

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

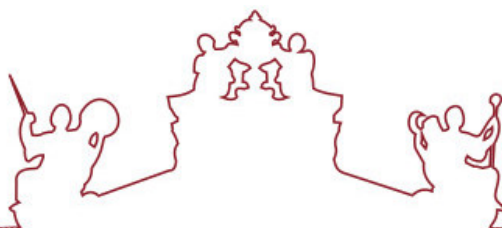
Relatório de Estágio

**Intervenção psicomotora com crianças dos 0 aos 12 anos,
numa instituição de acolhimento;**

Margarida Isabel Canha Palhetinha

Orientador(es) | Ana Rita Matias

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

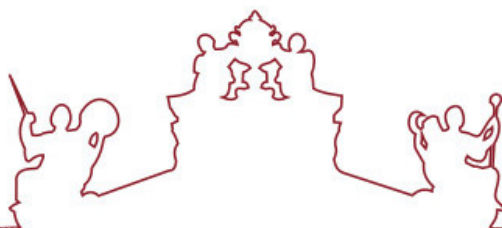
Relatório de Estágio

**Intervenção psicomotora com crianças dos 0 aos 12 anos,
numa instituição de acolhimento;**

Margarida Isabel Canha Palhetinha

Orientador(es) | Ana Rita Matias

Évora 2026



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

Presidente | Guida Veiga (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Rita Matias (Universidade de Évora) (Orientador)
Graça Duarte Santos (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

A todos os que contribuíram para este percurso na instituição, o estágio que tanto desejei.

Aos meus pais, por me ensinarem a nunca desistir, pela confiança e pelo apoio incondicional. Aos meus avós, ao padrinho e ao afilhado, pelo olhar orgulhoso sempre que chegava do estágio e me sentia concretizada. Sem a preocupação e a dedicação deles, não seria uma fase tão especial.

Ao meu namorado, por acreditar em mim e incentivar-me a chegar mais longe, nos bons e maus momentos.

Aos meus amigos, estando longe ou perto, por toda a amizade e dedicação e por acreditarem sempre em mim e saber que estão a torcer pelo meu sucesso.

À Prof^a. Doutora Ana Rita Matias, pela orientação, pelo apoio e pela preocupação ao longo do estágio curricular, demonstrando disponibilidade para ajudar em qualquer momento.

À Dr^a. Inês Feliciano, pela orientação local, pela disponibilidade e por ser um exemplo a seguir como Psicomotricista.

À Dr^a Angélica, Dr^a Mafalda e Dr^a Joana, por serem outro exemplo a seguir e terem tornado a equipa, juntamente com a Dr^a Inês, o estágio ainda mais especial.

Às auxiliares da instituição por todas as aprendizagens, que mesmo não serem diretamente associadas às intervenções psicomotoras, ajudaram a crescer em muitos aspetos.

Por fim, e mais importantes de todos, às crianças da instituição — que, sem o saberem, iluminaram os meus dias e deixaram uma marca profunda na minha vida. Com elas aprendi, todos os dias, que a vida pode ser um bocadinho melhor.

Resumo

Intervenção psicomotora com crianças dos 0 aos 12 anos, numa instituição de acolhimento

Os maus-tratos infantis incluem o abuso físico, emocional, sexual e/ou negligência que afete negativamente o desenvolvimento e o bem-estar da criança. Para além de afetar a saúde física, podem verificar-se consequências cognitivas e emocionais, através dos traumas e dos comportamentos manifestados. Assim, a Psicomotricidade pode contribuir através do desenvolvimento harmonioso, promover as competências fragilizadas e permitir que as crianças tenham prazer em (re)habitar o próprio corpo e nas ações executadas pelo mesmo. Tendo isto em consideração, pretende-se intervir com crianças dos 0 aos 12 anos para melhorar as competências, diminuir as suas fragilidades e, acima de tudo, contribuir para a saúde mental.

Palavras-chave: Crianças; Instituição; Acolhimento; Maus-tratos; Psicomotricidade;

Abstract

Psychomotor intervention with children aged 0 to 12 years in a residential care institution

Child maltreatment includes physical, emotional, and sexual abuse and/or neglect that negatively impacts a child's development and well-being. In addition to affecting physical health, it can also lead to cognitive and emotional consequences, through trauma and manifested behaviors. Psychomotricity can contribute by fostering harmonious development, enhancing weakened skills, and enabling children to take pleasure in (re)inhabiting their own bodies and the actions they perform. The goal is to intervene with children aged 0 to 12 to improve their abilities, reduce their vulnerabilities, and, above all, support their mental health.

Keywords: Children; Institution; Foster Care; Maltreatment; Psychomotricity.

