

Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

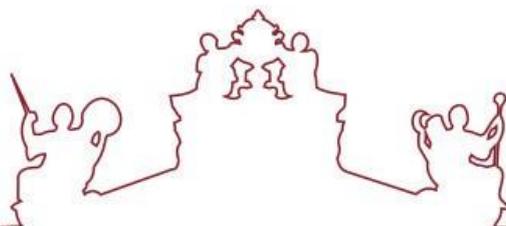
Relatório de Estágio

Intervenção Psicomotora com Crianças Institucionalizadas no
Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos
da Criança e da Família “Chão dos Meninos”

Catarina Sofia Cláudio Babau

Orientador(es) | Ana Rita do Amaral Cabrita Matias Bata
Manuel Pedro Carreiras da Silva Carona

Évora, 2020



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

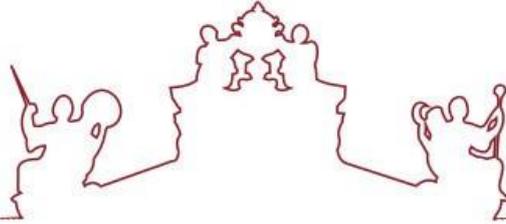
Relatório de Estágio

Intervenção Psicomotora com Crianças Institucionalizadas no
Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos
da Criança e da Família “Chão dos Meninos”

Catarina Sofia Cláudio Babau

Orientador(es) | Ana Rita do Amaral Cabrita Matias Bata
Manuel Pedro Carreiras da Silva Carona

Évora, 2020



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente | Gabriela Sousa Neves de Almeida (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Rita do Amaral Cabrita Matias Batalha (Universidade de Évora) (Orientador)
Guida Filipa Veiga Moutinho (Universidade de Évora)



***“Todas as crianças têm direito a ter alegria suficiente para imaginar coisas boas antes
de dormirem e depois, a sonharem com elas.”***

Pedro Strecht *in* Crescer Vazio, p. 31

AGRADECIMENTOS

Em qualquer caminhada é certa a existência de um trilho a percorrer.

Agora, que me aproximo do ponto de chegada, gostaria de expressar toda a minha gratidão àqueles que, direta ou indiretamente, caminharam lado a lado comigo, tanto nas retas, como nas curvas deste percurso.

Em primeiro lugar, aos **meus pais**, pela sólida formação que me deram, por todo o esforço e sacrifício, pelo apoio constante e, por fazerem da distância um pormenor.

À **Lua**, por ser a minha companheira de todas as horas.

Aos **meus avós**, por me ajudarem a tornar os meus sonhos possíveis.

À minha orientadora da Universidade de Évora, a **Professora Doutora Ana Rita Matias**, por desde cedo ter acreditado em mim e pela experiência e sabedoria com que me presenteou.

Ao meu orientador da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”, **Dr. Manuel Carona**, por me demonstrar o verdadeiro significado da palavra *dedicação*.

À **Professora Doutora Gabriela Almeida**, pela disponibilidade e conselhos prestados.

À **Equipa Multidisciplinar da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”**, por me fazer acreditar que existem pessoas com bom coração.

Aos “**meus pestinhas**” por serem a minha motivação, por fazerem de mim uma melhor profissional e, principalmente, uma melhor pessoa. Que a vida vos sorria sempre!

Aos meus amigos, particularmente à **Daniela**, pelo socorro prestado em qualquer altura; à **Ana**, à **Carina**, à **Maria** e à **Sara** pelo apoio; e, a todos aqueles nomes que não ficam aqui mencionados, por, perto ou longe, terem estado sempre a torcer por mim.

Finalmente, e não menos importante, **ao José**, pela paciência infindável e por ter dividido o tempo disponível para ele com este estágio, ficando na maioria das vezes a perder.

A todos devo esta conquista.

Obrigada do fundo do coração!

RESUMO

Intervenção Psicomotora com Crianças Institucionalizadas no Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”

O presente relatório surge no seguimento do estágio curricular realizado no Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”, em Évora. Este pretende ser um contributo para a compreensão do trabalho que um Psicomotricista pode desempenhar neste tipo de instituições e objetiva contextualizar a prática psicomotora nas mesmas, descrever e verificar o impacto da intervenção psicomotora realizada, relatar qualquer atividade executada e refletir sobre a importância da Psicomotricidade neste tipo de instituições. Assume-se que os objetivos foram atingidos e conclui-se que a Psicomotricidade se mostra útil no trabalho com crianças institucionalizadas, permitindo a melhoria de alguns aspetos do seu desenvolvimento.

Palavras-Chave: Crianças; Maus-tratos; Institucionalização; Psicomotricidade

ABSTRACT

Psychomotor Intervention with Institutionalized Children in Centro de Acolhimento Temporário I of Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”

This report follows a curricular internship held at the Centro de Acolhimento Temporário I at the Associação de Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”, in Évora. The main goal is to contribute for understanding the work of a psychomotricist in this type of institutions and aims to describe and verify the psychomotor intervention’s impact. Also to, report all activity developed within this environment and reflect about the importance of Psychomotricity in these institutions. The goals were achieved and it’s clear that Psychomotricity is beneficial when working with institutionalized children, allowing the improvement of some aspects of their development.

Key words: Children; Maltreatment; Institutionalization; Psychomotricity

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	IV
RESUMO	V
ABSTRACT	VI
ÍNDICE GERAL	VII
ÍNDICE DE TABELAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS	X
ÍNDICE DE ANEXOS	XI
LISTA DE SIGLAS	XII
CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL	2
2.1 CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE PERIGO	2
2.2 MAUS-TRATOS INFANTIS	3
2.3 ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL	4
2.4 CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS	5
2.5 PSICOMOTRICIDADE NUM CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO	6
CAPÍTULO 3 – PRÁTICA PROFISSIONAL	7
3.1 ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA “CHÃO DOS MENINOS”	7
3.2 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO	10
3.3 ETAPAS DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA	11
3.4 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO	13
3.5 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO	15
3.6 INTERVENÇÃO PSICOMOTORA	16
3.6.1 EM CONTEXTO INDIVIDUAL	16
3.6.2 EM CONTEXTO GRUPAL	18
3.6.2.1 “TOCA A CRESCER”	18
3.6.2.2 “BORA APRENDER”	20
3.7 ATIVIDADES COMPLEMENTARES	22
CAPÍTULO 4 – ESTUDO DE CASO I	23
4.1 REVISÃO TEÓRICA DE SUPORTE AO ESTUDO DE CASO I	23
4.2 INTERVENÇÃO PSICOMOTORA	25
4.2.1 IDENTIFICAÇÃO	25
4.2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO	25
4.2.3 PROCEDIMENTOS GERAIS DA AVALIAÇÃO	26
4.2.4 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL	26
4.2.4.1 OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA	26
4.2.4.2 DAP	27
4.2.4.3 MABC-2	27
4.2.4.4 TOL	28
4.2.4.5 PROVAS DE RITMO DE MIRA STAMBAK	29
4.2.4.6 ROCF	29

4.3	PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO	30
4.3.1	PERFIL INTRA-INDIVIDUAL.....	30
4.3.2	HIPÓTESES EXPLICATIVAS	30
4.3.3	OBJETIVOS TERAPÊUTICOS	31
4.3.4	CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO	32
4.3.5	FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	32
4.3.6	EXEMPLOS DE ATIVIDADES	33
4.3.7	ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS.....	34
4.4.	PROGRESSÃO TERAPÊUTICA	35
4.4.1	DAP	35
4.4.2	MABC-2.....	35
4.4.3	TOL.....	36
4.4.4	PROVAS DE RITMO DE MIRA STAMBAK.....	37
4.4.5	ROCF.....	38
4.5	DISCUSSÃO	38
CAPÍTULO 5 – ESTUDO DE CASO II (artigo científico)		41
RESUMO		41
ABSTRACT		41
1.	INTRODUÇÃO	42
2.	METODOLOGIA.....	43
2.1	CARATERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE	43
2.2	PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO	43
2.3	PROJETO TERAPÊUTICO.....	44
2.3.1	<i>PERFIL INTRA-INDIVIDUAL.....</i>	<i>44</i>
2.3.2	<i>HIPÓTESES EXPLICATIVAS</i>	<i>45</i>
2.3.3	<i>OBJETIVOS TERAPÊUTICOS</i>	<i>46</i>
2.3.4	<i>CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO</i>	<i>46</i>
2.3.5	<i>FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</i>	<i>47</i>
3.	RESULTADOS	48
3.1	OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA	48
3.2	BASC.....	49
3.2.1	<i>AUTOAVALIAÇÃO</i>	<i>49</i>
3.2.2	<i>CUIDADOR</i>	<i>50</i>
3.2.3	<i>PROFESSOR.....</i>	<i>51</i>
4.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	51
5.	CONCLUSÕES	53
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES		56
CAPÍTULO 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		58
ANEXOS.....		XIII

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – <i>Caraterização das crianças do CAT I (síntese)</i>	9
Tabela 2 – <i>Calendarização das atividades inerentes ao estágio</i>	10
Tabela 3 – <i>Horário das atividades de estágio</i>	10
Tabela 4 – <i>Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados (síntese)</i>	13
Tabela 5 – <i>Descrição da intervenção psicomotora com o André (síntese)</i>	16
Tabela 6 – <i>Descrição da intervenção psicomotora “Toca a Crescer” (síntese)</i>	18
Tabela 7 – <i>Descrição da intervenção psicomotora “Bora Aprender” (síntese)</i>	20
Tabela 8 – <i>Descrição das atividades complementares (síntese)</i>	22
Tabela 9 – <i>DAP – Resultados da Avaliação Inicial</i>	27
Tabela 10 – <i>TOL – Resultados da Avaliação Inicial</i>	28
Tabela 11 – <i>Provas de Ritmo de Mira Stambak – Resultados da Avaliação Inicial</i>	29
Tabela 12 – <i>ROCF – Resultados da Avaliação Inicial</i>	29
Tabela 13 - <i>Perfil Intra-Individual</i>	30
Tabela 14 – <i>Objetivos Terapêuticos</i>	31
Tabela 15 – <i>DAP – Progressão Terapêutica</i>	35
Tabela 16 – <i>TOL – Progressão Terapêutica</i>	36
Tabela 17 – <i>Provas de Ritmo de Mira Stambak – Progressão Terapêutica</i>	37
Tabela 18 – <i>ROCF – Progressão Terapêutica</i>	38
Tabela 19 – <i>Perfil Intra-Individual</i>	45
Tabela 20 – <i>Objetivos Terapêuticos</i>	46

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Organograma da Instituição.....	8
Figura 2 – Sala das Crianças	9
Figura 3 – Ludoteca.....	9
Figura 4 – Crianças residentes no CAT I à data do estágio	9
Figura 5 – MABC-2 – Resultados da Avaliação Inicial.....	27
Figura 6 – MABC-2 – Progressão Terapêutica	35
Figura 7 – BASC – Autoavaliação – Progressão Terapêutica	49
Figura 8 – BASC – Cuidador – Progressão Terapêutica	50
Figura 9 – BASC – Professor – Progressão Terapêutica	51

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – ESTUDO DE CASO I – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA DO DAP.....	XIII
ANEXO II – ESTUDO DE CASO I – EXEMPLO DE UM PLANEAMENTO DE SESSÃO TERAPÊUTICA	
.....	XIV
ANEXO III – ESTUDO DE CASO I – EXEMPLO DE UM RELATÓRIO DE SESSÃO TERAPÊUTICA.....	
.....	XV
ANEXO IV – ESTUDO DE CASO II – EXEMPLO DE UM PLANEAMENTO DE SESSÃO TERAPÊUTICA...	
.....	XVI
ANEXO V – ESTUDO DE CASO II – EXEMPLO DE UM RELATÓRIO DE SESSÃO TERAPÊUTICA	
.....	XVII

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychiatric Association*

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

BASC – *Behavior Assessment System for Children*

CAFAP – Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental

CASA – Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens

CAT I – Centro de Acolhimento Temporário I

CAT II – Centro de Acolhimento Temporário II

CCITSN – *Carolina Curriculum For Infants and Toddlers with Special Needs*

DAP – *Draw a Person Test*

DGS – Direção-Geral de Saúde

GROP – Grup de Recerca em Orientació Psicopedagógica

ISS – Instituto de Segurança Social, I.P.

LPCJP – Decreto-Lei nº147/99 de 1 de setembro da Assembleia da República, Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, 2017

MABC-2 – *Movement Assessment Battery for Children – Second Edition*

ONU – Organização das Nações Unidas

ROCF – *Rey-Osterrieth Complex Figure Test*

TOL – *Tower of London Test*

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

É no seio familiar que, geralmente, as crianças crescem saudáveis (Strecht, 2001). Porém, por vezes, é nesse contexto que ocorrem situações de maus-tratos que comprometem o seu desenvolvimento (Instituto da Segurança Social, I.P. [ISS], 2018; Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF], 2017). Os maus-tratos infantis são tidos como um problema de saúde pública, quer se apresentem sob a forma de negligência, maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos e/ou abuso sexual (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011). A Assembleia da República decretou a Lei 147/99, que define a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens em perigo, referindo as medidas a colocar em prática nessas situações, entre as quais se inclui o acolhimento institucional (Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo [LPCJP], 1999). Em Portugal, em 2017, eram 7 553 as crianças institucionalizadas (ISS, 2018). Estas crianças exibem, comumente, características tais como tristeza, sentimentos de autodesvalorização e de “não pertença”, baixa tolerância à frustração, dificuldades de autocontrolo e em lidar com os pares e com as figuras de autoridade, desrespeito por regras, comportamentos agressivos e destrutivos e fracas competências escolares (Costa, 2011), entre outras. Atender às suas características é um enorme desafio (ISS, 2018), para o qual a Psicomotricidade se apresenta como resposta terapêutica de excelência, tirando partido da motricidade das crianças (Costa, 2011).

Com vista à finalização do Mestrado em Psicomotricidade, pela Universidade de Évora, surgiu a possibilidade da realização de um estágio curricular no Centro de Acolhimento Temporário I (CAT I) da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”, em Évora, sob a orientação da Professora Doutora Ana Rita Matias e do Psicólogo Dr. Manuel Carona. Em conformidade, ergue-se o presente relatório de estágio, intitulado *Intervenção Psicomotora no Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”*, o qual visa ser o espelho de toda a experiência vivenciada e adquirida durante o estágio. Objetivou-se contextualizar a prática psicomotora num Centro de Acolhimento Temporário; descrever a intervenção psicomotora realizada em contexto individual e grupal, verificando o impacto da mesma; relatar as atividades realizadas na instituição; e, refletir acerca da importância terapêutica da Psicomotricidade neste tipo de instituições.

A fim de facilitar a análise e compreensão deste relatório, foi feita uma divisão por capítulos. Além deste breve capítulo introdutório, pode contar-se com um segundo capítulo, no qual se apresenta um enquadramento teórico da prática profissional num Centro de Acolhimento Temporário; um terceiro capítulo, onde é descrita a prática profissional desenvolvida na instituição; um quarto capítulo, que compreende tudo o que diz respeito ao estudo de caso I; um quinto capítulo (em formato de artigo científico) onde é apresentado o estudo de caso II; um sexto capítulo, onde são descritas as conclusões obtidas através de reflexão durante e após todo o período de estágio; um sétimo capítulo, com as referências bibliográficas consultadas para a formulação do presente documento; e alguns anexos.

CAPÍTULO 2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

2.1 CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE PERIGO

De acordo com a Convenção dos Direitos Humanos da Criança (art.º1) (Organização das Nações Unidas [ONU], 1989), criança é qualquer ser humano cuja idade seja inferior a dezoito anos (excetuando se a lei nacional conferir a maioridade mais cedo) e todas as crianças têm o direito à vida, devendo-lhes ser assegurada a sua sobrevivência e o seu correto desenvolvimento (art.º6) físico, mental, espiritual, moral e social (art.º27), bem como a proteção e a promoção dos seus direitos (art.º2).

O desenvolvimento de uma criança depende da combinação de fatores internos e externos (Wallon, 2005). Segundo Strecht (2001), a vida de uma criança pode ter múltiplas evoluções, podendo esta vir a apresentar formas de sentir, pensar e agir completamente distintas, dependendo daquilo que lhe é oferecido ao longo da infância por aqueles que lhe são mais próximos. De um modo geral, é junto da família que a maioria das crianças cresce num ambiente saudável e propício ao seu correto desenvolvimento (ISS, 2018; Strecht, 2001). Contudo, em alguns casos, é nas mãos de indivíduos de confiança, com os quais as crianças convivem diariamente, que ocorrem situações que comprometem a sua segurança, bem-estar, saúde, formação, educação e desenvolvimento (ISS, 2018; UNICEF, 2017).

Nesse caso, sempre que os pais ou os responsáveis legais por uma criança ou jovem não tenham capacidade para lhe garantir os cuidados adequados, é ao Estado que cabe fazê-lo (art.º3), sendo também da sua competência protegê-los contra qualquer forma de maus-tratos (art.º19) (ONU, 1989). Assim, a Assembleia da República decretou, nos termos da alínea c) do artigo 161º da Constituição, a Lei 147/99 de 1 de setembro, a qual define a promoção dos direitos e a proteção de crianças e jovens em perigo, de modo a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral (art.º1) quando a criança ou jovem está perante uma situação de perigo (art.º3) (LPCJP, 1999).

Considera-se situação de perigo quando a criança ou jovem vive abandonado ou entregue a si próprio; sofre de maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos ou abuso sexual; não recebe cuidados ou afeição adequados; é obrigado a realizar atividades excessivas ou inadequadas; está sujeito, direta ou indiretamente, a comportamentos que comprometam a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional; ou assume comportamentos que prejudiquem a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais ou os responsáveis legais por si se oponham (art.º 3) (LPCJP, 1999).

Em Portugal, os dados fornecidos pelo Relatório de 2017 relativo à Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (CASA 2017) (ISS, 2018), revelam a existência de 17 600 crianças em situação de perigo.

2.2 MAUS-TRATOS INFANTIS

Vulgarmente, as referidas situações de perigo são apelidadas de maus-tratos infantis.

A DGS (2011) evidencia o vasto alcance deste conceito, referindo a abrangência de variadas situações (por vezes associadas), nomeadamente situações de negligência, de maus-tratos físicos, de maus-tratos psicológicos e de abuso sexual.

É imprescindível, então, compreender a definição de cada um dos padrões de maus-tratos a que as crianças podem estar sujeitas. Assim, define-se (DGS, 2011):

- a) Negligência: incapacidade de satisfazer necessidades básicas (tais como higiene, alimentação, vestuário, ciclo de sono, afeto, educação e saúde) indispensáveis ao adequado crescimento e desenvolvimento infantil. Pode manifestar-se de forma ativa (quando existe intenção de causar dano) ou de forma passiva (quando resulta de inaptidão para o cuidado parental).
- b) Maus-tratos físicos: ações não acidentais que provoquem ou possam vir a provocar danos físicos. Englobam um amplo conjunto de situações traumáticas, no qual se incluem equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes, mordeduras, traumatismos, fraturas, entre outras.
- c) Maus-tratos psicológicos: privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao correto crescimento e desenvolvimento infantil. Incluem diversos cenários, entre os quais insuficiência de cuidados ou de afeto, depreciação contínua ou completa rejeição afetiva, entre outras.
- d) Abuso sexual: envolvimento da criança em atividades cuja finalidade seja a satisfação sexual do adulto. Baseia-se numa relação de poder entre o adulto e a criança que, pelo seu estágio de desenvolvimento não se encontra estruturalmente preparada, não deu o seu consentimento e não tem capacidade para entender e denunciar a situação. Compreende diferentes formas que podem ir desde obrigar a criança a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos ou espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas ou filmagens, manipular ou obrigá-la à manipulação de órgãos sexuais, introduzir objetos ou partes do corpo na sua vagina ou ânus, até à prática de coito (cópula, coito anal ou oral).

Das 17 600 crianças identificadas como estando em situação de perigo em Portugal, no ano de 2017, concluiu-se que 71% foram vítimas de negligência, 4% vítimas de maus-tratos físicos, 9% vítimas de maus-tratos psicológicos, 3% vítimas de abusos sexuais e 13% vítimas de outras situações (ISS, 2018).

2.3 ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL

Perante qualquer situação de maus-tratos infantis, é disponibilizado um conjunto de medidas de promoção e proteção de crianças e jovens em situação de perigo, as quais visam afastar o perigo em que estes se encontram; proporcionar-lhes condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral; e garantir a sua recuperação física e psicológica (art.º34) (LPCJP, 1999). A execução das mesmas diz respeito, em primeiro lugar, às entidades com competência em matéria de infância e juventude (escolas, hospitais...), em segundo lugar, às Comissões de Proteção de Crianças e Jovens e, em último, aos Tribunais (art.º6) (DGS, 2011; LPCJP, 1999). Estas medidas podem ser executadas em meio natural de vida (apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea ou apoio para a autonomia de vida) ou em regime de colocação (acolhimento familiar ou acolhimento institucional) (art.º35). Independentemente da medida a colocar em prática, deve ser sempre respeitado o superior interesse da criança ou jovem (art.º4) (LPCJP, 1999).

O acolhimento institucional, especificamente, consiste na colocação da criança ou jovem aos cuidados de uma entidade que disponha de instalações e equipamentos de acolhimento permanente e de uma equipa que lhe garanta os cuidados adequados às suas necessidades e lhe proporcione condições que permitam a sua educação, bem-estar e desenvolvimento integral (art.º49) (LPCJP, 1999). As instituições de acolhimento podem ser públicas ou cooperativas, sociais ou privadas (art.º 52), funcionando, em qualquer um dos casos, em regime aberto (podendo os pais visitar a criança, de acordo com horários e regras de funcionamento institucional, desde que não exista oposição judicial) (art.º 53) (LPCJP, 1999). O acolhimento pode ser de curta duração, em Centros de Acolhimento Temporário, podendo a institucionalização durar até seis meses (excedidos quando seja previsível o retorno à família ou enquanto se procede ao diagnóstico da situação e à definição do encaminhamento) ou de longa duração, nos Lares de Infância e Juventude, quando as circunstâncias do caso aconselham um acolhimento de duração superior a seis meses (art.º50) (LPCJP, 1999).

O Relatório CASA 2017 (ISS, 2018), faz referência a 7 553 crianças institucionalizadas no ano de 2017, de entre as quais 1 892 crianças acolhidas em Centros de Acolhimento Temporário, a maioria com idades compreendidas entre os 0 e os 11 anos.

Ainda que a institucionalização objetive a proteção contra um ambiente agressor, assumindo uma função reparadora e organizadora (Sá, 2014) e, que nos termos do art.º 53º da Lei n.º 23/2017 (Decreto Lei nº 23/2017 de 23 de maio da Assembleia da República, Terceira alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, 2017), se afirme que as instituições de acolhimento devem favorecer “uma relação afetiva do tipo familiar, uma vida diária personalizada e a integração na comunidade”, este processo não deixa de ser considerado uma experiência de privação multidimensional (Soares *et al.*, 2014).

2.4 CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS

É sabido que a alteração e/ou a ausência de vivências necessárias ao desenvolvimento das crianças pode originar-lhes uma série de défices (Brazelton & Greenspan, 2003) e que, particularmente, todas as formas de violência experimentadas ao longo da infância, independentemente da sua natureza ou gravidade, são prejudiciais (UNICEF, 2017). Em crianças institucionalizadas, às consequências resultantes de uma infância marcada por maus-tratos, acrescem as consequências provocadas pelo processo de acolhimento (Berger, 1998).

De facto, o ambiente institucional caracteriza-se, usualmente, pela inexistência de um cuidado estável e individualizado, por uma elevada rotatividade da equipa auxiliar, por uma elevada percentagem de crianças por cuidador e pela existência de extensos e heterogêneos grupos de crianças (Baptista *et al.*, 2014). Assim se, por um lado, a institucionalização pode ser considerada um fator de proteção, por outro, sem as devidas precauções, pode implicar riscos significativos para as mesmas (Sá, 2014). Os efeitos negativos da institucionalização em vários domínios do desenvolvimento infantil estão documentados, sendo o tipo e a gravidade dos mesmos dependentes de vários fatores, onde a duração do acolhimento é um dos que tem maior impacto (Ellis, Fisher & Zaharie, 2004).

Pela peculiaridade das suas experiências, crianças institucionalizadas mostram-se tristes, com sentimentos de inferioridade, autodesvalorização, autodepreciação e “não pertença” (Costa, 2011) e com fragilidades a nível da autoestima (Vidigal, 2005 *cit. in* Costa, 2011). Os seus conflitos internos não têm espaço no aparelho psíquico, levando à expressão pelo agir, à agressividade e destrutividade, ao desrespeito por regras, à baixa tolerância à frustração, à falha no autocontrolo comportamental, às dificuldades em lidar com os pares e com as figuras de autoridade e às fracas competências escolares (Costa, 2011). Com um funcionamento clivado, coexistem adaptação à realidade e ressurgimento de vivências passadas (Berger, 1998).

