança, educação, saúde, afeto, estimulação e apoio (Costa & Teixeira, 2017). Esta poderá assim ocorrer de forma consciente e voluntária por parte das figuras maltratantes, com a intenção de causar dano ou involuntária, resultante, da incompetência, ignorância, falta de informação ou formação ou incapacidade parental dos cuidadores para proteger e assegurar os cuidados necessários e adequados à criança (Azevedo & Maia, 2006; Costa & Teixeira, 2017).

A violência física, por sua vez, corresponde a qualquer ação, não acidental, por parte dos cuidadores à criança, envolvendo por isso maus-tratos corporais (ex.: espancamento, queimaduras, fraturas, contusões), podendo as lesões físicas resultantes ser produzidas com ou sem instrumentos (Maia & Albuquerque, 2005; Azevedo & Maia, 2006; Costa & Teixeira, 2017). Esta forma de maltrato coloca por isso em perigo o desenvolvimento físico, social ou emocional da criança (Azevedo & Maia, 2006). Por outro lado, existe a violência ou agressão psicológica, a qual ocorre quando uma criança é submetida e exposta a ameaças, humilhações e privação emocional (Maia & Albuquerque, 2005). Por esse motivo, a criança irá sentir-se inútil, imperfeita, desvalorizada, em perigo, podendo sofrer de ansiedade e experienciando ainda dor psicológica (Kairys & Johnson, 2002). Contudo, é de destacar que os maus-tratos físicos têm consequências

psicológicas, assim como os maus-tratos psicológicos têm consequências físicas (Azevedo & Maia, 2006).

Por tudo isto, é de esperar que a criança ao vivenciar e crescer num ambiente de estimulação sociofamiliar deficitário, apresente um quadro de imaturidade, sendo este observado, por exemplo, pelas dificuldades de comunicação (pouca riqueza de vocabulário e discurso desorganizado e incoerente), autonomia e individuação, fragilidades na organização de regras e limites, bem como no desenvolvimento psicomotor, dificuldade de orientação no espaço e no tempo e na capacidade simbólica (Strecht, 2008).

## **2. Metodologia**

### **2.1 Identificação e história pessoal**

O G. é um menino com 6 anos de idade, institucionalizado há um ano. Foi retirado à família devido a negligência e maus-tratos físicos e psicológicos. Em casa havia falta de condições de higiene, falta de vigilância e supervisão e ainda relatos de agressão com uso indevido de objetos por parte dos pais e avós, os quais chamavam nomes, humilhando a criança, apresentando esta também lesões físicas, dores e mal-estar psicológico. Os pais não estavam juntos quando a criança foi retirada, estando esta aos cuidados da mãe e de duas irmãs, assumindo a irmã mais velha o papel de mãe. O pai foi preso por violência doméstica à mãe do G. e condenado por maus-tratos ao filho (pena suspensa). As visitas não são permitidas por não serem positivas para a criança, não revelando os pais interesse em manter contacto com a criança.

No dia do acolhimento não revelou dificuldades em se integrar no grupo de pares e iniciar de imediato brincadeiras, manifestando vontade para ficar na casa. Apresentava alguns sinais de negligência ao nível dos cuidados básicos, como por exemplo ouvidos e pés muito sujos, parasitas na cabeça e uma higiene oral gravemente deficitária, revelando dificuldade em mastigar alimentos. Na primeira noite, G. manifestou alguma dificuldade em adormecer e foi necessário ficar junto a ele para lhe transmitir segurança. Atualmente, a criança adormece tranquilamente, sem a necessidade da permanência de um adulto no quarto, tendo, contudo, episódios de enurese. Com o passar do tempo, o G. tinha episódios de agressividade, gritava, cuspiam, dava pontapés e chamava nomes aos adultos (auxiliares e técnicas), testando as pessoas com estes comportamentos. Desde que começou a escola e que está na instituição encontra-se mais calmo, assertivo, confiante e social, revelando capacidade de manifestar a sua vontade e estando integrado na turma. No entanto, considera-se que ainda é muito imaturo para estar no 1º ano de escolaridade. Este processo não foi possível de reverter pois a mãe já o tinha matriculado. O G. nas suas conversas faz referência, de forma espontânea, à família durante as suas brincadeiras, revelando as suas vivências reais ou fantasiando por vezes sobre as mesmas. Atualmente o G. é uma criança muito imaginativa, apresentando um discurso muito confuso e incoerente; não tem um princípio, meio e fim e as ideias são dispersas. Contudo, é empático e

carinhoso mantendo uma boa relação com os pares e adultos. A sua professora refere que o G. é capaz de reconhecer e expressar as suas emoções e sentimentos, tendo dificuldade por vezes em reconhecer as emoções e sentimentos daqueles que o rodeiam; revela comportamentos de apoio e entreadjuada, por iniciativa própria; é capaz de esperar a sua vez na realização de jogos e na intervenção nos diálogos, dando oportunidade aos outros para intervirem; coopera com os seus pares em situações de jogo, envolvendo-se no trabalho de equipa e apresenta dificuldades em compreender e esquematizar as regras do jogo, deixando os outros jogarem primeiro para compreender o objetivo do jogo.

## 2.2 Protocolo de Avaliação

Os instrumentos de avaliação formal e informal escolhidos tiveram como objetivo delinear o perfil psicomotor do G., bem como perceber as suas dificuldades, necessidades e capacidades, na medida em que era a primeira vez que este estava a ter sessões de psicomotricidade.

Em primeiro lugar, procedeu-se à observação psicomotora do G., através do **Modelo de Observação Individual** de Sánchez, Martínez e Peñalver (2003), o qual permite registar o que foi observado (informalmente) durante a sessão de psicomotricidade através do jogo e atividades espontâneas da criança. Este tem em conta: a criança e o movimento, a criança e o espaço; a criança e o tempo, a criança e os objetos e por fim a criança e os outros (crianças e adultos) (Sánchez & Martínez, 2000). Esta grelha encontra-se dividida por fatores: movimento, gestualidade, postura, tónus, espaço, tempo, interação com os objetos, relação e atitudes perante os outros, pares e adultos e por fim observam-se as representações gráficas (Sánchez et al., 2003).

Realizada a observação psicomotora, foram aplicados alguns instrumentos, de forma a obter dados quantitativos. Em primeiro lugar, aplicou-se o **Inventário de Desenvolvimento Battelle – 2ª Edição**, o qual permite avaliar as habilidades fundamentais do desenvolvimento de bebés e crianças desde o nascimento aos oito anos de idade (Newborg et al., 2011); determinando assim se as crianças estão a atingir os marcos de desenvolvimento esperados para a idade (Vieira, 2019). Este é um teste abrangente de desenvolvimento, composto por cinco áreas do desenvolvimento infantil: Pessoal e Social, Adaptativa, Motora, Comunicativa e Cognitiva; sendo que o início do processo para cada subdomínio é definido pela idade ou pelo nível de capacidade estimado para o bebé ou criança (Vieira, 2019).

Posteriormente foi aplicado o instrumento de avaliação **Draw a Person – DAP**, o qual avalia o desenho da figura humana. É uma medida adicional e complementar ao nível de desenvolvimento intelectual, debruçando-se particularmente sobre o nível de integração cognitiva do próprio corpo e da imagem e esquema corporal da criança sobre a figura feminina e masculina. Este instrumento é usado para avaliar crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos de idade, através do desenho da figura humana, sendo pedido à criança/adolescente que



faça três desenhos; o do “Homem”, da “Mulher” e do “Próprio”, com a duração máxima de 15 minutos (5 minutos para cada desenho) (Naglieri, 1988).

Por fim foi aplicado o **Teste de Desenvolvimento de Integração Visuomotora - Beery VMI**, criado por Keith Beery em 1992, e traduzido para a população portuguesa por Ferreira em 2016, versão esta utilizada nesta avaliação. É um instrumento de avaliação não verbal, destinado a crianças entre os 2 e os 7 anos de idade, permitindo avaliar a maturação da integração visuomotora do indivíduo, nomeadamente a competência grafomotora, a percepção visual e a coordenação motora geral. Este teste, é constituído por três testes: o da Integração visuomotora (IVM); o da Percepção visual (PV) e por fim o da Coordenação motora (CM) (Beery & Beery, 2006).

### **3. Projeto Terapêutico**

O Projeto Terapêutico do G. foi elaborado com base na análise dos dados recolhidos ao longo da avaliação inicial informal e formal, com o objetivo de atender o mais adequadamente possível às fragilidades e necessidades da criança.

#### **3.1 Elementos critério**

Os elementos critério dizem respeito a alguns aspetos relevantes que permitem caracterizar o G., tais como: empático, amigável, carinhoso e imaginativo; boa relação com os pares e com o adulto; dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico; fraca percepção visual e integração visuomotora; dificuldade em controlar os impulsos (baixa tolerância à frustração); discurso confuso e incoerente; baixa autoestima; fraca noção das suas capacidades e dependência do adulto.

#### **3.2 Perfil Intraindividual**

Tendo em conta a avaliação inicial do caso e ainda das diferentes áreas de competência e necessidade, consegue-se definir o perfil intraindividual, que tem como finalidade orientar para o planeamento da intervenção psicomotora e ainda para o estabelecimento dos objetivos terapêuticos específicos para as necessidades do G., os quais foram direcionados para potencializar as áreas a desenvolver, como também para a manutenção das áreas intermédias. Posto isto, foi realizada a seguinte tabela para que a intervenção fosse direcionada aos pontos mais relevantes a serem trabalhados.

**Tabela 12***Perfil Intraindividual do G.*

Áreas/Competências* Fortes	Áreas Intermédias/ intermédias	Competências*	Áreas de necessidade/ Competências* de necessidade
Noção do corpo	Lateralidade		Tonicidade (regulação dos impulsos e emoções)
Competências Sociais (relações interpessoais)	Praxia global (coordenação oculomanual e oculopedal)		Equilíbrio
Imaginação*	Praxia Fina		Estruturação espaciotemporal
	Competências emocionais* (autoestima e autoconfiança)		Percepção Visual*
	Comunicação verbal (discurso)		Competências cognitivas* (Planeamento da ação, atenção e concentração)

### 3.3 Hipóteses Explicativas

Os maus-tratos físicos e psicológicos são prejudiciais ao desenvolvimento e bem-estar das crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, quando a arquitetura do cérebro destas está ainda em desenvolvimento (Cuartas et al., 2019). Esse processo de desenvolvimento é assim constantemente modificado por influências ambientais, constituindo os maus-tratos aspeto dessas influências (Glaser, 2000). Pelo facto destas crianças estarem privadas de experiências sensoriais necessárias para o desenvolvimento do cérebro infantil em amadurecimento, poderá isso levar a diferenças na anatomia e no funcionamento do mesmo, bem como a consequências no desenvolvimento da criança (Glaser, 2000; Twardosz & Lutzker, 2010).

Constata-se assim que os maus-tratos podem trazer consequências adversas e duradouras, estendendo-se estas até a adolescência e início da vida adulta (Strathearn et al., 2020). Essas consequências e prejuízos começam a ser observados de forma imediata no início da vida (Winter et al., 2022) ao nível do desenvolvimento físico, cognitivo e socioemocional, tendo a criança maior risco de vir a apresentar dificuldades de aprendizagem e consequentemente fraco desempenho académico (Cuartas et al., 2019).

Para além disso, a negligência emocional pode levar a défices no reconhecimento, expressão e regulação de emoções, bem como a maior afeto negativo, fraco autoconceito e insensibilidade à recompensa, tendo isso influencia no desenvolvimento social e emocional (Strathearn et al., 2020). Esses défices são observados no G., pois de acordo com Strathearn e colegas (2020), estas crianças revelam maiores dificuldades em discriminar expressões faciais e emoções, revelando dificuldade em compreender as causas e o significado das expressões emocionais em si mesmas e/ou nos outros (Shackman & Pollak, 2014; Riggs, 2019); percepção essa importante para entender as intenções dos outros e/ou de monitorar a própria resposta (American Academy of Pediatrics et al., 2008). Segundo Shackman e Pollak (2014) estas crianças, revelam ainda alguns comportamentos agressivos, com episódios de raiva, o que poderá ser uma resposta normativa do desenvolvimento à frustração. Isto porque estas são

incapazes de regular a resposta a outras emoções, para além da raiva, em contextos sociais de forma eficaz (Pollak & Tolley-Schell, 2003; Riggs, 2019).

Estas dificuldades estão assim intimamente ligadas à influência negativa, que as primeiras experiências de abuso, têm no desenvolvimento dos sistemas perceptivos, os quais englobam o sistema emocional, visual, auditivo, olfativo e somatossensorial, que podem, portanto, estar também em risco (Pollak & Tolley-Schell, 2003; Twardosz & Lutzker, 2010). Devido a estas experiências vividas, aos padrões frequentes de agressão verbal e física, hostilidade intensificada e aumento da ameaça interpessoal, as crianças experimentam perturbações tanto na frequência quanto no conteúdo das suas interações emocionais (Pollak & Sinha, 2002). Assim, e pelo exposto poder-se-á hipotetizar serem estas as razões e as modificações do cérebro para que a criança apresente alterações ao nível da perceção, sendo isto ainda comprovado por alguns estudos que identificaram desempenho visual-espacial inferior em crianças e adolescentes após maus-tratos, especificamente em aspetos de perceção visual, construção visual e integração visual-motora (Kavanaugh et al., 2017).

A exposição a estes maus-tratos, durante a primeira infância e idade pré-escolar, promove também o desenvolvimento de apego inseguro, aumentando o risco de desenvolvimento e perpetuação de comportamentos de internalização e externalização (problemas de conduta, impulsividade, raiva, agressão, comportamentos disruptivos e delinquentes), na adolescência (Cecil et al., 2017; Riggs, 2019; Winter et al., 2022). Estes comportamentos de externalização foram observados inicialmente, tendo estes melhorado por alguns meses, voltando o G. a apresentar esses comportamentos nos últimos dois meses de estágio, tanto com adultos como com os seus pares. Por isso, e segundo Cecil e colegas (2017), a experiência prolongada a insultos e humilhações, por parte dos progenitores, pode ter feito com que o G. internalizasse as críticas dos pais, o que possivelmente terá contribuído para a sua baixa autoestima e perceções negativas de si mesmo, prejudicando a capacidade deste para se autorregular, revelando dificuldade em controlar os seus impulsos. O G. revela ainda tendência para a fantasia, o que de acordo com Azevedo e Maia (2006), é um mecanismo da criança para esconder a sua dor.