Índice

I.	Introdução.....	8
II.	Enquadramento teórico da prática profissional	9
2.1	Caracterização da Instituição.....	9
2.1.1	Histórico da instituição.....	9
2.1.2	Objetivos da instituição	11
2.1.3	Organograma	11
2.1.4	Recursos humanos e materiais.....	12
2.2	Maus-tratos infantis	14
2.2.1	Maus-tratos físicos e psicológicos.....	14
2.2.2	Negligência.....	14
2.2.3	Abuso sexual.....	15
2.2.4	Problemas de vinculação e relações afetivas	15
2.2.5	Luto.....	17
2.2.6	Acolhimento institucional.....	18
III.	Organização das atividades de estágio	20
3.1	Descrição das atividades de estágio.....	20
3.2	Atividades e experiências complementares de formação	22
3.3	Intervenção Psicomotora	23
3.4	Descrição das várias etapas da intervenção	25
3.5	Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados.....	26
i.	Currículo Carolina	26
ii.	Grelha de observação psicomotora	26
iii.	Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar (EPP).....	27
iv.	Teste de Atenção D2	27

v. Draw a Person (DAP)	27
vi. Modelo de Observação Individual	28
3.6 Descrição dos casos de grupo acompanhados	29
IV. Dois estudos de caso.....	40
4.1 Caso I.....	40
4.1.1 Revisão teórica de suporte ao estudo de caso.....	40
4.1.2 Breve descrição do caso	41
4.1.3 Plano de avaliação	41
4.1.4 Avaliação Inicial:	41
4.1.5 Hipóteses explicativas	46
4.1.6 Perfil Intra-Individual	47
4.1.7 Projeto pedagógico-terapêutico	50
4.1.8 Progressão terapêutica	52
4.1.9 Conclusão:	59
4.2 Caso II (Artigo Científico)	60
V. Conclusão	88
VI. Referências:	90
VII. Anexos.....	102

Índice de Tabelas

Tabela 1- Características das crianças institucionalizadas	13
Tabela 2- Horário semanal na CAR-1	21
Tabela 3- Cronograma do período do estágio curricular	22
Tabela 4- Atividades e experiências complementares de formação	22
Tabela 5- Descrição dos casos acompanhados	29
Tabela 6- Vinheta Clínica de K.	30
Tabela 7- Vinheta Clínica de L.	32
Tabela 8- Vinheta Clínica de M.P.	33
Tabela 9- Vinheta Clínica de M.C.	35
Tabela 10- Vinheta Clínica de R.	38
Tabela 11- Perfil psicomotor de acordo com o Currículo Carolina (0-24 meses) Av. Inicial. E.	47
Tabela 12- Quadro SWOT de acordo com o perfil da criança E.	49
Tabela 13- Objetivos gerais e específicos de E.	50
Tabela 14- Perfil Psicomotor de acordo com o Currículo Carolina (0-24 meses)	57
Tabela 15- Perfil Psicomotor de M.B. Avaliação Inicial e Final	79
Tabela 16- Classificação do EPP (Escala de Perfil Psicomotor) de M.B. na Av. Inicial e Final.	81
Tabela 17- Estudo de caso individual K.	102
Tabela 18- Objetivos terapêuticos de K.	103
Tabela 19- Estudo de caso individual L.	105
Tabela 20- Objetivos terapêuticos de L.	108
Tabela 21- Estudo de caso M.P	109
Tabela 22- Objetivos terapêuticos	112
Tabela 23- Estudo de caso M.C	114
Tabela 24- Objetivos terapêuticos	116
Tabela 25- Representações das figuras do DAP	119
Tabela 26- Estudo de caso R. (DAP)	120
Tabela 27- Estudo de caso R. (D2)	120

Índice de Figuras

Figura 1- Organograma da Instituição _____	12
Figura 2- Organograma da equipa da CAR-1 _____	12
Figura 3- Gráfico com as problemáticas das crianças institucionalizadas em 2024-2025 _____	13
Figura 4- Intervenção psicomotora de estimulação sensorial _____	25
Figura 5- Gráfico da Av. Cognitiva do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b) _____	73
Figura 6- Gráfico da Av. de Linguagem do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b) _____	74
Figura 7- Gráfico da Av. Social do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b) _____	74
Figura 8- Gráfico da Av. de Adaptação Social do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b) _____	75
Figura 9- Gráfico da Av. da Motricidade fina do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b) _____	76
Figura 10- Gráfico da Av. da Perceção visuomotora do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b) _____	76
Figura 11- Gráfico da Av. da Motricidade global do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b) _____	77

Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos

APAV- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima;

APF- Associação para o Planeamento da Família;

CAFAP- Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental;

CAR-1 – Casa de Acolhimento Residencial 1;

CAR-2 – Casa de Acolhimento Residencial 2;

CAT- Casa de Acolhimento Temporário;

CPCJ- Comissões de Proteção de Crianças e Jovens;

D2- O Teste de Atenção D2;

DAP- Draw a Person;

DGS- Direção Geral de Saúde;

DSM-V- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5º edição);

EPP- Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar;

GICRE- Grupo Interinstitucional de Crianças em Risco de Évora;

HESE- Hospital do Espírito Santo de Évora;

IP- Intervenção Precoce;

PHDA- Perturbação de hiperatividade e défice de atenção.