A longo prazo, parece haver uma maior probabilidade de problemas comportamentais, físicos e de saúde mental (Organização Mundial de Saúde, 2014), aumentando o risco de se tornarem vítimas ou agressores, a propensão para o crime, o abuso de substâncias, a prática de automutilação e de comportamentos suicidas, os sintomas de somatização, ansiedade e depressão, os distúrbios de personalidade, a psicose e os problemas nos relacionamentos interpessoais e vocacionais (Scherer & Scherer, 2000).

Todavia, crianças expostas às mesmas condições adversas podem apresentar diferentes níveis de comprometimento (van IJzendoorn *et. al*, 2011), dependendo da presença de fatores de proteção que determinam a sua capacidade de resiliência.

2.5 PSICOMOTRICIDADE NUM CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO

Essencialmente, a institucionalização de uma criança perspetiva tanto a (re)construção do espaço exterior, garantindo-lhe a satisfação das necessidades básicas (Strecht, 2001), como do espaço interior, garantindo-lhe o suporte do “eu”, através de um novo modelo relacional, que lhe permita ganhar uma confiança no mundo, facilitadora da sua reorganização (Strecht, 1998). No entanto, ainda que se tenham tais conhecimentos, atender às características destas crianças é um dos grandes desafios (ISS, 2018) com que os profissionais da área se deparam, sendo a única certeza, a indispensabilidade de uma intervenção terapêutica apropriada (Núñez, 2003).

Recentemente, as terapias com base na utilização do corpo como instrumento terapêutico têm vindo a adquirir uma importância crescente, realçando o facto de que no corpo se sustentam funções psíquicas e emocionais (Costa, 2003) e de que a mente se manifesta no corpo e vice-versa, como partes de uma unidade (Núñez, 2003), pelo que a motricidade e os processos psicológicos não podem ser compreendidos separadamente (Fonseca, 2001, 2004).

A Psicomotricidade, área que estuda e investiga as relações e influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2011; Fonseca, 2004, 2010) é uma dessas terapias. Baseada numa visão holística do ser humano, na qual este é tido como um todo único, atua integrando os aspetos cognitivos, emocionais e físicos e a capacidade de ser e agir dos indivíduos no contexto psicossocial em que se inserem (APP, 2011; European Forum of Psychomotricity, 1995 *cit. in* Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010; Fonseca, 2010). O corpo é considerado como fonte de emoções e intenções (Fonseca, 2010), como veículo de interação (Akasha, 2004) e como espaço de passagem da vida psíquica (Gatecel, 2009 *cit. in* Fernandes, Filho & Rezende, 2018).

Tirando partido da motricidade, a Psicomotricidade, apresenta-se como uma resposta terapêutica de excelência em crianças institucionalizadas (Costa, 2011), reconstruindo-as, essencialmente, e como deve ser a base de qualquer terapia com este tipo de crianças, através da qualidade da relação terapêutica estabelecida (Strecht, 2001). O psicomotricista tem, ante si, a tarefa de proporcionar um espaço de tranquilidade, segurança, proteção e liberdade para que as crianças consigam expressar o seu mal-estar e os seus conflitos (Núñez, 2003; Costa, 2008), evitando a repetição traumática das situações às quais estiveram sujeitas (Strecht, 2001). Uma vez que crianças institucionalizadas sentem as aproximações como intrusões e as ausências como abandonos, apenas a capacidade de lhes oferecer um novo modelo de relação, através da reconstrução de boas experiências emocionais, possibilita a reaquisição de uma confiança básica no mundo exterior, essencial para o reinvestimento no próprio (Strecht, 1998) e, consequentemente, para a minimização das suas dificuldades. A isto soma-se o facto de o psicomotricista ser um terapeuta apto para intervir em diversas áreas, como é o caso do desenvolvimento psicomotor, da aprendizagem e do comportamento (Fonseca, 2001) muitas vezes comprometidos nesta população.

CAPÍTULO 3 – PRÁTICA PROFISSIONAL

3.1 ASSOCIAÇÃO AMIGOS DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA “CHÃO DOS MENINOS”

No início dos anos 90, aquando da aprovação da Convenção dos Direitos da Criança em Portugal, profissionais de diversas áreas interessados em refletir acerca da problemática das crianças e jovens em perigo, constituíram o Grupo Interinstitucional “Crianças em Risco” de Évora e, posteriormente, em 1993, a Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”.

A Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos” é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sob a forma de associação sem fins lucrativos, a qual tem como objetivos o estudo de situações relativas a crianças e jovens em perigo, bem como a promoção de respostas adequadas às mesmas. Os primeiros anos desta instituição foram marcados por um grande investimento no desenvolvimento de respostas adaptadas a situações de abuso sexual infantil.

A fim de dar resposta às diversas situações, a instituição dispõe de várias valências: dois Centros de Acolhimento Temporário (CAT I e CAT II), um Apartamento de Autonomização e, ainda, um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP). Resumidamente, o CAT I destina-se a crianças de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 0 e os 12 anos e tem capacidade para acolher 10 crianças, enquanto o CAT II se destina a jovens do sexo feminino com idades compreendidas entre os 13 e os 25 anos e tem capacidade para acolher 25 jovens. Em ambos são assumidos os serviços de alojamento, alimentação, vestuário, higiene, educação, saúde e lazer necessários ao adequado desenvolvimento das crianças e jovens. O Apartamento de Autonomização destina-se a jovens do sexo feminino com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos e tem capacidade para acolher 4 jovens, visando o desenvolvimento de competências pessoais, de modo a que estas atinjam a autonomia. Já o CAFAP, presta apoio especializado a famílias com crianças e jovens em situação de perigo, disponibilizando não só apoio ao nível da mediação familiar, mas também, suporte para lidar com questões específicas das etapas de desenvolvimento das crianças e jovens do agregado familiar, e funciona em regime ambulatorio, apresentando uma resposta com um horário adaptado às necessidades das famílias e disponibilidade 24h por dia.

Apesar da existência de diversas repostas, em qualquer uma delas é privilegiada a intervenção com a família e preconizada uma visão ecológico-sistemática, onde se pressupõe uma leitura multifatorial da situação e uma intervenção conduzida por uma equipa multidisciplinar (*Figura 1*).

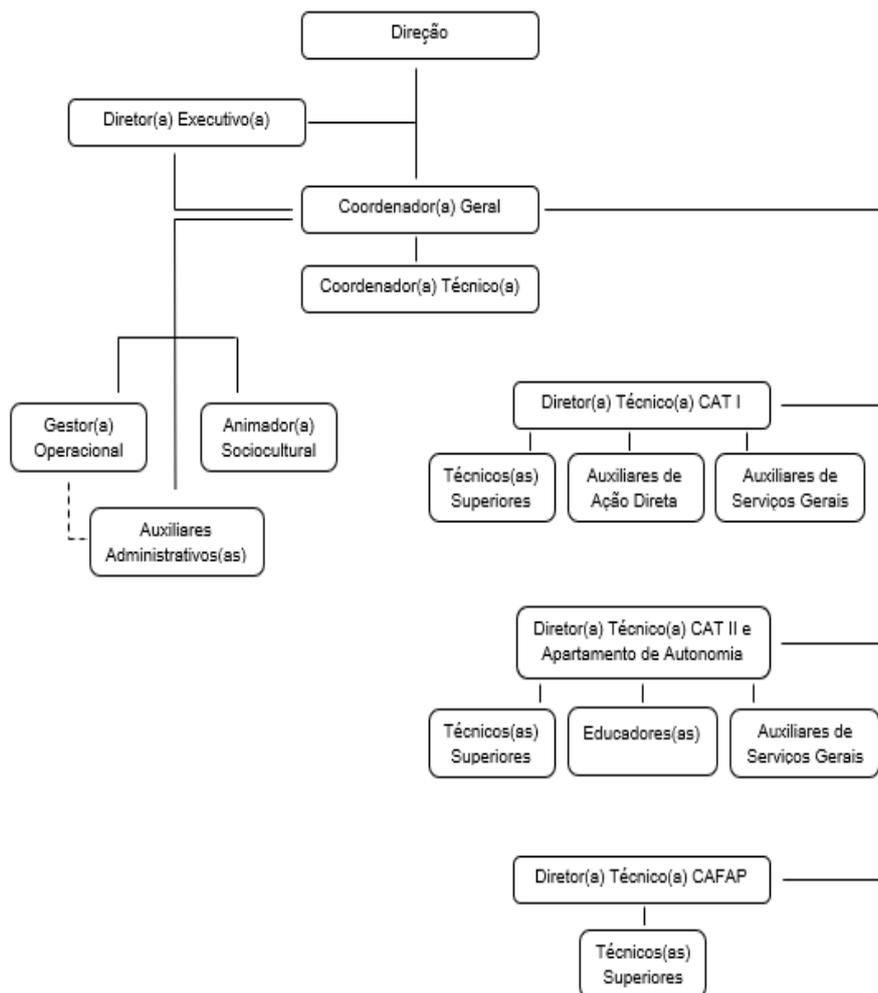


Figura 1 – Organograma da Instituição

No que diz respeito ao CAT I, nomeadamente aos seus recursos humanos, da equipa constavam (à data da realização do estágio) a diretora técnica e assistente social, um psicólogo (afeto a 25%), uma animadora sociocultural (afeta a 50%), nove auxiliares de ação direta, uma auxiliar de serviços gerais, uma estagiária de serviço social e uma psicomotricista a realizar estágio profissional (com a qual, desde início, se privilegiou uma relação sintónica quanto às intervenções levadas a cabo por ambas).

Quanto a recursos materiais, esta valência dispõe de vários quartos, cozinha, casas de banho, sala de convívio, espaço exterior e gabinete da equipa técnica. As salas disponíveis para a realização das sessões terapêuticas localizam-se no piso superior do edifício, onde funciona o CAFAP, sendo partilhadas com este serviço. Existem três salas que servem, maioritariamente, para reuniões, formações e supervisões de visita e, outras duas salas onde, preferencialmente, se realizam as sessões terapêuticas com as crianças, pela existência de materiais didáticos: a sala das crianças e a ludoteca (*Figuras 2 e 3*, respetivamente).



Figura 2 – Sala das Crianças



Figura 3 – Ludoteca

Por mais que existissem recursos humanos e materiais, a realização deste estágio seria impossível sem as dez crianças que habitavam (à data do mesmo) no CAT I (*Figura 4*), as quais foram acolhidas devido a situações de negligência, abusos físicos, psicológicos e sexuais (em alguns casos, combinados). Na Tabela 1, abaixo apresentada, encontra-se uma breve caracterização destas crianças.

Tabela 1 – Caracterização das crianças do CAT I (síntese)

Variáveis		Nº de crianças
Sexo	Feminino	4
	Masculino	6
Idade	0-6 anos	4
	6-12 anos	6
Tempo de Institucionalização (inclui o acolhimento em outras instituições)	0-2 anos	6
	+ de 2 anos	4



Figura 4 – Crianças residentes no CAT I à data do estágio

3.2 ORGANIZAÇÃO DAS ATIVIDADES DE ESTÁGIO

O estágio realizado teve a duração de oito meses e meio, tendo decorrido entre 1 de outubro de 2018 e 15 de junho de 2019. As atividades inerentes ao mesmo sucederam-se do seguinte modo (Tabela 2):

Tabela 2 – Calendarização das atividades inerentes ao estágio

Atividade	Mês									
	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	
Estágio Curricular	█									
Avaliação Inicial ^a	█									
Intervenção Psicomotora ^b				█						
Atividades Complementares	█									
Avaliação Final										█

^aA extensa duração da avaliação inicial prende-se com o facto de terem sido acolhidas novas crianças na instituição

^bPeríodo no qual decorreu a intervenção psicomotora, ainda que o início tenha sido variável de criança para criança

O horário semanal, definido de acordo com o horário das atividades curriculares, das atividades extracurriculares e de outros acompanhamentos terapêuticos das crianças, bem como, com o horário de outras atividades institucionais, foi o seguinte (Tabela 3):

Tabela 3 – Horário das atividades de estágio

Horas	Dias			
	segunda-feira	terça-feira	quarta-feira	quinta-feira
09h30 – 10h30			Reunião Semanal de Planificação	
10h30 – 11h30			Reunião Mensal de Coordenação ou Reunião Mensal de CAT I + Auxiliares	Observação Terapia da Fala c/ o Dinis
11h30 – 13h00				Reunião Semanal de CAT I
13h00 – 15h00				
15h00 – 16h00		Observação e Auxílio Psicomotricidade em Meio Aquático		Observação e Auxílio Psicomotricidade em Meio Aquático
16h00 – 16h45	“Toca a Crescer”		“Toca a Crescer”	
16h45 – 17h15				
17h15 – 17h30	Receção das crianças após a chegada da escola e diálogo com as mesmas acerca do dia de cada uma			
17h30 – 18h15	Sessão c/ a Sofia	“Bora Aprender”		Sessão c/ o Dinis
18h15 – 19h00	Sessão c/ o André			

Paralelamente às atividades supracitadas, ocorreu a participação em outras atividades institucionais complementares, de carácter esporádico (ver 3.7).

3.3 ETAPAS DA INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

Apesar de o acompanhamento às crianças pretender ser individualizado, as etapas segundo as quais este decorreu foram transversais em todos os casos.

Inicialmente, houve tempo para um primeiro contacto com as crianças, de forma a que se pudesse principiar o **estabelecimento de uma relação terapêutica** fundamental à intervenção (tendo este primeiro contacto chegado a ocorrer com quatro crianças que não usufruíram da terapia psicomotora, por terem cessado o acolhimento institucional). De facto, em Psicomotricidade, tudo é relacional e a relação é algo que é necessário construir (Costa, 2008). Uma vez que crianças institucionalizadas tendem a transferir para o terapeuta as suas vivências passadas (motivo pelo qual, o terapeuta pode sentir-se rejeitado) e, uma vez que existe nelas um sentimento de desconfiança por medo da repetição das relações vivenciadas, numa primeira fase, o trabalho essencial não é mais do que estar disponível para a construção da relação (Strecht, 1998). O psicomotricista deve adotar uma atitude terapêutica heurística, de empatia, simpatia, sintonia afetiva, responsividade e amoralidade, centrada na disponibilidade corporal e na adaptação tónico-emocional, de modo a transmitir segurança e tranquilidade, sem culpabilizar ou ameaçar (Costa, 2008; Mira & Fernandes, 2015), entendendo e devolvendo as mensagens da criança numa grande contenção afetiva (Strecht, 1998). O conhecimento mútuo deve ser realizado sem pressa, de modo a que a relação que se estabelece seja agradável e interessante (Costa, 2008), perdurando para além dos encontros presenciais (Coimbra de Matos, 2016, *cit. in* Fernandes, Filho & Rezende, 2018).

Em seguida, procedeu-se à **avaliação inicial informal**, a qual incluiu a recolha de dados individuais acerca das crianças e a observação psicomotora das mesmas. Ao planear uma intervenção psicomotora, há que considerar todos os contextos onde o indivíduo se insere (Fonseca, 2004; 2010). Assim, torna-se inevitável conhecer a história das crianças (Costa, 2011), até porque estas se desenvolvem, sobretudo, a partir do que lhes é oferecido por quem está mais próximo, sendo impossível descrevê-las isoladamente (Strecht, 2004). Importa, então, construir um processo individual para cada criança (Costa, 2008). Para além disso, durante o período de avaliação informal, o psicomotricista deve observar a criança (Fonseca, 2001), realizando uma leitura corporal da expressividade da mesma a partir das relações não-verbais que ela estabelece consigo própria, com os outros e com os objetos (Mira & Fernandes, 2015, 2016), a fim de entender, por exemplo, os seus interesses, a maneira como interage com o adulto, com os pares e com os materiais, a atitude que adota perante as tarefas, a qualidade do seu gesto, a intenção do seu movimento, a sua linguagem e o conteúdo do seu discurso (Costa, 2008). O psicomotricista deve acautelar que a criança não se sinta observada e avaliada, de modo a que não fique inibida, impedindo a expressão das suas capacidades, pelo que não é suposto que se peça para que a criança realize determinada atividade, mas sim conhecê-la de forma espontânea, criativa e livre (Costa, 2008).

Posteriormente, procedeu-se à **avaliação inicial formal**, onde foram aplicados instrumentos de avaliação específicos (descritos em 3.4.), de acordo com as características de cada uma das crianças.

Depois da análise dos resultados obtidos pelas crianças na avaliação inicial, seguiu-se a **seleção dos casos a acompanhar** individualmente e em grupo.

Posto isto, foram traçados os **projetos terapêuticos** referentes a cada uma das crianças, onde foi delineada a intervenção a realizar.

Em seguida, deu-se início à **intervenção psicomotora**, a qual, por motivos institucionais, não teve a mesma duração em todos os acompanhamentos, tendo sido iniciada mais cedo nos dois estudos de caso, comparativamente às restantes crianças. Privilegiou-se uma intervenção semi-dirigida, havendo uma co-gestão das sessões com as crianças e espaço para que estas tivessem poder de decisão (incluindo na formulação das regras das mesmas), de modo a que fossem tidos em conta os seus interesses, assegurando a sua motivação e promovendo um nível de autoestima suficiente para que acreditassem em si próprias (Costa, 2008) e se sentissem valorizadas e competentes (Fernandes, Filho & Rezende, 2018). Todas as crianças acompanhadas beneficiaram de uma intervenção numa frequência, no mínimo, semanal (Costa, 2011), onde as sessões tinham uma duração de cerca de 45 minutos, existindo alguma flexibilidade (Costa, 2008). O objetivo principal foi sempre o de que as crianças, ao se expressarem num ambiente empático, incorporassem a realidade associada ao prazer de agir, de criar e de serem elas próprias (Mira & Fernandes, 2015), enquanto eram trabalhadas as suas principais fragilidades.

Após a intervenção, foi realizada a **avaliação final** às crianças, utilizando os mesmos instrumentos empregues anteriormente, tendo os resultados obtidos sido comparados aos da avaliação inicial, com vista a aferir o sucesso da terapia. Este período coincidiu com a preparação das crianças para o afastamento da terapeuta, já iniciado no final da intervenção.

Importa, ainda, referir que:

- a) A cada uma das crianças acompanhadas foi atribuído um nome fictício, de modo a garantir o seu anonimato e a confidencialidade da informação partilhada no relatório.
- b) Antes, durante e após a realização da intervenção foi mantida a comunicação com todos os profissionais que contactam com as crianças nos diversos contextos em que estas se inserem, de modo a conferir o real impacto da mesma.
- c) Ao longo de todo o período de estágio, foi constante a existência de uma análise crítica e reflexiva.

3.4 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Foram utilizados diversos instrumentos na avaliação das crianças, sendo todos eles descritos sinteticamente em seguida (Tabela 4):

Tabela 4 – Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados (síntese)

Ficha Individual (Elaborada pela Psicomotricista) ^a	Permite sintetizar informações acerca de crianças, tais como nome, idade, duração da institucionalização, informações familiares, informações clínicas, informações escolares e outras informações relevantes, através da consulta de processos individuais e do diálogo com a equipa técnica e de auxiliares. Elaborada pelo facto de as informações existentes acerca das crianças serem reduzidas, não se justificando a aplicação de uma extensa entrevista anamnésica.
Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008) ^a	Permite registar vários aspetos do desenvolvimento de crianças, nomeadamente no que diz respeito ao contacto, desenvolvimento estado-ponderal, aparência física, interesses, noção do corpo, imagem corporal, gesto espontâneo, interação com os pares, interação com os materiais, linguagem verbal e não-verbal, expressão dos afetos e pensamento simbólico, através da observação das mesmas.
Carolina Curriculum For Infants and Toddlers with Special Needs (CCITSN) (Johnson-Martin, Attermeier & Hacker, 2004) traduzido e validado por Machado & Rocha, 2005	Permite compreender em que fase do desenvolvimento se encontram crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos, nomeadamente no que toca a cognição, comunicação, pessoal e social, motricidade fina e motricidade global. Observa-se a criança, podendo solicitar-se a realização de algumas tarefas, aferindo se cada um dos itens da listagem está ou não adquirido. Os resultados obtidos comparam-se com o expectável para o escalão etário, mencionado na própria listagem.
Draw a Person (DAP) (Naglieri, 1988) ^a	Permite avaliar o desenvolvimento cognitivo de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 17 anos, informando acerca do nível de integração da imagem e do esquema corporal, através do desenho da figura humana. Solicita-se a realização de três desenhos (homem, mulher e o próprio), num tempo máximo de cinco minutos, cada. Os resultados obtêm-se tendo em conta a presença, proporção e detalhe de cada um dos parâmetros do desenho (12 partes do corpo, ligações das diversas partes do corpo e vestuário), obtendo-se um percentil para cada um dos desenhos e um percentil total, através da consulta de tabelas normativas. É possível ainda, fazer corresponder os resultados a uma das várias classificações: “deficiente”, “borderline”, “abaixo da média”, “na média” e “acima da média”.
FROSTIG – Test De Desarrollo De La Percepcion Visual (Frostig, 2003) ^{a, b}	Permite avaliar a perceção visual de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 7 anos, particularmente no que concerne à coordenação visuomotora, discriminação figura-fundo, constância da forma, perceção de posições no espaço e relações espaciais. Solicita-se a realização de diversas tarefas, utilizando as fichas que constam no manual e lápis de cor. Os resultados obtêm-se através da comparação das provas realizadas pela criança relativamente à forma correta de as realizar, descrita no manual, o que permite perceber se a criança está ou não de acordo com o expectável para o seu escalão etário.
Tower of London Test (TOL) (Shallice, 1982) ^a	Permite avaliar as funções executivas de crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 13 anos, destacando-se a capacidade de planeamento, de raciocínio e de controlo inibitório. Solicita-se a resolução de 12 problemas, nos quais são movimentadas, à vez, 3 esferas (vermelha, azul e verde) em três hastes verticais de diferentes comprimentos, de uma posição fixa inicial para posições apresentadas (às quais se deve chegar num determinado número de movimentos). Obtêm-se uma pontuação para cada problema, entre 3 e 0 (3 - sucesso à 1ª tentativa, 2 - sucesso à 2ª tentativa, 1 - sucesso à 3ª tentativa e 0 - sem sucesso), a qual gera uma pontuação total, variável entre 0 e 36. Obtêm-se, ainda, os tempos de planeamento e execução da prova.

Movement Assessment Battery for Children – Second Edition (MABC-2) (Henderson, Sugden & Barnett, 2007) versão portuguesa de Matias, Martins & Vasconcelos, 2011	Permite avaliar as competências motoras de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 16 anos, nomeadamente ao nível da destreza manual, atirar e agarrar, e equilíbrio. Solicita-se a realização de diversas tarefas motoras, ajustadas consoante cada uma das três bandas existentes (banda I dos 3:0 aos 6:11 anos, banda II dos 7:0 aos 10:11 anos e banda III dos 11:00 aos 16:11 anos). Obtêm-se os resultados através da conversão do resultado total num valor padronizado e deste num percentil, através da consulta de tabelas normativas. Os resultados são interpretados de acordo com um “sistema semáforo”, o qual indica a presença ou ausência de dificuldades no desempenho motor (zona verde – sem dificuldade na execução de movimentos, zona amarela – alguma dificuldade na execução de movimentos e zona vermelha – dificuldade significativa na execução dos movimentos).
Provas de Ritmo de Mira Stambak (Stambak, 1968)	Permite avaliar a estruturação rítmica de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos, acedendo à sua capacidade de organização temporal, ao seu ritmo próprio, à sua perceção auditiva, motora e simbólica de estruturas rítmicas e à sua capacidade de reprodução no imediato. Solicita-se a realização de quatro provas: tempo espontâneo I (reprodução de 21 batimentos espontâneos com um lápis na mesa regulados pela criança, sempre iguais, iniciando a contagem do tempo após o 5º batimento), reprodução das estruturas rítmicas (reprodução de estruturas rítmicas através do batimento do lápis na mesa, após audição das mesmas reproduzidas pela terapeuta, sem que a criança observe), compreensão do simbolismo de estruturas rítmicas (reprodução de estruturas rítmicas apresentadas numa folha através do batimento com o lápis na mesa) e tempo espontâneo II (igual à primeira prova). A pontuação advém do tempo de execução nas provas de tempo espontâneo e do número de respostas certas nas restantes provas.
Rey–Osterrieth Complex Figure Test (ROCF) (Rey & Osterrieth, 1944) traduzido e validado para a população portuguesa por Rocha & Coelho, 2002 ^b	Permite avaliar a perceção e a memória visual de indivíduos com idades superiores a 4 anos. Solicita-se a cópia e a reprodução de memória de uma figura complexa e sem significado aparente, constituída por elementos geométricos, a qual varia consoante a idade do indivíduo (figura A utilizada a partir dos 7 anos e figura B utilizada entre os 4 e os 7 anos). Obtêm-se os resultados através da consulta de tabelas normativas, atribuindo-se uma pontuação a cada uma das provas com base na presença, posicionamento e semelhança de cada um dos 18 elementos da figura, com uma pontuação máxima de 36.
Behavior Assessment System for Children (BASC) (Reynolds & Kamphaus, 1992) ^a	Permite avaliar o comportamento e a autoperceção de crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos, nomeadamente no que diz respeito a: problemas exteriorizados (hiperatividade, agressividade e problemas de comportamento), problemas internalizados (ansiedade, depressão e somatização), problemas escolares (problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem), competências adaptativas (adaptabilidade, competências sociais e liderança) e ainda, outros problemas (atipicidade e tendência para o isolamento social). Solicita-se a resposta a diversas questões existentes em três escalas (uma dirigida aos pais, uma dirigida aos professores e uma dirigida às crianças), as quais diferem entre si consoante a faixa etária do indivíduo, existindo três níveis para a escala dos pais e dos professores (4-5 anos, 6-11 anos e 12-18 anos) e dois níveis para a escala das crianças (8-11 anos e 12-18 anos). Podem ainda ser aplicados um sistema de observação e uma história de desenvolvimento estruturada. Obtêm-se os resultados de acordo com as respostas possíveis às questões, as quais variam, no caso das escalas para pais e professores, entre 0 e 3 (0 – nunca, 1 – ocasionalmente, 2 – frequentemente e 3 – sempre) e, na escala para crianças entre verdadeiro e falso.