Pelo exposto, poder-se-á afirmar que não foram dadas as oportunidades ao G. para que evoluísse, visto que as tarefas de desenvolvimento importantes do estágio não foram navegadas de forma eficaz, contribuindo para o atraso ou impedimento em adquirir habilidades posteriores (Kaufman et al., 2017). Isto está assim relacionado às necessidades básicas da criança, tanto fisiológicas quanto psicológicas ou emocionais, as quais não foram satisfeitas. Essas necessidades ao não serem atendidas poderão assim prejudicar gravemente o desempenho de uma criança em casa, na escola e na vida adulta, isto porque a aprendizagem só pode ocorrer quando as necessidades básicas forem asseguradas (Yahaya, 2017). Também o desenvolvimento físico, afetivo, intelectual e social, bem como a construção da identidade, da autoestima, do controlo de impulsos e da socialização ficará comprometido, se essas necessidades fundamentais da criança não forem respeitadas (Dekeuwer, 2021).

Segundo a teoria de Maslow, à medida que o bebé cresce vai precisando de segurança e depois de amor, para que consiga progredir para níveis superiores. No caso do G. este progresso ao ter sido interrompido, em conjunto com a exposição a maus-tratos, poderá ter levado este a sentir-se inferior, fraco, indefeso, inseguro e sem valor (Yahaya, 2017). Como destacado por Azevedo e Maia (2006), é comum a criança em idade escolar verbalizar frequentemente «não sou capaz» e «não consigo», sendo isto observado no G., o que levava a um desinvestimento por parte deste nas tarefas a serem desenvolvidas.

Segundo Dekeuwer (2021), todas estas condições ao não estarem satisfeitas, levam com que a criança, neste caso o G. tenha dificuldade em reconhecer as emoções do outro, ter baixa autoestima, impulsividade, dificuldades de linguagem e de aprendizagem, como já mencionado anteriormente. Alguns estudos encontraram um aumento de enurese e queixas somáticas entre as crianças vítimas de maus-tratos (Azevedo & Maia, 2006), podendo isto ser um hipótese para estes comportamentos serem observados no G. Outras das hipóteses para explicar estes comportamentos poderá ser a exposição da criança à violência doméstica, afetando negativamente as habilidades cognitivas, o desenvolvimento da linguagem e o nível educacional desta, sendo ainda observadas dificuldades de atenção e concentração, perturbações do sono (enurese noturna), insegurança, baixa auto-estima comportamento imprevisível e raiva (Lloyd, 2018); fatores estes observados no G., como já mencionado.

A presença destes maus-tratos podem assim ser comprovados pelo facto das crianças ao viverem em famílias onde ocorre violência doméstica serem mais propensas a serem vítimas diretas de violência, particularmente de violência parental (Callaghan, 2018), sendo vários os autores que sugerem que mães agredidas continuam a repercutir essa violência nos seus filhos como reação a serem agredidas pelos seus parceiros (Coohey, 2004). Esse facto pode por isso, e de acordo com Bandura e colegas (1961), ter impacto na criança, que usará ou tolerará a violência interpessoal no seu futuro, relacionando essa experiência ao sexo da pessoa que cometeu a primeira agressão (pai).

Estas vivências por sua vez, podem ser transportadas para o desenho, o qual é atualmente visto de uma forma holística, como forma de perceber e compreender o mundo (Rosa, 2018), sendo por isso uma forma de comunicação não verbal onde a criança projeta a sua personalidade, como se vê a si própria, as suas experiências e a maneira como vê as pessoas que considera importantes na sua vida, as suas perceções e atitudes (Lopes, 2008). Assim, o desenho como medida de desenvolvimento cognitivo, pode ser entendido como expressão de um ciclo de desenvolvimento típico, observado através da produção gráfica onde a criança projeta e evidencia necessidades inconscientes, conflitos e traços da personalidade (Rosa, 2018). Constitui-se por isso mesmo, como um dos melhores meios para observar a evolução perceptiva, o desenvolvimento mental e, ao mesmo tempo, o mundo vivido pela criança e a sua personalidade.

Por todos estes motivos, o desenho do homem foi onde se obteve menor pontuação, percecionando o G., a figura do pai, como a figura da violência e dos maus-tratos, sendo esse

pai visto como o motivo da mãe transpor essa violência vivida para ele. Isto porque os seres humanos agem com base no que percebem, nos significados que constroem do mundo, estando a percepção que a criança tem do mundo contaminada pela própria representação que tem do progenitor, percepção esta que é negativa (Ribeiro, 2010).

Por fim, e não menos importante, o G. revela ainda dependência do adulto o que poderá ser explicado pela sua necessidade de pertencer a alguém, a qual deveria ser assegurada pelo vínculo afetivo entre mãe e filho ou pessoa significativa (Silva et al., 2004). Ou seja, pode ser explicado pela tentativa do G. de alcançar segurança (Azevedo & Maia, 2006).

### 3.4 Objetivos Terapêuticos

**Tabela 13**

*Objetivos Terapêuticos do G.*

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover a regulação tónica	- Aumentar a capacidade inibitória - Diminuir a rigidez muscular
Maximizar a noção do corpo	- Aperfeiçoar a representação gráfica do corpo
Promover a lateralidade	- Desenvolver o reconhecimento direita/esquerda em si próprio e no outro
Estimular o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico
Melhorar a praxia global	- Melhorar a agilidade motora - Aperfeiçoar a coordenação dinâmica geral - Melhorar a coordenação oculomanual e oculopedal
Promover a praxia fina	- Melhorar a destreza manual
Promover a estruturação e organização espaciotemporal	- Melhorar a capacidade de se deslocar no espaço de acordo com as instruções dadas e de diferentes formas de locomoção (andar, correr, bicos dos pés, etc.) - Desenvolver a orientação no espaço de acordo com instruções verbais, visuais e táteis - Estimular a capacidade rítmica
Desenvolver as competências cognitivas	- Planificar a ação antes de a executar - Potenciar o foco atencional na tarefa - Melhorar a percepção visual - Estimular a capacidade de discurso/diálogo coerente e organizado
Promover as competências socioemocionais	- Melhorar a autoestima - Aumentar a segurança em si mesmo

### 3.5 Calendarização da Intervenção

A Intervenção Psicomotora com o G. teve a duração de oito meses, a qual decorreu desde outubro de 2022 a junho de 2023. As sessões ocorreram sempre no período da tarde, após a criança chegar da escola. Estas decorreram semanalmente tanto em contexto individual como em contexto grupo, tendo ambas uma duração de aproximadamente 50 minutos.

### 3.6 Fundamentação da Intervenção

A intervenção com crianças com fracas competências emocionais deve, em primeiro lugar, garantir um meio securizante, para que estas se possam (re)organizar interiormente (Strech, 1998). Deve-se por isso proporcionar condições para que a criança se possa expressar, arriscar, ser quem quiser. Isto para que, progressivamente, vá criando a sua identidade, acreditando em si e de que é capaz (Rodrigues, 2005).

Para serem proporcionadas essas condições, é assim fundamental estabelecer uma relação de empatia e confiança mútua com a criança, de forma a ajudá-la a exteriorizar a sua vida interna e a resolver alguns conflitos existentes (Vicens, 2004). Através do estabelecimento de uma boa relação a criança vai sentir o terapeuta como alguém que transmite segurança, a quem pode solicitar atenção ou ajuda, sem constrangimentos (Sánchez et al., 2003), e a quem é possível expressar as suas fantasias, emoções e libertar as suas frustrações (Lapierre & Lapierre, 2005). Pelo exposto, nas primeiras sessões com o G. recorreu-se ao jogo livre e espontâneo, com o objetivo de observar como este reagia a um novo espaço, contexto e como se relacionava com os objetos e com a terapeuta (Costa, 2008), de forma a começar também a estabelecer-se uma relação de confiança e empatia com a criança. Para além disso, a utilização do jogo é uma experiência fundamental para a criança durante o processo de maturação, que por sua vez revela-se um fator determinante para o desenvolvimento da sua personalidade (Vecchiato, 2022).

Pela história de vida do G. tornou-se fundamental ter em conta que a base de toda a aprendizagem é o afeto. É através deste que as crianças aprendem a confiar, a criar afeição e empatia e a interiorizar os limites (Brazelton & Greenspan, 2003). A construção de limites organiza a criança na sua coesão interna e nas barreiras que estabelece com o exterior, facilitando a capacidade de contenção dos impulsos, moderando a reação perante a frustração e permitindo uma melhor relação com os outros, adultos ou grupo de pares (Strech, 2008). Por isso, a intervenção teve em consideração este pressuposto ajudando o G. a sentir-se seguro para seguir as regras e para comunicar os seus sentimentos (Brazelton & Greenspan, 2003).

O jogo coloca a criança em contacto com o seu próprio mundo interno e externo, promovendo a socialização com os seus pares e com o mundo dos adultos. Ou seja, é o próprio mundo da criança, podendo esta expressar-se livremente, levando-a a conhecer e a construir uma imagem positiva e ordenada de si mesma (Vecchiato, 2022). Isto foi portanto benéfico para o G. visto que o jogo, segundo Schaefer e Drewes (2012), pode ser utilizado como mediador terapêutico para auxiliar as crianças a lidar com os seus problemas emocionais e de comportamento. Concordando com Martins (2001) e Vecchiato (2022), o/a psicomotricista, deverá utilizar por isso o jogo dirigido para estabelecer uma ligação entre o indivíduo e a ação, permitindo melhorar a autoestima e ultrapassar os bloqueios da criança, centrando-se sempre na experiência sensoriomotora. Como o jogo espontâneo não é isolado do jogo direcionado, ambos podem proporcionar uma intervenção adequada para a criança (Mastrascusa & Franch, 2016), sendo por isso ambos utilizados.

Pelo exposto, ao longo da intervenção, foram proporcionadas ao G. experiências e propostas de atividades pela estagiária, as quais foram sendo cada vez mais complexas, de maneira a permitirem que este ultrapassasse as suas dificuldades, aumentando por sua vez a autoestima e o sentimento de competência (Katz, 2006). Atividades sugeridas pela criança, neste caso o G., foram aqui privilegiadas, pois segundo Fernandes e colegas (2018) e Costa (2008), possibilitam à mesma manter-se motivada e conseqüentemente experienciar a capacidade de ser eficaz e ter confiança em si própria, ajudando a melhorar e superar as suas dificuldades.

Durante a intervenção, o jogo foi então utilizado de forma a estimular o pensamento, o respeito por regras e limites, o controlo dos impulsos, a gestão dos momentos de frustração, a consciencialização das capacidades, a autoestima, a resolução de problemas, o aumento do tempo na tarefa, o planeamento da ação, a autonomia e a criatividade (Costa, 2008). Para além do jogo, e não menos importante, foi valorizado o brincar da criança, e como já mencionado, visto que promove a capacidade de trabalhar em grupo, respeitar as regras, esperar pela sua vez, partilhar, aceitar as ideias do outro, negociar, resolver conflitos e controlar os seus impulsos. É através da brincadeira que a criança aprende a expressar e a regular as emoções, por se sentir num espaço de conforto e segurança (Moutinho, 2012).

A criança descobre o espaço a partir do conhecimento que tem do seu corpo e dos seus movimentos. Por isso, tornou-se aqui fundamental deixar o G. explorar o espaço de forma a descobrir as suas possibilidades corporais. Isto para que conseguisse adquirir as noções espaciais dos objetos uns em relação aos outros e do seu próprio corpo em relação ao espaço que ocupa (Almeida et al., 2023). Como sugerido por Almeida e colegas (2023), começou-se assim por trabalhar com o G. a tomada de consciência do corpo, das suas diversas posições (ex., de pé, sentado, deitado e de joelhos) e diversos deslocamentos do corpo (ex., marcha, rastejar, gatinhar e em diferentes posições que o corpo pode tomar).

Também dificuldades ao nível da iniciativa e criatividade, são associadas a sentimentos de incapacidade (Costa, 2008), como se pode observar no G. Como tal, a música e ritmicidade ao permitirem o desenvolvimento da estruturação rítmica e temporal, da concentração, da tonicidade, da criatividade e das competências de comunicação (Giromini et al., 2015), foram recursos estes utilizados ao longo da intervenção com o G. Isto porque a utilização do jogo com elementos lúdicos aumenta a expressividade, iniciativa e criatividade, segundo Vidigal (2005).

Maximiano (2004), destaca ainda que é através da comunicação que vai ser estabelecido o diálogo corporal, a proxémia na relação terapêutica, sendo potenciada a organização do pensamento e a expressão das emoções. Por esse motivo, a comunicação verbal foi importante no decorrer das sessões, de forma a ajudar o G. ao nível da comunicação, sendo que o momento final da sessão (diálogo final) lhe possibilitou verbalizar o que experienciou e vivenciou na sessão.

Pelo exposto, a intervenção ao ter seguido uma metodologia semiestruturada incluindo atividades dirigidas pelo terapeuta e pela espontaneidade e criatividade da criança, possibilitou,

segundo Costa (2008, 2017) a capacidade de organização e planeamento da criança, promovendo a sua autonomia através do controlo dos impulsos, da valorização pessoal e da criação de limites, através da interiorização das ações. De igual forma, a intervenção em grupo, foi também benéfica para o G., visto que promoveu a autorregulação e reforçou a autoestima (Costa, 2017), estimulando por sua vez a expressão e verbalização de sentimentos.