I. Introdução

Os maus-tratos em crianças e jovens referem-se a qualquer ato ou omissão intencional de pais, cuidadores ou terceiros que comprometa a segurança, dignidade e o desenvolvimento biopsicossocial e emocional da vítima. Podem ser maus-tratos ativos, como maus-tratos físicos, emocionais, psicológicos, violência sexual, síndrome de *Munchausen* por procuração e/ou exposição à violência interpaparental. Se forem maus-tratos passivos refere-se à negligência física, emocional e psicológica. Há ainda formas específicas, como tráfico infantil, exploração laboral, trabalho infantil, mendicidade e/ou abandono (APAV, 2011).

Durante o Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora, existiu a possibilidade de integrar no Estágio Curricular na instituição de acolhimento de crianças e jovens em risco tendo realizado o mesmo desde Outubro de 2024 até Junho de 2025. Deste modo, desenvolveu-se o presente relatório de estágio com base nas intervenções decorridas na Casa de Acolhimento Residencial.

A instituição é destinada ao acolhimento de crianças e jovens em situação de perigo psicosocial. Dá a oportunidade de acolhimento temporário com a existência de uma intervenção social, terapêutica e pedagógica especializada em crianças, jovens e as suas famílias, com a possibilidade de regressarem ao seu meio natural de vida. A medida de acolhimento familiar é aplicada pela CPCJ ou tribunal (ACM, 2024).

Strecht (2004) defende que a instituição-casa é fundamental para dar resposta às necessidades das crianças, como o afeto, contenção física e emocional, autoridade protetora, com a finalidade de melhorar a sua perceção de ligações afetivas através de experiências agradáveis.

Assim, considera-se fundamental a presença de um psicomotricista nas instituições, com o objetivo de proporcionar intervenções psicomotoras e delinear estratégias que permitam atingir os objetivos terapêuticos. Além disso, o psicomotricista permite proporcionar um ambiente seguro em que consegue realizar a leitura corporal do trauma, da vinculação e da regulação emocional. O profissional atua no corpo como um lugar de relação, de segurança e de reorganização.

Fernandes, Veiga e Filho (2022), referem que Ajuriaguerra e Soubiran (1959/2009, cit. in Fernandes et al., 2022), destacam a intervenção psicomotora com o objetivo de reduzir ou melhorar perturbações psicomotoras derivadas de vivências menos desejadas ou dolorosas.

Em contexto de maus-tratos infantis, Vallejo Ruiloba (2002) destaca a importância de abordar fatores familiares e eventos impactantes, que frequentemente geram instabilidade emocional na criança. A ausência de normas e limites no ambiente familiar causa insegurança e um sentimento de desvalorização, contribuindo para o desequilíbrio emocional infantil.

Com base na DSM-V, algumas das perturbações do neurodesenvolvimento, nomeadamente as perturbações de oposição e desafio, perturbação explosiva e a perturbação da conduta, caracterizam-se pela existência de determinados comportamentos (American Psychiatric Association, 2013). Sendo estas uma conduta destrutiva, agressiva e/ou desafiadora, podendo ser classificada em leve, moderada ou severa. Os indivíduos que sofrem desta perturbação, manifestam baixa tolerância a frustrações, provocando crises de irritabilidade, explosões temperamentais e agressividade exagerada (Silva, 2008).

O presente relatório de estágio tem o objetivo de apresentar a prática psicomotora dentro do contexto institucional, com a apresentação e análise dos casos das crianças institucionalizadas. Além disso, pretende-se contextualizar a intervenção psicomotora aplicada tanto individualmente quanto em pares e avaliar o impacto desta através de dois estudos de caso relacionados a perturbações da saúde mental infantil. Acrescenta-se ainda que o relatório inclui a descrição das atividades desenvolvidas no âmbito da psicomotricidade em instituições e refletir sobre a relevância da Prática Psicomotora em contextos que acolhem e protegem crianças vítimas de maus-tratos.