^aInstrumento não validado para a população portuguesa, cuja utilização se mostra pertinente, uma vez que apenas se pretende comparar os resultados obtidos antes e após a intervenção, não sendo necessária a comparação dos mesmos com os resultados médios da população portuguesa. Ou seja, utilizou-se uma avaliação com referência a critérios ao invés de uma avaliação com referência a normas, motivo pelo qual a interpretação dos resultados exige especial atenção.

^bAinda que ambos os instrumentos permitissem a avaliação da perceção visual de crianças a partir dos 4 anos de idade, optou-se pela utilização do FROSTIG para crianças em idade pré-escolar e do ROCF para crianças em idade escolar, devido ao grau de exigência das provas a aplicar.

3.5 METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO

A intervenção psicomotora perspetivou tanto a aquisição de habilidades motoras em fundo relacional, como o desenvolvimento de capacidades relacionais, simbólicas e emocionais em fundo de vivências motoras (Fernandes, 2012, 2015 *cit. in* Fernandes, Filho & Rezende, 2018). Para tal, foram selecionadas algumas das diversas ferramentas de mediação corporal utilizadas em Psicomotricidade (Mira & Fernandes, 2015), nomeadamente:

- a) O jogo: que é a forma preferida da criança para explorar, imaginar e comunicar, solicitando a sensoriomotricidade, a cognição e o prazer associado ao corpo em relação, potenciando o desenvolvimento das suas capacidades funcionais, tónico-emocionais e psicoafectivas e proporcionando a construção do sentimento de si, do sentimento de segurança e da própria individualidade (Fernandes, Filho & Rezende, 2018). Já Vygotsky (1998 *cit. in* Oliveira, 2008) considerava o brincar como uma atividade indispensável, uma vez que através dele se dá a criação do imaginário infantil e, dessa forma, se disponibiliza o percurso do imaginar ao pensar (Costa, 2008) e Piaget, segundo Fernandes, Filho & Rezende (2018), enumerava os vários tipos de jogo, uns mais espontâneos e outros mais dirigidos, úteis em diferentes fases do desenvolvimento.
- b) A expressão plástica: que tem um inigualável potencial de expressão do mundo interior (consciente e inconscientemente), possibilitando a manifestação de sentimentos, por vezes, incomunicáveis de outra maneira (Strecht, 2004). Há muito que se fala do carácter terapêutico da intervenção pela arte em crianças com dificuldades emocionais (Strecht, 2004; Costa, 2008), destacando-a como uma forma simples de avaliar o funcionamento psíquico infantil e de ajudar ao crescimento mental equilibrado (Strecht, 2004).
- c) A expressão musical: que é mencionada em estudos que declaram a existência de uma forte ligação entre as habilidades temporais e rítmicas e as habilidades fonológicas e de leitura (Flaunacco, *et al.*, 2014). A utilização da música, desde simples ruídos e ritmos, realizados a partir de diversos materiais ou até de diversas partes do corpo (Costa, 2008), pode melhorar a consciência fonológica, a segmentação de palavras, a memória e, conseqüentemente, as habilidades de leitura de crianças, mesmo quando estas habilidades estão gravemente afetadas (Flaunacco, *et. al*, 2015).
- d) A expressão dramática: que, através da utilização de personagens (Tezani, 2006), permite a estimulação do imaginário, da fantasia e da criatividade, disponibilizando o percurso do imaginar para o pensar de forma prazerosa (Costa, 2008), facilita a comunicação e permite a manifestação de emoções (Aguilar, 2001; Costa, 2008). Através dela, é possibilitado à criança, recriar, simbolizar e representar situações reais ou imaginárias e assim, exercitar o olhar à sua volta, reformular as suas vivências, modificar as suas percepções e generalizar as experiências ao seu quotidiano (Aguilar, 2001).

3.6 INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

3.6.1 EM CONTEXTO INDIVIDUAL

Além dos dois estudos de caso apresentados nos capítulos 4 e 5, foi acompanhada individualmente outra criança, cuja intervenção se descreve abaixo (Tabela 5) sinteticamente.

O André tem 7 anos e encontra-se institucionalizado há mais de 2 anos (mas apenas desde janeiro nesta instituição). Foi retirado à família, assim como os 4 irmãos, por negligência parental, e após ter estado (com a irmã mais nova) numa instituição geograficamente mais distante, foi transferido a fim de reiniciar o contacto com os pais (que se mostram inábeis para o papel parental) e com os três irmãos mais velhos (a habitar outras instituições). Frequenta o 2º ano de escolaridade, mas tem currículo adaptado, uma vez que apresenta dificuldades na leitura e na escrita, motivo pelo qual dispõe de acompanhamento pedagógico. Como atividade extracurricular, integra um clube de futebol. É acompanhado em Psicologia e em Terapia da Fala.

O acompanhamento em Psicomotricidade, numa frequência semanal, visou atenuar as suas dificuldades de aprendizagem, pela consolidação dos pré-requisitos da leitura e da escrita, através, essencialmente, do recurso ao jogo e à expressão musical.

Tabela 5 – Descrição da intervenção psicomotora com o André (síntese)

Criança	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
André, 7anos	DAP: - Homem: percentil 2 - Mulher: percentil 4 - Próprio: percentil 1 - Total: percentil 1 (deficiente)	DAP: - Homem: percentil 68 - Mulher: percentil 58 - Próprio: percentil 37 - Total: percentil 55 (na média)	↑ ↑ ↑ ↑
	TOL: - 16/36 problemas c/ sucesso	TOL: - 23/36 problemas c/ sucesso	↑
	MABC-2: - Destreza manual: percentil 16 - Atirar e agarrar: percentil 91 - Equilíbrio: percentil: 50 - Total: percentil 50 (zona verde)	MABC-2: - Destreza manual: percentil 91 - Atirar e agarrar: percentil 95 - Equilíbrio: percentil: 63 - Total: percentil 98 (zona verde)	↑ ↑ ↑ ↑
	Provas de Ritmo de Mira Stambak: - Tempo espontâneo I: cadência acelerada - Reprodução de estruturas rítmicas: na média - Compreensão do simbolismo: adquirida - Tempo espontâneo II: cadência acelerada	Provas de Ritmo de Mira Stambak: - Tempo espontâneo I: cadência acelerada - Reprodução de estruturas rítmicas: na média - Compreensão do simbolismo: adquirida - Tempo espontâneo II: cadência acelerada	= = = =
	ROCF: - Cópia: abaixo da média - Memória: abaixo da média	ROCF: - Cópia: abaixo da média - Memória: abaixo da média	= =

Legenda: ↑ - Evolução dos resultados; = - Manutenção dos resultados

Ao saber que iria ser acompanhado em Psicomotricidade, o André demonstrou-se entusiasmado, até porque tinha conhecimento de que outras crianças frequentavam as sessões e também desejava fazê-lo. Durante a avaliação inicial informal, foi possível perceber que o André é uma criança meiga, que estabelece um contacto adequado com os pares e as figuras hierárquicas e, cuja participação é ativa, demonstrando os seus interesses e sendo solidário, ainda que um pouco competitivo. Durante a avaliação inicial formal, apresentou-se empenhado na realização das tarefas que lhe eram propostas, tentando sempre dar o seu melhor. Na primeira sessão, demonstrou-se interessado e cooperante, mas no final da mesma, ao perceber que, contrariamente ao que desejava, não poderia levar os brinquedos da sala terapêutica consigo, fez uma birra. Strecht (1998, p. 208), referiu uma criança que lhe dizia:

“Vês como não gostas de mim? Podias dar-me essa tua caixa aqui, estou mesmo a precisar de uma caixinha linda como esta para mim, que eu não tenho nada e tu tens...”.

Também o André, inicialmente, tentava realizar este jogo de sedução, não lhe sendo reforçado esse comportamento. Aos poucos, tal foi sendo interiorizado por ele, fazendo com que as sessões decorressem de forma tranquila. Estas foram semi-dirigidas, sendo propostas atividades, de entre as quais o André escolhia as que queria executar, definindo a ordem das mesmas, bem como alguns pormenores. Foi interessante perceber que, a certo momento, ele começou a tomar consciência de que eu também tinha as minhas preferências, dizendo-me coisas como “podes escolher uma” ou “se quiseres muito outra, eu não me importo”. Por vezes, no horário em que seria suposto realizar a sessão com o André, a sala terapêutica estava ocupada, o que impossibilitava que tal acontecesse. Contudo, após não se terem efetivado algumas sessões por este motivo, o André sugeriu que realizássemos a sessão no quarto dele, pois não queria ficar impedido de a concretizar. De facto, várias foram as vezes em que se teve de optar por espaços distintos (quarto, espaço exterior...) para realizar as sessões, de forma a conseguir levar a cabo a intervenção.

No que toca à sua progressão, é possível visualizar que, na avaliação final, os resultados mantiveram-se em 2 dos 5 instrumentos aplicados e melhoraram nos restantes 3 instrumentos, comparativamente aos resultados da avaliação inicial (Tabela 5), tendo as melhorias mais acentuadas sido visíveis ao nível do DAP. A isto, acrescem as aquisições mencionadas pelos professores, nomeadamente evoluções ao nível da leitura, não obstante as ainda notórias dificuldades na aplicação de conteúdos gramaticais e na produção de textos escritos longos. De um modo geral, constata-se que a generalidade dos objetivos propostos foi atingida, mas aconselha-se a continuação do acompanhamento em Psicomotricidade, bem como, em Psicologia e em Terapia da Fala, a fim de potenciar os resultados obtidos.

Importa referir que se pretendia, ainda, a sua inserção numa intervenção grupal, cujo objetivo era consciencializar e motivar para a importância da aprendizagem, mas o seu horário era incompatível com o horário das sessões, motivo pelo qual tal não se sucedeu.

3.6.2 EM CONTEXTO GRUPAL

Foram levadas a cabo duas intervenções grupais distintas, apelidadas “Toca a Crescer” e “Bora Aprender”. Ambas foram realizadas em coterapia com a psicomotricista a realizar estágio profissional na instituição, de modo a possibilitar às duas terapeutas o exercício das suas funções em simultâneo, o que se demonstrou enriquecedor ao proporcionar a partilha de experiências. Os resultados das intervenções realizadas são apresentados em seguida (Tabelas 6 e 7, respetivamente), de forma sintética.

3.6.2.1 “TOCA A CRESCER”

A intervenção “Toca a Crescer” teve uma frequência bissemanal e visou atenuar as fragilidades no desenvolvimento das três crianças a quem se dirigiu, através, essencialmente, do recurso ao jogo. Esta foi desenvolvida tendo por base as premissas de que um bom suporte nos primeiros anos de vida favorece o desenvolvimento de competências essenciais para as crianças (Strecht, 2006) e de que há uma correspondência positiva entre crianças que começam a receber apoio precocemente e uma melhor evolução (Katz, 2006; Strecht, 2001; 2004).

O grupo detinha algumas particularidades que o tornavam desafiante, como o facto de a Mariana ter dificuldade no controlo dos esfíncteres, de a Eva ser muito retraída e recear qualquer atividade diferente daquelas a que estava habituada, de o Filipe ter dificuldade no respeito por regras, e de estes dois últimos terem sido transferidos recentemente para a instituição.

Tabela 6 – Descrição da intervenção psicomotora “Toca a Crescer” (síntese)

Criança	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
Mariana, 3 anos	CCITSN: - Cognição: abaixo da idade - Comunicação: de acordo c/ a idade - Adaptação Social: abaixo da idade - Motricidade Fina: abaixo da idade - Motricidade Global: abaixo da idade	CCITSN: - Cognição: abaixo da idade - Comunicação: abaixo da idade - Adaptação Social: abaixo da idade - Motricidade Fina: abaixo da idade - Motricidade Global: abaixo da idade	= ↓ = = =
	MABC-2: - Destreza manual: percentil 1 - Atirar e agarrar: percentil 5 - Equilíbrio: percentil 2 - Total: percentil 0,5 (zona vermelha)	MABC-2: - Destreza manual: percentil 5 - Atirar e agarrar: percentil 0,5 - Equilíbrio: percentil 5 - Total: percentil 2 (zona vermelha)	↑ ↓ ↑ ↑
Eva, 4 anos	CCITSN: - Cognição: abaixo da idade - Comunicação: abaixo da idade - Adaptação Social: abaixo da idade - Motricidade Fina: abaixo da idade - Motricidade Global: abaixo da idade	CCITSN: - Cognição: abaixo da idade - Comunicação: abaixo da idade - Adaptação Social: abaixo da idade - Motricidade Fina: abaixo da idade - Motricidade Global: abaixo da idade	= = = = =
	MABC-2: - Destreza manual: percentil 9 - Atirar e agarrar: percentil 2 - Equilíbrio: percentil 6 - Total: percentil 5 (zona vermelha)	MABC-2: - Destreza manual: percentil 9 - Atirar e agarrar: percentil 37 - Equilíbrio: percentil 63 - Total: percentil 25 (zona verde)	= ↑ ↑ ↑

Intervenção Psicomotora com Crianças Institucionalizadas no Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”

Filipe, 5 anos	CCITSN:	CCITSN:	
	- Cognição: abaixo da idade	- Cognição: abaixo da idade	=
	- Comunicação: abaixo da idade	- Comunicação: abaixo da idade	=
	- Adaptação Social: abaixo da idade	- Adaptação Social: abaixo da idade	=
	- Motricidade Fina: abaixo da idade	- Motricidade Fina: abaixo da idade	=
	- Motricidade Global: abaixo da idade	- Motricidade Global: abaixo da idade	=
	MABC-2:	MABC-2:	
	- Destreza manual: percentil 0,5	- Destreza manual: percentil 0,5	=
	- Atirar e agarrar: percentil 9	- Atirar e agarrar: percentil 16	↑
	- Equilíbrio: percentil 37	- Equilíbrio: percentil 50	↑
	- Total: percentil 2 (zona vermelha)	- Total: percentil 5 (zona vermelha)	↑
	DAP ^a :	DAP ^a :	
	- Homem: percentil 32	- Homem: percentil 61	↑
	- Mulher: percentil 21	- Mulher: percentil 61	↑
	- O Próprio: percentil 25	- O Próprio: percentil 61	↑
- Total: percentil 21 (abaixo da média)	- Total: percentil 63 (na média)	↑	
FROSTIG ^b :	FROSTIG ^b :		
Coordenação visuomotora: 3A9M (abaixo da idade)	Coordenação visuomotora: 4A0M (abaixo da idade)	↑	
Discriminação figura-fundo: 3A9M (abaixo da idade)	Discriminação figura-fundo: 3A9M (abaixo da idade)	=	
Constância da forma: 3A6M (abaixo da idade)	Constância da forma: 4A (abaixo da idade)	↑	
Posições no espaço: 5A (abaixo da idade)	Posições no espaço: 5A6M (de acordo c/a idade)	↑	
Relações espaciais: 4A9M (abaixo da idade)	Relações espaciais: 5A (abaixo da idade)	↑	

^aInstrumento de avaliação aplicado unicamente ao Filipe devido à idade mínima de aplicação do mesmo

^bInstrumento de avaliação aplicado unicamente ao Filipe pelo facto de a criança estar prestes a entrar em idade escolar e, desse modo, se demonstrar pertinente a avaliação dessas competências

Legenda: ↑ - Evolução dos resultados; ↓ - Retrocesso dos resultados; = - Manutenção dos resultados

Durante a avaliação inicial foram notórias as fragilidades no desenvolvimento das três crianças. Durante esta fase, todas se demonstraram entusiasmadas e cooperantes na realização das tarefas que lhe foram propostas, ainda que a Eva (tal como no seu dia a dia) se demonstrasse tímida. À semelhança, ao longo das sessões, as crianças revelaram gosto em realizar as atividades.

No que toca à progressão do grupo, é possível perceber que, a maioria dos resultados da avaliação final, comparativamente aos resultados da avaliação inicial, se mantiveram inalterados ou melhoraram, ainda que em alguns casos as melhorias tenham sido reduzidas (Tabela 6). Há que destacar o facto de no CCITSN, os resultados parecerem inalterados. Contudo, tal deve-se ao facto de existirem 25 sub-parâmetros nos 5 parâmetros avaliados por este instrumento. As crianças adquiriram quase todos os sub-parâmetros em atraso, mas, tendo a sua idade aumentado, continuaram a apresentar resultados abaixo do esperado. Tanto dentro das sessões como no dia a dia, foram notórias as suas aquisições. Aconselha-se a continuação do acompanhamento das três crianças em Psicomotricidade, a fim de potenciar os resultados obtidos pelas mesmas.

3.6.1.2 “BORA APRENDER”

A intervenção “Bora Aprender” teve uma frequência semanal e visou, essencialmente, consciencializar e motivar as cinco crianças a quem se dirigiu (incluindo o Dinis, cujos resultados se apresentam no capítulo 4) para a importância da aprendizagem. Esta foi desenvolvida tendo por base as premissas de que para aprender as crianças necessitam de capacidades cognitivas, motoras e metacognitivas (Fonseca, 2009) e interesse em aprender (Santos, 2007), e de que a intervenção deve ser realizada em grupo porque as dificuldades em gerir as relações e os conflitos manifestam-se justamente quando estas crianças estão juntas, sendo, assim, possível ajudar à estruturação grupal (Costa, 2011).

Destacam-se algumas características individuais nestas crianças: a Isa encontrava-se numa fase de exteriorização de comportamentos, fruto da intervenção psicológica de que era alvo; o Rafael tinha sido transferido há pouco tempo para a instituição e era a criança mais agitada e com maiores dificuldades de comportamento (levando o Simão a ter comportamentos semelhantes, incomuns até então); a Sofia estava a ser acompanhada individualmente em Psicomotricidade devido a problemas de comportamento (ver capítulo 5); e, o Dinis estava a ser acompanhado individualmente em Psicomotricidade devido às suas dificuldades de aprendizagem (ver capítulo 4). A Isa e o Simão, gémeos, foram inseridos no grupo por serem alunos de mérito, tendo-se considerado a possibilidade de conseguirem despertar o gosto de aprender nos restantes. Contudo, tendo em conta a fase em que se encontravam, tal não se verificou.

Tabela 7 – Descrição da intervenção psicomotora “Bora Aprender” (síntese)

Criança	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Progressão Terapêutica
Simão, 8 anos	DAP: - Homem: percentil 70 - Mulher: percentil 58 - O Próprio: percentil 70 - Total: percentil 70 (na média)	DAP: - Homem: percentil 58 - Mulher: percentil 27 - O Próprio: percentil 68 - Total: percentil 53 (na média)	↓ ↓ ↓ ↓
	TOL: - 23/36 problemas c/ sucesso	TOL: - 26/36 problemas c/ sucesso	↑
	Provas de Ritmo de Mira Stambak: - Tempo espontâneo I: cadência acelerada - Reprodução de estruturas rítmicas: na média - Compreensão do simbolismo: adquirida	Provas de Ritmo de Mira Stambak: - Tempo espontâneo I: cadência acelerada - Reprodução de estruturas rítmicas: na média - Compreensão do simbolismo: adquirida	= = =
	- Tempo espontâneo II: cadência acelerada	- Tempo espontâneo II: cadência acelerada	=
	ROCF: - Cópia: na média - Memória: abaixo da média	ROCF: - Cópia: na média - Memória: na média	= =
			↑

Intervenção Psicomotora com Crianças Institucionalizadas no Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”

Isa, 8 anos	DAP:	DAP:	
	- Homem: percentil 75	- Homem: percentil 37	↓
	- Mulher: percentil 61	- Mulher: percentil 55	↓
	- O Próprio: percentil 77	- O Próprio: percentil 63	↓
	- Total: percentil 75 (acima da média)	- Total: percentil 53 (na média)	↓
TOL:	TOL:		
- 26/36 problemas c/ sucesso	- 21/36 problemas c/ sucesso	↓	
Provas de Ritmo de Mira Stambak:	Provas de Ritmo de Mira Stambak:		
- Tempo espontâneo I: cadência acelerada	- Tempo espontâneo I: cadência acelerada	=	
- Reprodução de estruturas rítmicas: abaixo da média	- Reprodução de estruturas rítmicas: abaixo da média	=	
- Compreensão do simbolismo: adquirida	- Compreensão do simbolismo: adquirida	=	
- Tempo espontâneo II: cadência acelerada	- Tempo espontâneo II: cadência acelerada	=	
ROCF:	ROCF:		
- Cópia: abaixo da média	- Cópia: na média	↑	
- Memória: abaixo da média	- Memória: abaixo da média	=	
Rafael, 10 anos	DAP:	DAP:	
- Homem: percentil 25	- Homem: percentil 75	↑	
- Mulher: percentil 37	- Mulher: percentil 63	↑	
- O Próprio: percentil 63	- O Próprio: percentil 86	↑	
- Total: percentil 39 (na média)	- Total: percentil 79 (acima da média)	↑	
TOL:	TOL:		
- 25/36 problemas c/ sucesso	- 32/36 problemas c/ sucesso	↑	
MABC-2 ^a :	MABC-2*:		
- Destreza manual: percentil 9	- Destreza manual: percentil 25	↑	
- Atirar e agarrar: percentil 63	- Atirar e agarrar: percentil 84	↑	
- Equilíbrio: percentil: 75	- Equilíbrio: percentil: 91	↑	
- Total: percentil 37 (zona verde)	- Total: percentil 63 (zona verde)	↑	
Provas de Ritmo de Mira Stambak:	Provas de Ritmo de Mira Stambak:		
- Tempo espontâneo I: na média	- Tempo espontâneo I: na média	=	
- Reprodução de estruturas rítmicas: abaixo da média	- Reprodução de estruturas rítmicas: abaixo da média	=	
- Compreensão do simbolismo: adquirida	- Compreensão do simbolismo: adquirida	=	
- Tempo espontâneo II: na média	- Tempo espontâneo II: na média	=	
ROCF:	ROCF:		
- Cópia: abaixo da média	- Cópia: acima da média	↑	
- Memória: abaixo da média	- Memória: abaixo da média	=	
Sofia, 11 anos	DAP:	DAP:	
- Homem: percentil 10	- Homem: percentil 37	↑	
- Mulher: percentil 12	- Mulher: percentil 37	↑	
- O Próprio: percentil 27	- O Próprio: percentil 45	↑	
- Total: percentil 18 (abaixo da média)	- Total: percentil 37 (na média)	↑	
TOL:	TOL:		
- 14/36 problemas c/ sucesso	- 24/36 problemas c/ sucesso	↑	
Provas de Ritmo de Mira Stambak:	Provas de Ritmo de Mira Stambak:		
- Tempo espontâneo I: cadência acelerada	- Tempo espontâneo I: cadência acelerada	=	
- Reprodução de estruturas rítmicas: abaixo da média	- Reprodução de estruturas rítmicas: abaixo da média	=	
- Compreensão do simbolismo: adquirida	- Compreensão do simbolismo: adquirida	=	
- Tempo espontâneo II: cadência acelerada	- Tempo espontâneo II: cadência acelerada	=	
ROCF:	ROCF:		
- Cópia: abaixo da média	- Cópia: na média	↑	
- Memória: abaixo da média	- Memória: abaixo da média	=	

^aInstrumento de avaliação aplicado unicamente ao Rafael por ter sido transferido recentemente para a instituição, motivo pelo qual não havia informação acerca do seu desenvolvimento. Não aplicado às restantes crianças pelo facto de estas não demonstrarem dificuldades no movimento, estando no ano transato na zona verde do mesmo.

Legenda: ↑ - Evolução dos resultados; ↓ - Retrocesso dos resultados; = - Manutenção dos resultados

Durante a avaliação inicial, todas as crianças mostraram interesse em participar nas sessões. Todavia, estas crianças têm dificuldades na relação social (Costa, 2011) e tendem a colocar os adultos à prova, esperando sentirem-se aceites (Costa, 2008). Tal fez com que a equipa técnica considerasse que o comportamento das crianças não permitia o bom funcionamento das sessões, sugerindo a introdução de consequências fora das mesmas (inexistência de recompensas, contrariamente ao que acontecia quando as crianças tinham um correto comportamento na totalidade dos seus contextos), com o objetivo de promover a reflexão relativamente aos comportamentos adotados. No entanto, isso fez diminuir a motivação das crianças em frequentar as sessões. Além disto, muitas vezes foi difícil a realização das próprias sessões devido, essencialmente, à incompatibilidade de horário das mesmas com outras atividades institucionais. Tudo isto fez com que, além dos objetivos previamente estabelecidos para a intervenção, se tivesse passado a privilegiar a gestão grupal e a sensibilização pelo respeito por regras.