De forma a completar a intervenção, foi realizado um momento de relaxação, no final da sessão, de forma a fazer o retorno à calma e diminuir contrações musculares existentes no G. (Costa, 2008). Para isso, foi utilizado como mediador a bola, recorrendo-se ainda ao toque terapêutico. Isto porque a utilização de objetos terapêuticos (mediadores) poderão ajudar-nos enquanto profissionais a determinar o momento exato para tocarmos o outro, evitando assim que o toque seja abusivo, revelando-se um dano e não um benefício (Mira & Veiga, 2022). Pelo facto de o toque estar interligado com as relações entre as pessoas, e no contexto da psicomotricidade, não ser só promotor da relação, mas também promotor da intervenção, este foi utilizado com o G., vivenciando este toque da psicomotricista como um toque afetivo (Mira & Veiga, 2022). O G. ao experienciar este toque permitiu sentir e integrar o prazer do toque, o prazer de ser tocado por um outro que se interessa por ele, que o investe, e que o cuida, assumindo este progressivamente o respeito e investimento no seu próprio corpo, associando-o, não à dor, mas ao prazer (Mira & Veiga, 2022).

Por tudo isto, através destes momentos, o G. foi, gradualmente, aprendendo a controlar e compreender o seu corpo, de modo a diminuir as suas tensões internas, a regular os seus comportamentos (Lièvre & Staes, 2012) e as suas emoções (Martins, 2001). Para além disso, a consciência da respiração tornou-se aqui importante, principalmente nas primeiras sessões, pois segundo Losivaro (2012) essa consciência é fundamental nas situações de stress (momentos de frustração), permitindo diversas vivências corporais.

### **3.6.1 Estratégias Terapêuticas**

Refletindo no estudo de caso descrito, delinearam-se algumas estratégias para o bom desenvolvimento da intervenção, sendo estas importantes para o estabelecimento da relação terapêutica e para motivar a criança a realizar as atividades e explorar, contribuindo para ultrapassar as suas dificuldades. Dessa forma, e tendo em conta o que é apresentado por Strecht (1998), é fundamental que numa intervenção com crianças com fracas competências emocionais se consiga primeiramente garantir um meio securizante, para que estas se possam (re)organizar interiormente, ou seja, torna-se aqui importante promover um ambiente seguro, lúdico, animado, de confiança e sem julgamentos para que a criança se sinta liberta para mostrar o seu verdadeiro eu. Isto porque, e de acordo com Dias (2018), uma criança faz mais e melhor quando se sente tranquila, segura e próxima de adultos bondosos, sentindo-se por isso menos ansiosa e mais focada. Para além da criação deste ambiente, é importante respeitar o espaço, ritmo e tempo de resposta da criança (Costa, 2008), visto que de acordo com Alexandrine e Boscaini (2012), faz parte do papel do/a psicomotricista respeitar o indivíduo, as suas características e os seus modos



de expressão e sendo o G. um menino com dificuldades para aceitar quando não é capaz de fazer determinada tarefa, ou quando não a realiza bem, ficando frustrado, é importante aqui que o adulto consiga respeitá-lo não o pressionando, deixando-o fazer as atividades ao seu ritmo, com a atenção, paciência e acompanhamento (Dias, 2018), mostrando-lhe o caminho a seguir.

Torna-se igualmente relevante valorizar assim os êxitos e as suas conquistas durante o processo e não apenas o produto final, utilizando para isso o reforço e *feedback* positivo (Costa, 2008), de forma a motivar a criança para que esta não desista de tentar realizar e fazer uma atividade que diz não ser capaz, sendo aqui os elogios também uma ótima estratégia para ajudar o G. a ser uma criança segura (Dias, 2015). O reforço positivo ajuda a criança a construir uma percepção de autoconfiança, encorajando-a a repetir os comportamentos desejáveis, sendo o resultado o fortalecimento de uma resposta que se pretende manter ou desenvolver (Maia, 2011). Como Alexandrine e Boscaini (2012) referem, o/a psicomotricista deve então encorajar a criança e reforçar de forma positiva as suas capacidades, favorecendo as suas expressões espontâneas e orientadas. Assim, a criança ao sentir-se motivada e começando a perceber do que é capaz de fazer consegue-se proporcionar e estimular o aumento da sua autoestima, criatividade e espontaneidade, através da consciência das suas competências (Costa, 2017). Dessa forma, o G. aprenderá a ter controlo das suas ações, a decidir, a resolver os seus conflitos, a falar, a pensar e a jogar por si próprio (Rodríguez & Llinares, 2008) pois quanto mais motivada está uma criança para realizar um comportamento, maior é a probabilidade de apresentar esse mesmo comportamento, podendo esse padrão de resposta da criança ser aprendido e estabelecido através de reforços (Maia, 2011), os quais foram usados ao longo da intervenção.

Por isso, ao otimizar-se o empenho, a concentração e participação da criança, irá conseguir-se promover a sua autoestima, fazendo-a acreditar nas suas competências (Costa, 2008; Mastrascusa, & Franch, 2016), ou seja, conseguir-se-á proporcionar o sentimento de competência, autonomia e a capacidade de expressar as suas ideias; precisando este cada vez menos do adulto nas suas expressões e vivências (Rodríguez & Llinares, 2008). Por tudo isto, o reconhecimento pelos êxitos da criança, ao longo deste processo, é colocado no esforço feito, dando-se valor ao processo, o que contribui para a criação de uma criança resiliente, forte e responsável; acreditando esta que é capaz de ultrapassar as suas dificuldades, tornando-se cada vez mais autónoma, independente e segura, sendo capaz de fazer o que deseja (Dias, 2015). Por isso, o G. ao ir adquirindo esta motivação para ultrapassar as suas dificuldades, sentindo-se cada vez mais competente, começou-se a trabalhar ao longo das sessões as áreas fortes em simultâneo com as áreas a desenvolver, tendo em conta as suas características individuais.

Estabelecer regras e limites dentro do espaço da sessão (Costa, 2008) foi também muito importante ao início, visto que a criança se dispersava muito com os brinquedos que existiam no espaço da sessão, não se focando no que estava a fazer e deixando uma tarefa a meio, por exemplo. Assim, ao colocar-lhe limites de forma empática, foi-se contribuindo para que mesma se sentisse segura para explorar e crescer. Isto porque, a ausência de limites torna a criança insegura (Dias, 2015), não sendo esse o efeito que se pretende por isso a utilização da

estratégia. Por outro lado, no decorrer da intervenção a demonstração torna-se importante, visto que antecipa dificuldades das crianças na compreensão verbal, sendo que as características mais importantes devem ser repetidas verbalmente (Matias et al., 2011). Juntamente à utilização desta estratégia, a negociação e manipulação foram usadas quando necessárias.

Para que a intervenção fosse ainda mais estimulante e motivante para a criança, a utilização de música e de objetos mediadores foi relevante. Isto porque ao se desenvolverem atividades, recorrendo à música, permite que a criança desenvolva habilidades motoras, refletindo e controlando os movimentos com destreza e consciência corporal (Taborda & Silva, 2021). Com isto, o G. teve a oportunidade de realizar diversas atividades, incentivando-se para realizar movimentos mais complexos e sentindo-se posteriormente capaz de criar e experimentar novos movimentos e atividades, despertando por isso a sua confiança e favorecendo a sua autonomia (Ferreira & Rubio, 2012), que é o que se pretendeu alcançar com ele. Por outro lado, a utilização de objetos mediadores foram importantes ferramentas de ajuda, por serem um meio de a criança se diferenciar, desenvolver e construir enquanto pessoa (Giromini, 2017), isto é, como um suporte para a comunicação como também para a criatividade, facilitando ainda o compartilhamento de emoções, conteúdos psíquicos através de possíveis apropriações e transformações (Jigan, 2019). Serviu assim como instrumento intermediário de projeções e trocas afetivas e da atividade simbólica do G. (Santos, 2007). A música aliada à psicomotricidade e a utilização de objetos mediadores revelaram-se assim como estratégias interessantes no processo de desenvolvimento das capacidades infantis do G. (Ferreira & Rubio, 2012), despertando-lhe interesse e divertimento para aprender (Taborda & Silva, 2021).

Por fim, e para que todas estas estratégias utilizadas tivessem maior impacto na criança, foi importante a utilização de instruções simples e lúdicas, adaptadas à idade, visto que ao pedir à criança para realizar uma determinada tarefa, transformando a instrução num momento lúdico, carinhoso e envolto nalguma brincadeira, a criança não interpretava esse pedido como uma ordem e à qual tinha de obedecer, realizando a tarefa de forma cooperante e participativa (Maia, 2011).

#### **4.Resultados - Avaliação Inicial versus Avaliação Final**

##### **4.1 Modelo de Observação Individual de Sánchez, Martínez e Peñalver**

Durante a observação psicomotora, observou-se que o G. é uma criança carinhosa, amigável, empática e muito imaginativa. Sabe brincar tanto em grupo como individualmente, relacionando-se tanto com os colegas e amigos como com os adultos, sabendo partilhar e propor jogos. Sabe-se movimentar com e sem os objetos, não combinando muitos objetos diferentes ao mesmo tempo e revelando ser muito restrito na exploração do espaço, realizando brincadeiras específicas e não muito variadas (dinossauros e carros), sendo a zona desses brinquedos a sua preferida. Contudo, é capaz de abrir esse seu espaço aos outros, principalmente ao adulto e pedir ajuda deste quando os outros não o deixam entrar nas brincadeiras. Apresenta preferência

manual à direita, estando esta bem definida. Os seus movimentos, por vezes, são rígidos e estáticos.

Foram observadas algumas dificuldades na coordenação e no equilíbrio dinâmico, bem como em atividades de dupla tarefa. Para além disso, tem dificuldades ao nível do controlo dos impulsos e das emoções. Quando contrariado ou quando não é capaz de fazer determinada tarefa tem tendência a exaltar-se e a descontrolar-se, batendo nos objetos e fazendo birra. Tem dificuldade em começar e terminar uma atividade, não arrumando os brinquedos e dificuldade em lidar com ruturas na relação e na brincadeira e com quem as inicia. Este revela uma grande dependência afetiva do adulto, através de comportamentos como o apego excessivo, dificuldade em lidar com o término da sessão, necessidade generalizada em ter o adulto por perto para realizar atividades e para sentir a sua presença, bem como ter a sua aprovação, ou seja, manifesta as suas necessidades chamando a atenção deste.

#### **4.2 Inventário de Desenvolvimento Battelle**

Na aplicação das provas, tanto inicialmente como no final da intervenção, observou-se alguma desatenção e agitação por parte da criança, bem como algum cansaço ao longo do decorrer destas. Contudo, o G. mostrou uma atitude cooperante, ainda que fosse necessário a utilização de estratégias como negociação e o reforço positivo e de brincadeiras da sua preferência.

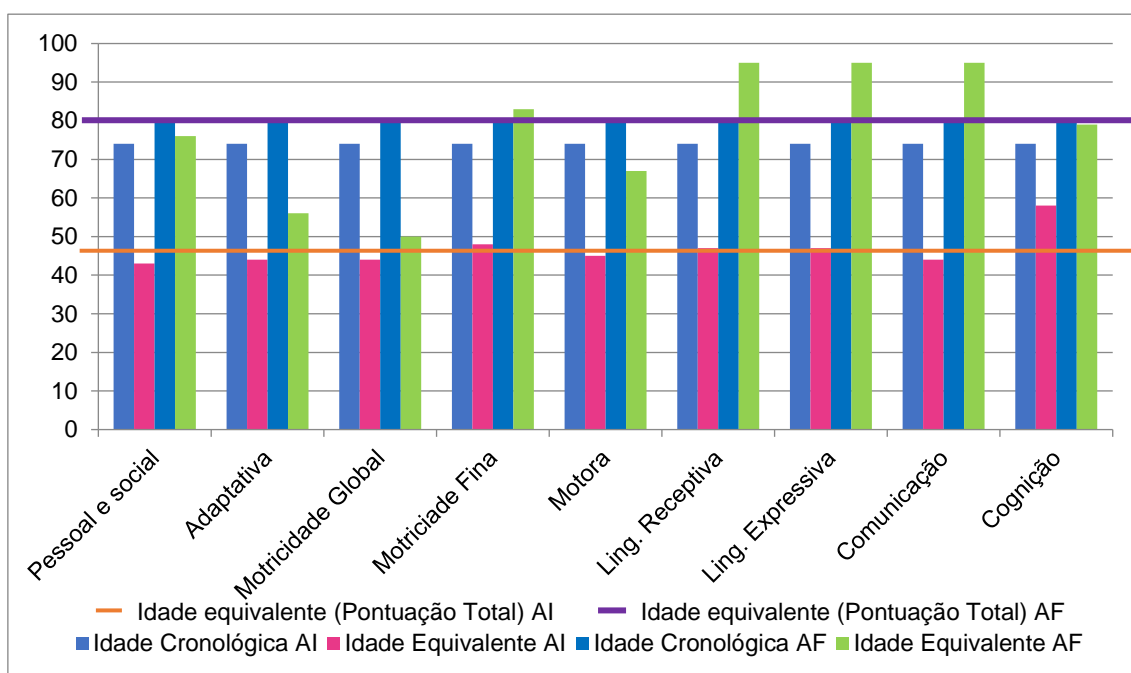
Inicialmente, o G. apresentava dificuldades globais muito consistentes e resultados abaixo do esperado para a sua faixa etária em todas as áreas, correspondendo a uma idade equivalente de 46 meses – 3 anos e 10 meses (linha horizontal presente na figura 4). O G. apresentou maiores dificuldades na comunicação, seguindo-se das áreas pessoal e social, adaptativa e motora global. Durante as provas da comunicação, o G. apresentou um discurso por vezes desorganizado, percebendo-se minimamente o que queria dizer. Na área pessoal e social foram observadas algumas dificuldades, nomeadamente na descrição dos seus sentimentos e na escolha dos amigos. Na área adaptativa, foi referido pela auxiliar de referência que o G. tem enurese noturna, sendo uma área a ser melhorada. Na motricidade global o andar em “bico do pé com o calcanhar” e o “saltar à corda” foram realizados de forma muito descoordenada e sem êxito. A cognição é a área que corresponde a uma idade equivalente superior às restantes áreas e idades equivalentes. Nesta área foi notável a sua capacidade para imaginar, visto que ao lhe ser contada a história do item 93, ele inventava novas personagens, dando continuidade a essa história, sendo mais uma vez notória, a desorganização no discurso.