II. Enquadramento teórico da prática profissional

2.1 Caracterização da Instituição

2.1.1 Histórico da instituição

A União de um grupo de pessoas comprometidas com a proteção de menores em risco, formou o Grupo Interinstitucional “Crianças em Risco” de Évora (GICRE). GICRE, composto por profissionais de saúde, educação, forças de segurança, justiça e membros da comunidade, esteve ativo entre 1991 e 1993. Durante estes anos teve o objetivo de promover a articulação interinstitucional, delineando os conceitos e reflexões acerca das práticas eficazes para lidar com as problemáticas dos jovens em risco. Algumas ações destacáveis realizadas pelo GICRE são o encontro dos centros de acolhimento portugueses e as Jornadas sobre as Crianças Maltratadas e as respostas da comunidade. Deste modo, em 1993, fundou-se a instituição com a missão de apoiar crianças e jovens em

situação de risco, priorizando os valores e práticas associados aos Direitos Humanos da Criança e o suporte às suas famílias.

A Associação começou a funcionar em instalações provisórias, cedidas pelo Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Em julho de 1995, realizou um acordo de cooperação com a Segurança Social, garantindo financiamento para uma pequena equipa que iniciou o apoio socioterapêutico a crianças e jovens em situação de risco, assim como às respetivas famílias. Ainda ficou acordado com a Universidade de Évora a continuidade do trabalho de reflexão e estudo acerca da intervenção nestas problemáticas. Ao longo do tempo a Associação avançou na concretização dos seus objetivos e a promover a articulação interinstitucional na defesa dos direitos das crianças. Entre 1997 e 1999, o projeto “*Aprendo a dizer e ouvir sim e não*” foi promovido pela Direção Geral de Ação Social, em parceria com a Delegação de Lisboa da Associação para o Planeamento da Família (APF) e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HESE, com o objetivo de existir uma abordagem especializada nas situações de abuso sexual infantil. Em 1999, a Associação inaugurou a sede, onde deu origem ao Gabinete de Apoio Familiar, que permitiu intervir, em regime ambulatorio, com as crianças, jovens e as famílias e o Centro de Acolhimento para Crianças desde os 0 aos 12 anos. Só em 2014 é que a Associação conseguiu concretizar a abertura de um centro de acolhimento para jovens, dos 0 aos 18 anos. Entretanto, inaugurou-se um apartamento de autonomização para jovens do sexo feminino dos 16 aos 21 anos. Além disto, ainda existe um Centro de Apoio Familiar e Aconselhamento Parental (CAFAP), disponível 24 horas que se destina à prevenção e reparação de situações de risco psicossocial e apoia as famílias com crianças e jovens em risco. Acrescenta-se ainda que, além da intervenção em maus-tratos e negligência, a instituição também intervém na mediação familiar e suporte de famílias que precisam de ajuda com as diferentes etapas de desenvolvimento dos menores.

Deste modo, encontram-se como respostas de ambulatorio o Centro de Apoio Familiar e o Aconselhamento Parental (CAFAP) com a capacidade de resposta até 100 famílias.

Em relação às respostas de acolhimento, existe a Casa de Acolhimento Residencial 1 (CAR-1) para jovens de ambos os sexos desde os 0 aos 12 anos com capacidade até 10 crianças e 2 vagas de emergência. A Casa de Acolhimento Residencial 2 (CAR-2) destinada a jovens do sexo feminino dos 12 aos 18 anos, cuja capacidade é até 26 jovens e 3 vagas de emergência. Os apartamentos de autonomização com capacidade até 5 jovens

com idades até 25 anos. O Acolhimento Familiar, resposta implementada na Associação desde 2022, tem como finalidade integrar, temporariamente, uma criança ou jovem em meio familiar estável, garantindo afeto, bem-estar e contribuir para o seu desenvolvimento integral. A família de acolhimento pode ser formada por duas pessoas casadas ou em união de facto, duas pessoas ou mais ligadas por laços familiares que vivam na mesma habitação ou por uma pessoa singular, desde que não tenham relação de parentesco com o menor a acolher.

A associação resume a sua missão, visão e valores ao estudo interdisciplinar de situações de crianças e jovens em risco e as respetivas famílias com o objetivo de promover, dinamizar e organizar respostas adequadas. Além disso, a Associação reforça que pretende intervir nas situações de maus-tratos e a prevenção dos mesmos. Defende valores fundamentais como a solidariedade social, o respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos, o combate a todas as formas de violência, o profissionalismo e melhoria contínua nos serviços prestados. Prioriza a transparência na gestão e organização, acessibilidade e proximidade dos serviços, assim como a complementaridade entre eles. Promove a equidade e imparcialidade no tratamento de utentes e colaboradores, assegurando um ambiente justo e inclusivo para todos.

2.1.2 Objetivos da instituição

A instituição tem como objetivo o estudo interdisciplinar das situações que envolvem crianças e jovens em risco e as respetivas famílias, promovendo respostas integradas de proteção, apoio e promoção dos seus direitos. Através de uma equipa multidisciplinar, a instituição visa dinamizar e organizar ações que garantam o bem-estar desta população, assegurando o acompanhamento necessário às famílias em contextos de vulnerabilidade.