No que toca à progressão do grupo, é possível constatar que, independentemente dos constrangimentos, foram visíveis algumas melhorias na avaliação final. Considera-se que as crianças poderão beneficiar da continuação do acompanhamento em Psicomotricidade, mas aconselha-se que, primeiramente, possam usufruir de sessões individuais, até se conseguir voltar a juntar o grupo (o que não foi possível implementar ao longo da intervenção).

3.7 ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Paralelamente à intervenção psicomotora realizada, foi ainda possível a participação noutras atividades institucionais (descritas resumidamente na Tabela 8), que permitiram a partilha de conhecimentos e de experiências com outros técnicos.

Tabela 8 – Descrição das atividades complementares (síntese)

Participação nas rotinas das crianças	- Receção e diálogo com as crianças após a chegada da escola - Auxílio na resolução dos trabalhos de casa
Reuniões semanais	Discussão de qualquer situação inerente ao CAT I, com a equipa técnica do mesmo
Reuniões semanais de planificação	Planificação das atividades a desenvolver nas diversas valências da instituição, com toda a equipa da mesma
Reuniões mensais de coordenação	Discussão de qualquer situação inerente à instituição, com toda a equipa da mesma
Reuniões mensais com auxiliares	Discussão de qualquer situação inerente ao CAT I, com as equipas técnica e de auxiliares do mesmo
Sessões de Terapia da Fala	Acompanhamento semanal do Dinis a sessões de Terapia da Fala
Supervisões de visita	Supervisões das visitas realizadas às crianças acolhidas
Reuniões escolares	Partilha de informações com os professores das crianças
Reuniões interserviços	- Com o Dr. Alberto Magalhães (um dos fundadores da instituição, psicólogo no Hospital do Espírito Santo de Évora) - Com a equipa técnica de outras instituições - Com outros profissionais que contactam com as crianças
Acolhimento de crianças	Acolhimento de crianças transferidas de outras instituições
Atividades lúdicas em épocas festivas	Atividades no âmbito das férias de Natal e da Páscoa
Psicomotricidade em meio aquático	Observação e auxílio em sessões de Psicomotricidade em meio aquático, dirigidas pela psicomotricista em estágio profissional
Formação “Eu e os outros”	Participação na formação
Formação “IguAlATI”	Participação na formação
Seminário “+ Igualdade de Género, - Violência nas Famílias”	Colaboração na organização e participação no seminário

CAPÍTULO 4 – ESTUDO DE CASO I

4.1 REVISÃO TEÓRICA DE SUPORTE AO ESTUDO DE CASO I

Para crescer adequadamente, as crianças têm de ver satisfeitas inúmeras necessidades, de entre as quais se destaca a necessidade de estabelecer relações afetivas contínuas com figuras de referência (Brazelton & Greenspan, 2003). Segundo Golse (2006), foi Bowlby quem destacou a importância da vinculação como necessidade primária para o correto desenvolvimento das crianças, particularmente para a formação da sua personalidade, referindo-se a esta como a capacidade inata que os recém-nascidos têm de se ligar afetivamente a quem lhes presta os cuidados básicos e assegura a sua sobrevivência (Strecht, 2004). Também segundo Golse (2006), Winnicott mencionou que os cuidados maternos, especificamente a capacidade de compreensão das necessidades das crianças e o *holding*, condicionam a estruturação do Ego, algo que já Freud tinha indicado.

Posto isto, depreende-se que crescer na ausência de bons modelos de referência ou na presença de modelos de referência negativos, pode ter diversas repercussões no desenvolvimento das crianças (Brazelton & Greenspan, 2003; Strecht, 2001), pela carência de supressão de uma série de necessidades.

Por exemplo, os sentimentos de competência e de autoconfiança (Katz, 2006) e a valorização positiva de si mesmo consolidam-se desde tenra idade, mediante aquilo que as crianças recebem ou não por parte de quem as rodeia (Barreto, 2013). Assim, para o desenvolvimento de uma autoestima positiva nas crianças é importante a existência de cuidados adequados e a transmissão de bons modelos e valores (Barreto, 2013). Contrariamente, más experiências precoces, particularmente episódios de violência, destroem o sentimento de autoestima das crianças (Costa, 2011; UNICEF, 2017). Crianças com **baixa autoestima** apresentam, comumente, características tais como desenhos pobres, motricidade desinvestida e utilização de expressões destrutivas do género “não sou bom”, “não consigo fazer nada bem” ou “ninguém gosta de mim” (Costa, 2008; Strecht, 1998, 2004).

Associadas à existência de uma baixa autoestima, um grande número de crianças apresenta **dificuldades de aprendizagem** (Bombèr, 2007; Strecht, 2004). De facto, afetos e cognição são inseparáveis (Bartholomeu, Sisto & Rueda, 2006; Santos 2007). Assim, em idade escolar, a capacidade de aprendizagem é das primeiras a ficar afetada perante a presença de uma perturbação do foro emocional (Strecht, 2004, 2006), devido à ausência de bem-estar capaz de criar disponibilidade para aprender (Costa, 2011; Strecht, 2004, 2006) e de um contexto apropriado (Fonseca, 2009), onde se sintam bem (Aguilar, 2001) e que lhes confira a segurança afetiva necessária para essa nova fase da sua vida (Santos, 2007).

Fonseca (2008) refere que as fragilidades nas competências académicas surgem quando os pré-requisitos para o desenvolvimento das mesmas não se encontram consolidados.

Tais fragilidades podem originar uma Perturbação da Aprendizagem Específica, a qual surge durante os anos escolares e se caracteriza por dificuldades na aprendizagem e no uso das capacidades académicas, apesar da inexistência de níveis de inteligência abaixo dos padrões normativos ou de outras perturbações (American Psychiatric Association [APA], 2013). Nesta perturbação, o diagnóstico prende-se com a presença de, pelo menos, um dos seguintes sintomas (por um período superior a seis meses, ainda que a criança beneficie de intervenção): leitura imprecisa ou lenta e esforçada, dificuldade em compreender o significado do que lê, dificuldade em soletrar, dificuldade na expressão escrita, dificuldade em dominar o sentido dos números, factos numéricos ou o cálculo, e/ou dificuldade no raciocínio matemático (APA, 2014).

Destacar-se-ão, em seguida, as dificuldades que afetam as capacidades de leitura e escrita, por serem estas as dificuldades apresentadas pelo estudo de caso I.

Ler e escrever são atividades de grande importância, na medida em que estão na base de outras aprendizagens escolares (Cruz, 2007; Santos, 2009). São atividades complexas que, para serem aprendidas, implicam a cooperação de várias zonas cerebrais, ao ser necessário recorrer a um vasto conjunto de competências, tais como atenção, perceção, processamento simultâneo e sequencial, concetualização, simbolização, inferência, compreensão, planificação de estratégias de resolução de problemas, memória, expressão da informação e capacidades visuais, auditivas, tátil-cinestésicas, metacognitivas e motoras (Fonseca, 2009). Além disso, requerem um imprescindível interesse em aprender (Santos, 2007) e um grande investimento emocional por parte das crianças (Fonseca, 2009).

Crianças com dificuldades de aprendizagem ao nível da leitura e da escrita apresentam, geralmente, dificuldades no reconhecimento e representação dos grafemas (Fonseca, 2009), da identificação, manipulação (APA, 2014), segmentação e ordenação de fonemas (Fonseca, 2009), do reconhecimento de palavras simples soletradas (APA, 2014) e da própria soletração, da capacidade de cópia (Fonseca, 2009), e/ou da precisão, fluência e compreensão da leitura (APA, 2014). Tudo isto coloca em causa o surgimento de automatismos, tornando a aprendizagem pouco fluente e, conseqüentemente, pouco gratificante (Fonseca, 2009). Concomitantemente, estas crianças mostram, com frequência, imaturidade (Strecht, 2006), baixa autoestima (Costa, 2008; Strecht, 2006), impulsividade (APA, 2014), falta de coordenação (APA, 2014; Boimare, 2001; Costa, 2008), dificuldades de atenção (APA, 2014; Boimare, 2001), de perceção (APA, 2014), de memória, de estruturação espaciotemporal, (nomeadamente ao nível da estruturação rítmica) (Boimare, 2001) e de equilíbrio, e/ou esquema corporal frustre (Costa, 2008), entre outras fragilidades. Como defesa, estas crianças tendem a recusar as atividades académicas, sentindo-se amedrontadas frente a situações de aprendizagem (Boimare, 2001).

4.2 INTERVENÇÃO PSICOMOTORA

4.2.1 IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dinis

Idade: 10 anos

Motivo do Acompanhamento: Dificuldades de Aprendizagem

4.2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Dinis encontra-se acolhido na Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos” há mais de três anos. A sua retirada à família adveio de situações de negligência. Além de carências económicas e de um ambiente familiar pouco estimulante, os pais apresentavam dificuldades a nível da pertinência de papéis, sendo frequente a existência de conversas desadequadas à sua idade. Os pais do Dinis conheceram-se no Departamento de Psiquiatria onde eram acompanhados devido ao seu historial clínico de Perturbação Depressiva. A mãe foi vítima de violência doméstica no seu anterior casamento e perdeu o contacto com os filhos fruto dessa relação, automutila-se e toma medicação de forma irregular por limitações em adquiri-la. O pai cresceu num ambiente familiar de violência e condições desfavoráveis, apresenta consumos excessivos de álcool e recusa ajuda médica, estando com problemas na justiça pela condução sob o efeito de álcool. Ambos tentaram o suicídio por diversas vezes. Têm o 4º ano de escolaridade, a mãe encontra-se de baixa médica e o pai é agricultor e realiza, adicionalmente, pequenos serviços por conta própria. Tal contexto familiar (ainda atual) tinha repercussões negativas no funcionamento do Dinis, refletindo-se no comprometimento do seu aproveitamento escolar. O contacto entre o Dinis e os pais é mantido quando estes têm capacidades financeiras para se deslocar à instituição (existiram períodos em que o Dinis se deslocava a casa, o que deixou de acontecer pelo risco de ser exposto a situações de violência e de carência alimentar). É notória a existência de afeto positivo por parte dos pais, não obstante a incapacidade para exercer o poder parental. Quando confrontados com as necessidades do Dinis, a mãe receia não conseguir garantir-lhe o essencial, ao invés do pai, cuja visão é mais irrealista. Já por parte do Dinis, existe uma preocupação constante face às necessidades dos progenitores.

O Dinis frequenta o 4º ano de escolaridade (ainda que lhe sejam lecionados conteúdos programáticos de 2º ano a Língua Portuguesa e de 3º ano às restantes disciplinas) e dispõe de apoio pedagógico individualizado duas vezes por semana. Os seus professores relatam dificuldades, essencialmente, a nível da leitura e da escrita. Como atividade extracurricular, foi inserido na natação. É acompanhado em Psicologia e em Terapia da Fala. Qualquer um dos profissionais que com ele contactam reconhece as suas habilidades de raciocínio e criatividade.

O acompanhamento do Dinis em Psicomotricidade, bem como a sua escolha para estudo de caso, prende-se com a necessidade de atenuar as suas dificuldades de aprendizagem.

4.2.3 PROCEDIMENTOS GERAIS DA AVALIAÇÃO

Após um primeiro contacto com o Dinis, que permitiu começar a estabelecer relação com ele através de brincadeiras na sala de convívio, procedeu-se à avaliação inicial informal e formal. A primeira incluiu o preenchimento de uma Ficha Individual com dados da criança, bem como de alguns itens da Grelha de Observação Psicomotora. Na segunda foram aplicados instrumentos de avaliação específicos, nomeadamente DAP, MABC-2, Provas de Ritmo de Mira Stambak, TOL e ROCF, escolhidos pelo facto de antemão se ter conhecimento de determinadas dificuldades cognitivas e psicomotoras apresentadas, usualmente, por crianças com dificuldades de aprendizagem.

4.2.4 RESULTADOS DA AVALIAÇÃO INICIAL

4.2.4.1 OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA

O Dinis é um menino, cuja aparência física é cuidada, que apresenta um desenvolvimento estato-ponderal de acordo com a sua faixa etária e que estabelece um contacto adequado.

A qualidade do seu gesto mostrou-se, por vezes, inábil, a intenção do movimento imatura, a resposta ao estímulo motor lentificada, a regulação do esforço desadequada e as coordenações óculo-manual e óculo-pedal insuficientes. A nível da lateralidade, a direita e a esquerda são reconhecidas tanto em si como no outro e a sua lateralidade é definida, existindo preferência pelo lado esquerdo. Apresenta dificuldades tanto ao nível do equilíbrio estático, como ao nível do equilíbrio dinâmico. A orientação espacial mostra-se adequada. No que diz respeito à relação interpessoal, o Dinis reconhece e aceita hierarquias, a sua participação é ativa, tem preferências, encontra-se incluído no grupo das restantes crianças, está disponível para ajudar e cooperar, é solidário e moderadamente competitivo e demonstra gosto pelo jogo, essencialmente, para a partilha de interesses comuns. A interação com os materiais é adequada e de acordo tanto com o valor do material, como com o valor simbólico atribuído na situação. A atenção é difusa e reduzida. Relativamente à linguagem verbal, tanto a linguagem recetiva como a linguagem expressiva demonstram ser adequadas e com compreensão, sendo o tom de voz adequado. A nível da linguagem não-verbal, o olhar demonstra ser intencional e direto e o sorriso concordante. A expressão facial é concordante com a emoção e a gesticulação coerente com o discurso e a situação. A expressão dos afetos é verbalizada e o pensamento simbólico consistente.

4.2.4.2 DAP

Ao longo da prova, o Dinis mostrou-se desmotivado e apressado em realizar os desenhos. Desta forma, não houve grande investimento da sua parte na realização das tarefas solicitadas, ainda que todas tenham sido concluídas.

Tabela 9 – DAP – Resultados da Avaliação Inicial

	Homem	Mulher	O Próprio	Total
Percentil	13	18	14	10
Classificação	Abaixo da Média	Abaixo da Média	Abaixo da Média	Abaixo da Média

O desenho do homem foi aquele que apresentou um percentil mais baixo (percentil 13), seguindo-se o do próprio (percentil 14) e o da mulher (percentil 18) (Tabela 9) (Anexo 1). Desta forma, comparativamente ao esperado para a sua faixa etária, todos os desenhos apresentam uma classificação “abaixo da média”, sendo também esta a classificação total da prova, onde o resultado obtido corresponde ao percentil 10 (Tabela 9).

4.2.4.3 MABC-2

Ao longo da prova, o Dinis subestimou as suas capacidades, antecipando o insucesso, chegando a utilizar expressões tais como “que más mãos que Deus me deu, bem que me podia ter dado outras”. Mesmo ao realizar as tarefas com sucesso, não reagia ao elogio.

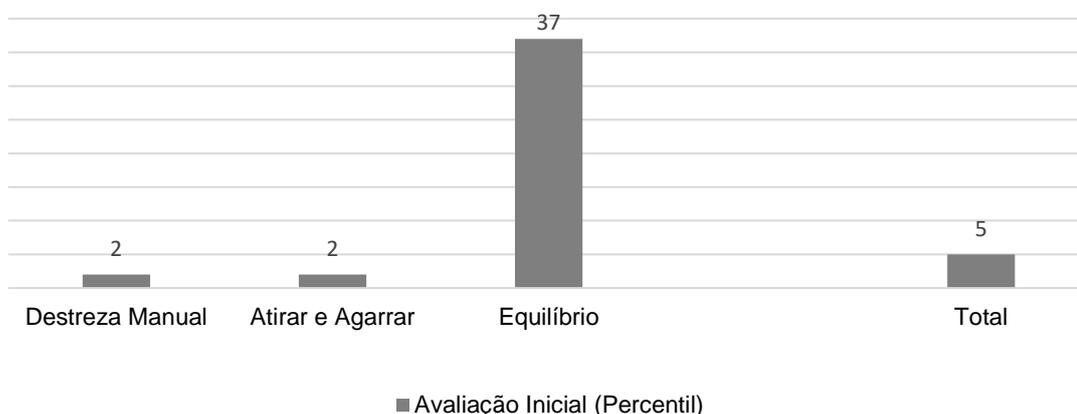


Figura 5 – MABC-2 – Resultados da Avaliação Inicial

Relativamente às tarefas de destreza manual, todas foram realizadas com sucesso, ainda que não alterasse a velocidade de execução de tentativa em tentativa nas primeiras duas tarefas, nem diminuísse o número de erros de uma tentativa para a outra na última tarefa. Encontra-se no percentil 2 (Figura 5). Já no que concerne às tarefas de atirar e agarrar, na primeira, não seguia com o olhar a trajetória da bola, nem elevava os braços simetricamente para a agarrar e não ajustava a altura, direção e força do ressalto, não tendo agarrado a bola com as

duas mãos nenhuma vez em 10 tentativas. Na segunda tarefa, demonstrou-se distraído, muitas das vezes nem mantinha os olhos no alvo, não deu continuidade ao movimento no lançamento do saco de feijões e demonstrou dificuldade no controlo da direção e da força do lançamento, obtendo 4 acertos em 10 tentativas. Encontra-se no percentil 2 (*Figura 5*). Quanto às provas de equilíbrio, na primeira demonstrou algumas dificuldades, realizando poucos movimentos compensatórios com os braços para ajudar a manter o equilíbrio, conseguindo manter-se 8 segundos em apoio unipedal com a perna esquerda e 4 segundos com a perna direita. Na segunda tarefa, manteve o equilíbrio e obteve a pontuação máxima à segunda tentativa, dado que anteriormente afirmou não ser capaz, simulando alguns desequilíbrios. Na terceira tarefa, combinou eficazmente os movimentos para a frente e para cima, executando a tarefa com exatidão. Encontra-se no percentil 37 (*Figura 5*).

De um modo geral, encontra-se no percentil 5 (*Figura 5*), o que, de acordo com o sistema semáforo do instrumento, corresponde à zona vermelha, revelando dificuldades no movimento, comparativamente ao esperado para a sua faixa etária.

4.2.4.4 TOL

Ao longo da prova, o Dinis deixou transparecer algum entusiasmo pelas tarefas, contudo tentou escondê-lo e demonstrar que não estava interessado na realização das mesmas.

Tabela 10 – TOL – Resultados da Avaliação Inicial

	Pontuação	Tempo de Planeamento	Tempo de Execução
Problema 1	3	4,30s	5,87s
Problema 2	2	2,44s	4,01s
Problema 3	2	2,60s	10,84s
Problema 4	1	3,10s	3,50s
Problema 5	3	14,62s	11,86s
Problema 6	2	2,25s	17,85s
Problema 7	2	4,22s	14,17s
Problema 8	3	8,60s	16,69s
Problema 9	2	7,53s	10,40s
Problema 10	0	---	---
Problema 11	3	7,34s	10,40s
Problema 12	1	4,93s	11,48s
Total	24/36		

Dos 12 problemas expostos, 4 foram realizados com sucesso à 1ª tentativa, 5 realizados com sucesso à 2ª tentativa, 2 realizados com sucesso à 3ª tentativa e 1 deles não foi realizado com sucesso (Tabela 10). O resultado total foi de 24 pontos num total de 36 possíveis (Tabela 10).

De um modo geral, foi notória alguma impulsividade na iniciação da realização dos movimentos, disponibilizando menos tempo a planear as tarefas do que a executá-las (Tabela 10). Grande parte das vezes, a não realização com sucesso à primeira tentativa de alguns dos problemas prendeu-se com o facto de terem sido movimentadas duas bolas em simultâneo.

4.2.4.5 PROVAS DE RITMO DE MIRA STAMBAK

Ao longo da prova, o Dinis apresentou-se bastante desatento e desconcentrado, o que foi ilustrativo, uma vez mais, da sua desmotivação para a realização das tarefas.

Tabela 11 – *Provas de Ritmo de Mira Stambak – Resultados da Avaliação Inicial*

	Tempo Espontâneo I	Reprodução de Estruturas Rítmicas	Compreensão do Simbolismo	Tempo Espontâneo II
Resultado	4,46s	2/21 pontos	8/12 pontos	4,52s
Classificação	Cadência Acelerada	Abaixo da Média	Compreensão do Simbolismo e Capacidade de Reprodução das Estruturas Rítmicas	Na média

No que diz respeito ao tempo espontâneo I, demorou 4,46s a realizar os batimentos pretendidos, apresentando uma cadência mais acelerada do que o esperado para a sua faixa etária (Tabela 11). O ritmo foi irregular e pouco harmonioso, tendo sido notória pressa na realização dos batimentos. Já no que toca à reprodução de estruturas rítmicas, obteve apenas 2 pontos em 21 possíveis, o que fica abaixo do esperado para a sua faixa etária (Tabela 11) e demonstra dificuldades na apreensão imediata de informação. Foi notória, através da pouca firmeza dos batimentos, insegurança face ao medo de errar. Relativamente à compreensão do simbolismo das estruturas rítmicas e consequente reprodução das mesmas, 8 das 12 estruturas rítmicas foram traduzidas corretamente para o plano perceptivo-motor (Tabela 11), sem ter sido necessária explicação. Quanto ao tempo espontâneo II, demorou 4,52s a realizar os batimentos pretendidos, apresentando uma cadência de acordo com o esperado para a sua faixa etária (Tabela 11). Ainda assim, o ritmo manteve-se irregular.

4.2.4.6 ROCF

Ao longo da prova, o Dinis demonstrou-se apressado, referindo que não sabia desenhar.

Tabela 12 – *ROCF – Resultados da Avaliação Inicial*

	Reprodução por Cópia	Reprodução por Memória
Resultado	7/36 pontos	5,5/36 pontos
Classificação	Abaixo da Média	Abaixo da Média

Na reprodução por cópia, obteve 7 pontos em 36 possíveis, enquanto na reprodução por memória, obteve 5,5 pontos em 36 possíveis (Tabela 12). Ainda que seja de esperar que a reprodução por cópia apresente uma pontuação superior à reprodução por memória, facto é que ambas as figuras se encontram abaixo da média, tendo em conta a sua faixa etária, por estarem bastante incompletas, o que, além de apontar dificuldades ao nível da perceção visual e da memória, traduz a falta de empenho na realização das tarefas.

4.3 PROJETO PEDAGÓGICO-TERAPÊUTICO

O Projeto Pedagógico-Terapêutico do Dinis foi delineado com base na análise das informações recolhidas durante a avaliação inicial informal e formal, bem como, com base nas informações recolhidas através do diálogo com outros profissionais que acompanham a criança (nomeadamente as equipas técnica e de auxiliares da instituição, os professores e a terapeuta da fala), e objetiva ser o mais adequado possível às suas necessidades.

4.3.1 PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

O perfil intra-individual do Dinis (Tabela 13) foi traçado de modo a resumir as competências onde este apresenta mais aptidões, assim como aquelas onde são apresentadas mais dificuldades.

Tabela 13 - Perfil Intra-Individual

Competências Adquiridas	Competências a Desenvolver
Lateralidade	Qualidade do gesto
Noção espacial	Equilíbrio
Pensamento simbólico	Noção corporal
Comunicação verbal	Destreza manual
Comunicação não-verbal	Coordenação motora
Raciocínio	Perceção visual
Competências sociais	Estruturação rítmica
Criatividade	Controlo inibitório
Motivação (para as sessões)	Leitura
	Escrita
	Memória
	Atenção
	Autoestima

4.3.2 HIPÓTESES EXPLICATIVAS

Vários são os autores que evidenciam a importância da relação afetiva na saúde das crianças, tanto a nível físico, como intelectual, emocional e social, realçando que padrões familiares que subestimem os afetos podem comprometer significativamente as capacidades das mesmas (Brazelton & Greenspan, 2003). Ademais, estudos demonstram que crianças que crescem em instituições apresentam, geralmente, atrasos em todos os parâmetros do seu desenvolvimento (van IJzendoorn *et. al*, 2011).

Tudo isto é explicativo da baixa autoestima e das dificuldades de aprendizagem apresentadas pelo Dinis. O Dinis viveu os seus primeiros anos num contexto de negligência e condições desfavoráveis, onde coabitava com adultos com Perturbação Depressiva, presenciava conversas impróprias para a sua idade, consumos excessivos de álcool por parte do pai e tentativas de suicídio por parte de ambos os progenitores. Após isto, o Dinis foi retirado do ambiente familiar ao qual estava habituado e foi colocado na instituição, onde se viu obrigado a adaptar-se a uma separação e a um local e modo de vida diferentes (Strecht, 1998), o que é incompreendido por si, uma vez que, tal como acontece usualmente com estas crianças, também

o Dinis acredita que as condições a que esteve sujeito podem ser alteradas, convencendo-se de que não se irão repetir (Strecht, 1998) e desejando voltar para junto dos pais (Berger, 1998).