Apesar destes resultados iniciais, o G. revelou melhorias expressivas em todas as áreas como se pode observar pelo gráfico abaixo, sendo notável maior aproximação à sua idade cronológica (80 meses – 6 anos e 8 meses). As áreas de motricidade fina, linguagem recetiva e expressiva e comunicação foram aquelas em que houve mais melhoria, sendo a idade equivalente superior à cronológica. Isto quer assim dizer que o G. conseguiu ao longo da

intervenção adquirir novas competências e ganhos para o seu normal desenvolvimento. Apesar disso, algumas áreas ainda se encontram muito abaixo do esperado para a sua idade como é o caso da área adaptativa e da motricidade global. Isto porque o G. esteve um mês com comportamentos desregulados, agitados e agressivos; o que pode ter afetado os resultados destas duas áreas.

**Figura 4**

*Resumo dos resultados da AI versus AF do Inventário de Desenvolvimento Battelle*



### 4.3 Teste de Desenvolvimento de Integração Visuomotora - Beery VMI

Na aplicação dos três testes do **VMI**, inicialmente o G. demonstrou alguma inquietação e insegurança perante as suas capacidades, perguntando algumas vezes se estava certo, se estava a fazer bem ou solicitando a ajuda do adulto quando não conseguia copiar uma das figuras. No primeiro teste (integração visuomotora - IVM), obteve um percentil de 2, o que corresponde a uma classificação abaixo da média relativamente ao esperado para a sua faixa etária, sendo visíveis dificuldades nas figuras mais complexas (16-18).

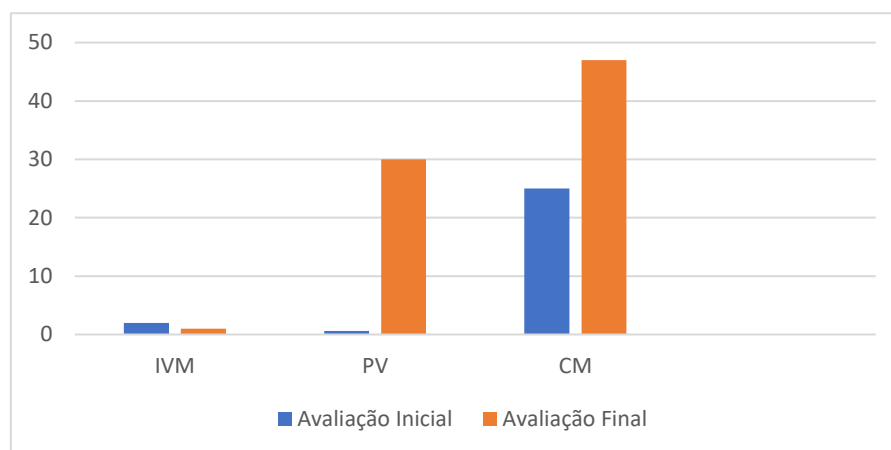
No segundo teste (perceção visual - PV), o G. obteve um percentil de 0.6, o que corresponde a uma classificação abaixo da média, sendo que em 30 pontos, obteve um total de 17 pontos. Foram observadas dificuldades a partir do item 13, por exemplo ao nível da direção da figura (figura na diagonal “/”, desenhou “\”) e troca de sinais com o “X”, pondo como figura igual o “+”. Por último, no terceiro teste (coordenação motora - CM), o G. obteve um percentil de 25, o que revela estar dentro da média, ainda que se tenham observado dificuldades em figuras mais complexas (a partir da figura 19) e sem os pontos para se orientar, não tendo obtido pontuação nestas figuras.

No geral, percebe-se que é a área da percepção visual que se encontrava a comprometer o resultado da integração visuomotora (figura 5), estando por isso essas áreas abaixo da média comparativamente ao esperado para a sua faixa etária.

Comparando com a avaliação final, o G. revelou maior autoestima para realizar as provas, dizendo que era capaz de fazer tudo sozinho e bem. Através da figura 5, é notável a sua evolução tanto ao nível da percepção visual como na coordenação motora. Contudo, a integração visuomotora, desceu um percentil. Isto poderá ser explicado por diversos fatores, entre os quais a mudança da idade de comparação com dados normativos, o que sugere que não houve evoluções nesta área continuando estas aquisições por adquirir. Contudo, e apesar destes terem sido os resultados, em observação o G. revela ter uma melhor integração visuomotora, como por exemplo na forma como pega e manuseia o lápis, segurando a folha; e ainda na forma como percebe o lançar e atirar a bola, agarrando com as duas mãos.

**Figura 5**

*Resumo dos resultados do VMI da AI versus AF do G.*



#### **4.4 Draw a Person - DAP**

Nesta prova, o G. mostrou-se novamente inseguro, dizendo que não era capaz de realizar o desenho do homem, acabando por bloquear e não conseguir desenhar, apenas se limitou a desenhar a cabeça, olhos, boca, cabelo, pescoço, um braço e uma mão. Por esse motivo, e como observado na tabela 13, o G. obteve um resultado abaixo da média no desenho do Homem. Contudo, os restantes desenhos apresentam-se completos, apesar da ausência de alguns pormenores. Revela lentidão na execução dos desenhos, solicitando ajuda e questionando se está correto, de modo a obter a aprovação do adulto. Concluindo, o desenho do Homem foi onde apresentou valores mais baixos (percentil 7), seguindo-se o da mulher (percentil 42) e do próprio (percentil 58). Apesar do exposto, o G. encontra-se na média para a sua idade (percentil 27).

Apesar destes resultados iniciais, na avaliação final, o G. mostrou um desenho mais completo, com mais detalhes e pormenor, sendo visível já a presença de orelhas em todos os desenhos, bem como maior percepção da dimensão do desenho em relação à folha e da presença

de peças de roupa. Conclui-se que o G. conseguiu melhorar nos objetivos trabalhados neste fator, sendo a evolução observada não só qualitativa como quantitativa.

**Tabela 14**

*Resultados da AI versus AF do DAP (G.)*

Desenho	Valores Bruto		Valores Padronizados		Percentil	
	AI	AF	AI	AF	AI	AF
Homem (H)	16	36	78	108	7	70
Mulher (M)	27	44	97	122	42	93
O Próprio (P)	30	41	103	117	58	87
Total (H+M+P)	73	121	91	118	27	88
Total de Classificação do Teste AI: na média   Total de Classificação do Teste AF: acima da média						

## 5. Discussão de resultados

Refletindo sobre a intervenção terapêutica realizada com o G., poder-se-á dizer que esta teve avanços e retrocessos. Contudo, foi possível observar-se melhorias expressivas em todas as áreas de competência, como se poderá observar pela comparação dos resultados iniciais e finais obtidos pela aplicação do Inventário Battelle. Essas melhorias foram mais observáveis ao nível da resiliência, da autoestima e autoconfiança, na regulação das emoções, na comunicação (discurso mais coerente, lógico e perceptível) e em alguns fatores psicomotores (motricidade fina e global e equilíbrio). O G. tornou-se uma criança mais autónoma e confiante, sendo capaz de experimentar e querer fazer ao longo da intervenção atividades mais complexas. O G. revelava felicidade e satisfação quando ao fim de algumas sessões já conseguia fazer uma nova habilidade ou tarefa, querendo mostrar-me esse seu ganho com grande satisfação. Também este já conseguia propor assim atividades para se fazer, sugerindo ao adulto que também participasse nessas suas brincadeiras e propostas, as quais ao início não tinham lógica e eram estruturadas de forma aleatória e dispersa e no final da intervenção já o G. conseguia explicar e estruturar melhor o início, o meio e o fim da tarefa e/ou brincadeira, explicando como era para a realizar. Ao nível do tónus, o G. que ao início estava sempre em hipervigilância no momento do retorno à calma (relaxação), foi ao longo da intervenção aceitando e conseguindo descontraír, sendo ele próprio a pedir esses momentos para se acalmar, regular e descansar. Ainda foram observadas melhorias ao nível da percepção visual e principalmente na coordenação motora, sendo que a integração visuomotora ficou abaixo do expectável, talvez prejudicada pela fase que o G. estava a viver e a sentir, ou seja, pela agitação constante.

Estes avanços e melhorias, foram assim um pouco prejudicados por uma fase de “rebeldia” do G. nos últimos dois meses de intervenção, pois este começou a ter episódios de agressividade, impulsividade, inquietação, revolta e zanga e dificuldades comportamentais tanto com os pares como com os adultos em todos os contextos que estava inserido (casa, escola, atividades extracurriculares, terapias), o que dificultava a realização das sessões, que por vezes

não se conseguiam realizar pelo estado alterado da criança. Esses comportamentos desafiantes levavam o G. ao incumprimento das regras estabelecidas no início da intervenção, voltando a referir, quando a sessão terminava e não queria sair da sala, “não saio daqui ou “só saiu daqui se me deres um brinquedo”. Por este motivo, teve-se de voltar a utilizar a negociação para que não se tornasse num ciclo vicioso, visto que os brinquedos do andar de cima não poderiam ir para o andar de baixo e vice-versa. Por não se conseguir em equipa multidisciplinar ajudar e perceber o que se poderia estar a passar com o G., foi decidido em equipa ir a uma consulta com a médica de neurodesenvolvimento, a qual receitou e sugeriu que este começasse a ser medicado para se conseguir regular esse seu estado de revolta, ou seja, mantê-lo calmo para as aprendizagens escolares e para no dia-a-dia estar tranquilo e conseguir-se intervir com ele, ajudando-o a controlar e a perceber essa fase. Não foi possível perceber se a medicação o estaria a ajudar efetivamente visto ter começado a tomá-la na última semana do estágio curricular.

É ainda importante destacar que foi muito importante a mudança de sala com o G. visto que a sala inicial o desorganizava muito devido ao excesso de brinquedos espalhados pela mesma, tendo isso sido uma decisão favorável à progressão do G. Contudo, e como havia mais terapias e aconselhamentos, nem sempre era possível que a sala fosse a mesma, pelo que quando havia essa mudança, a sessão já se tornava mais desafiante, estando o G. mais agitado. Também o estabelecimento da relação terapêutica foi relativamente rápida dado as características de dependência emocional inicial do G. ao adulto, o que facilitou o desenvolvimento da intervenção com esta criança.

Apesar desta evolução do G., é de extrema importância a continuação de todo este trabalho contínuo de intervenção com a criança de forma a continuar a melhorar e a manter as habilidades e competências adquiridas, pois algumas destas ainda se encontram abaixo da sua idade cronológica, sendo a comunicação a que se destaca nos resultados obtidos. Assim, e de um modo geral, o acompanhamento terapêutico com o G. foi positivo e observado no dia-a-dia da criança.

## **6. Conclusões**

A todas as crianças deveriam ser dadas o máximo de condições possíveis para um desenvolvimento saudável tanto físico como psicológico, como também para um crescimento normal e feliz (Silva, 2008). Mas, infelizmente, nem sempre essa é a realidade, vivendo e experienciando algumas dessas crianças e jovens circunstâncias adversas e desadequadas, tendo isso impacto direto e negativo no seu desenvolvimento global. Dessa forma, surgem os acolhimentos residenciais, existindo estes para acolher e ajudar estes nas suas mais diversas experiências de vida, minimizando o impacto que as várias formas de maltrato têm em cada um. Surge assim, a psicomotricidade como forma de promover o reingresso destes ao curso normal de desenvolvimento, tentando minimizar fragilidades que possam existir e dotar o sujeito de ferramentas internas que o ajudem a lidar com futuras adversidades.

G. apresentava dependência emocional do adulto numa fase inicial da intervenção, podendo isso estar diretamente relacionado à capacidade deste para aprender, visto que a componente emocional é uma das primeiras a ficar afetada no funcionamento de uma criança sempre que há perturbação emocional (Strecht, 2004). Estas dificuldades podem também estar diretamente relacionadas ao trajeto de vida complexo da ausência ou da inconsistência do *holding*, encontrando-se por isso fragilizadas do ponto de vista afetivo sendo estas crianças e jovens propícias a terem insucesso escolar, podendo, por sua vez, tornarem-se prisioneiras de zonas de mal-estar e sofrimento psíquico muito significativo pelas dificuldades que experienciam (Strecht, 2008). Por isso, e segundo Strecht (2008), para ajudar estas, seja na escola ou nouro contexto, não basta intervir apenas no potencial intelectual, cognitivo ou motor, tem sempre de haver um envolvimento emocional que dê significado representativo para a vida mental do que se aprende ou do que se ensina. Foi assim nesse sentido, que a intervenção foi evoluindo com a criança, tendo sido muito importante saber ouvi-lo, dar-lhe afeto, ou seja, e como Silva (2008) refere, ter havido, por parte da terapeuta: compreensão, diálogo e tratamento cuidadoso e carinhoso. Como Silva (2008) destaca, e tendo sido benéfico para o G., este foi-se habituando pouco a pouco a valer-se dos seus próprios meios, a tomar iniciativas e a assumir algumas responsabilidades, isto claro sempre de forma gradual para que não se sentisse afetada na sua segurança, por tentar um comportamento autónomo. Assim, o G. ao ir sentindo-se mais seguro e confiante com as suas capacidades, aos poucos foi construindo de sessão para sessão e no seu dia-a-dia essa própria segurança, ou seja, a sua auto-estima.