2.1.3 Organograma

Na figura 1, observa-se o organograma da instituição, enquanto na figura 2, observa-se a estrutura atual da equipa da CAR-1.

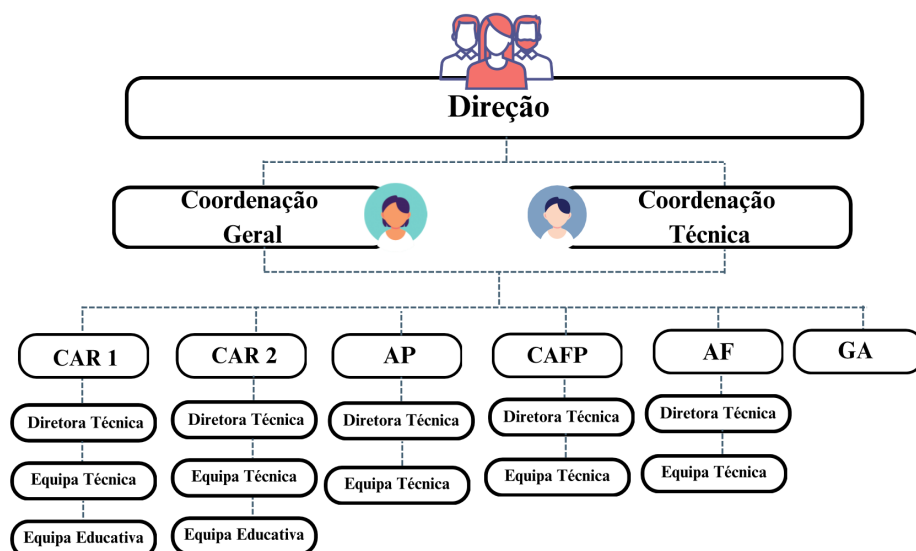


Figura 1- Organograma da Instituição

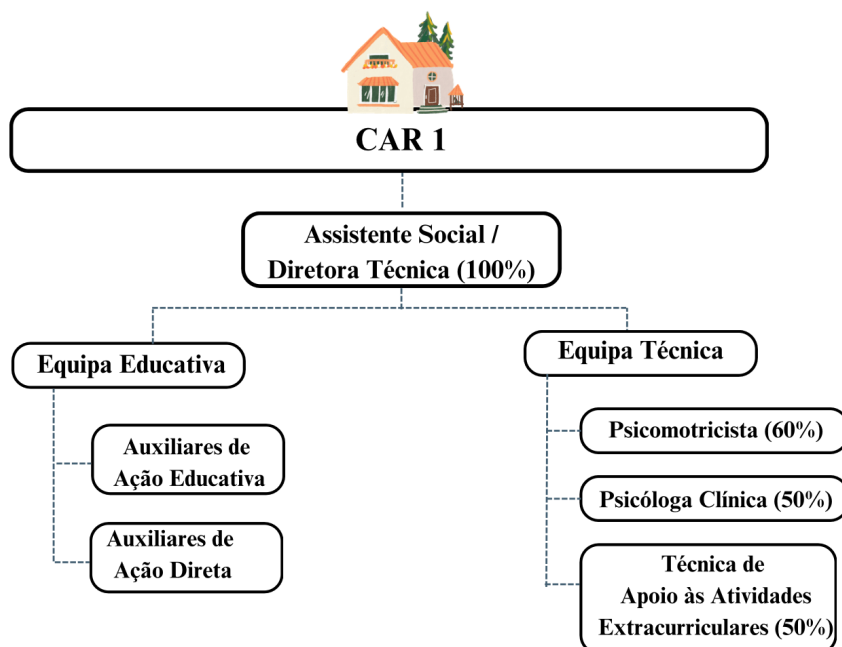


Figura 2- Organograma da equipa da CAR-1

2.1.4 Recursos humanos e materiais

A Casa de Acolhimento Residencial é constituída por uma equipa multidisciplinar de técnicos e auxiliares, sendo estes 1 Diretora Técnica / Assistente Social, 1 Psicóloga Clínica, 1 Psicomotricista, 1 Técnica de apoio às atividades extracurriculares e 10 Auxiliares de ação direta.

A CAR-1 é composta por 5 quartos, 3 casas de banho, 1 cozinha, 1 sala de convívio, 2 espaços exteriores, 1 gabinete da equipa técnica e 1 gabinete das auxiliares de ação direta.

O CAFAP localiza-se no 1º andar do edifício da CAR-1, onde decorrem as visitas familiares e as sessões de acompanhamento. Este é composto por 1 sala de reuniões / formações / centro de estudos, 1 espaço lúdico-pedagógico, 1 gabinete de trabalho da equipa técnica do CAFAP e 3 gabinetes de atendimento.