Deste modo, considera-se que a baixa autoestima apresentada pode ter como causa o facto de a criança não ter recebido, por parte dos progenitores, os cuidados, exemplos e valores adequados, que lhe permitissem desenvolver sentimentos de competência, de autoconfiança (Katz, 2006) e de valorização pessoal (Barreto, 2013), e de, ao invés, ter vivenciado más experiências durante parte da sua infância (Costa, 2011; UNICEF, 2017). Já as dificuldades de aprendizagem podem ser explicadas pelo facto de as crianças, ao iniciarem a sua formação académica, já levarem determinada carga emocional que lhes vai permitir aprender com maior ou menor facilidade (Strecht, 2006). Assim, aprendem melhor as crianças que estão bem afetivamente e têm mais dificuldades as que se encontram desprovidas de bem-estar psíquico (Strecht, 2006), como é o caso do Dinis. Ler e escrever, especificamente, correspondem a um trabalho de descodificação, dificilmente compreensível por crianças com problemas afetivos (Santos, 2007), uma vez que para realizar tal aprendizagem é necessária a capacidade de abstração dos sentimentos e das preocupações (Boimare, 2001), bem como a compreensão da vida interior, o que não acontece nestas crianças (Boimare, 2001; Santos, 2007), visto que elas receiam a passagem pelo mundo interno, pois encontram a desordem e o vazio (Boimare, 2001).

Importa ainda referir que todas as dificuldades apresentadas a nível psicomotor, pelo Dinis, estão relacionadas com a existência de dificuldades de aprendizagem, nomeadamente, a impulsividade (APA, 2014), a falta de coordenação (APA, 2014; Boimare, 2001; Costa, 2008), as dificuldades na estruturação espaciotemporal, especificamente ao nível da estruturação rítmica (Boimare, 2001), as dificuldades de equilíbrio e o pobre esquema corporal (Costa, 2008).

4.3.3 OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

A tabela 14 apresenta os objetivos terapêuticos definidos para o Dinis.

Tabela 14 – *Objetivos Terapêuticos*

Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
	Desenvolver a motricidade global	Otimizar a qualidade e a eficácia do gesto Promover a coordenação óculo-manual Favorecer a coordenação óculo-podal
Psicomotor	Estimular a motricidade fina	Aperfeiçoar a destreza manual
	Potenciar o equilíbrio	Favorecer o equilíbrio estático Aprimorar o equilíbrio dinâmico
	Otimizar a noção temporal	Aperfeiçoar a estruturação rítmica
	Consolidar a noção corporal	Reforçar o esquema corporal Favorecer a imagem corporal
	Minimizar a impulsividade	Potenciar o controlo inibitório
Cognitivo	Otimizar a capacidade de leitura	Estimular a consciência fonológica
	Potenciar a capacidade de escrita	Desenvolver a consciência fonema-grafema
	Favorecer a perceção visual	Propiciar a discriminação visual de letras
	Propiciar a atenção ^a	Potenciar o foco atencional na tarefa
Socioemocional	Desenvolver a memória ^a	Estimular a memória a curto prazo
	Favorecer a autoestima ^a	Incrementar o sentimento de competência
	Desenvolver a motivação ^a	Fomentar o gosto pela leitura e escrita Motivar para a frequência das sessões

^aObjetivos transversais a todas as sessões terapêuticas

4.3.4 CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Tendo em conta que para uma intervenção terapêutica com uma criança ser eficaz deve ser semanal ou até bissemanal (Costa, 2011) e, tendo em conta o perfil intra-individual do Dinis e o horário do mesmo, foi proposta uma intervenção individual numa frequência semanal, a qual visava atenuar as suas dificuldades de aprendizagem, através da consolidação dos pré-requisitos da leitura e da escrita, e da promoção da autoestima.

Além disso, foi proposta também a inserção do Dinis numa intervenção grupal numa frequência semanal, onde o principal objetivo era consciencializar e motivar para a importância da aprendizagem (ver 3.6.3).

4.3.5 FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

A sensação de ser gostado, fomenta a segurança e, conseqüentemente, a autonomia, o que promove o gosto de pensar e conhecer (Strecht, 2001). De um modo geral, esta foi a base de toda a intervenção. Simultaneamente, pretendeu-se regressar aos processos básicos que suportam a aprendizagem, necessários para a obtenção de sucesso académico (Brazelton & Greenspan, 2003).

As sessões terapêuticas, baseadas numa forte componente lúdica, visavam a aquisição de conhecimentos autonomamente, a fim de desenvolver a capacidade de transpor esses conhecimentos para o âmbito académico e favorecer a adesão às rotinas escolares (Santos, 2007). Foi utilizado o jogo de forma a fomentar o pensamento, o respeito por regras, a consciencialização das capacidades, a resolução de problemas, o aumento do tempo de reflexão e do tempo na tarefa e a criatividade (Costa, 2008) e, conseqüentemente, potenciar o desenvolvimento emocional, social e intelectual (Tezani, 2006). Além disso, foi dada grande ênfase à utilização do movimento para inscrever o pensamento no psiquismo da criança (Santos, 2009; Strecht, 1998) e foram utilizadas atividades criativas que procuravam estimular a construção de ideias, maximizar as competências e potenciar a autoestima (Costa, 2008). Foram também criadas situações que reforçassem e desenvolvessem a capacidade de autonomia, impulsionassem a capacidade de iniciativa, a capacidade criativa e a atitude crítica (Costa, 2008) e aumentassem a consciencialização da ação (Boimare, 2001). De facto, o sucesso escolar está diretamente relacionado com a vontade de aprender, pelo que a utilização do lúdico se mostra útil no trabalho com crianças com dificuldades de aprendizagem, uma vez que através dele pode ser mais facilmente estimulado o interesse pela aquisição de novos conhecimentos, tornando o processo mais prazeroso (Tezani, 2006).

No que concerne às principais necessidades do Dinis, especificamente no que diz respeito à promoção da autoestima, contrariamente ao que se tende a assumir, esta não se desenvolve a partir de elogios excessivos, mas sim a partir de experiências que permitam ultrapassar

dificuldades (Katz, 2006) e foi isso que se tentou proporcionar ao longo dos oito meses e meio de contacto com o Dinis. No que compete às dificuldades de aprendizagem, a discriminação de palavras implica a compreensão prévia de que os agrupamentos de letras formam sons, isto é, os fonemas (Share, 1995 *cit. in* Ring & Black, 2018) e de que o todo se pode dividir em segmentos, por exemplo, a frase divide-se em palavras e as palavras dividem-se em sílabas (Lundetræ, Solheim, Schwippert & Uppstad, 2017). Assim, tentou-se promover um método baseado na interiorização dos fonemas, que ajudasse a distinguir os sons em primeiro lugar e depois a relacioná-los com as letras (Brazelton & Greenspan, 2003), bem como, a manipulação de unidades menores que a palavra, que permitisse, após segmentar e identificar os grafemas, formar as palavras através da aplicação de regras de conversão de grafema em fonemas, ou seja, através de habilidades de consciência fonológica (Fumagalli, Barreyro, Jacobovich, Olmedo, & Jaichenco, 2016). Também as habilidades visuais-espaciais foram trabalhadas, uma vez que se tem conhecimento de que estas desempenham um papel fundamental na capacidade de ler, facto suportado por vários estudos, os quais mostram que as dificuldades de leitura estão ligadas a défices visuoespaciais (Giovagnoli, Vicari, Tomassetti & Menghini, 2016).

4.3.6 EXEMPLOS DE ATIVIDADES

As atividades realizadas nas sessões foram de encontro aos interesses e às competências já adquiridas pelo Dinis, de modo a fomentar a sua motivação, enquanto eram trabalhados os objetivos estabelecidos. Desta forma foram desenvolvidas atividades tais como:

- **Palavras cruzadas gigantes:** Ao andar pela sala, ao ritmo de maracas, eram contornados diversos envelopes com palavras no seu interior, os quais deveriam permanecer no chão enquanto as maracas eram tocadas e apanhados, à vez, quando o som parava. Ao totalizar 10 envelopes, cada uma das palavras era retirada, lida e soletrada e procurava-se, na grelha das palavras cruzadas, o local correspondente, onde era inserida através de letras em esponja. No final, o jogo era desmontado e as palavras eram lembradas e escritas num quadro.
- **Bowling:** Vários pinos eram dispostos pela sala, sendo que cada um deles continha uma letra escrita. De uma caixa, era retirada uma palavra correspondente a uma categoria (e.g.: animais). Em seguida, lançava-se um dado que continha informações acerca da forma como seriam derrubados os pinos (e.g.: lançamento da bola com a mão direita, lançamento da bola com o pé esquerdo, lançamento da bola a 5 passos dos pinos,...). Derrubava-se o maior número de pinos possíveis. Por cada pino derrubado, era dita uma palavra da respetiva categoria iniciada por essa letra e, posteriormente, escrita numa folha. Não se podiam repetir palavras.

- Listas de compras: Era criada uma situação hipotética de compras (e.g.: necessidade de comprar materiais para uma quinta). Pela sala estavam escondidas diferentes imagens de materiais agrícolas, as quais poderiam ser descobertas através de pistas escondidas em vários locais da divisão (e.g.: dá dois passos em frente; vira à esquerda; espreita debaixo do móvel). Ao descobrir uma imagem, era identificado o que estava desenhado e, em seguida, era feita a divisão silábica da palavra correspondente ao desenho, saltando dentro de arcos dispostos no chão. Na lista de compras, existia lugar para escrever as palavras com uma, duas, três e quatro sílabas e, a palavra encontrada deveria ser escrita no local correto. Depois de escrita, regressava-se ao lugar onde tinha sido encontrada a última imagem e o jogo continuava até estar preenchida toda a lista de compras.

Estas e outras atividades realizadas implicaram a utilização de diversos materiais, tais como letras em esponja, material de escrita, quadro, bolas, pinos, dados, arcos, entre outros.

4.3.7 ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

Ao longo da intervenção foram tidas em conta determinadas estratégias que facilitaram não só o estabelecimento da relação terapêutica, como o desempenho do Dinis durante as sessões e, conseqüentemente, simplificaram a aquisição dos objetivos estabelecidos, nomeadamente:

- Proporcionar um ambiente de segurança, confiança e respeito;
- Adotar uma atitude de empatia, simpatia e estreita relação;
- Ter em conta os interesses da criança;
- Respeitar o ritmo da criança;
- Definir limites e regras dentro do espaço da sessão;
- Implicar a criança na gestão da sessão;
- Utilizar reforço positivo;
- Valorizar os êxitos durante o processo e não apenas o produto final;
- Consciencializar as ações executadas;
- Utilizar demonstração sempre que necessário;
- Analisar e fragmentar tarefas complexas;
- Estimular o desejo de aprender a ler e escrever.

4.4. PROGRESSÃO TERAPÊUTICA

4.4.1 DAP

Ao longo da prova, no momento de avaliação final, o Dinis mostrou-se interessado, havendo um grande investimento da sua parte na realização das tarefas solicitadas. Enquanto desenhava, falava acerca do que fazia e, no final, chegou a pedir para desenhar a sua cadela.

Tabela 15 – DAP – Progressão Terapêutica

	Homem		Mulher		O Próprio		Total	
	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF
Percentil	13	82	18	79	14	82	10	86
Classificação	Abaixo da Média	Acima da Média						

Legenda: AI – Avaliação Inicial; AF – Avaliação Final

O desenho da mulher foi aquele que apresentou um percentil mais baixo (percentil 79), seguindo-se o do homem e o do próprio (ambos no percentil 82) (Tabela 15) (Anexo 1). Desta forma, comparativamente ao esperado para a sua faixa etária, todos os desenhos apresentam uma classificação “acima da média”, sendo também esta a classificação total da prova, onde o resultado obtido corresponde ao percentil 86 (Tabela 15).

Como é possível verificar através da análise da Tabela 15, foram consideráveis as melhorias obtidas pelo Dinis neste instrumento de avaliação, tendo os resultados obtidos na totalidade dos desenhos, passado de percentis correspondentes a uma classificação “abaixo da média”, para percentis correspondentes a uma classificação “acima da média”, comparativamente à sua faixa etária.

4.4.2 MABC-2

Ao longo da prova, no momento de avaliação final, o Dinis demonstrou-se colaborante, ainda que apreensivo relativamente à possibilidade de falhar.

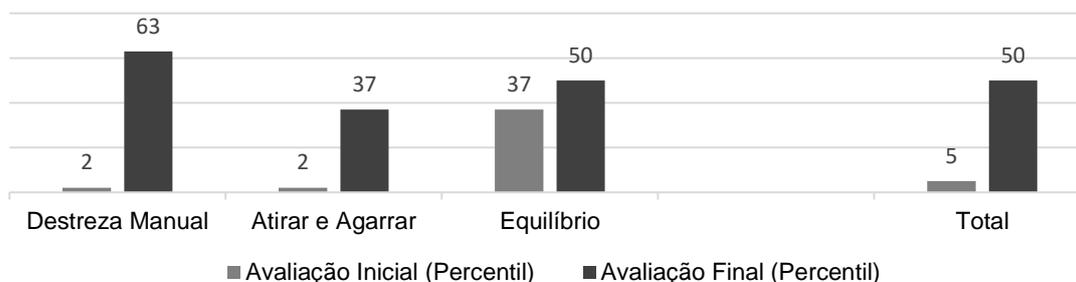


Figura 6 – MABC-2 – Progressão Terapêutica

Todas as tarefas de destreza manual foram realizadas com sucesso. A velocidade de execução nas primeiras provas foi melhor na segunda tentativa, o que demonstra esforço para a obtenção de melhores resultados e, houve uma diminuição da velocidade de execução da terceira tarefa, da primeira para a segunda tentativa, com vista a diminuir o número de erros, tendo sido cometido apenas um erro. Encontra-se no percentil 63 (*Figura 6*). Já no que concerne às tarefas de atirar e agarrar, na primeira, apresentou dificuldades no ajuste da altura, direção e força do ressalto, tendo agarrado a bola com as duas mãos 4 vezes em 10 tentativas. Na segunda tarefa demonstrou menos dificuldades, tendo conseguido 8 acertos em 10 tentativas. Encontra-se no percentil 37 (*Figura 6*). Quanto às provas de equilíbrio, na primeira demonstrou dificuldades, contudo, quis realizar a prova três vezes para obter um melhor resultado. Assim, realizando movimentos compensatórios dos braços para ajudar a equilibrar-se, conseguiu manter-se 12 segundos em apoio unipedal com a perna esquerda e 9 segundos com a perna direita. Na segunda tarefa manteve o equilíbrio e obteve a pontuação máxima. Na terceira tarefa combinou eficazmente os movimentos para a frente e para cima, executando a tarefa com exatidão. Encontra-se no percentil 50 (*Figura 6*). De um modo geral, encontra-se no percentil 50 (*Figura 6*), o que, de acordo com o sistema semáforo do instrumento, corresponde à zona verde, estando a sua competência motora de acordo com o esperado para a sua faixa etária.

Como é possível verificar através da análise da *Figura 6*, foram consideráveis as melhorias obtidas pelo Dinis neste instrumento de avaliação, tendo os resultados passado de percentis correspondentes a uma classificação na zona vermelha, referente a notórias dificuldades no movimento, para percentis correspondentes a uma classificação na zona verde, referente a competência motora de acordo com o expectável para a sua faixa etária.

4.4.3 TOL

Ao longo da prova, no momento de avaliação final, o Dinis mostrou-se bastante motivado, uma vez que as tarefas iam de encontro aos seus interesses.

Tabela 16 – TOL – Progressão Terapêutica

	Pontuação		Tempo de Planeamento		Tempo de Execução	
	AI	AF	AI	AF	AI	AF
Problema 1	3	3	4,30s	2,45s	5,87s	3,74s
Problema 2	2	3	2,44s	4,62s	4,01s	2,60s
Problema 3	2	1	2,60s	5,21s	10,84s	9,54s
Problema 4	1	2	3,10s	4,01s	3,50s	6,64s
Problema 5	3	3	14,62s	11,46s	11,86s	8,89s
Problema 6	2	1	2,25s	2,86s	17,85s	7,46s
Problema 7	2	1	4,22s	6,57s	14,17s	8,70s
Problema 8	3	3	8,60s	7,97s	16,69s	8,50s
Problema 9	2	3	7,53s	8,70s	10,40s	8,00s
Problema 10	0	3	---	9,25s	---	12,91s
Problema 11	3	2	7,34s	14,91s	10,40s	11,60s
Problema 12	1	2	4,93s	1,52s	11,48s	12,59s
	24/36	27/36				

Legenda: AI – Avaliação Inicial; AF – Avaliação Final

Dos 12 problemas expostos, 6 foram realizados com sucesso à 1ª tentativa, 3 realizados com sucesso à 2ª tentativa e 3 realizados com sucesso à 3ª tentativa (Tabela 16). O resultado total obtido foi de 27 pontos num total de 36 possíveis (Tabela 16).

De uma forma geral, de acordo com os tempos de planeamento e execução obtidos, foi visível um planeamento das tarefas antes da sua execução, ainda que pudesse necessitar de algum tempo para que as conseguisse realizar com sucesso. Durante o tempo de planeamento, pensava em voz alta como estratégia para a obtenção de um melhor resultado, sem que lhe tivesse sido dada essa indicação.

Como é possível verificar através da análise da Tabela 16, o Dinis obteve melhorias neste instrumento de avaliação, tendo conseguido solucionar todos os problemas, utilizando até um menor número de tentativas. Além disso, na grande maioria das vezes, dispensou mais tempo no planeamento, pelo que o tempo de execução dos problemas diminuiu.

4.4.4 PROVAS DE RITMO DE MIRA STAMBAK

Ao longo da prova, no momento de avaliação final, o Dinis demonstrou-se colaborante, ainda que um pouco desatento.

Tabela 17 – Provas de Ritmo de Mira Stambak – Progressão Terapêutica

	Tempo Espontâneo I		Reprodução de Estruturas Rítmicas		Compreensão do Simbolismo		Tempo Espontâneo II	
	AI	AF	AI	AF	AI	AF	AI	AF
Resultado	4,46s	4,20s	2/21 pontos	6/21 pontos	8/12 pontos	9/12 pontos	4,52s	4,35s
Classificação	Cadência Acelerada	Cadência Acelerada	Abaixo da Média	Abaixo da Média	Compreensão do Simbolismo e Capacidade de Reprodução das Estruturas Rítmicas	Compreensão do Simbolismo e Capacidade de Reprodução das Estruturas Rítmicas	Na média	Na média

Legenda: AI – Avaliação Inicial; AF – Avaliação Final

No que diz respeito ao tempo espontâneo I, demorou 4,20s a realizar os batimentos pretendidos, apresentando uma cadência mais acelerada do que o esperado para a sua faixa etária (Tabela 17) e ritmo irregular, apesar de ter demonstrado prazer na realização da atividade. Já no que toca à reprodução de estruturas rítmicas, obteve 6 pontos em 21 possíveis, o que fica abaixo do esperado para a sua faixa etária (Tabela 17). Foi notória insegurança e ansiedade face ao medo de errar. A qualidade da reprodução das estruturas foi bastante variável uma vez que acertou estruturas com maior grau de dificuldade mas falhou a reprodução de estruturas mais simples. Relativamente à compreensão do simbolismo das estruturas rítmicas e consequente reprodução das mesmas, obteve 9 pontos em 12 possíveis, o que demonstra compreensão do simbolismo e capacidade de tradução das mesmas para o plano perceptivo-motor (Tabela 17),

até porque não foi necessária explicação. Utilizou, espontaneamente, estratégias na prova de compreensão do simbolismo, nomeadamente contar as bolinhas que representavam os batimentos e falar enquanto as reproduzia (e.g.: “um, um dois...”), a fim de facilitar o seu desempenho. Quanto ao tempo espontâneo II, demorou 4,35s a realizar os batimentos pretendidos, apresentando uma cadência de acordo com o esperado para a sua faixa etária (Tabela 17).

Como é possível verificar através da análise da Tabela 17, o Dinis obteve melhorias neste instrumento de avaliação, quando comparado à avaliação inicial, ainda que estas não tenham sido muito acentuadas.

4.4.5 ROCF

Ao longo da prova, no momento de avaliação final, a criança demonstrou-se colaborante.

Tabela 18 – ROCF – Progressão Terapêutica

	Reprodução por Cópia		Reprodução por Memória	
	AI	AF	AI	AF
Resultado	7/36 pontos	23,5/36 pontos	5,5/36 pontos	15/36 pontos
Classificação	Abaixo da Média	Abaixo da Média	Abaixo da Média	Abaixo da Média

Legenda: AI – Avaliação Inicial; AF – Avaliação Final

Na reprodução por cópia, obteve 23,5 pontos em 36 possíveis, enquanto na reprodução por memória, obteve 15 pontos em 36 possíveis (Tabela 18).

Como é possível verificar através da análise da Tabela 16, o Dinis obteve melhorias neste instrumento de avaliação, quando comparado à avaliação inicial, tanto no que concerne à percepção visual, como à memória a curto prazo. No entanto, os resultados continuam abaixo do esperado para a sua faixa etária.

4.5 DISCUSSÃO

Primeiramente, é crucial referir que, numa fase inicial, se planeou uma intervenção com início a 4 de dezembro e término a 30 de maio, o que perfazia um total de 24 sessões individuais e 24 grupais. Contudo, como referido anteriormente neste relatório, por motivos institucionais, a intervenção grupal foi condicionada. A intervenção individual, apesar de ter decorrido no período estabelecido, sofreu também alguns ajustes. Assim, realizaram-se 15 sessões individuais e 7 grupais. Por outro lado, num Centro de Acolhimento Temporário, a intervenção terapêutica prolonga-se, indiretamente, fora das sessões, uma vez que o contacto mantido com a criança é diário, pelo que foi possível estimular, continuamente, no Dinis o gosto pela leitura e, conseqüentemente, favorecer a melhoria da mesma. Em colaboração com as professoras do Dinis e com a terapeuta da fala, ficou claro que este necessitava de exercitar a leitura. Desta

forma, ao invés de o obrigar a ler textos escolares, disponibilizei ao Dinis um livro sobre a quinta (o Dinis tem especial gosto por tudo o que esteja relacionado com agricultura e trabalhos rurais, uma vez que esta é a profissão do pai que tanto admira) e combinámos que teria que ler o livro nos seus tempos livres, porque de vez em quando eu iria ter com ele para me ler um excerto do mesmo. Tal acordo foi levado a sério pela criança, o que tornou possível fazê-lo ler sem grande esforço, uma vez que queria ser bem sucedido quando eu o fosse ouvir ler.

Importa também referir que o Dinis apresentou vontade em participar nas sessões terapêuticas, ainda que, durante a avaliação inicial, tenha sido a criança que mais resistência mostrou na realização das tarefas, por saber que estava a ser avaliado. Daí que, ao referir os resultados da avaliação inicial fossem citadas situações incoerentes relativamente ao que acontecia tanto nas sessões, como na avaliação final. De facto, durante o momento de avaliação final, o Dinis mostrou-se bastante mais empenhado em realizar as tarefas, primeiramente porque tinha gosto em fazer algumas delas (ao contrário do que tinha tentado demonstrar numa fase inicial) e, em segundo lugar porque tinha sido estabelecida uma boa relação entre nós, motivo pelo qual não só já não se sentia a ser avaliado por alguém estranho, como queria agradar-me e mostrar aquilo de que era capaz, pois sabia que isso me deixava feliz e orgulhosa dele.

Relativamente à intervenção terapêutica propriamente dita, os objetivos propostos basearam-se, tal como referido anteriormente, na análise das informações recolhidas durante a avaliação inicial informal e formal, bem como, com base nas informações recolhidas através do diálogo com os professores e as equipas técnica e de auxiliares da instituição. Por este motivo, ainda que não se tenha avaliado a leitura e a escrita, estas foram consideradas como competências a intervir devido às informações fornecidas pelos professores e pela terapeuta da fala. À semelhança, também a autoestima foi considerada como um objetivo, tendo em conta as informações obtidas através da comunicação com todos os profissionais que acompanham o Dinis, especialmente, com o psicólogo. Destaca-se, assim, a importância do trabalho em equipas multidisciplinares, não só como forma de facilitar o desempenho de cada um dos profissionais, que se complementam entre si, mas também a fim de obter uma progressão terapêutica positiva para a criança.