Segundo Strecht (2008), mais do que o sinal ou sintoma em si procura-se a explicação para origem de determinados sinais e é sobre a raiz dos problemas que se procura intervir enquanto psicomotricista. Por isso, e segundo o mesmo autor, para que haja aprendizagens ao longo da vida, há uma necessidade primária de aquisição de uma noção de existência e de construção de um sentimento de vinculação segura, assentes num círculo de amor, afeto e contenção emocional (Strecht, 2008). Dessa forma, e sentindo-se a criança psiquicamente reconhecida, amada, investida, referenciada a adultos que funcionem como modelos de relação, poderá posteriormente existir no espaço da escola mantendo intacto o seu próprio self, confiante das suas capacidades, apta a explorar e a investir cognitivamente no que a cerca e lhe é transmitido por outros adultos, mantendo-se ainda inserida num registo saudável de grupo (Strecht, 2008). Estes alicerces e autores ajudaram assim a perceber por onde teria de começar a intervenção, sendo importante os resultados dos instrumentos para complementar a intervenção para além da componente emocional.

Nesta intervenção, recorreu-se ao jogo visto que este é o próprio mundo da criança, a sua maneira particular de se expressar, sendo esta a protagonista e onde pode conhecer e construir uma imagem positiva e ordenada de si mesma (Vecchiato, 2022). Isto porque, o jogo favorece não só o desenvolvimento da autoestima, como também da criatividade, sendo essas duas componentes muito importantes de terem sido adquiridas pelo G. Todas estas condições proporcionam à criança fortalecer a imagem positiva de si mesma, crescendo com confiança e convicção (Vecchiato, 2022). O jogo permitiu ao G. ser ele mesmo, revelando as suas angústias,



dificuldades, potencialidades e inseguranças, sendo por isso o jogo, uma ferramenta muito importante de ser usada na intervenção, especialmente com crianças inseguras como era o G.

Pelo exposto, considera-se assim que os objetivos estabelecidos para o G. foram alcançados, e que apesar das evoluções não terem sido globais, este conseguiu fazer novas aquisições e melhorar em muitas áreas que estavam abaixo da sua faixa etária. Concluindo, será assim pertinente para o G. continuar a ser acompanhado pela Psicomotricidade, sendo agora importante que o pensamento seja no sentido de consolidar as melhorias alcançadas e potencializar as demais que se encontram emergentes.

## 7. Referências Bibliográficas

- Alexandrine, S. C., & Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 24(95), 1–60.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Psicossoma. ISBN: 9789728994488
- Almeida, G., Parraça, J., & Morais, A. (2023). A expressão motora e corporal a serviço da educação e aprendizagem na criança. *Ensino & Pesquisa*, 21(1), 99-108.
- American Academy of Pediatrics, Stirling Jr, J., Committee on Child Abuse and Neglect and Section on Adoption and Foster Care, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Amaya-Jackson, L., National Center for Child Traumatic Stress, & Amaya-Jackson, L. (2008). Understanding the behavioral and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics*, 122(3), 667-673.
- Azevedo, M. C., & Maia, A. C. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Climepsi Editores.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582
- Beery, K. E. & Beery, N. A. (2006) *The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration with Supplemental Developmental Tests of Visual Perception and Motor Coordination for Children and Adults and Stepping Stones Age Norms from Birth to Age Six: Administration, Scoring and Teaching Manual*, 5th edn. NCS Pearson, Inc, Minneapolis, MN, USA.
- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E, Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., & Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2003). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 9789722329231
- Callaghan, J. E., Alexander, J. H., Sixsmith, J., & Fellin, L. C. (2018). Beyond “witnessing”: Children’s experiences of coercive control in domestic violence and abuse. *Journal of interpersonal violence*, 33(10), 1551-1581.

- Coohey, C. (2004). Battered Mothers Who Physically Abuse Their Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(8), 943–952. <https://doi.org/10.1177/0886260504266886>
- Costa, J. (2008). Um Olhar para a Criança. *Psicomotricidade Relacional*. Trilhos Editora. ISBN: 9789729911071
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora
- Costa, S. F. da, & Teixeira, S. (2017). “A história não tem de ser o destino” : o risco psicossocial em crianças com famílias disfuncionais. *Revista De Psicologia Da Criança E Do Adolescente*, 7(1-2), 193–203.
- Cecil, C. A., Viding, E., Fearon, P., Glaser, D., & McCrory, E. J. (2017). Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 63, 106-119.
- Cuartas, J., McCoy, D. C., Rey-Guerra, C., Britto, P. R., Beatriz, E., & Salhi, C. (2019). Early childhood exposure to non-violent discipline and physical and psychological aggression in low-and middle-income countries: National, regional, and global prevalence estimates. *Child abuse & neglect*, 92, 93-105.
- Dias, M. G. (2015). *Crianças Felizes: o guia para aperfeiçoar a autoridade dos pais e a auto-estima dos filhos*. 4ª ed. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Dias, M. G. (2018). *Para de chatear o teu irmão e deixa a tua irmã em paz! Como criar harmonia familiar e resolver conflitos entre irmãos*. 1ª ed. Manuscrito Editora.
- Dekeuwer, F. (2021). Maurice Berger: um psicanalista comprometido com crianças e adolescentes vitimados e vitimadores. *Horizontes Psicanalíticos*, 72-91.
- Fernandes, J., Gutierrez Filho, P., & Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo em relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702-709. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1232>
- Ferreira, L. A., & Rubio, J. (2012). A contribuição da música no desenvolvimento da psicomotricidade. *Revista eletrônica saberes da educação*, 3(1).
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem (1ª Ed.)*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatores (3rd ed.)*. Âncora Editora.
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances Psy*, 76(4), 51-60.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—a review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(1), 97-116.
- Jigan, L. (2019). Un regard, un toucher, des liens se tissent ... Complexité relationnelle: posture du psychomotricien dans la relation triangulaire avec la personne âgée au cours de séances de médiation animale.
- Kairys, S. W., Johnson, C. F., & Committee on Child Abuse and Neglect. (2002). The psychological maltreatment of children - technical report. *Pediatrics*, 109(4), e68. <https://doi.org/10.1542/peds.109.4.e68>

- Katz, L. G. (2006). Perspectivas atuais sobre aprendizagem na infância. *Saber (e) Educar*, 11, 7-21. ISSN: 0873-3600
- Kaufman, E. A., Puzia, M. E., Mead, H. K., Crowell, S. E., McEachern, A., & Beauchaine, T. P. (2017). Children's emotion regulation difficulties mediate the association between maternal borderline and antisocial symptoms and youth behavior problems over 1 year. *Journal of personality disorders*, 31(2), 170-192.
- Kavanaugh, B. C., Dupont-Frechette, J. A., Jerskey, B. A., & Holler, K. A. (2017). Neurocognitive deficits in children and adolescents following maltreatment: Neurodevelopmental consequences and neuropsychological implications of traumatic stress. *Applied Neuropsychology: Child*, 6(1), 64-78.
- Lapierre, A., & Lapierre, A. (2005). O adulto diante da criança de 0 a 3 anos: Psicomotricidade relacional e formação da personalidade (2nd ed.). Editora UFPR/CIAR. ISBN: 9788573350661
- Lièvre, B. De, & Staes, L. (2012). La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : Notions et applications pédagogiques. De Boeck.
- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, (22,2), 123-154
- Lloyd, M. (2018). Domestic violence and education: Examining the impact of domestic violence on young children, children, and young people and the potential role of schools. *Frontiers in psychology*, 9, 2094.
- Lopes, A. (2008). O desenho projetivo na criança mal tratada: Estudo de caso. (Doctoral dissertation, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida).
- Losivaro, M. (2012). Psicomotricidade e estresse. In Fernandes, J., & Filho, P. (Ed.). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*, pp: 58-71. São Paulo: Editora Manole
- Maia, L. (2011). *Educar Sem Bater: um guia prático para pais e educadores*. 2ª ed. Pactor.
- Maia, J. M. D., & de Albuquerque Williams, L. C. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, 13(2), 91-103.
- Martins, R. (2001). A relaxação psicoterapêutica no contexto de saúde mental - o corpo como ponte entre a emoção e razão. In V. Fonseca, & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95–108). Edições FMH.
- Mastrascusa, C., & Franch, N. (2016). *Corpo em Movimento, Corpo em Relação: Psicomotricidade Relacional no ambiente educativo*. Evangraf. ISBN: 9788577279036
- Matos (2012). Comunicação e gestão de conflitos na escola. In M. G. Matos & G. Tomé, *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*, Vol. 2: Intervenções com jovens e na comunidade (116-320). Lisboa: Placebo Editora Lda (E-Book).
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95. doi: 10.25752/psi.6089

- Meur, A., & Staes, L. (1991). *Psicomotricidade: Educação e Reeducação*. Editora Manole. ISBN: 9788520405383
- Mira, A. R. & Veiga, G. (2022). Comunicação Não-verbal - O toque na prática psicomotora. Em Guida Veiga, Jorge Fernandes, António Ricardo Mira, José Marmeleira (Ed.), *Psicomotricidade - Reflexões, contextos e mediadores* (pp. 135–149).
- Moutinho, G. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 45-57). Manole.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: a quantitative scoring system (Manual)*. San Antonio, San Diego, Orlando, NewYork, Chicago, Toronto: The Psychological Corporation, Hancourt Brace Jovanovich, INC.
- Naia, A. & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.
- Newborg, J.; Stock, J. R.; Wnek, L. (2011). *Battelle: inventario de desarrollo: manual de aplicación*. 4ª ed. Madrid: TEA.
- Pollak, S. D., & Tolley-Schell, S. A. (2003). Selective attention to facial emotion in physically abused children. *Journal of abnormal psychology*, 112(3), 323.
- Pollak, S. D., & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental psychology*, 38(5), 784.
- Ribeiro, O. (2010). A percepção das figuras parentais em situações de maus-tratos. Dissertação de Mestrado. ISPA - Instituto Universitário
- Riggs, S. A. (2019). Childhood emotional abuse and the attachment system across the life cycle: What theory and research tell us. In *The Effect of Childhood Emotional Maltreatment on Later Intimate Relationships* (pp. 5-51). Routledge.
- Rodrigues, A. N. (2005). Intervenção Psicomotora e Pedagogia-terapêutica: um caminho com pensamentos, vivências e afectos. In (Eds.), *O segredo do homem é a própria infância*, 135-152, Lisboa: Assírio & Alvim.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 35-60.
- Rosa, H. R. (2018). *Desenho da Figura Humana em crianças: Indicadores emocionais, evidências de validade e precisão* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).
- Santos, J. (1983). Da importância do silêncio do confronto com o falar. In *Ensaio sobre Educação - O Falar das Letras*. (77-80). Livros Horizonte.
- Santos, J. (2007). *Ensina-me a ler o mundo à minha volta*. Assírio & Alvim.
- Sánchez, A.P., & Martínez, B. M. J. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*.
- Sánchez, P., Martínez, M., & Peñalver, I. (2003). *A Psicomotricidade na educação infantil: uma prática preventiva e educativa*. Artmed. ISBN: 9788536300450

- Schaefer, C., & Drewes, A. (2012). Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego. Em C. Schaefer, Fundamentos de terapia de juego (pp. 15-26). Manual Moderno
- Shackman, J. E., & Pollak, S. D. (2014). Impact of physical maltreatment on the regulation of negative affect and aggression. *Development and psychopathology*, 26(4 Pt 1), 1021–1033. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000546>
- Silva, K. D. L., Nóbrega, M. M. L. D., Silva, A. T. M. C., & Ferreira Filha, M. D. O. (2004). Influência das necessidades psicossociais na saúde mental das crianças. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 71-77.
- Silva, S. (2008). Papel parental em perturbações do comportamento infantil. *Monografia de Licenciatura em Psicologia Clínica não Publicada. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.*
- Strathearn, L., Giannotti, M., Mills, R., Kisely, S., Najman, J., & Abajobir, A. (2020). Long-term cognitive, psychological, and health outcomes associated with child abuse and neglect. *Pediatrics*, 146(4).
- Strecht, P. (1998). Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes. Lisboa: Assírio & Alvim. ISBN: 927370462
- Strecht, P. (2004). Quero-te muito: Crônicas para pais sobre filhos. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9723709023
- Strecht, P. (2008). A minha escola não é esta: dificuldades de aprendizagem e comportamento em crianças e adolescentes. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Taborda, R. B. S., & Silva, F. J. A. (2021). A relação da música com o desenvolvimento psicomotor. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(4), 373-385.
- Twardosz, S., & Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and violent behavior*, 15(1), 59-68.
- Vecchiato, M. (2022). *O Jogo Psicomotor – Psicomotricidade psicodinâmica*. Wak Editora.
- Vicens, S. P. (2004). Sentir y crecer. El crecimiento emocional en la infância. Barcelona: GRAÓ
- Vidigal, M. (2005). Intervenção Terapêutica em Grupo de Crianças e Adolescentes. Lisboa: Trilhos Editora
- Vieira, J., Batista, M., & Lapierre, A. (2005). Psicomotricidade Relacional: A teoria de uma prática. Filosofart Editora.
- Vieira, C. (2019). Efeitos da prematuridade no desenvolvimento do bebé nos 18 primeiros meses de vida e os determinantes do seu progresso evolutivo e educativo (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).
- Winter, S.M., Dittrich, K., Dörr, P., Overfeld, J., Moebus, I., Murray, E., Karaboycheva, G., Zimmermann, C., Knop, A., Voelkle, M., Entringer, S., Buss, C., Haynes, J.-D., Binder, E.B. and Heim, C. (2022). Immediate impact of child maltreatment on mental, developmental, and physical health trajectories. *J Child Psychol Psychiatr*, 63: 1027-1045. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13550>
- Yahaya, A. H. (2017). Abraham Maslow: The needs hierachy. *Web. nd*, 7.