Relativamente à quantidade de crianças institucionalizadas na CAR-1, atualmente encontram-se 12, no entanto, no decorrer do estágio curricular presenciou-se 2 crianças a serem adotadas e 2 crianças a serem integradas na instituição.

Tabela 1- Características das crianças institucionalizadas

Variáveis		Nº de crianças	Estudos de caso	Idades dos estudos de caso
Sexo	Feminino	8	5	5 meses – 4 anos
	Masculino	4	2	1 ano- 10 anos

Do total de 12 crianças institucionalizadas, 8 são do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Como estudos de caso, foram selecionadas 5 crianças do sexo feminino com idades entre os 5 meses e os 4 anos e 2 crianças do sexo masculino com 1 e 11 anos de idade, respetivamente.

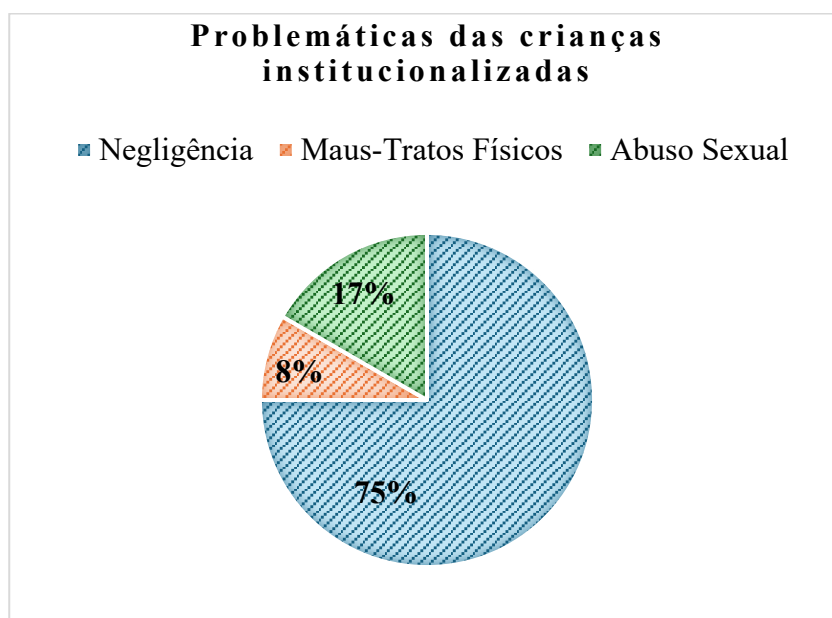


Figura 3- Gráfico com as problemáticas das crianças institucionalizadas em 2024-2025

2.2 Maus-tratos infantis

2.2.1 Maus-tratos físicos e psicológicos

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) em 2013, os maus-tratos físicos tem origem intencional numa ação accidental, isolada ou repetida, causados pelos pais ou outros cuidadores que tenham responsabilidades sobre a criança ou jovem, proporcionando danos físicos. Os maus-tratos psicológicos/emocionais resultam de um ambiente inseguro e com falta de bem-estar afetivo que possibilite o crescimento, desenvolvimento e comportamento adequado ao menor.

Mendes (2024) recorreu a vários autores (Brown et al., 1998; Costa, 2022; Dias, 2017; Glaser, 2008; Lee et al., 2023; Manita et al., 2009; Murphy, 2018; van IJzendoorn et al., 2020; White et al., 2014) para salientar que, embora, a família esteja associada a um ambiente de proteção e segurança, os estudos indicam que essa teoria nem sempre corresponde à realidade. Os maus-tratos contra crianças e jovens ocorrem no meio familiar.

Os maus-tratos na infância causam respostas de stress no organismo, provocando alterações negativas no desenvolvimento cerebral. Quando este problema é intenso e prolongado, compromete o funcionamento normal do sistema imunitário. A exposição aos maus-tratos causa consequências prolongadas, isto é, na vida adulta podem sofrer de depressão, comportamentos aditivos, obesidade, violência (seja como agressor ou vítima), gravidezes não planeadas e comportamentos sexuais irresponsáveis (World Health Organization, 2022).

2.2.2 Negligência

A negligência caracteriza-se pela incapacidade de garantir as condições fundamentais para o desenvolvimento saudável de crianças e jovens, tais como os cuidados básicos de higiene, nutrição adequada, suporte emocional, acompanhamento educativo e assistência médica. A negligência pode assumir duas formas: ativa ou passiva. A primeira consiste na intenção de privar a criança desses cuidados essenciais, enquanto a segunda relaciona-se à incapacidade dos cuidadores em responder a essas necessidades básicas (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Com base na DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), a negligência infantil inclui o abandono, falta de supervisão, fracasso em satisfazer as suas necessidades, falta acesso à educação, saúde, habitação, alimentação e roupa adequada.