Há que mencionar que as principais dificuldades do Dinis se exibiam ao nível emocional e académico, apresentando-se este desprovido de uma boa autoestima e com dificuldades nas competências escolares. Era constante a utilização de expressões autodestrutivas no seu dia a dia. Na sua leitura, realizada por via fonológica, o Dinis tinha dificuldades tais como confundir palavras com sons semelhantes, pronunciar incorretamente palavras e saltar partes de palavras multissilábicas, o que originava problemas a nível da precisão, fluência e compreensão da leitura. Ao escrever, tinha dificuldade em decifrar quais os sons a passar para o papel, omitia ou adicionava letras ou sílabas às palavras, invertia letras ou sílabas e substituía letras por outras com sons ou formas semelhantes. Tudo isto, além de ter sido relatado pelos professores (e descrito nos boletins de avaliação) e pela terapeuta da fala, pôde ser comprovado dentro das

sessões, durante a realização das atividades, e fora das mesmas, durante o auxílio na realização dos trabalhos de casa. A intervenção realizou-se, então, tendo em conta as metas escolares propostas para o Dinis. Simultaneamente, o Dinis apresentava fragilidades na competência psicomotora, especificamente nas habilidades consideradas pré-requisitos da leitura e escrita. Todas estas dificuldades foram tidas como objetivos a atingir, tendo sido trabalhadas ao longo da intervenção terapêutica. Durante a realização das sessões, salvo raras exceções, uma vez que existia interesse por parte da criança nas atividades, a sua atenção não se manifestava dispersa. Além de terem sido tidos em conta os interesses da criança, foram também utilizadas diversas estratégias terapêuticas, a fim de facilitar a aquisição dos objetivos estipulados. Por exemplo, as regras de todos os jogos eram escritas e quando o Dinis chegava à sessão e lhe eram apresentadas as diferentes atividades, de entre as quais poderia escolher as que queria realizar, tinha que ler as regras, de modo a entender em que consistiam as atividades e, conseqüentemente, saber qual preferia. Foram também utilizadas estratégias com a finalidade de motivar à frequência das sessões. Assim, foi elaborada uma caderneta de cromos com figuras de tratores, a qual foi dada ao Dinis, embora tivesse sido mantida na sala terapêutica durante o período da intervenção. No final de cada sessão, era-lhe dada a possibilidade de retirar de um recipiente um dos vários cromos e, seguidamente, colocá-lo no local correto.

Quanto à sua progressão, é possível concluir através da comparação dos resultados das avaliações inicial e final que existiu uma evolução positiva nas capacidades do Dinis. Além disso, no final da intervenção, à semelhança do que aconteceu noutras fases da mesma, houve a possibilidade de reunir com os professores do Dinis e obter informações acerca da evolução das suas competências académicas. De acordo com esta reunião e com o boletim de avaliação posteriormente lançado, foi possível comparar as competências académicas do Dinis, ficando claro que, a Língua Portuguesa (onde detinha maiores dificuldades), no 3º período manteve a capacidade de respeitar as regras de interação discursiva e de escutar e compreender o que ouvia, melhorou a capacidade de produção de um correto discurso oral, a capacidade de ler textos, ainda que simples, com maior fluência, a capacidade de compreensão de textos ouvidos e lidos e a capacidade de redação de textos com um menor número de incorreções. Ainda assim, continuava a aplicar com dificuldade os conteúdos gramaticais e a não dominar as regras de ortografia. Não obstante as aquisições do Dinis ao longo do ano letivo, todos os profissionais que com ele contactam foram da opinião que seria incorreta a sua passagem para o 2º ciclo, tendo em conta as dificuldades que ainda apresentava.

Considerando tudo aquilo que foi anteriormente mencionado, recomenda-se que seja dada continuidade ao acompanhamento em Psicomotricidade e que o Dinis continue a usufruir de apoio pedagógico individualizado na escola, bem como, de sessões de Psicologia e de Terapia da Fala (onde iria realizar um despiste auditivo), de modo a potenciar os resultados positivos que foram obtidos.

CAPÍTULO 5 – ESTUDO DE CASO II (ARTIGO CIENTÍFICO)

PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO NUM CENTRO DE ACOLHIMENTO TEMPORÁRIO – INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NUM ESTUDO DE CASO

RESUMO

Crianças institucionalizadas apresentam, frequentemente, dificuldades na regulação emocional, sendo recorrentes os problemas de comportamento. A Sofia tem 11 anos, está institucionalizada há mais de 3,5 anos e apresenta problemas de comportamento em contexto institucional e escolar, motivo pelo qual foi acompanhada em Psicomotricidade. Aplicaram-se uma Ficha Individual, alguns itens da Grelha de Observação Psicomotora e a *Behavior Assessment System for Children (BASC)*, a fim de definir a intervenção psicomotora. Nesta, através do recurso às expressões plástica e dramática, objetivou-se potenciar a consciência corporal, promover a consciência e o controlo emocional, e fomentar a autoestima da criança. Ainda que no final da intervenção não se tenham verificado melhorias na totalidade dos parâmetros avaliados, conclui-se que os objetivos foram atingidos, uma vez que, ao longo da mesma foram visíveis melhorias comportamentais nos diversos contextos em que a criança se insere, pelo que se aconselha a continuação do seu acompanhamento.

Palavras-Chave: Institucionalização; Problemas de Comportamento; Regulação Emocional; Psicomotricidade

ABSTRACT

Institutionalized children often present difficulties in emotional regulation, being recurrent the occurrence of behavioural problems. Sofia is 11 years old, has been institutionalized for more than 3,5 years and displays behavioural problems in institutional and scholar context, reason why she was accompanied in psychomotricity. Along with an individual form and some items from the *Grelha de Observação Psicomotora* was applied the Behavior Assessment System for Children (BASC), in order to define the psychomotor intervention. In this intervention, using plastic and dramatic expression, it is aimed to enhance body awareness, instigate emotional awareness and control, and promote the child's self-esteem. Even though at the end of the intervention there were no improvements in all the evaluated parameters, it is concluded that the objectives were achieved, since, throughout the intervention behavioural improvements were visible at the contexts in which the child is inserted, so it is advisable to continue their accompaniment.

Key words: Institutionalization; Behavioural Problems; Emotional Regulation; Psychomotricity

1. INTRODUÇÃO

Crescer psicologicamente de forma saudável apenas é possível se a infância for tranquila (Strecht, 1998) e caracterizada pela existência de afeto e atenção por parte dos adultos (Carneiro, 2003). Contrariamente, se esse período for ameaçado, tendem a surgir dificuldades do foro emocional (Strecht, 1998). Daí que crianças institucionalizadas apresentem, com frequência, **dificuldades na regulação emocional** (Brazelton & Greenspan, 2003). Goleman (1997) refere-se à competência emocional como a capacidade de compreender as próprias emoções e as emoções dos demais, bem como de conseguir controlar-se emocionalmente nas mais diversas situações. Nestas crianças, tal habilidade encontra-se, frequentemente, afetada, sendo a raiva imensa e explosiva, a mais pequena frustração sentida como uma catástrofe e existindo pouca capacidade para modificar as suas emoções e atitudes (Brazelton & Greenspan, 2003), e para demonstrar e verbalizar os seus sentimentos (Costa, 2008). Com o desenvolvimento emocional perturbado, estas crianças têm dificuldade em entender as interações de outras pessoas (Bombèr, 2007), até porque para se desenvolver a capacidade empática e de conseguir gerir as emoções dos outros é necessário, primeiramente, possuir um determinado nível de autocontrolo sobre as suas próprias emoções (Goleman, 2010), algo que não detém. Assim, a instabilidade emocional acompanhada por dificuldade no controlo dos impulsos, produz reações tidas pelos adultos como condutas anómalas, o que acarreta, conseqüentemente, cada vez mais comportamentos disruptivos na criança, face à incapacidade de comunicação entre eles (Núñez, 2003).

Deste modo, as queixas de **problemas de comportamento** são recorrentes nestas crianças (Strecht, 1998). Segundo o Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (CASA) 2017 (Instituto de Segurança Social [ISS], 2018), 28% das crianças acolhidas apresentam problemas de comportamento. O comportamento desadequado não é mais do que a exteriorização do sofrimento interior (Berger, 2001; Strecht, 2006; Santos, 2007) e um verdadeiro apelo de amor (Strecht, 1998), que funciona como descarga impulsiva e assume um caráter patológico, ao qual se dá o nome de “agir”, onde as crianças agem em vez de pensar, porque não conseguem elaborar os seus pensamentos (Costa, 2011; Strecht, 1998). A raiva surge como alerta a uma ameaça, real ou imaginária, interna ou externa, e leva a ações impulsivas antes de ser possível perceber o que a causa ou como lidar com ela (Brazelton & Sparrow, 2006). Crianças com problemas comportamentais podem mostrar-se zangadas, intolerantes à frustração, procurando a satisfação narcísica do instante, assumindo atitudes maníacas e de onipotência como defesa (Costa, 2008), agressivas e cometendo pequenos furtos (Strecht, 2004), quando na verdade apresentam uma **baixa autoestima** que pretendem esconder (Carneiro, 2003). De facto, na grande maioria das vezes, crianças que aparentam estar constantemente zangadas são, na verdade, crianças tristes e deprimidas (Brazelton & Sparrow, 2006) que, geralmente, nem sabem que têm algo a dizer e apenas se sentem angustiadas, descarregando ao cometer atos de indisciplina (Santos, 1990).

2. METODOLOGIA

2.1 CARATERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

A Sofia (nome fictício) é uma criança com 11 anos de idade, que está acolhida há mais de 3 anos e meio. A sua retirada à família veio na sequência de uma suspeita de abuso sexual por parte do pai (a sua professora, à data do acontecimento, apresentou uma queixa, relatando a existência de comportamentos sexualizados e verbalizações sobre a visualização de filmes pornográficos com o pai e o irmão).

Quando a Sofia tinha 4 anos, os pais divorciaram-se e ela passou a coabitar com o pai, a companheira deste e o irmão, não tendo qualquer contacto com a mãe até ao passado ano de 2017, altura em que voltou a manter contacto esporádico com esta e com uma irmã fruto de um novo relacionamento da mesma. Ainda que não demonstre particular afeto pela criança, a mãe alega ter vontade em acolhê-la no seu agregado familiar, referindo estar a esforçar-se para manter as condições e a estabilidade necessárias para tal. O pai foi condenado a 14 anos de prisão pelo abuso sexual de uma enteada. O irmão encontra-se acolhido numa outra instituição.

Atualmente, a Sofia frequenta o 4º ano de escolaridade, o qual está a repetir, ainda que no ano anterior os conteúdos programáticos tivessem adaptações de 3º ano. O seu professor é novo na escola, motivo pelo qual não tem muitas informações acerca da criança. A anterior docente referiu a existência de dificuldades na interação social e de comportamentos agressivos e a ocorrência de furtos. Também na instituição, apresenta dificuldades a nível relacional e comportamental, nomeadamente dificuldades em aceitar orientações, lidar com a frustração e controlar os impulsos, e agressividade para com os pares e para com os adultos quando contrariada ou chamada à atenção. Foi acompanhada em Psicologia, mas tal deixou de acontecer, por motivos institucionais.

O acompanhamento da Sofia em Psicomotricidade, bem como a sua escolha para estudo de caso, prende-se com a necessidade de atenuar os seus problemas de comportamento, visíveis tanto em contexto institucional, como em contexto escolar.

2.2 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

A avaliação realizada à Sofia, com um carácter tanto informal como formal, pretendia aferir informações acerca da criança, essencialmente a nível socioemocional.

Primeiramente, aplicou-se uma Ficha Individual (elaborada pela Psicomotricista), a qual permitiu sintetizar informações acerca da criança, tais como nome, idade, motivo e duração da institucionalização, informações familiares, informações clínicas, informações escolares e outras

informações relevantes, através da consulta do seu processo individual e do diálogo com as equipas técnica e de auxiliares da instituição e com o seu professor. Em seguida, aplicaram-se alguns dos itens da Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008), de modo a registar aspetos do desenvolvimento psicomotor da criança, nomeadamente no que diz respeito à aparência física, desenvolvimento estato-ponderal, contacto, gesto espontâneo, interesses, interação com os pares, interação com os materiais, linguagem verbal e não-verbal e expressão dos afetos, através da observação da mesma. Por fim, aplicou-se a *Behavior Assessment System for Children* (BASC) (Reynolds & Kamphaus, 1992), que possibilitou avaliar o comportamento e a autoperceção da criança, especificamente no que diz respeito a problemas exteriorizados (hiperatividade, agressividade e problemas de comportamento), problemas internalizados (ansiedade, depressão e somatização), problemas escolares (problemas de atenção e dificuldades de aprendizagem), competências adaptativas (adaptabilidade, competências sociais e liderança) e outros problemas (atipicidade e tendência para o isolamento social), através da resposta a um questionário, por parte da criança, do cuidador e do professor da mesma.

Apesar dos instrumentos utilizados não se encontrarem validados para a população portuguesa, a sua utilização mostra-se pertinente, uma vez que apenas se pretende comparar os resultados obtidos antes e após a intervenção, não sendo necessária a comparação dos mesmos com os resultados médios da população portuguesa. Ou seja, utilizou-se uma avaliação com referência a critérios ao invés de uma avaliação com referência a normas, motivo pelo qual a interpretação dos resultados exige especial atenção.

2.3 PROJETO TERAPÊUTICO

Com base na análise das informações recolhidas durante a avaliação inicial informal e formal (ver 3.1), bem como, com base nas informações recolhidas através do diálogo com outros profissionais que acompanham a criança (nomeadamente com as equipas técnica e de auxiliares da instituição e com o seu professor), foi delineado o Projeto Terapêutico da Sofia, o qual objetiva ser o mais adequado possível às suas necessidades.

2.3.1 PERFIL INTRA-INDIVIDUAL

O perfil intra-individual da Sofia (Tabela 19) foi traçado de modo a resumir as competências onde esta apresenta mais aptidões, assim como aquelas onde são notórias dificuldades mais significativas.

Tabela 19 – Perfil Intra-Individual

Competências Adquiridas	Competências a Desenvolver
Motivação para as sessões	Consciência emocional
Desenvolvimento psicomotor adequado	Controlo da frustração
	Controlo dos impulsos
	Autoestima
	Competências interpessoais

2.3.2 HIPÓTESES EXPLICATIVAS

Comummente, nas escolas, assiste-se a situações em que crianças com fracas competências interpessoais agredem e furtam outras crianças (Brazelton & Sparrow, 2006; Strecht, 2001), adotando atitudes semelhantes às que a Sofia tem para com as crianças que com ela coabitam ou que com ela se cruzam em ambiente escolar.

Os primeiros anos de vida fornecem as bases do desenvolvimento humano (Katz, 2006; Strecht, 2001), pelo que a qualidade da relação com quem está mais próximo das crianças nessa fase tem uma preponderância fundamental (Berger, 1998; Strecht, 2006; Wallon, 2005), influenciando os seus relacionamentos futuros (Akasha, 2004). De acordo Strecht (1998; 2001), Claire Winnicott destacou que experiências de vida dolorosas na infância levam as crianças a expressarem-se através de manifestações como ira, hostilidade e violência, uma vez que isso é mais tolerável do que os seus verdadeiros sentimentos. Assim, a ausência de afeto e o acumular de abusos produzem, nas crianças, sentimentos agressivos e de raiva (Costa, 2011). De facto, é através do *holding* que a criança aprende a reconhecer os limites e, a partir daí, a tolerar a frustração, a controlar a impulsividade e a manter uma adequada relação com os outros, respeitando-os nos seus diferentes papéis (Strecht, 2004), e é através das experiências de interação afetiva com quem as rodeia, que as crianças desenvolvem a empatia (Brazelton & Greenspan, 2003; Goleman, 2010), pelo que na ausência de tais cuidados, estas habilidades não se desenvolvem. Desta forma, crianças vítimas de maus-tratos, estão associadas a uma reduzida capacidade de regulação emocional (Dvir, Fotd, Hill & Frazier, 2014), tendendo a perder a capacidade de atribuir significado ao que sentem e pensam ou ao que os outros sentem e pensam (Strecht, 2004), sendo tidas como menos competentes socialmente e apresentando mais problemas de comportamento (Hrbackova & Safrankova, 2016; Sousa & Cruz, 2016).

No caso específico dos furtos, estas crianças não pretendem o objeto furtado, mas sim algo sobre o qual sentem que têm direito e que lhes foi retirado, pelo que “tiram de fora para encher por dentro”, preenchendo, com coisas exteriores, o seu vazio interior (Strecht, 1998). Assim, mais do que brinquedos, dinheiro ou outra coisa, interessa-lhes o que isso representa simbolicamente: algo importante de que se sentem interiormente despossuídas (Strecht, 1998). A isto acresce o facto de, muitas vezes, sentirem que apenas conseguem uma aproximação a alguém que lhes era querido através de uma identificação no estado bruto, pelo que existem crianças que furtam tal como esse alguém fazia (Berger, 1998).

Independentemente destes comportamentos disruptivos, nestas crianças é característica uma baixa autoestima derivada de uma infância marcada por vivências negativas (Costa, 2011; UNICEF, 2017), agravada em casos de abuso sexual (Carneiro, 2003).

Tudo isto é explicativo das fracas competências emocionais apresentadas pela Sofia. Tendo em conta que a Sofia foi afastada da mãe aos 4 anos de idade e, posteriormente, ao surgir a suspeita de abuso sexual por parte do pai, foi institucionalizada, fica claro que não só não lhe foram concedidos os cuidados necessários ao longo da sua infância, como foi sujeita a vivências traumáticas durante esse mesmo período. Daí que, em consequência, tenham surgido problemas no seu desenvolvimento psicoafectivo, expressos atualmente por uma baixa autoestima, por dificuldades nas relações interpessoais e por constantes problemas de comportamento, particularmente agressividade e furtos (estes últimos explicados não apenas pela dificuldade no controlo dos impulsos e pela falta de empatia, mas vistos também como forma de a Sofia se aproximar da família, nomeadamente do irmão, que também apresenta tal historial).

2.3.3 OBJETIVOS TERAPÊUTICOS

A tabela 20 apresenta os objetivos terapêuticos definidos para a Sofia.

Tabela 20 – Objetivos Terapêuticos

Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Potenciar a consciência corporal	Promover o reconhecimento de alterações corporais derivadas de diferentes emoções
Socioemocional	Promover a consciência emocional	Potenciar o conhecimento acerca das diferentes emoções Desenvolver o reconhecimento de diferentes emoções em si e no outro Estimular a compreensão das causas e consequências das diferentes emoções
	Promover o controlo emocional	Estimular a capacidade empática Promover a resistência à frustração Favorecer o controlo dos impulsos Incentivar a criação de estratégias de resolução de diferentes situações Aprimorar a comunicação verbal e não verbal das emoções ^a
	Fomentar a autoestima	Favorecer o autoconceito positivo ^a Incrementar o sentimento de competência ^a

^aObjetivos transversais a todas as sessões terapêuticas

2.3.4 CALENDARIZAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Tendo em conta que para uma intervenção terapêutica com uma criança ser eficaz deve ocorrer, pelo menos, uma vez por semana (Costa, 2011) e, tendo em conta o perfil intra-individual da Sofia e o horário da mesma, foi proposta uma intervenção individual numa frequência semanal, a qual visava atenuar os seus problemas de comportamento, através da promoção das suas competências emocionais.

Importa referir que, paralelamente, a Sofia fez parte de um grupo terapêutico, cuja intervenção psicomotora visava consciencializar e motivar para a importância da aprendizagem.

2.3.5 FUNDAMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Toda a aprendizagem, incluindo a dos limites, começa com afeto, a partir do qual as crianças aprendem a confiar, a criar afeição e empatia, a interiorizar os limites e a desenvolver a moral pelo desejo de agradar, de obter a aprovação e de querer ser como os adultos admirados (Brazelton & Greenspan, 2003). Quando a disciplina é estabelecida como uma aprendizagem e reforçada com afeto, as crianças não só se sentem bem por seguirem as regras, como aprendem a ser mais afetuosas, solidárias e a comunicar os seus sentimentos (Brazelton & Greenspan, 2003). Assim, numa intervenção com crianças com fracas competências emocionais, é imprescindível garantir um meio securizante, como primeiro passo para que estas se possam (re)organizar interiormente (Strecht, 1998), transportar-lhes esperança, acreditar e investir nelas e ser alguém a quem se possam modelar (Santos, 2007^a; Strecht, 1998, 2001, 2006). Deve introduzir-se uma abordagem de relacionamento que optimize o contacto com uma pessoa significativa, a fim de ajudar ao desenvolvimento da confiança no adulto (Bombèr, 2007). Foi isso que, transversalmente a todas as sessões, se preconizou na intervenção com a Sofia.

Relativamente aos objetivos definidos, sabe-se que a regulação emocional (que inclui a consciência e o controlo emocional) é fundamental no relacionamento interpessoal (Grup de Recerca em Orientació Psicopedagógica [GROP], 2010), motivo pelo qual surge a necessidade de desenvolver tais competências. Primeiramente, a consciência emocional, ou seja, a capacidade de ter consciência, identificando e dando nome, às próprias emoções e às emoções dos outros, o que pressupõe conhecimento do vocabulário das emoções e capacidade para compreender os códigos expressivos (GROP, 2010). E, posteriormente, o controlo emocional, ou seja, a capacidade de gerir, de forma adequada, as próprias emoções e as dos outros (GROP, 2010). Visto que para que as crianças consigam controlar as emoções é necessário tomarem consciência das mesmas e aperceberem-se das alterações corporais que surgem com estas, tomando isso como indicação para parar e pensar no que fazer, ao invés de agir impulsivamente (Goleman, 2010), é importante fazer com que a criança perceba que as emoções se expressam corporalmente (Akasha, 2004). A criança tem de aprender a controlar as sensações físicas que acompanham as emoções, de modo a preparar-se para compreender a origem das mesmas e perceber se é possível fazer alguma coisa e o quê para tratar as suas causas (Brazelton & Sparrow, 2006). É também importante que as crianças consigam controlar os seus impulsos e consigam entender que existem diferentes maneiras de resolver os conflitos (Goleman, 2010).

Ainda que se saiba que aprender a lidar com os sentimentos agressivos é um grande desafio, considera-se que o simples facto de os compreender parece suficiente para os conseguir atenuar (Brazelton & Sparrow, 2006), pelo que se objetivou trabalhar com a Sofia nesse sentido.

De modo a atingir os objetivos propostos, priorizaram-se sempre atividades que ajudassem à expressão afetiva (Costa, 2008), utilizando como principais mediadores terapêuticos, a expressão plástica e a expressão dramática, uma vez que a expressão pela arte,

seja de que tipo for, permite a exteriorização das emoções e dos sentimentos (Santos, 2009) e a compreensão acerca do que se passa consigo (Santos, 1990). Assim, optou-se pelo uso da expressão plástica porque esta permite a expressão dos sentimentos da criança, por vezes, incomunicáveis de outra forma (Strecht, 2004), demonstrando-se uma ferramenta útil na intervenção com crianças com dificuldades emocionais (Costa, 2008; Strecht, 2004). Também a expressão dramática, foi utilizada pelo facto de, através de personagens (Tezani, 2006), facilitar a comunicação, permitir a manifestação de emoções (Aguilar, 2001; Costa, 2008), e possibilitar recriar, simbolizar e representar situações reais ou imaginárias e assim, exercitar o olhar sob o mundo, reformulando vivências, modificando perceções e generalizando experiências ao quotidiano (Aguilar, 2001).

Indispensável também foi ter em conta determinadas estratégias terapêuticas que facilitassem o estabelecimento da relação terapêutica e o desempenho da criança e, consequentemente, simplificassem a aquisição dos objetivos, nomeadamente proporcionar um ambiente de segurança, confiança e respeito; adotar uma atitude de empatia, simpatia e estreita relação; ter em conta os interesses da criança; valorizar os êxitos durante o processo e não apenas o produto final; utilizar reforço positivo; respeitar o ritmo da criança; definir limites e regras dentro do espaço da sessão; consciencializar das ações executadas; e, apelar à verbalização das vivências.

Ao longo de toda a intervenção, foi construído um livro baseado no Diário das Emoções, de Llenas (2016), onde constavam os trabalhos realizados nas sessões, tendo este sido facultado à criança no final da mesma.

3. RESULTADOS

3.1 OBSERVAÇÃO PSICOMOTORA

A Sofia é uma menina, cuja aparência física é cuidada, que apresenta um desenvolvimento estato-ponderal de acordo com a sua faixa etária e estabelece um contacto adequado e interativo com a equipa técnica, ainda que, um contacto evitante com alguns membros da equipa de auxiliares, isolando-se frequentemente.

A qualidade do seu gesto é, por vezes, desadequada, sendo este brusco. De resto, a nível psicomotor não são observáveis dificuldades. No que diz respeito à relação interpessoal, a Sofia reconhece hierarquias, mas muitas das vezes, não as respeita, apresentando constantemente, dificuldades em aceitar orientações e agressividade quando contrariada ou chamada à atenção. A sua participação, quando aceita participar nas atividades institucionais, é ativa, demonstrando as suas preferências. Encontra-se incluída no grupo das outras crianças, embora por vezes se autoexclua. Não demonstra grande capacidade de entreatajuda,

transparecendo alguma indiferença e recusando-se por vezes a cooperar. A sua interação com os materiais é adequada. Relativamente à linguagem verbal, tanto a linguagem recetiva como a linguagem expressiva demonstram ser adequadas e com compreensão, contudo, o tom de voz é, muitas das vezes, evasivo. A nível da linguagem não-verbal, o olhar varia entre direto e evitante e o sorriso, quando existente, é concordante com a situação. A postura é, essencialmente, desafiante, agressiva e impositiva. É notória a existência de um bloqueio na expressão dos afetos.