## Capítulo 7 - Conclusões

CRESCIMENTO é a palavra correta ao fazer um balanço deste estágio, seja ao nível pessoal como profissional. Trouxe-me a oportunidade de fazer novas aprendizagens, conhecer pessoas de várias áreas, envolver-me num pequeno projeto e não menos importante de conhecer uma realidade que felizmente muitos não conhecem que são os maus-tratos infantis. Trabalhar com esta população é um desafio, uma constante tentativa e erro até se conseguir a confiança de algumas destas crianças e jovens. Mas sem dúvida que esse desafio foi um dos motivos por ter escolhido este estágio curricular em específico. Senti que era lá que poderia fazer a diferença e que naquele curto espaço de tempo contribuir para vivências e experiências felizes destas crianças, bem como ajudar no seu desenvolvimento.

Bem me tinham dito que era preciso muita resiliência, empatia, paciência e estar de coração aberto para abraçar estas crianças e jovens, sendo o mais difícil, pelo menos para mim, “carregar” por vezes a bagagem emocional destes. Alguns momentos foram difíceis, chorei com determinadas histórias de vida escritas em papel; questionei-me muitas vezes o porquê de os adultos serem capazes de tais atos incompreensíveis; questionei-me ainda porque é que determinada criança só me queria “agredir” ao início e com o passar do tempo foi querendo beijos e abraços meus; como tantas outras questões que fui fazendo para mim ao longo deste estágio.

Para além destas crianças que tanto gostei de conhecer e ter o privilégio de poder intervir, conheci pessoas extraordinárias que se dedicam ao trabalho diário de proporcionar a estas crianças e jovens uma vida o mais normal possível, tentando fazer com que estas se sintam seguras e que tenham uma casa e pessoas que se preocupam com elas. Refiro-me assim a uma equipa multidisciplinar, que é tão importante de ser formada por diversos profissionais, incluído o/a psicomotricista, para um trabalho o mais completo e benéfico possível. Contudo, e infelizmente que muitas vezes dão tudo de si e são pouco reconhecidos e valorizados.

Destas equipas, o trabalho do/a psicomotricista destaca-se por ser um dos profissionais que contribui para o regresso ao curso normal de desenvolvimento, ajudando a criança ou jovem nas suas diversas dificuldades, inseguranças, fragilidades, medos, mas também que privilegia as potencialidades. A intervenção psicomotora realizada ao longo deste período é assim uma prova disso mesmo, onde os resultados mostram ser possível a evolução positiva da criança, caso esta tenha um acompanhamento refletido, individualizado e dirigido somente a ela mesma.

Refletindo sobre a aplicação, uso e intencionalidade de cada um dos instrumentos de avaliação penso que alguns deveriam ter em conta alguns pormenores, por exemplo o instrumento Draw a Person (DAP), não considera que a criança desenhe um homem careca, pelo que G. nesse item não tenha obtido mais pontos, tendo a criança verbalizado que queria e estava a desenhar um homem sem cabelo. Outra regra de cotação do VMI, que não concordo, visto que prejudica a criança no resultado, é a de se retirar da pontuação total, os números de erros que a criança dá até acabar o tempo, devendo-se sim considerar apenas as figuras que a criança realizou corretamente. Em relação ao Inventário Battelle, e apesar de ser muito completo, permitindo perceber se os marcos de desenvolvimento da criança estão atingidos, considere-i-

muito extenso, sendo difícil de aplicar inicialmente, exigindo do terapeuta maior prática, sobretudo com crianças muito agitadas e impacientes como é o caso do G.

Para concluir, e apesar das minhas próprias inseguranças, incertezas e fragilidades, e olhando para o passado, sinto-me muito realizada e com orgulho de mim mesma, por ter conseguido chegar à meta final desta minha vida académica. Com maior contentamento fico ao ter a certeza de que dei tudo de mim àquelas crianças, conseguindo-lhes proporcionar momentos felizes e enriquecedores. Daqui ficam as saudades destas crianças e jovens, com a esperança que a vida lhes sorria no futuro. Levo por isso, desta experiência, uma grande bagagem para seguir esta maravilhosa e mágica profissão que é o mundo da Psicomotricidade.

### Referências Bibliográficas

- APA. (2014). DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (2015). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Psychology Press.
- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A Psicomotricidade*, 56-64
- Almeida, G. (2008). O contacto com as famílias no contexto de observação/intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 11, 59- 66.
- Almeida, G. & Morais, M. J. (2013). O menino que brinca às escondidas: reflexão sobre uma intervenção.
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Psicossoma. ISBN: 9789728994488
- Almeida, G., Parraça, J., & Morais, A. (2023). A expressão motora e corporal a serviço da educação e aprendizagem na criança. *Ensino & Pesquisa*, 21(1), 99-108.
- Anica, A., & Freire-Raposo, S. (2017). Crianças em risco. Um olhar multifacetado.
- Antunes, S., & Duarte, A. (2003). Intervenção psicomotora precoce. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 55-61. ISSN: 1645- 748X
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP). (2012). A prática da Psicomotricidade com crianças e adolescentes com perturbações do Desenvolvimento e Aprendizagem. *Psicomotricidade – práticas profissionais*.
- Azevedo, M. C., & Maia, A. C. (2006). *Maus-Tratos à Criança*. Climepsi Editores.
- Baptista, J., Belsky, J., Marques, S., Silva, J. R., Oliveira, P., Mesquita, A., Martins, C. & Soares, I. (2014). The interactive effect of maltreatment in the family and unstable institutional caregiving in predicting behavior problems in toddlers. *Child abuse & neglect*, 38(12), 2072-2079.
- Barreto, S. J. (2000). *Psicomotricidade: Educação e reeducação (2ª Ed.)*. Blumenau: Acadêmica.
- Beery, K. E. & Beery, N. A. (2006) *The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration with Supplemental Developmental Tests of Visual Perception and Motor Coordination for Children and Adults and Stepping Stones Age Norms from Birth to Age Six: Administration, Scoring and Teaching Manual*, 5th edn. NCS Pearson, Inc, Minneapolis, MN, USA.
- Berls, A. T., & McEwen, I. R. (1999). Battelle developmental inventory. *Physical therapy*, 79(8), 776-783.

- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Revista Contemporânea Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 310–32.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bréscia, V. (2003). *Educação Musical: bases psicológicas e ação preventiva*. São Paulo: Átomo.
- Cansado, T. (2008). Institucionalização de crianças e jovens em Portugal Continental: O caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *e-cadernos CES*, (02).
- Cassidy, J. (2016). The nature of the child's ties. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (3rd ed., pp. 3–24). The Guilford Press.
- Cicchetti, D., Handley, E. D., & Rogosch, F. A. (2015). Child maltreatment, inflammation, and internalizing symptoms: Investigating the roles of C-reactive protein, gene variation, and neuroendocrine regulation. *Development and psychopathology*, 27(2), 553–566. <https://doi.org/10.1017/S0954579415000152>
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos editora. ISBN: 9789729911071
- Costa, J. (2017). *Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos Editora
- Crestani, A.H., Rosa, F. F.D. M., Souza A.P.R. D., Pretto, J. P., Moro, M.P., & Dias, L. (2012). A experiência da maternidade e dialogia mãe-filho com distúrbio da linguagem. *Revista Cefec*, 14 (2), 350-360.
- Decreto-Lei n.º 142/2015 de 8 de setembro. *Diário da República*, Série I, 7198 – 7232.
- Decreto-Lei n.º 164/2019 de 25 de outubro do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. *Diário da República*: I Série A, 206, 65 – 79.
- Dias, M. G. (2015). *Crianças Felizes: o guia para aperfeiçoar a autoridade dos pais e a auto-estima dos filhos*. 4ª ed. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-em-criancas-ejovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao.asp>
- Fernandes, J. M. G. D. A., Gutierrez Filho, P. J. B., & Rezende, A. L. G. D. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 702-709.
- Figueira, K., & Freitas, C. (2017). Psicomotricidade e Saúde Mental Infantil e Juvenil – Caracterização de uma consulta de psicomotricidade integrada num serviço de pedopsiquiatria. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, (41), 41-57.
- Fleitlich, B., Loureiro, M., Fonseca, A., & Gaspar, M. F. (2005). Questionário de Capacidades e de Dificuldades (SDQ-Por) [Strengths and Difficulties Questionnaire—Portuguese version].
- Fonseca, V. (1987). Educação especial: programa de estimulação precoce. 119-131.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora editora. ISBN: 9727800726
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem* (1ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Terapia Psicomotora: Estudo de Casos – Da caracterização à Intervenção* (6ª Edição). Lisboa: Âncora Editora;
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 17(18), 42-52.
- Fonseca, P. N. D., Albuquerque, A. B. D., Lima, B. L. D., Santos, J. L. F. D., & Souza Filho, J. F. D. (2020). Acolhimento institucional de crianças: avaliação da estrutura física, do funcionamento e da equipe de profissionais. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 10(3), 48-62.
- Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances Psy*, 76(4), 51-60.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.



- Haabrekke, K. J., Siqveland, T., Smith, L., Wentzel-Larsen, T., Walhovd, K. B., & Moe, V. (2015). Mother-Child Interaction and Early Language Skills in Children Born to Mothers with Substance Abuse and Psychiatric Problems. *Child psychiatry and human development*, 46(5), 702–714. <https://doi.org/10.1007/s10578-014-0512-0>
- Hallal, C. Z., Marques, N. R., & Braccialli, L. M. P. (2008). Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. *Journal of Human Growth and Development*, 18(1), 27-34.
- Henderson, S. E., Sugden, D. A. & Barnett, A. L. (2007). Movement Assessment Battery for Children-2. Person.
- IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Duschinsky, R., Fox, N. A., Goldman, P. S., Gunnar, M. R., Johnson, D. E., Nelson, C. A., Reijman, S., Skinner, G. C. M., Zeanah, C. H., & Sonuga-Barke, E. J. (2020). Institutionalisation and deinstitutionalisation of children 1: a systematic and integrative review of evidence regarding effects on development. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 703-720.
- Instituto da Segurança Social [ISS]. (2021). CASA 2021 – Relatório de caracterização anual da situação de acolhimento de crianças e jovens. Disponível em [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)
- Jigan, L. (2019). Un regard, un toucher, des liens se tissent ... Complexité relationnelle: posture du psychomotricien dans la relation triangulaire avec la personne âgée au cours de séances de médiation animale.
- Kaufman, E. A., Puzia, M. E., Mead, H. K., Crowell, S. E., McEachern, A., & Beauchaine, T. P. (2017). Children's emotion regulation difficulties mediate the association between maternal borderline and antisocial symptoms and youth behavior problems over 1 year. *Journal of personality disorders*, 31(2), 170-192.
- Lièvre, B. De, & Staes, L. (2012). La psychomotricité au service de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte : Notions et applications pédagogiques. De Boeck.
- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, (22,2), 123-154
- Maia, L. (2011). Educar Sem Bater: um guia prático para pais e educadores. 2ª ed. Pactor.
- Maia, J. M. D., & de Albuquerque Williams, L. C. (2005). Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia*, 13(2), 91-103.
- Marcelino, M. A. F. B., & Gonçalves, J. R. (2021). Maus-tratos infantis: sob a perspectiva da omissão de proteção do Estado. *Revista Processus de Estudos de Gestão, Jurídicos e Financeiros*, 12(42), 18-33.
- Martins, R. (2001). A relaxação psicoterapêutica no contexto de saúde mental - o corpo como ponte entre a emoção e razão. In V. Fonseca, & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95–108). Edições FMH.
- Mastrascusa, C., & Franch, N. (2016). *Corpo em Movimento, Corpo em Relação: Psicomotricidade Relacional no ambiente educativo*. Evangraf. ISBN: 9788577279036
- Matias, A., Martins, R. & Vasconcelos, O. (2011). *Bateria de Avaliação do Movimento para Crianças - 2* (não publicado). Person.
- Matias, A. R., & Morais, A. (2011). La Psychomotricité au Portugal. *Entretiens de Psychomotricité*.
- Matos (2012). Comunicação e gestão de conflitos na escola. In M. G. Matos & G. Tomé, *Aventura Social: Promoção de Competências e do Capital Social para um Empreendedorismo com Saúde na Escola e na Comunidade*, Vol. 2: Intervenções com jovens e na comunidade (116-320). Lisboa: Placebo Editora Lda (E-Book).
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e relaxação em psiquiatria. *PsiLogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 85-95.
- McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Nelson, C. A. (2017). Neglect as a violation of species-expectant experience: Neurodevelopmental consequences. *Biological psychiatry*, 82(7), 462-471.
- Meur, A.; Staes, L. (1989). *Psicomotricidade. Educação e Reeducação*. São Paulo – Brasil, Editora Manole.
- Meur, A., & Staes, L. (1991). *Psicomotricidade: Educação e Reeducação*. Editora Manole. ISBN: 9788520405383