As crianças que são vítimas de algum tipo de negligências, para além da dor e do sofrimento provocados pela fraca vinculação, também são confrontadas com as falhas no seu desenvolvimento (Rayane & Sousa, 2018).

As ameaças ou privação na infância podem afetar o desenvolvimento cerebral. A ameaça envolve situações que podem provocar danos à criança, incluindo abuso sexual, físico ou psicológico, a vivência de situações de violência doméstica e a exposição à violência comunitária. A privação está associada à ausência de estímulos, como o afeto, a atenção ou estimulação adequada (McLaughlin, Sheridan, & Lambert, 2014).

2.2.3 Abuso sexual

A DGS (2013) caracteriza o abuso sexual pelo envolvimento de um menor em atividades sexuais, cuja finalidade é satisfazer o adulto. Consiste numa relação de poder ou autoridade e é manifestada através de comportamentos em que o menor não consegue reconhecer que é a vítima, não consegue identificar ou expressar que se trata de abuso sexual, não tem capacidades cognitivas e emocionais para lidar com a problemática e não dá consentimento livre, consciente e informado.

A DSM-V (American Psychiatric Association, 2013) acrescenta que carícias nos genitais da criança, penetração, violação, exposição indecente são incluídas nesta categoria, tal como a exploração sem contacto físico, como enganar, seduzir, ameaçar ou pressionar a criança em participar nos atos sexuais.

2.2.4 Problemas de vinculação e relações afetivas

A teoria do apego, desenvolvida por Bowlby (1969) e Ainsworth (1985), afirma que as relações emocionais estáveis com cuidadores primários fornecem ao bebé a proteção, segurança e conforto, necessários para seu desenvolvimento (Costa & Santos, 2011). Essas relações iniciais formam a base psíquica do bebé, não só nos cuidados básicos, mas também em vínculos afetivos e carinho (Rayane e Sousa, 2018).

Bowlby (2002), Spitz (2004) e Winnicott (1983) reforçam que os primeiros anos de vida são totalmente influenciados pela qualidade do vínculo entre o bebé e o cuidador, sendo esta relação fundamental para um desenvolvimento saudável. Além disso, Winnicott (1999) destaca que o papel da mãe é crucial na construção da saúde mental, através da criação de um ambiente seguro, contribuindo para o desenvolvimento físico e emocional do bebé (Mozzaquatro, Arpini & Polli, 2015).

Winnicott (1960, 1983) destaca duas fases fundamentais para o desenvolvimento infantil, a dependência absoluta e a dependência relativa. A primeira ocorre quando o bebé

necessita dos cuidados maternos, e a segunda está relacionada com a fase da criança de diferenciar-se da figura materna. Quando há falhas na dependência absoluta, as consequências se refletem no amadurecimento, como a possibilidade de deficiência intelectual, enquanto, na segunda fase, há risco de distúrbios afetivos (Rayane & Sousa, 2018).

Guedeney e Guedeney (2002) resumem os comportamentos de vinculação nos primeiros anos de vida. Nos primeiros 6 meses de vida, o bebé começa a distinguir e reconhecer as figuras mais próximas. Entre os 6 meses e os 3 anos, a criança desenvolve os laços afetivos, sendo que este desenvolvimento fica completamente formado entre os 7 e os 9 meses, quando o bebé já entende melhor as consequências das suas ações perante os outros e procura ficar perto de quem cuida de si. A partir dos 3 anos, a relação torna-se mais madura, visto que a criança ganha mais independência e passa a compreender melhor os sentimentos e intenções dos outros. Além disso, é nesta fase que a criança consegue lidar melhor com os momentos de separação, graças ao desenvolvimento do seu pensamento sobre o tempo e o espaço.

Sroufe (1986) defende que se a figura de vinculação for fraca e não estiver emocionalmente disponível para a criança, irá colocá-la numa situação frágil e desafiante para a mesma, visto que ainda não tem capacidades para as resolver (Soares, 2009). Além disso, o sofrimento da criança em relação à privação afetiva pode provocar perda de referências e, como consequência, gerar conflitos internos e externos (Rayane e Sousa, 2018).

Considera-se importante salientar que Guedeney & Guedeney (2002) afirmam que Ainsworth (1967) distinguiu os diferentes tipos de vinculação mãe-filho, nomeando-os como vinculação segura quando a criança tem as suas necessidades satisfeitas e a mãe está presente; a vinculação insegura é reconhecida pela instabilidade e pelas necessidades insatisfeitas da criança; Por último, existe a vinculação evitante descrita quando não há relação entre ambos.