3.2 BASC

3.2.1 AUTOAVALIAÇÃO

Durante a aplicação do questionário, no momento de avaliação inicial, a Sofia mostrou-se interessada, pois sabia que através da resposta às questões se desencadearia o início da intervenção, algo que desejava. Enquanto respondia às perguntas, fez também comentários complementares às mesmas. Também no momento de avaliação final se mostrou colaborante.

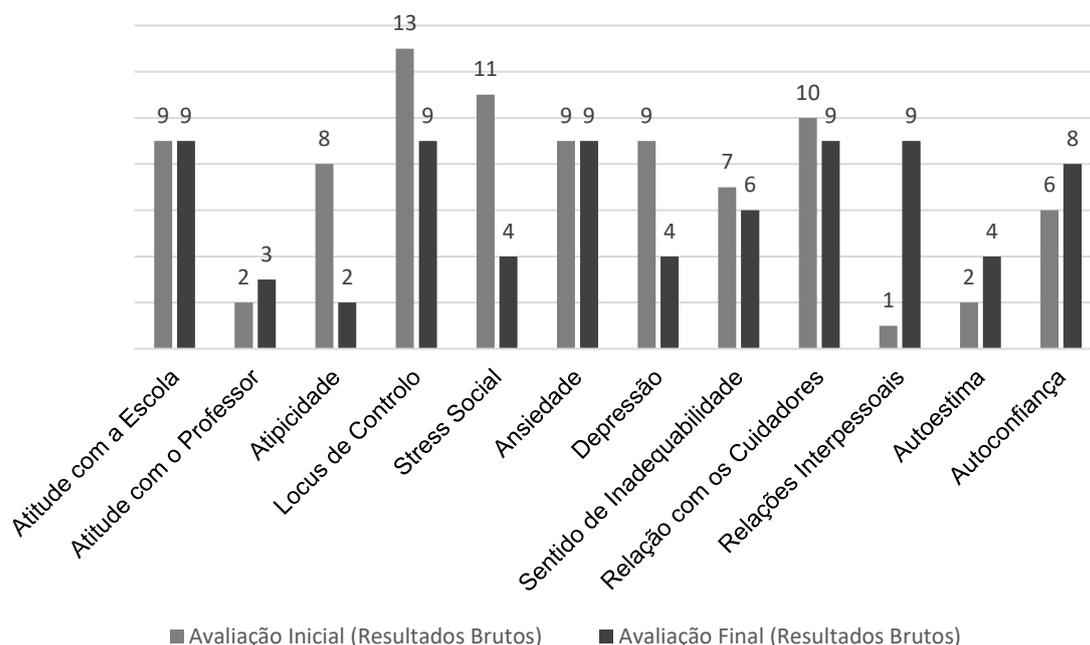


Figura 7 – BASC – Autoavaliação – Progressão Terapêutica

Há que mencionar que nos primeiros 8 parâmetros, quanto mais baixos os valores obtidos, mais positivos são os resultados, contrariamente aos últimos 4 parâmetros, onde quanto mais baixos os valores obtidos, piores os resultados.

Deste modo, de acordo com a análise da *Figura 7*, que representa os resultados inferidos a partir das respostas da Sofia ao questionário, no momento inicial e no momento final de avaliação, é possível constatar que existiram melhorias no que toca à atipicidade, ao locus de controlo, ao stress social, à depressão, ao sentido de inadequabilidade, às relações interpessoais, à autoestima e à autoconfiança. Contrariamente, houve um retrocesso dos resultados relativos à atitude para com o professor e às relações com os cuidadores. A Sofia manteve as suas capacidades no que diz respeito à atitude com a escola e à ansiedade.

3.2.2 CUIDADOR

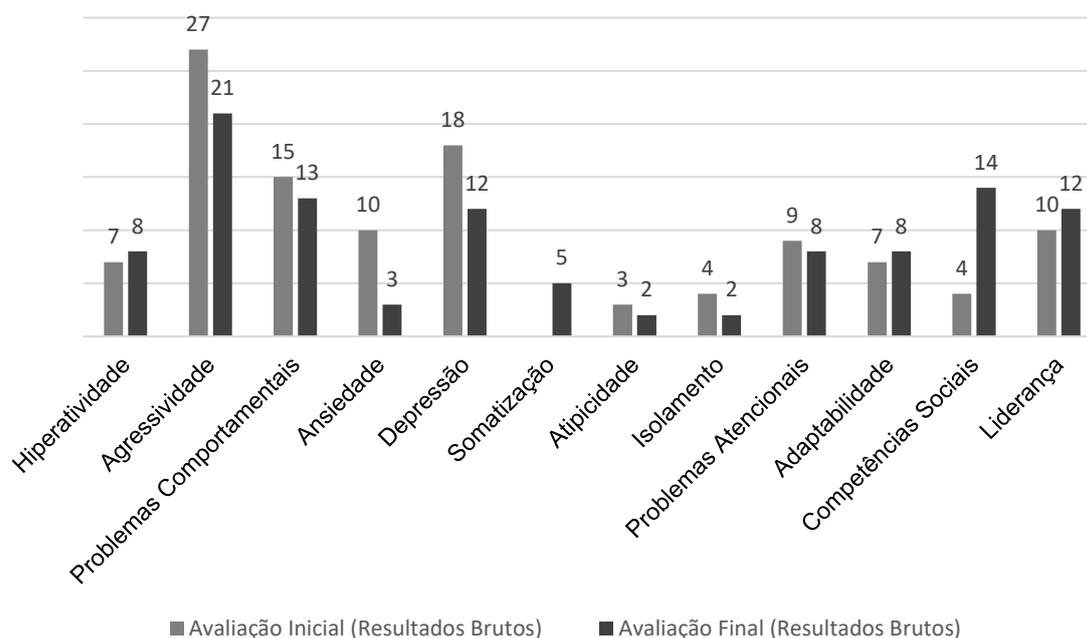


Figura 8 – BASC – Cuidador – Progressão Terapêutica

Novamente se menciona que nos primeiros 9 parâmetros, quanto mais baixos os valores obtidos, mais positivos são os resultados, contrariamente aos últimos 3 parâmetros, onde quanto mais baixos os valores obtidos, piores os resultados.

Desta forma, de acordo com a análise da *Figura 8*, que representa os resultados inferidos a partir das respostas do cuidador da Sofia ao questionário, no momento inicial e no momento final de avaliação, é possível constatar que existiram melhorias no que toca à agressividade, aos problemas comportamentais, à ansiedade, à depressão, à atipicidade, ao isolamento, aos problemas atencionais, à adaptabilidade, às competências sociais e à capacidade de liderança. Contrariamente, a criança passou a apresentar, no contexto institucional, maiores níveis de hiperatividade e de somatização.

3.2.3 PROFESSOR

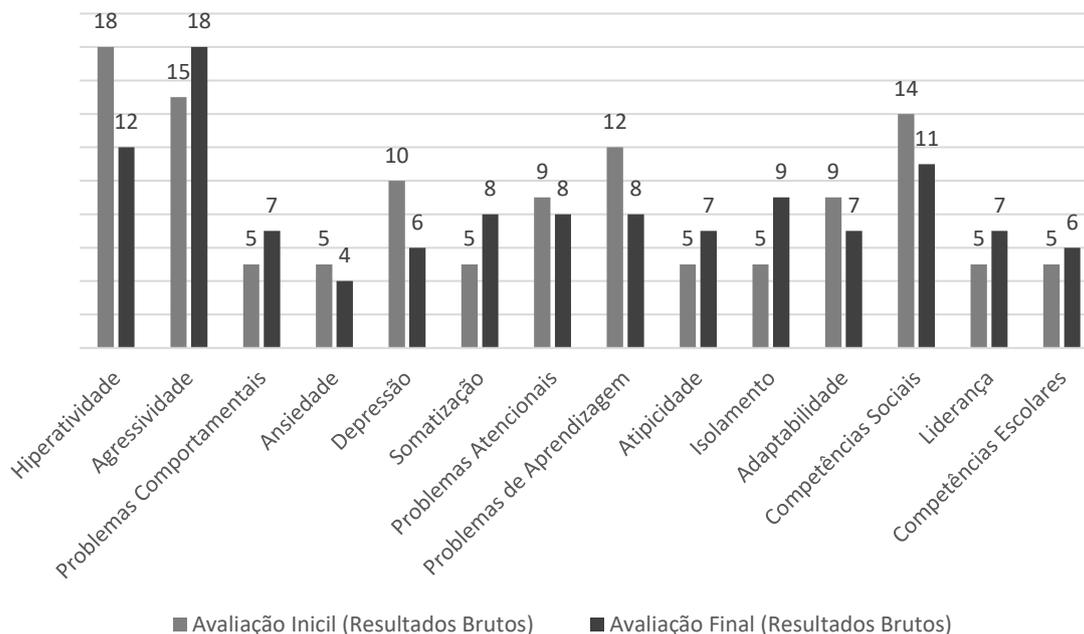


Figura 9 – BASC – Professor – Progressão Terapêutica

Mais uma vez se menciona que nos primeiros 10 parâmetros, quanto mais baixos os valores obtidos, mais positivos são os resultados, contrariamente aos últimos 4 parâmetros, onde quanto mais baixos os valores obtidos, piores os resultados.

Assim, de acordo com a análise da *Figura 9*, que representa os resultados inferidos a partir das respostas do professor da Sofia ao questionário, no momento inicial e no momento final de avaliação, é possível constatar que existiram melhorias no que toca à hiperatividade, à ansiedade, à depressão, aos problemas atencionais, aos problemas de aprendizagem, à capacidade de liderança e às competências escolares. Contrariamente, a criança passou a apresentar, no contexto escolar, níveis mais elevados de agressividade, problemas comportamentais, somatização, atipicidade e isolamento, tendo diminuído as suas capacidades de adaptabilidade e de competências sociais.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Comparando os resultados obtidos através das respostas dadas pela Sofia antes e após a intervenção psicomotora, tem-se que, existiu uma melhoria no que toca à atipicidade, ao locus de controlo, ao stress social, à depressão, ao sentido de inadequabilidade, às relações interpessoais, à autoestima e à autoconfiança, à atitude perante a escola e aos níveis de

ansiedade. Todavia, verificou-se também um retrocesso nos resultados relativos às relações com os cuidadores e à atitude para com o professor. E, ainda que a diferença de valores nestes dois parâmetros não seja significativa, importa referir que isto acontece numa fase em que a Sofia volta a dizer que, na instituição, estão todos contra ela e se queixa de não gostar do professor. Impõe-se, então, à análise dos resultados obtidos tendo em conta as respostas do cuidador e do professor da Sofia ao questionário.

De acordo com as respostas do cuidador da Sofia, é possível constatar que, no momento de avaliação final, comparativamente ao momento de avaliação inicial, existiram melhorias, no contexto institucional, em todos os parâmetros considerados, à exceção da hiperatividade e da somatização. Ainda assim, não só o aumento dos valores da hiperatividade não foi significativo, como se considera que o aumento dos valores da somatização se prende com a existência de problemas de saúde relacionados com a coluna, que lhe conferem, efetivamente, dores, motivo pelo qual a criança se queixa constantemente.

Já através dos resultados obtidos pelas respostas do professor da Sofia, é possível constatar que foi na escola que foram visíveis mais retrocessos, quando comparados os resultados obtidos no momento de avaliação final, com os resultados obtidos no momento de avaliação inicial. Ainda que tenham existido melhorias no que toca à hiperatividade, à ansiedade, à depressão, aos problemas atencionais, aos problemas de aprendizagem, à capacidade de liderança e às competências escolares, o professor refere níveis mais elevados de agressividade, problemas comportamentais, somatização, atipicidade e isolamento, tendo as suas capacidades de adaptabilidade e as suas competências sociais diminuído no final do ano escolar. Considera-se novamente que o aumento dos níveis de somatização se pode dever aos efetivos problemas de saúde da criança. Considera-se, ainda, que a diminuição nas competências sociais se deve ao facto de os valores, num primeiro momento de avaliação, poderem não refletir verdadeiramente as capacidades da criança, uma vez que o professor apenas a conhecia há cerca de um mês. Relativamente, ao aumento das situações de agressividade, dos problemas comportamentais, da atipicidade, do isolamento e da diminuição das competências de adaptabilidade, há que referir que, durante o ano letivo não se verificaram, tendo aparecido no final do mesmo. Inclusivamente, no final do segundo período, o professor disse que a Sofia se tinha revelado mais participativa, tendo-o feito de forma correta, tinha efetuado progressos ao nível de aquisição e da aplicação de conhecimentos, melhorado a autonomia na realização das tarefas, apresentava uma melhoria no interesse e empenho pelas atividades escolares e não evidenciava comportamentos disruptivos, nem na relação com os pares nem com as figuras hierárquicas. Contrariamente, no último período do ano letivo, o professor referiu a existência de dificuldades na interação pessoal, especialmente dificuldade no respeito pelas hierarquias, apresentando-se, constantemente, desafiante. A partir destes resultados é possível intuir-se que, durante o último período do ano letivo (coincidente com a fase final da intervenção), o professor deva ter chamado mais frequentemente a Sofia à atenção,

o que é explicativo do decréscimo da relação entre ambos, relatado pela criança durante a sua resposta ao inquérito.

De um modo geral, os resultados obtidos deixam clara a existência de melhorias a nível socioemocional após a intervenção psicomotora levada a cabo com a Sofia. Não obstante, estes evidenciam também algumas regressões comparativamente aos resultados obtidos no momento de avaliação inicial, essencialmente, em contexto escolar (no qual a criança passa a maior parte do tempo). Considera-se que estas mesmas regressões não ilustram a real evolução da Sofia ao longo da intervenção (até porque no final do segundo período do ano letivo eram visíveis melhorias, inclusivamente na escola), espelhando sim o comportamento da mesma numa fase final da terapia, ao saber que iria deixar de beneficiar desse mesmo acompanhamento.

5. CONCLUSÕES

As crianças não são capazes de lidar emocionalmente com a incapacidade dos pais para atender às suas necessidades (Bombèr, 2007), motivo pelo qual, mesmo após a vivência de situações traumáticas, muitas vezes idealizam e preservam o vínculo que os une, admitindo apenas pais ideais (Berger, 1998). De facto, crianças vítimas de maus-tratos tendem a representar as figuras parentais de forma idêntica às crianças que crescem em ambientes saudáveis (Sousa & Cruz, 2016), acreditando que as condições a que estiveram sujeitas podem ser alteradas, convencendo-se de que não se irão repetir, considerando-se providas de uma função reparadora e iludindo-se de que conseguem “curar” os pais (Strecht, 1998), tendo qualquer argumento contrário pouco impacto sobre o desejo de voltar para junto deles (Berger, 1998).

Mas, estando institucionalizadas e não sendo possível aceder ao seu desejo de voltar para perto dos pais, é essencial poderem beneficiar de um acompanhamento terapêutico que as ajude a superar os traumas vividos e a minimizar as sequelas causadas pelos mesmos, ainda que, muitas das vezes, não tenham consciência de tal.

Crianças que não tenham recebido os cuidados necessários experimentam níveis de stress que podem gerar significativas vulnerabilidades no desenvolvimento das suas habilidades afetivas e comportamentais (Bombèr, 2007). A capacidade de identificar e nomear emoções e relacioná-las com expressões faciais pode parecer óbvia, não necessitando de ser aprendida. Contudo, o seu ensinamento é fundamental (Goleman, 2010) para a inexistência de problemas de comportamento. Tendo em conta que a desregulação emocional tem sido associada a formas de psicopatologia em crianças, nomeadamente a perturbações disruptivas, do controlo de impulsos e da conduta (APA, 2014), parece pertinente que esta seja, quanto antes, alvo de intervenção terapêutica (Dvir, Fotd, Hill & Frazier, 2014). A isso acresce o facto de ser também

importante fornecer uma ajuda atempada, que permita modificar atitudes e travar o caminho para a delinquência (Goleman, 2010).

Na intervenção com a Sofia, acreditou-se sempre no potencial evolutivo da criança por maiores que fossem as suas dificuldades emocionais (Strecht, 2001). Teve-se sempre em conta que as crianças não atuam só para elas, mas num “diálogo comportamental” com os demais, de quem esperam respostas (Costa, 2011), pelo que se pretendeu ser uma figura capaz de lhe garantir a segurança e um adulto a quem se pudesse modelar, a fim de potenciar o desenvolvimento de competências emocionais e, assim, contribuir positivamente para a existência de uma melhor saúde mental (Rieffe & Rooij, 2012).

Considera-se que os objetivos estabelecidos foram alcançados, ainda que as evoluções possam não ter sido globais ou não terem implicado uma recuperação total, uma vez que foram sentidas pela criança e pelos adultos que com ela lidam, durante um determinado período de tempo, em relação ao estado inicial das dificuldades (Strecht, 2001).

Aconselha-se a continuação do seu acompanhamento em Psicomotricidade. Importa referir que, apesar de se ter conhecimento dos benefícios da relaxação neste tipo de intervenção terapêutica e de, inicialmente, se ter ponderado implementar tal estratégia ao longo das sessões, optou-se por outro percurso terapêutico que não esse, uma vez que as crianças dispunham de sessões semanais de relaxação. Deste modo, considera-se também importante a continuação da frequência destas sessões de relaxação, a fim de complementar a intervenção realizada, oferecendo à criança a possibilidade de apreender estratégias úteis para lidar com as suas dificuldades emocionais

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, L. (2001). *Expressão e educação dramática: Guia pedagógico para o 1º ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional
- Akasha, E. S. (2004). No início era a relação. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* 1(3), 95-104. ISSN: 1645-748X
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ªed.* Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9789727963478
- Berger, M. (1998). *A criança e o sofrimento da separação*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 97284490602
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9727960022
- Bombèr, L. M. (2007). *Inside I'm hurting: Practical strategies for supporting children with attachment difficulties in schools*. United Kingdom: Worth Publishing. ISBN: 9781903269114
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2003). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 9789722329231
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2006). *O método Brazelton: Compreender a agressividade na criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Carneiro, M. (2003). As consequências do abuso sexual na imagem corporal das crianças e a influência de uma terapia psicomotora. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 71-82. ISSN: 1645-748X
- Costa, J. (2008). *Grelha de observação psicomotora (não publicado)*

- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos editora. ISBN: 9789729911071
- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos editora. ISBN: 9789729911088
- Dvir, Y., Fotd, J.D., Hill, M., & Frazier, J.A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000014
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2017). *Una situación habitual: La violencia en las vidas de niños y adolescentes*. Disponível em www.unicef.org
- Goleman, D. (2010). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates. ISBN: 9789896440900
- Grup de Recerca em Orientació Psicopedagógica [GROP]. (2010). *Actividades para o desenvolvimento da inteligência emocional nas crianças*. Lisboa: Arteplural Edições. ISBN: 9789898013880
- Hrbackova, K. & Safrankova, A. P. (2016). Self-regulation of behaviour in children and adolescents in the natural and institutional environment. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 217, 679-687. DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.02.119
- Instituto da Segurança Social [ISS]. (2018). *CASA 2017 – Relatório de caracterização anual da situação de acolhimento de crianças e jovens*. Disponível em www.seg-social.pt
- Katz, L. G. (2006). Perspectivas atuais sobre aprendizagem na infância. *Saber (e) Educar*, 11, 7-21. ISSN: 0873-3600
- Llenas, A. (2016). *Diário das Emoções*. Barcelona: Editorial Planeta. ISBN: 9789896577285
- Nuñez, J. G. (2003). A Psicomotricidade em crianças abandonadas e maltratadas. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 27-33. ISSN: 1645-748X
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service
- Rieffe, C. & De Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *Eur Child Adolesce Psychiatry*, 21, 349-356. DOI: 10.1007/s00787-012- 0267-8
- Santos, J. (1990). *Eu agora quero-me ir embora: Conversas com João Sousa Monteiro*. Lisboa: Assírio e Alvim. ISBN: 9723702622
- Santos, J. (2007). *A casa da praia: O psicanalista na escola*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN: 9722410024
- Santos, J. (2007ª). *Ensinar-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Assírio e Alvim. ISBN: 9789723711189
- Santos, J. (2009). *É através da via emocional que a criança aprende o mundo exterior*. Lisboa: Assírio e Alvim. ISBN: 9789723713398
- Sousa, M. L., & Cruz, O. (2016). A Relação entre as Representações acerca das Figuras Parentais e as Competências Sociais em Crianças Maltratadas e não Maltratadas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-9. DOI:10.1590/0102-3772e32224
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9273704625
- Strecht, P. (2001). *Preciso de ti: Perturbações psicossociais em crianças e adolescentes*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9789723705300
- Strecht, P. (2004). *Quero-te muito: Crónicas para pais sobre filhos*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9723709023
- Strecht, P. (2006). *Olha por mim: Reflexões sobre temas da infância e adolescência*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9789723711530
- Tezani, T. C. R. (2006). O jogo e os processos de aprendizagem e desenvolvimento: aspectos cognitivos e afetivos. *Educação em revista*, 7(1/2), 1-16. ISSN: 1518-7926
- Wallon, H. (2005). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70. ISBN: 9724412326

CAPÍTULO 6 – CONCLUSÕES

É indiscutível a importância de efetuar uma análise após a realização de um período de estágio e a elaboração do respetivo relatório. Demorou até conseguir resumir a minha experiência em tão pouco espaço, até porque foi difícil transpor para a escrita tudo o que vivenciei: as aprendizagens, os sorrisos, as lágrimas, a marca que ficou em mim após a saída desta instituição... O relatório que elaborei implicou, efetivamente, parar e realizar uma imensa reflexão.

Com a crescente preocupação acerca dos direitos humanos em geral e acerca dos direitos das crianças particularmente, seria expectável que já estivessem reunidas as condições para um desenvolvimento saudável de todas as crianças. Todavia, as crianças que tive o prazer de conhecer encontram-se marcadas por um passado que não lhes sorriu, apresentando características típicas de quem passou por situações traumáticas. Foi este o motivo que me levou a optar por estagiar nesta instituição, acreditando que poderia fazer a diferença nas suas vidas. E ainda que trabalhar num Centro de Acolhimento Temporário para crianças demonstrasse vir a ser um enorme desafio, disponibilizei-me a agarrá-lo de braços e coração abertos, mesmo sabendo à partida que a tarefa implicaria algum desgaste emocional, pois as situações de crianças em dificuldades ecoam nas emoções de quem as procura ajudar. Uma vez que iria estar presente nesta instituição durante um curto período de tempo, estava decidida a fazer com que a minha presença valesse a pena, dando tudo o que tinha.

Desta forma, com vontade de ajudar a superar algumas das necessidades destas crianças, delinearam-se intervenções psicomotoras individualizadas, onde foram propostos objetivos a atingir. De um modo geral, pode assumir-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que a maioria das crianças obteve melhores resultados na avaliação final, comparativamente à avaliação inicial, e que o *feedback* dos profissionais que com elas contactam foram positivos. Todavia, mentiria se dissesse que tudo foram “rosas” e se não mencionasse os “espinhos” que encontrei pelo caminho. De facto, no decorrer do estágio deparei-me com a existência de algumas limitações, nomeadamente dificuldade em encontrar horários compatíveis (pela existência de atividades extracurriculares ou institucionais, pela necessidade da realização de trabalhos escolares ou pela existência de visitas supervisionadas) e dificuldade em ter salas disponíveis para a realização das sessões (pela partilha destas com outra valência da instituição, como referido anteriormente). Por diversas vezes, as crianças adoeceram, o que impossibilitou a realização das sessões, sendo que num dos casos também eu acabei por adoecer.

Através da realização deste estágio, fica clara a pertinência da Psicomotricidade como resposta terapêutica para crianças institucionalizadas, permitindo a melhoria de alguns aspetos do seu desenvolvimento. O psicomotricista é um terapeuta capaz de estruturar um programa de intervenção que olha a criança de forma holística, indo de encontro ao seu verdadeiro “Eu”, através da utilização de variadas ferramentas terapêuticas, pelo que a sua presença neste tipo

de instituições faz todo o sentido. É imperativo encarar o acolhimento institucional como uma fase terapêutica na vida destas crianças, dotando as instituições de profissionais competentes para ir ao encontro das necessidades das mesmas.

E se, no meu entender, a presença de um psicomotricista nestas equipas multidisciplinares é uma mais valia, há que destacar a importância de todos os outros profissionais que delas fazem parte. Tive o privilégio de me cruzar com pessoas incríveis que dão os seus dias a estas crianças, porque é isto que os adultos que trabalham dia após dia em Centros de Acolhimento para crianças fazem: dão de si, mesmo sabendo que compreender e ajudar estas crianças é um trabalho árduo, pelo qual muitas das vezes não são reconhecidos. Estes adultos são seres humanos especiais e faz falta valorizar o seu trabalho e não os deixar sozinhos. E, apesar das diversas investigações realizadas ao longo das últimas décadas acerca dos maus-tratos infantis, faz falta mais. Espero que a sociedade consiga, num futuro próximo, preparar-se para o grande desafio das crianças institucionalizadas e tudo o que as envolve, conseguindo assim dar-lhes uma resposta adequada, oferecendo-lhes tudo o que merecem e que outros não lhes conseguiram conceder.