- Meyer, S., Poryo, M., Clasen, O., Schlote, J., Schmidt, P., Schöndorf, D., Lehmann-Kan, S. & Gortner, L. (2016). Kindesmisshandlung aus pädiatrischer Sicht. *Der Radiologe*, 56(5), 406-413.
- Mira, A. R., & Fernandes, J. (2016). Aspetos da comunicação não-verbal usados pelo psicomotricista para o sucesso da sua intervenção terapêutica – um estudo de caso. *Revista Educação: Temas e Problemas*, 15, 55-72. ISSN: 1646-2831
- Mira, A. R. & Veiga, G. (2022). Comunicação Não-verbal - O toque na prática psicomotora. Em Guida Veiga, Jorge Fernandes, António Ricardo Mira, José Marmeleira (Ed.), *Psicomotricidade - Reflexões, contextos e mediadores* (pp. 135–149).
- Mota, C. P., & Matos, P. M. (2008). Adolescência e institucionalização numa perspectiva de vinculação. *Psicologia & Sociedade*, 20, 367-377.
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a Person: a quantitative scoring system* (Manual). San Antonio, San Diego, Orlando, New York, Chicago, Toronto: The Psychological Corporation, Hancourt Brace Jovanovich, INC.
- Naia, A. & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.
- Newborg, J.; Stock, J. R.; Wnek, L. (2011). *Battelle: inventario de desarrollo: manual de aplicación*. 4ª ed. Madrid: TEA.
- Norman, R. E., 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), e1001349. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
- Odhayani, A., Watson, W. J., & Watson, L. (2013). Behavioural consequences of child abuse. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 59(8), 831–836.
- Oliveira, N. H., & da Cruz Benetti, S. P. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(3), 125-138.
- Panzer, A. (2008). The neuroendocrinological sequelae of stress during brain development: the impact of child abuse and neglect. *African journal of psychiatry*, 11 1, 29-34.
- Pitteri, F. (2004). O exame psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 41–56
- Portela, R. A. C. (2011). Caracterização de uma lista de espera de crianças e adolescentes para a consulta de psicologia de um centro de saúde. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia, Lisboa
- Prayez, P., Savatofski, J. (2009). *Le Toucher Apprivoisé*. Editions Lamarre
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotricista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 22(2), 35-60.
- Sánchez, A.P., & Martínez, B. M. J. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*.
- Santos, B. C. A., Ribeiro, M. C. C., Ukita, G. M., Pereira, M. P., Duarte, W. F., & Custódio, E. M. (2010). Características emocionais e traços de personalidade em crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. *Boletim de Psicologia*, 60(133), 139-152.
- Santos, J. (1983). Da importância do silenciar do confronto com o falar. In *Ensaio sobre Educação - O Falar das Letras*. (77-80). Livros Horizonte.
- Santos, J. (2007). *Ensinar-me a ler o mundo á minha volta*. Assírio & Alvim.
- Saud, L. F., Tonelotto, J. M. F. (2005). Comportamento Social na Escola: Diferença entre Género e Séries. *Psicologia Escolar e Educacional*, 9(1), 47-57
- Schechter, D. S., & Willheim, E. (2009). Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18(3), 665–686. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.001>

- Selçuk, B., Yavuz, H. M., Etel, E., Harma, M., & Ruffman, T. (2018). Executive function and theory of mind as predictors of socially withdrawn behavior in institutionalized children. *Social Development, 27*(1), 109-124.
- Silva, K. D. L., Nóbrega, M. M. L. D., Silva, A. T. M. C., & Ferreira Filha, M. D. O. (2004). Influência das necessidades psicossociais na saúde mental das crianças. *Online Brazilian Journal of Nursing, 71-77*.
- Silva, T. A. G. D., & Leite, M. F. (2020). Vínculo afetivo materno: processo fundamental para o desenvolvimento infantil uma revisão de literatura. *SALUSVITA, Bauru, 39*(1), 277-295.
- Soares, I., Belsky, J., Oliveira, P., Silva, J., Marques, S., Baptista, J., & Martins, C. (2014). Does early family risk and current quality of care predict indiscriminate social behavior in institutionalized Portuguese children? *Attachment & Human Development, 16*(2), 137-148.
- Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2019). Parenting and personality disorder: An overview and meta-synthesis of systematic reviews. *PLoS one, 14*(10), e0223038. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223038>
- Strech, P. (1998). Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9273704625
- Strech, P. (2004). Quero-te muito: Crônicas para pais sobre filhos. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9723709023
- Strech, P. (2008). A minha escola não é esta: Dificuldades de aprendizagem e comportamentos em crianças e adolescentes. Lisboa: Assírio & Alvim.
- Taborda, R. B. S., & Silva, F. J. A. (2021). A relação da música com o desenvolvimento psicomotor. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, 7*(4), 373-385.
- Tatsiopolou, P., Chatzidimitriou, C., Georgaca, E., & Abatzoglou, G. (2020). A qualitative study of experiences during placement and long-term impact of institutional care: Data from an adult Greek sample. *Children and Youth services review, 116*, 105121.
- Terradas, M., Achim, J., Domon-Archambault, V. & Guillemette, R. (2019). Souffrances dans les liens parent-enfant: réflexion théorique et clinique sur les pratiques éducatives fondées sur la mentalisation auprès des enfants victimes de maltraitance. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles, 8*, 6-29. <https://doi.org/10.3917/cnmi.191.0006>
- Tinoco, V., & Franco, M. H. P.. (2011). O luto em instituições de abrigo de crianças. *Estudos De Psicologia (campinas), 28*(4), 427-434. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400003>
- Truquin, A. (2017). Première partie - Impact des troubles psychiques parentaux. Dans : Jaqueline Wendland éd., *La parentalité à l'épreuve de la maladie ou du handicap : quel impact pour les enfants* (pp. 17-70). Nîmes: Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.wendl.2017.01.0017>
- Vecchiato, M. (2022). *O Jogo Psicomotor – Psicomotricidade psicodinâmica*. Wak Editora.
- Vieira, J., Batista, M., & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade Relacional: A teoria de uma prática*. Filosofart Editora.
- Vieira, J. L. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas Online 2007-2011, 3*(11).
- Vieira, C. (2019). Efeitos da prematuridade no desenvolvimento do bebê nos 18 primeiros meses de vida e os determinantes do seu progresso evolutivo e educativo (Doctoral dissertation, Universidade de Santiago de Compostela).
- Winnicott, D. (1965). *The Family and Individual Development* (1st ed.). Routledge.
- Winnicott, D. W. (1999). *O bebê e suas mães*. (4rd Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2001). *A família e o desenvolvimento individual* (2rd Ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Zeanah, C. H., & Humphreys, K. L. (2018). Child Abuse and Neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 57*(9), 637-644. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.06.007>

**Anexo I - Estudo de Caso I - Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora**

**Sessão nº3**

Local: CAR I	Data: 29 de novembro de 2022	Duração da sessão: 45 min.
Público-alvo: M., 7 anos		
Objetivos gerais: Promover a regulação tónica; Melhorar o equilíbrio; Estimular a praxia global; Desenvolver as competências cognitivas		
Estratégias: Criação de uma atmosfera permissiva e contentora; Garantir um ambiente lúdico e animado; Utilização de feedback positivo e interrogativo; Demonstração; Respeitar o espaço e tempo de resposta da criança; Valorização das ideias e interesses da criança; Negociação; Modelação do tom de voz/silêncio; Utilização de música e objetos mediadores		

FASE DA SESSÃO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	MATERIAL	DURAÇÃO
Ritual de entrada (acolhimento)	Estimular a comunicação verbal (diálogo)	A sessão começa com a terapeuta a perguntar como está o humor da criança (alegre ou triste), por exemplo, como correu a escola e o que fez durante o dia. Posteriormente, é explicado à criança o que irá acontecer ao longo da sessão.	-----	4 minutos
	Recolha de dados Avaliação Inicial	Aplicação do instrumento de Avaliação DAP	Folhas brancas	15 minutos



**Anexo II – Estudo de caso I – Exemplo de um relatório de sessão psicomotora**  
**Sessão nº 3**

**Data:** 29 de novembro de 2022

No presente dia, a M. mostrou-se muito animada e motivada para a sessão, havendo já uma relação terapêutica estabelecida, resultado de um mês de observação e dinâmicas com a M. Contudo, ao longo da sessão a M. foi revelando alguma desatenção, dificuldade em controlar os impulsos e emoções, bem como dificuldade em respeitar as regras e limites. Para começar a sessão, fez-se o diálogo inicial, onde lhe perguntei como correu a escola e o que tinha feito durante o dia, bem como estava a sua disposição. Neste diálogo, a M. foi revelando alguma agitação, andando pela sala a contar o seu dia a pouco e pouco. Apesar de ao início não querer partilhar muito do seu dia, acabou por referir que tinha brincado “às casas”, explicando-me a brincadeira, isto porque fui tentando adivinhar ao que a M. teria brincado. Após este diálogo, aplicou-se o instrumento de avaliação formal que faltava aplicar, o Draw a Person (DAP), tendo a M. feito os três desenhos muito rápido. Revelou aqui mais uma vez a sua agitação e a sua rapidez em fazer as coisas. Todos os seus desenhos eram pequenos em relação à folha, sendo que alguns elementos e detalhes da figura humana não estavam representados.

De seguida, sugeri-lhe andar pela sala de diferentes formas, não aceitando ao início por não gostar da música que pus. Assim que a desafiei para tentarmos imitar um coelho, a M. começou a aderir à atividade, acabando por gostar e sentir-se satisfeita por conseguir. Dessa forma, e ao interagir com ela, fui sugerindo assim diferentes formas de saltar tanto individual como em conjunto com ela. Adicionei ainda os conceitos andar de lado, andar para trás, para a frente e na diagonal, ao que ela fez com pequenas dificuldades. A M. ao longo da atividade foi capaz de me imitar e fazer novos movimentos quando lhe pedia para explorar livremente. Posteriormente, aproveitei ainda para fazer uma outra atividade em que ao longo da música ia fazendo várias posições de equilíbrio para ela imitar, pelo que teria de estar muito atenta. A M. ao início, e mais uma vez não queria aderir, tendo de a motivar para a atividade, recorrendo dessa forma à negociação. Feita a atividade, e como em todas as sessões deixei que ela escolhesse ao que queria brincar (ler histórias).

Realizadas estas atividades, estava na hora do retorno à calma, ensinando à M. a respiração da abelha, isto pelo facto da M. não conseguir estar sentada quieta, atenta e concentrada na atividade. Esta minha sugestão não foi aceite logo pela M., tendo de lhe mostrar algumas vezes de forma tranquila como fazer a atividade e explicando-lhe que era uma forma de nos acalmarmos. Por fim, fez-se o diálogo final em que a M. referiu ter gostado mais de desenhar, não tendo sido essa a ideia com que fiquei, porque a M. gosta de tudo o que seja dança, movimento e música. De uma forma geral, a M. dispersa-se muitas vezes, deixa de fazer as atividades que lhe são propostas quando já não quer fazer ou quando não é capaz, pensando fazer só o que quer e como ela quer. Por isso, a negociação, a utilização da brincadeira e o feedback e reforço positivo serem importantes de utilizar nas sessões com esta criança.

**Anexos III – Estudo de Caso I – Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora**

**Sessão nº19**

Local: CAR I	Data: 2 de maio de 2023	Duração da sessão: 45 min.
Público-alvo: M., 7 anos		
Objetivos gerais: Promover a regulação tónica; Estimular a praxia global; Promover a estruturação e organização espaciotemporal; Desenvolver as competências cognitivas		
Estratégias: Criação de uma atmosfera permissiva e contentora; Garantir um ambiente lúdico e animado; Utilização de feedback positivo e interrogativo; Demonstração; Respeitar o espaço e tempo de resposta da criança; Valorização das ideias e interesses da criança; Negociação; Modelação do tom de voz/silêncio; Utilização de música e objetos mediadores		

<b>Fase da sessão</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Descrição da atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Duração</b>
<b>Ritual de entrada (acolhimento)</b>	- Estimular a comunicação verbal (diálogo)	A sessão começa com um pequeno diálogo entre a terapeuta e a criança, em que será perguntado: como está o humor dela (alegre ou triste, por exemplo), como correu a escola e o que fez.	-----	6 minutos

<b>Fase fundamental (corpo da sessão)</b>  <b>Atividade 1, 2 e 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a coordenação dinâmica geral</li> <li>- Promover a qualidade e precisão do movimento</li> </ul>	<p><b><u>Mexer e aprender</u></b> Com várias músicas será pedido à criança que crie movimentos com os objetos disponíveis escolhendo realizar sozinha essa sequência de movimentos ou em conjunto com a terapeuta.</p>	Música	10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a capacidade de imitar e reproduzir ritmos/seqüências rítmicas</li> </ul>	<p><b><u>Observar e imitar</u></b> Será pedido à criança que imite a terapeuta. A criança terá assim de reproduzir as seqüências rítmicas corporais feitas pelo adulto. Quando conseguir realizar três seqüências corretamente, será pedido à mesma que seja ela a criar uma seqüência rítmica com o seu corpo, primeiro sem música a acompanhar e depois com música.</p>	Música	10 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o tempo de atenção e concentração na realização da tarefa/atividade</li> </ul>	<p><b><u>Será que és capaz?</u></b> A terapeuta irá desafiar a criança a saltar para dentro dos arcos colocados em fila no chão, sendo que terá de saltar quando ouvir as palmas. Será explicado ainda à criança que terá de saltar nos arcos consoante o número de palmas que ouvir. Por exemplo, se ouvir duas palmas tem de saltar dois arcos.</p>	Arcos	7 minutos
<b>Atividade de respiração</b>  <b>Retorno à calma</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar o tempo de descontração de forma autónoma</li> </ul>	<p><b><u>Relaxação</u></b> Pede-se à criança que se deite confortavelmente no colchão, fechando os olhos. Sentir a respiração e o corpo a acalmar. Se permitido pela criança, a terapeuta passará a bola pelo seu corpo. Caso contrário, serão feitas pequenas mobilizações nos membros superiores e inferiores.</p>	Colchão.	6 minutos.
<b>Diálogo final</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular a comunicação verbal (diálogo)</li> </ul>	<p>Ocorre uma conversa entre a terapeuta e a criança que finaliza a sessão. A terapeuta pergunta primeiramente, como se sentiu na relaxação. Posteriormente, será perguntado se gostou da sessão, e quais as atividades que mais gostou e as que menos gostou e o que gostaria de fazer na próxima sessão.</p>	-----	6 minutos



**Anexo IV – Estudo de caso I – Exemplo de um relatório de uma sessão psicomotora  
Sessão nº 19**

**Data:** 2 de maio de 2023

Na sessão de dia 2 de maio a M. estava mais atenta e concentrada na realização das atividades, menos agitada e conseguiu aderir à relaxação através do controlo da respiração e de pequenas mobilizações. Ao longo da intervenção, a M. foi ganhando mais autonomia, sendo essa observada nesta sessão.

Para iniciar a sessão, começamos com o diálogo inicial, no qual a M. sentou-se por breves momentos, divagando um pouco sobre o que fez na escola e como tinha sido o seu dia; referindo estar contente ao longo da conversa. Pelo facto da M. estar mais autónoma, quis realizar quase todas as atividades da sessão sozinha, sendo eu apenas uma espetadora das suas conquistas.

Na primeira atividade, que envolvia música, dança e movimento, a M. revelou maior capacidade criativa e uma melhor coordenação de todo o seu corpo com e sem objetos, expressando-se facilmente. Também foi visível um maior controlo dos seus impulsos por exemplo, ao aceitar uma música que menos gosta, o que ao início a mesma pedia para mudar logo acabando por desistir da atividade com movimentos e expressões de zanga ou descontentamento. Mais para o fim da atividade, consegui participar ao começar a imitá-la. Nesta atividade foi importante para a M. eu ter-lhe dado espaço para se “exibir”, de forma a mostrar-me do que era capaz de criar e fazer, o que revela aqui também o facto dela ter tomado consciência da sua evolução e de que é capaz.

Para desafiar a M. e no seguimento da atividade anterior, pedi-lhe para me imitar a fazer ritmos com o corpo. A M. aderiu facilmente, apresentando ao início ainda alguma dificuldade a fazer sequências de movimentos e gestos de forma coordenada e correta. Contudo, e quantas mais vezes se repetia, melhor a M. ia fazendo a cada tentativa. Aqui nota-se outra das melhorias da intervenção, tendo a M. feito a atividade do princípio ao fim, não desistindo mesmo quando não estava a conseguir. Posteriormente, pedi à M. que saltasse o número de vezes que ouvia palmas a bater nos arcos colocados em fila no chão. Realizou esta atividade com facilidade, revelando maior controlo na realização dos saltos e melhorias ao nível do equilíbrio dinâmico.

Como retorno à calma, recorri a pequenas mobilizações, pois foi uma técnica de relaxação que a M. começou a aceitar, notando-se menor agitação e menor estado de alerta constante. Por fim, no diálogo final, a M. referiu que dançar comigo tinha sido a sua atividade favorita.

**Anexos V – Estudo de Caso I – Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora**

**Sessão nº4**

Local: CAR I	Data: 6 de dezembro de 2022	Duração da sessão: 50 min.
Público-alvo: G., 6 anos		
Objetivos gerais: Promover a regulação tónica; Desenvolver as competências cognitivas; Estimular o equilíbrio; Melhorar a praxia global; Promover a estruturação e organização espaciotemporal		
Estratégias: Criação de uma atmosfera permissiva e contentora; Garantir um ambiente lúdico e animado; Utilização de instruções simples e lúdicas; Utilização de feedback positivo; Demonstração; Respeitar o espaço e tempo de resposta da criança; Estabelecer regras e limites dentro do espaço da sessão.		

<b>Fase da sessão</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Descrição da atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Duração</b>
<b>Ritual de entrada (acolhimento)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o interesse pela sessão;</li> <li>- Estimular a capacidade de discurso/diálogo coerente e organizado.</li> </ul>	A sessão começa com um pequeno diálogo entre a terapeuta e a criança, em que será perguntado: como está o humor dela (alegre ou triste, por exemplo), como correu a escola e o que fez.	-----	6 minutos

<p><b>Fase fundamental (corpo da sessão)</b></p> <p><b>Atividade 1</b></p>	<p>- Melhorar a capacidade de se deslocar no espaço de acordo com as instruções dadas e de diferentes formas de locomoção;</p> <p>- Aperfeiçoar a coordenação dinâmica geral.</p>	<p><u>Aquecer em movimento</u></p> <p>A estagiária começa por explicar às crianças que irão ter de andar pelo espaço que têm disponível e que tomem atenção às instruções que lhe vão sendo ditas, nomeadamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Andar ‘normalmente’;</li> <li>2. Andar como um elefante;</li> <li>3. Andar como uma formiga;</li> <li>4. Andar como um canguru;</li> <li>5. Andar à pato;</li> <li>6. Andar como um gato.</li> </ol>	<p>-----</p>	<p>12 minutos</p>
<p><b>Atividade 2</b></p>	<p>- Melhorar o equilíbrio dinâmico;</p> <p>- Aperfeiçoar a coordenação dinâmica geral;</p> <p>- Melhorar a coordenação oculomanual;</p> <p>- Planificar a ação antes de a executar.</p>	<p><u>2 em 1</u></p> <p>Nesta atividade, será montado um pequeno circuito em que se terão de realizar vários movimentos. Para isso, a estagiária irá explicar o que terão de fazer em cada etapa do circuito (demonstrar se necessário).</p> <p>Etapas do circuito:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Equilíbrio – estarão no chão uma fila de 6 arcos, que terão vários pés, ou apenas um, dentro ou fora dos arcos. Assim, as crianças terão de saltar consoante a distribuição dos pés nos arcos.</li> <li>4. Atirar saco de feijão para um alvo – ao chegar ao final dos arcos, as crianças terão de lançar o saco de feijões que estiver no chão para dentro de um alvo a alguns metros de distância.</li> </ol> <p>Nota: o circuito irá ser feito pelo menos três vezes, em que serão alterados a disposição dos pés nos arcos e a distância do alvo.</p>	<p>Arcos; Pés em cartolina; Sacos de feijão; Caixa;</p>	<p>15 minutos.</p>
<p><b>Atividade de respiração</b></p> <p><b>Retorno à calma</b></p>	<p>- Potenciar o foco atencional na tarefa;</p> <p>- Diminuir a rigidez muscular.</p>	<p><u>Respiração Controlada</u></p> <p>Será pedido à criança que se coloque num colchão e que siga as instruções dadas, nomeadamente: “de pé, inspira profundamente pelo nariz, e expira pela boca, sente o ar a entrar e a sair do corpo e a passar pela garganta, pensa no aumento e descida da barriga (2x). Agora sobe os braços lentamente enquanto inspiras e quando os tiveres bem alto abandona os braços ao expirar (2x). Agora sente que algo te está a puxar para cima, metete em bicos de pé, agora descontrai, abandona o corpo (2x). Por fim, tenta</p>	<p>Colchão.</p>	<p>6 minutos.</p>

		tocar com as mãos nos pés ao inspirar, e descontraí balançando os braços ao expirar (2x)".		
<b>Diálogo final</b>	- Estimular a capacidade de discurso/diálogo coerente e organizado.	Ocorre uma conversa entre a terapeuta e a criança que finaliza a sessão. A terapeuta pergunta primeiramente, como se sentiu na relaxação e quais as sensações/sentimentos que lhe ia transmitindo a mesma. Posteriormente, será ainda perguntado se gostou da sessão, e quais as atividades que mais gostou e as que menos gostou e o que gostaria de fazer na próxima sessão.	-----	6 minutos

**Anexo VI – Estudo de caso II – Exemplo de um relatório de uma sessão psicomotora  
Sessão nº 4**

**Data:** 6 de dezembro de 2022

A sessão começou com o diálogo inicial, em que o G. referiu que a escola tinha corrido bem e que tinha jogado futebol, marcando cinco golos com muita força. Na primeira atividade, de imitar animais com o corpo em movimento, o G. ia escolhendo os animais, sendo que o ia imitando nessa sua “movimentação animal” pelo espaço. Apesar dessa sua tentativa, o G. não consegue expressar pelo corpo diferentes animais. Por exemplo, só associava animais a andar a quatro membros (cão), fazendo também o seu som. Por estar a fazer apenas esse animal, sugeri-lhe que também podia rebolar, tendo isto sido feito de imediato e com facilidade pelo G. Nesta atividade ainda fui lhe mostrando como imitar outros animais, como o golfinho que pode mergulhar e saltar no mar.

Na segunda atividade, fez-se um pequeno circuito psicomotor que envolvia equilíbrio e coordenação oculomanual. O G. apresentou muita dificuldade em perceber a atividade, pelo que tive de demonstrar. O G. tem dificuldade em saltar para os arcos consoante a disposição dos pés que estavam colocados no chão, parava sempre antes de saltar não conseguindo fazer tudo de seguido, ou seja, não conseguiu saltar nos seis arcos de forma fluida. Ao atirar o saco de feijões para o alvo, o G. revelou dificuldade, não planeando a ação antes de a executar. Nesta atividade foi assim visível as dificuldades do G. ao nível da coordenação oculomanual e equilíbrio.

Apesar do G. ter participado nestas atividades, ao longo da sessão revelou muita desconcentração, querendo mexer em todos os brinquedos, mostrando-se desorientado com o que queria brincar, pelo que é importante este ter uma sessão estruturada. No entanto, dei-lhe a oportunidade de escolher ao que queria brincar, sendo visível essa sua desorganização, ficando o resto da sessão a abrir gavetas, não conseguindo por isso decidir ao que queria brincar.

Para acabar a sessão, ensinei o G. como poderia acalmar-se através da sua respiração. Contudo, não foi bem sucedido visto o mesmo não se mostrou interessado pela atividade, fazendo apenas duas vezes o que lhe tinha sugerido. Notou-se aqui a sua dificuldade em manter o foco e a atenção. No diálogo final, o G. não soube dar a sua opinião sobre a sessão, nem soube dizer qual a atividade que tinha gostado mais (disse que tinha gostado do todas).

**Anexos VII – Estudo de Caso I – Exemplo de um planeamento de sessão psicomotora**

**Sessão nº 17**

Local: CAR I	Data: 28 de março de 2023	Duração da sessão: 45 min.
Público-alvo: G., 6 anos		
Objetivos gerais: Desenvolver as competências cognitivas; Melhorar a praxia global; Promover a praxia fina; Promover a regulação tónica		
Estratégias: Promover um ambiente seguro, lúdico, animado, de confiança e sem julgamentos; respeitar o espaço, ritmo e tempo de resposta da criança; reforço e <i>feedback</i> positivo; Utilização de instruções simples e lúdicas.		

<b>Fase da sessão</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Descrição da atividade</b>	<b>Material</b>	<b>Duração</b>
<b>Ritual de entrada (acolhimento)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimular o interesse pela sessão;</li> <li>- Estimular a capacidade de discurso/diálogo coerente e organizado.</li> </ul>	A sessão começa com um pequeno diálogo entre a terapeuta e a criança, em que será perguntado: como está o humor dela (alegre ou triste, por exemplo), como correu a escola e o que fez.	-----	6 minutos

<p><b>Fase fundamental (corpo da sessão)</b></p> <p><b>Atividade 1, 2 e 3</b></p> <p><b>Atividade 4</b></p>	<p>- Melhorar a percepção visual;</p> <p>- Potenciar o foco atencional na tarefa.</p> <p>- Melhorar a agilidade motora;</p> <p>- Melhorar a destreza manual.</p>	<p><b><u>Concentrar, observar e realizar</u></b></p> <p>3 Atividades de percepção visual:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pede-se à criança que em espelho reproduza as figuras construídas com pauzinhos de gelado coloridos pela terapeuta no chão</li> <li>2. Pede-se à criança que reproduza à sua frente as figuras construídas com blocos de madeira pela terapeuta no chão</li> <li>3. Por fim, pede-se à criança que enfie as contas por ordem correta num cordão de acordo com as imagens observadas</li> </ol> <p><b><u>Tenta e Aprende!</u></b></p> <p>Pede-se à criança que consiga atar o sapato da terapeuta desatado de forma a treinar esse processo.</p>	<p>- pauzinhos de gelado coloridos</p> <p>- imagens com figuras</p> <p>- cordão e contas</p> <p>- ténis</p>	<p>20 minutos</p> <p>7 minutos</p>
<p><b>Atividade de respiração</b></p> <p><b>Retorno à calma</b></p>	<p>- Aumentar a capacidade inibitória.</p>	<p><b><u>Relaxação com Bola</u></b></p> <p>Pede-se à criança que se deite confortavelmente no colchão, e que feche os olhos, respirando calmamente e à medida que a bola vai percorrendo as várias partes do seu corpo.</p>	<p>Colchão;</p> <p>Bola;</p> <p>Música.</p>	<p>6 minutos.</p>
<p><b>Diálogo final</b></p>	<p>- Estimular a capacidade de discurso/diálogo coerente e organizado.</p>	<p>Ocorre uma conversa entre a terapeuta e a criança que finaliza a sessão. A terapeuta pergunta primeiramente, como se sentiu na relaxação e posteriormente qual a atividade que gostou mais ao longo da sessão e ainda o que gostaria de fazer na próxima sessão.</p>	<p>-----</p>	<p>6 minutos</p>

**Anexo VIII – Estudo de caso II – Exemplo de um relatório de uma sessão psicomotora  
Sessão nº 17**

**Data:** 28 de março de 2023

Nesta sessão, o G. mostrou alguma agitação e dificuldade em focar a atenção para o que estava a fazer, pelo que as atividades foram demoradas de realizar. Contudo, foi participando nas atividades por mim propostas. No diálogo inicial, o G. inicialmente andava pela sala a deambular, acabando por se sentar e falar sobre o seu dia e como se sentia. Nesta conversa, observei que o seu discurso era mais perceptível, fluido e coerente, o que revela aqui melhorias ao nível da comunicação.

Ao longo da sessão, desafiei o G. a fazer atividades de concentrar, observar e realizar (atividade de perceção visual). Na primeira atividade o G. tinha de reproduzir várias figuras em espelho feitas com paus de gelado, apresentando dificuldade em reproduzir a figura feita por mim, e ainda dificuldade em perceber como fazer essa mesma tarefa, acabando por me pedir ajuda e dizendo que não era capaz. Ao motivá-lo e ajudá-lo, o G. foi capaz de fazer as figuras construídas posteriormente, apesar de ainda com algumas inseguranças e pequenas ajudas.

Na atividade seguinte, o G. teve mais facilidade em reproduzir figuras iguais às construídas por mim com blocos de madeira sem ser em espelho, mostrando na mesma as suas inseguranças e pequenos erros. Por fim, na atividade dos enfiamentos, e como observado por ele num cartão dado por mim, conseguiu realizar a mesma com muita facilidade, fazendo as sequências com as contas das cores corretas. Apesar destas facilidades, o G. apresenta ainda grande dificuldade no processo de atar sapatos

Para acabar a sessão foi feita relaxação com bola, conseguindo perceber que a cada sessão, o G. vai acedendo mais à passividade, fazendo as respirações de forma voluntária.