A nível profissional, este estágio assumiu um papel influente, uma vez que me possibilitou a colocação em prática de conhecimentos adquiridos ao longo da minha formação académica; a aquisição constante de saberes, através do contacto com a população, com a equipa técnica, com a equipa de auxiliares, com as famílias e com os profissionais de outros contextos onde as crianças se inserem (escola, hospitais...) e, através da participação em formações; o aperfeiçoamento de características essenciais a um psicomotricista, tais como a capacidade de observação, a criatividade, a capacidade de estabelecer relações terapêuticas e profissionais, a capacidade de adaptação a vários contextos, a autonomia e a autoconfiança; e, a motivação para continuar a investir na minha formação em geral, bem como continuar a investigar e aprofundar conhecimentos neste contexto de atuação específico.

Pessoalmente, este foi um período de medos e inseguranças, durante o qual se levantaram muitas questões, me deparei com as minhas fragilidades e tive de aprender a compreendê-las e a lidar com elas, mas durante o qual conheci também as minhas capacidades e tive a possibilidade de aprimorá-las. Foi, essencialmente, um período durante o qual me conheci e aprendi a dar valor ao que é realmente importante. Fecho este longo ciclo, que foi mais do que um estágio, com a certeza de que irei ter coragem para iniciar muitos outros. O balanço geral é francamente positivo, até porque quanto maior a dificuldade, maior o sentimento de realização.

Estou grata pela possibilidade de poder partilhar as experiências que vivi.

Grata! Acima de tudo!

CAPÍTULO 7 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, L. (2001). *Expressão e educação dramática: Guia pedagógico para o 1º ciclo do Ensino Básico*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional
- Akasha, E. S. (2004). No início era a relação. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade* 1(3), 95-104. ISSN: 1645-748X
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ªed.* Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9789727963478
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP). (2011). *Regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses*.
- 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 behaviour problems in toddlers. *Child abuse & Neglect*, 38 (12), 2072-2079. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.10.015
- Barreto, A. (2013). *Educar em valores inteligentes*. Madrid: Editorial CCS. ISBN: 9788498428315
- Bartholomeu, D., Sisto, F. F., & Rueda, F. J. M. (2006). Dificuldades de aprendizagem na escrita e características emocionais de crianças. *Psicologia do estudo*, 11(1), 139-146. DOI: 10.1590/S1413-73722006000100016
- Berger, M. (1998). *A criança e o sofrimento da separação*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 97284490602
- Berger, M. (2001). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9727960022
- Boimare, S. (2011). *A criança e o medo de aprender*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972844981X
- Bombèr, L. M. (2007). *Inside I'm hurting: Practical strategies for supporting children with attachment difficulties in schools*. United Kingdom: Worth Publishing. ISBN: 9781903269114
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2003). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença. ISBN: 9789722329231
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. D. (2006). *O método Brazelton: Compreender a agressividade na criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Carneiro, M. (2003). As consequências do abuso sexual na imagem corporal das crianças e a influência de uma terapia psicomotora. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 71-82. ISSN: 1645-748X
- Costa, J. (2003). Psicomotricidade relacional. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(1), 42-46. ISSN 1645-748X
- Costa, J. (2008). *Grelha de observação psicomotora (não publicado)*
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos editora. ISBN: 9789729911071

- Costa, J. (2011). *Adoles Ser: Psicomotricidade relacional em jovens com alterações do comportamento*. Lisboa: Trilhos editora. ISBN: 9789729911088
- Cruz, V. (2007). *Uma abordagem cognitiva da leitura*. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas. ISBN: 9789727574612
- Decreto-Lei nº 147/99 de 1 de setembro da Assembleia da República, Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República: Série I-A, NO 204 (1999). Acedido a 24 de setembro de 2018. Disponível em www.dre.pt
- Decreto-Lei nº 23/2017 de 23 de maio da Assembleia da República, Terceira alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo, aprovada pela lei nº 147/99, de 1 de setembro, alargando o período de proteção até aos 25 anos. Diário da República: Série I, NO 23 (2017). Acedido a 24 de setembro de 2018. Disponível em www.dre.pt
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Disponível em www.dgs.pt
- Dvir, Y., Fotd, J.D., Hill, M., & Frazier, J.A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149-161. DOI: 10.1097/HRP.000000000000014
- Ellis, R. H., Fisher, P. A., & Zaharie, S. (2004). Predictors of disruptive behavior, developmental delays, anxiety, and affective symptomatology among institutionally reared romanian children. *J. AM. ACAD. CHILD ADOLESC. PSYCHIATRY*, 43 (10), 1283-1292. DOI: 10.1097/01.chi.0000136562.24085.160
- Fernandes, J., Filho, P., & Resende, A., (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 26 (3), 702-709. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoEN1232
- Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Montico, M., Zoia, S., & Schön, D. (2015). Music training increases phonological awareness and reading skills in developmental dyslexia: a randomized control trial. *PLoS ONE*, 10(9). DOI: 10.1371/journal.pone.0138715
- Flaugnacco, E., Lopez, L., Terribili, C., Zoia, S., Buda, S., Tilli, S., Monasta, L., Montico, M., Sila, A., Ronfani, L., & Schön, D. (2014). Rhythm perception and production predict reading abilities in developmental dyslexia. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8, 1-14. DOI: 10.3389/fnhum.2014.00392
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: Perspetivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora editora. ISBN: 9727800726
- Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(3), 18-30. ISSN 1645-748X
- Fonseca, V. (2008). *Dificuldades de Aprendizagem: Abordagem neuropsicológica e psicopedagógica ao insucesso escolar*. Lisboa: Âncora editora. ISBN: 9789727802104
- Fonseca, V. (2009). Dislexia, cognição e aprendizagem: uma abordagem neuropsicológica das dificuldades de aprendizagem da leitura. *Revista Psicopedagogia*, 26(81), 339-356. ISSN: 0103-8486
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 17(18), 42-52.

- Frostig, M. (2003). *Frostig: Test de desarrollo de la percepcion visual. 2ª edición*. Madrid: TEA Ediciones. ISBN: 847174743X
- Fumagalli, J., Barreyro, J. P., Jacobovich, S., Olmedo, A., & Jaichenco, V. (2016). Habilidades fonológicas, precisión lectora y velocidad en pacientes con dislexia. *Cuadernos de Neuropsicología Panamerican Journal of Neuropsychology*, 10(1), 71-87. DOI: 10.7714/CNPS/10.1.205
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2017). *Una situación habitual: La violencia en las vidas de niños y adolescentes*. Disponível em www.unicef.org
- Giovagnoli, G., Vicari, S., Tomassetti, S., & Menghini, D. (2016). The Role of Visual-Spatial Abilities in Dyslexia: Age Differences in Children's Reading? *Front. Psychol*, 7(1997), 1-9. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01997
- Goleman, D. (2010). *Inteligência emocional*. Lisboa: Temas e Debates. ISBN: 9789896440900
- Golse, B. (2006). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 9789727961948
- Grup de Recerca em Orientació Psicopedagógica [GROP]. (2010). *Actividades para o desenvolvimento da inteligência emocional nas crianças*. Lisboa: Arteplural Edições. ISBN: 9789898013880
- Henderson, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement assessment battery for children. Second editon*. UK: The Psychological
- Hrbackova, K. & Safrankova, A. P. (2016). Self-regulation of behaviour in children and adolescents in the natural and institutional environment. *Procedia-Social and behavioral sciences*, 217, 679-687. DOI: 10.1016/j.sbspro.2016.02.119
- Instituto da Segurança Social [ISS]. (2018). *CASA 2017 – Relatório de caraterização anual da situação de acolhimento de crianças e jovens*. Disponível em www.seg-social.pt
- Johnson-Martin, N.M., Attermeier, S.M, & Harker, B.J. (2004). *The carolina curriculum for infants and toddlers with special needs*. Baltimore: Paul H. Brookes
- Katz, L. G. (2006). Perspectivas atuais sobre aprendizagem na infância. *Saber (e) Educar*, 11, 7-21. ISSN: 0873-3600
- Llenas, A. (2016). *Diário das Emoções*. Barcelona: Editorial Planeta. ISBN: 9789896577285
- Lundetræ, K., Solheim, O. J., Schwippert, K., & Uppstad, P. H. (2017). Protocol: 'On Track', a group-randomized controlled trial of an early reading intervention. *International Journal of Educational Research*, 86, 87-95. DOI.org/10.1016/j.ijer.2017.08.011
- Mira, A., R., & Fernandes, J. (2015). *Comunicação não-verbal na intervenção psicomotora*. Em Fernandes, J., & Filho, P., (Edits.), *Atualidades da pratica psicomotora* (pp. 81-90). Rio de Janeiro: Wak Editora. 9788578543099

- Mira, A. R., & Fernandes, J. (2016). Aspectos 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
- Naglieri, J. (1988). *Draw a person: A quantitative scoring system*. San António, TX: Psychological Corporation
- Nuñez, J. G. (2003). A Psicomotricidade em crianças abandonadas e maltratadas. *A Psicomotricidade. Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 1(2), 27-33. ISSN: 1645-748X
- Rieffe, C. & De Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *Eur Child Adolesce Psychiatry*, 21, 349-356. DOI: 10.1007/s00787-012-0267-8
- Oliveira, M. (2008). *Psicomotricidade, jogos e brincadeiras no processo ensino-aprendizagem*. II Seminário de Metodologia do Ensino de Educação Física. FEUSP. São Paulo
- Organização das Nações Unidas [ONU] (1989). *Convenção sobre os Direitos das Crianças*. Disponível em www.unric.org/pt
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014*. Disponível em www.who.int
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113. DOI: 10.2174/1876391X010020010105
- Rey, A., & Osterrieth, P. A. (1944). Filetest de copie d'une figure complexe. *Archive de Psychologie*, 30, 306-356.
- Reynolds, C., & Kamphaus, R. (1992). *Behavior Assessment System for Children*. Circle Pines, MN: American Guidance Service
- Ring, J., & Black, J. L. (2018). The multiple deficit model of dyslexia: what does it mean for identification and intervention? *Annals of dyslexia*, 68(2), 104-125. DOI: 10.1007/s11881-018-0157-y
- Sá, T. (2014). *Casas e Pessoas*. In T. S. Mendes, & P. V. Santos (Eds.), *Acolhimento de Crianças e Jovens em Perigo* (pp.ix-xi). Lisboa: CLIMEPSI Editores
- Santos, J. (1990). *Eu agora quero-me ir embora: Conversas com João Sousa Monteiro*. Lisboa: Assírio e Alvim. ISBN: 9723702622
- Santos, J. (2007). *A casa da praia: O psicanalista na escola*. Lisboa: Livros Horizonte. ISBN: 9722410024
- Santos, J. (2007^a). *Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta*. Lisboa: Assírio e Alvim. ISBN: 9789723711189
- Santos, J. (2009). *É através da via emocional que a criança aprende o mundo exterior*. Lisboa: Assírio e Alvim. ISBN: 9789723713398

- Scherer, E. A., & Scherer, Z. A. P. (2000). A criança maltratada: uma revisão da literatura. *Revista latino-americana de enfermagem*, 8(4), 22-29. Ribeirão Preto. DOI: 10.1590/S0104-1169200000400004
- Shallice, T. (1982). Specific impairments in planning. *Philosophical transcripts of the royal society of London*, 298, 199-209
- 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. DOI: 10.1080/14616734.2013.869237
- Sousa, M. L., & Cruz, O. (2016). A Relação entre as Representações acerca das Figuras Parentais e as Competências Sociais em Crianças Maltratadas e não Maltratadas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(2), 1-9. DOI:10.1590/0102-3772e32224
- Stambak, M. (1968). *Três provas de ritmo*. In. Zazzo, R. (Ed.), *Manual para exame psicológico da criança* (pp-107-125). São Paulo: Mestre Jou.
- Strecht, P. (1998). *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9273704625
- Strecht, P. (2001). *Preciso de ti: Perturbações psicossociais em crianças e adolescentes*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9789723705300
- Strecht, P. (2004). *Quero-te muito: Crônicas para pais sobre filhos*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9723709023
- Strecht, P. (2006). *Olha por mim: Reflexões sobre temas da infância e adolescência*. Lisboa: Editora Assírio e Alvim. ISBN: 9789723711530
- Tezani, T. C. R. (2006). O jogo e os processos de aprendizagem e desenvolvimento: aspectos cognitivos e afetivos. *Educação em revista*, 7(1/2), 1-16. ISSN: 1518-7926
- van IJzendoorn, M. H., Palacios, J., Sonuga-Barke, E. J. S., Gunnar, M. R., Varria, P., McCall, R. B., Le Mare, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Dobrova-Krol, N. A., & Juffer, F. (2011). Children in institutional care: delayed development and resilience. *Monographs of the society for research in child development*, 76 (4), 8-30. DOI: 10.1111/j.1540-5834.2011.00626.x
- Wallon, H. (2005). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70. ISBN: 9724412326

ANEXOS

ANEXO I – ESTUDO DE CASO I – PROGRESSÃO TERAPÊUTICA DO DAP

DESENHO DO HOMEM

(antes da intervenção)



(após a intervenção)



DESENHO DA MULHER

(antes da intervenção)

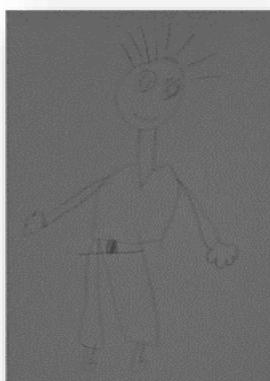


(após a intervenção)



DESENHO DO PRÓPRIO

(antes da intervenção)



(após a intervenção)



ANEXO II – ESTUDO DE CASO I – EXEMPLO DE UM PLANEAMENTO DE SESSÃO TERAPÊUTICA

PLANEAMENTO DE SESSÃO TERAPÊUTICA

Participante:	Dinis			
Detalhes da Sessão:	Nº: 4	Data: 10/01/2019	Objetivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a motricidade global - Potenciar o equilíbrio - Consolidar a noção corporal - Minimizar a impulsividade - Otimizar a capacidade de leitura - Potenciar a capacidade de escrita - Propiciar a atenção - Desenvolver a memória - Favorecer a autoestima - Desenvolver a motivação 	Estratégias Terapêuticas: <ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um ambiente de segurança, confiança e respeito - Adotar uma atitude de empatia, simpatia e estreita relação - Ter em conta os interesses da criança - Respeitar o ritmo da criança - Definir limites e regras dentro do espaço da sessão - Implicar a criança na gestão da sessão - Utilizar reforço positivo - Valorizar os êxitos durante o processo e não apenas o produto final - Consciencializar as ações executadas - Utilizar demonstração sempre que necessário - Analisar e fragmentar tarefas complexas - Estimular o desejo de aprender a ler e escrever

Componente	Atividade	Objetivos Específicos	Material	Tempo
Fase Inicial	<u>Conversa Inicial + Escolha das Atividades:</u> A terapeuta e a criança sentam-se confortavelmente onde a criança desejar e conversam acerca do dia a dia de ambos. Ainda sentados, a terapeuta propõe algumas atividades à criança, facultando-lhe folhas onde estão descritas todas as atividades propostas. Através da leitura da descrição das atividades, a criança percebe em que consistem as mesmas e escolhe a/as que quer realizar e a ordem das mesmas (caso aplicável).	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a capacidade de leitura - Potenciar o foco atencional na tarefa - Estimular a memória a curto prazo - Incrementar o sentimento de competência - Fomentar o gosto pela leitura 	- Folha c/ a descrição das atividades	15'
Fase Fundamental	<u>Bowling:</u> Vários pinos são dispostos pela sala, contendo cada um deles uma letra escrita. De uma caixa, retira-se uma palavra correspondente a uma categoria (e.g.: animais). Em seguida, lança-se um dado com indicações acerca da forma como são derrubados os pinos (e.g.: lançamento da bola com a mão direita, lançamento da bola com o pé esquerdo, lançamento da bola a 5 passos dos pinos,...). Derruba-se o maior número de pinos possíveis. Por cada pino derrubado, diz-se uma palavra da respetiva categoria, iniciada por essa letra e, posteriormente, escreve-se a palavra numa folha. Não se podem repetir palavras.	<ul style="list-style-type: none"> - Otimizar a qualidade e a eficácia do gesto - Promover a coordenação óculo-manual - Favorecer a coordenação óculo-podal - Favorecer o equilíbrio estático - Aprimorar o equilíbrio dinâmico - Reforçar o esquema corporal - Potenciar o controlo inibitório - Estimular a consciência fonema-grafema - Potenciar o foco atencional na tarefa - Incrementar o sentimento de competência - Fomentar o gosto pela leitura e escrita 	<ul style="list-style-type: none"> - Pinos c/ letras - Caixa c/ palavras (categorias) - Dado c/ indicações - Bola - Material de escrita - Folha 	25'
Fase Final	<u>Conversa Final + Caderneta de Tratores Autocolantes:</u> A terapeuta e a criança voltam a sentar-se confortavelmente e conversam acerca da sessão decorrida. A criança é encorajada a verbalizar como se sentiu durante a realização das atividades, bem como a dar opiniões e ideias para as sessões seguintes. A terapeuta dá à criança a possibilidade de colocar a mão dentro de um recipiente, de onde retira um dos diversos tratores autocolantes. Em seguida, a criança procura nas páginas da sua caderneta o local correto para colocar o respetivo trator.	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar o sentimento de competência - Motivar para a frequência das sessões 	<ul style="list-style-type: none"> - Caderneta - Tratores autocolantes 	5'

RELATÓRIO DE SESSÃO TERAPÊUTICA

Nome: Dinis	Nº: 4	Data: 10/01/2019
-------------	-------	------------------

No dia 10 de janeiro de 2019, realizou-se, na Ludoteca do Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”, a quarta sessão individual de Psicomotricidade com o Dinis.

No caminho até à sala terapêutica, o Dinis demonstrou-se bem-disposto e curioso, questionando-me de imediato acerca das atividades que iríamos realizar.

Primeiramente, à semelhança do que era habitual, começámos por falar acerca de como tinha corrido o nosso dia, sentados num tapete construído através de peças de puzzle (local escolhido pelo Dinis e montado também por ele). O Dinis partilhou que o dia tinha sido bom porque não tinha tido aula de Inglês.

Seguidamente, passámos à escolha das atividades. O Dinis ainda está a assimilar o facto de ter que ler a descrição das atividades para poder escolher qual a que quer realizar. Referiu que não lhe apetecia ler mas, sem ser necessária muita insistência da minha parte acabou por fazê-lo. Mais uma vez foi possível verificar a existência de uma leitura por via fonológica, sendo notórias dificuldades na mesma, durante a qual confundiu por diversas vezes sons semelhantes. Demonstrou, como de costume, ansiedade face ao medo de errar. Acabou por escolher a atividade do *bowling*, referindo que a escolha se devia ao facto de já ter jogado *bowling* “a sério” uma vez na instituição e ter saudades de o fazer. Ficou muito entusiasmado com a atividade e aprontou-se de imediato a dispor os pinos pela sala, como indicado.

Durante a atividade, lançava corretamente a bola contra os pinos, apresentando maior dificuldade em realizar os lançamentos quando estes eram feitos com o pé. De cada vez que tirava da caixa uma palavra correspondente a uma categoria, fazia comentários acerca da mesma, tendo referido, no final da sessão que a sua categoria preferida tinha sido a dos animais. Lembrava-se facilmente de palavras pertencentes às mais diversas categorias. Contudo, muitas das vezes, confundia sons, motivo pelo qual enumerava palavras que não eram iniciadas pela letra indicada no pino. Ao ter que escrever a palavra, o Dinis queixava-se sempre mas acabava por fazê-lo, ainda que necessitasse de ajuda para tal.

No final da sessão, o Dinis disse que tinha gostado da atividade mas que preferia se não tivesse sido necessário escrever. Sugeriu uma atividade para realizarmos nas próximas sessões e perguntou de imediato pelo cromo, o qual colocou facilmente no local correto da caderneta. É de realçar que o seu comportamento foi bastante bom, mostrando-se motivado ao realizar a atividade e mais disponível para escrever, comparativamente às sessões anteriores.

ANEXO IV –ESTUDO DE CASO II – EXEMPLO DE UM PLANEAMENTO DE SESSÃO TERAPÊUTICA

PLANEAMENTO DE SESSÃO TERAPÊUTICA

Participante:	Sofia			
Detalhes da Sessão:	Nº: 5	Data: 21/01/2019	Objetivos Gerais: - Potenciar a consciência corporal - Promover a consciência emocional - Fomentar a autoestima	Estratégias Terapêuticas: - Proporcionar um ambiente de segurança, confiança e respeito - Adotar uma atitude de empatia, simpatia e estreita relação - Ter em conta os interesses da criança - Respeitar o ritmo da criança - Utilizar reforço positivo - Definir limites e regras dentro do espaço da sessão - Valorizar os êxitos durante o processo e não apenas o produto final - Consciencializar as ações executadas - Apelar à verbalização das vivências

Componente	Atividade	Objetivos Específicos	Material	Tempo
Fase Inicial	<u>Conversa Inicial + Como estás hoje?:</u> A terapeuta e a criança sentam-se confortavelmente onde a criança desejar e, em seguida, a criança mostra como se sente através da utilização de uma cartolina, na qual estão contidos <i>emojis</i> representativos de estados de espírito. Posteriormente, a terapeuta e a criança conversam acerca do dia de cada uma. É dada, por parte da terapeuta, uma breve explicação acerca da sessão a realizar.	- Desenvolver o reconhecimento de diferentes emoções em si - Favorecer o autoconceito positivo - Incrementar o sentimento de competência	- Cartolina com emojis	10'
Fase Fundamental	<u>Facebook:</u> É dada a indicação à criança de que diferentes emoções, se expressam na cara de formas diferentes. Após recordarem as emoções básicas, a terapeuta e a criança tiram fotos uma à outra representando as diferentes emoções. Posteriormente, em conjunto, analisam as fotos e as respetivas expressões faciais, reproduzem-nas em máscaras de papel e, na parte interior da máscara descrevem as características de cada uma das emoções na face.	- Promover o reconhecimento de alterações corporais derivadas de diferentes emoções - Potenciar o conhecimento acerca das diferentes emoções - Desenvolver o reconhecimento de diferentes emoções em si e no outro	- Máquina fotográfica - Máscaras - Material de desenho	30'
Fase Final	<u>Conversa Final:</u> A terapeuta e a criança voltam a sentar-se confortavelmente e conversam acerca da sessão realizada, sendo a criança encorajada a verbalizar as suas emoções.	- Favorecer o autoconceito positivo - Incrementar o sentimento de competência		5'

ANEXO V – ESTUDO DE CASO II – EXEMPLO DE UM RELATÓRIO DE SESSÃO TERAPÊUTICA

RELATÓRIO DE SESSÃO TERAPÊUTICA

Nome: Sofia	Nº: 5	Data: 21/01/2019
--------------------	--------------	-------------------------

No dia 21 de janeiro de 2019, realizou-se, na Ludoteca do Centro de Acolhimento Temporário I da Associação Amigos da Criança e da Família “Chão dos Meninos”, a quinta sessão individual de Psicomotricidade com a Sofia.

No caminho até à sala terapêutica, a Sofia aparentou estar bem-disposta. Ia ainda a ouvir música, a qual fez questão de me dar a conhecer.

Primeiramente, à semelhança do que era habitual, começámos por falar acerca de como tinha corrido o nosso dia, sentadas num pufe (local escolhido pela Sofia). A Sofia colocou um *emoji* na cartolina correspondente à emoção “felicidade” e referiu que estava feliz porque tinha falado com a mãe ao telefone no dia anterior. Partilhou que na escola o dia tinha sido normal, não tendo existido nenhuma situação fora do comum.

Seguidamente, expliquei brevemente a atividade que tinha pensado desenvolver com ela, à qual prestou bastante atenção, ilustrativa do seu interesse. Ao dar-se conta de que a atividade incluía tirar fotos, ficou desmotivada e referiu que não queria fazer essa parte, pois não gostava de ser fotografada. No entanto, ao perceber que apenas eu e ela íamos ter acesso às fotos, aceitou participar na atividade, até porque eu também seria fotografada.

Durante atividade, mostrou divertir-se ao expressar as diferentes emoções mas, essencialmente, ao ver-me expressar algumas delas, enquanto ela me fotografava. Disse que gostava muito de ter um telemóvel para poder tirar fotos às outras pessoas e poder ter uma foto da irmã. Não demonstrou particulares dificuldades na realização das expressões faciais. Contudo, demonstrou alguma dificuldade em referir verbalmente quais as características das mesmas na face humana. Mostrou ainda interesse na parte da atividade referente ao desenho das máscaras e acabou por querer tirar uma foto comigo com as máscaras colocadas.

No final da sessão, referiu ter gostado da atividade, especialmente da parte de tirar fotografias. Mencionou ter entendido que as diferentes emoções se expressavam de diferentes formas na nossa cara e de que é possível, através da cara reconhecer as emoções que as pessoas sentem, tal como se pretendia com a realização da atividade.