Deste modo, Santos (2023) relembra que Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) descreveram e validaram três padrões organizados de resposta, que se relacionam diretamente com a qualidade dos cuidados maternos e com o tipo de vinculação resultante. Considera-se que a vinculação é segura quando se observa um bom equilíbrio entre a ativação do sistema de vinculação e a do sistema de exploração. O padrão inseguro evitante manifesta-se quando a criança, perante uma situação de stresse, recorre à figura de vinculação de forma tardia. O inseguro ambivalente-resistente, em situação de stress, a criança após procurar proximidade com a figura de referência, não consegue aceitar o con-

forto oferecido, impossibilitando-a de recorrer ao cuidador como base efetiva para retomar a exploração do ambiente.

Assim, com a vinculação insegura ou evitante e as suas consequências, a criança corre o risco de ser institucionalizada.

Apesar de haver tentativa em manter a ligação com a família, às vezes não é possível a criança voltar para casa. Nessa situação, o acolhimento institucional torna-se uma solução, pelo menos por um tempo, para assegurar os seus direitos básicos (Lima, 2018).

Visto que a criança necessita de estabelecer relações afetivas com outros e ter o cuidado maternal, compreende-se que a interferência do acolhimento requer de fatores importantes para que a criança se integre mais facilmente (Neves Peiter, 2020)

Quando não há vinculação segura, esta pode vir a ser construída com o cuidador institucional, que será uma referência importante para a construção pessoal e social das crianças (Martínez-Usarralde, Conchell, Villar e Pérez-Tabernero, 2025). Por esse motivo, é fundamental que os profissionais envolvidos pensem nas melhores estratégias para atender às necessidades dessa criança, tais como a educação e os cuidados diários (Lima, 2018).

A relação entre o cuidador e a criança está estabelecida quando se observam comportamentos de vinculação em momentos de stress. Um exemplo desses comportamentos é a procura do adulto, como quando a criança se desloca ou gatinha na sua direção (Santos, 2023).

2.2.5 Luto

Cavalcanti, Samczuk e Bonfim (2013) abordam o conceito psicanalítico do luto através da perspectiva de Freud e Klein. Para Freud (1915) o luto é uma reação natural à perda, envolve consciência da perda, tristeza intensa e dificuldade em substituir o objeto perdido. Para Klein (1940), o luto infantil também inclui perdas simbólicas e desperta experiências emocionais dos primeiros anos, pois é nesse período que a criança forma seus primeiros vínculos afetivos. A perda desses vínculos pode gerar sentimentos de tristeza, culpa e ansiedade.

Há diferentes tipos de luto, existe o luto por separação quando a criança e os cuidadores se separam (Franco & Tinoco, 2011), há o luto ambíguo que tal como a vinculação ambígua, consiste em aproximação e afastamento da família e a criança não tem informações da mesma durante um algum tempo (Boss, 2007). De seguida, será possível citar

autores que corroboram com a ideia de que as crianças fazem um luto quando são institucionalizadas.

Bowlby (1960) e outros psicanalistas destacam a importância das relações humanas para uma vinculação segura e afetiva com a figura materna na infância. A perda gera sofrimento, agravado pela falta de referências afetivas para a criança. Em casos de morte, abandono ou incapacidade dos progenitores, as instituições de acolhimento assumem esse cuidado, exigindo da criança uma reestruturação emocional através do luto (Franco & Tinoco, 2011).

Stretch (2000) defende que as consequências psicológicas da perda, como o caso do abandono de uma criança, implicam que a mesma tenha a noção do luto. O autor recorda Freud (1917) quando este defende que o luto surge como resposta à ausência de quem se ama, enquanto a melancolia destrói o próprio “eu”, transformando a ausência do outro numa ferida interna. Para conseguir superar essa dor, a criança necessita de um ambiente com suporte emocional para a ajudar. Além de Freud, o autor apoia a ideia de outros autores de que é necessário experienciar o luto, uma vez que o avanço só é possível quando se aceita a perda. Acrescentando ainda que a saúde mental envolve a capacidade de deixar ir o passado, estando assim disponível para o que o futuro possa trazer-

Bowlby (2004/1973) considera que a criança que vivência o processo de institucionalização sofre com a ausência da figura de referência, tal como um adulto sofre no processo de luto. Apesar de ser uma reação contraditória, a criança rejeita o cuidado oferecido por terceiros, mesmo quando precisa de ajuda e procura acolhimento. Ao longo do tempo, esses comportamentos diminuem e aceita vincular-se a alguém que lhe proporciona o cuidado constante, afetuoso e estável. Caso isso não exista, a criança tem mais dificuldades em formar vínculos seguros, fragilizando o processo de luto e adaptação.

2.2.6 Acolhimento institucional

A entrada num acolhimento residencial constitui uma transição complexa para a criança ou jovem, uma vez que implica mudanças profundas no seu ambiente familiar, nas suas rotinas diárias e, frequentemente, na escola. Esta mudança na sua estrutura de vida e suporte emocional, implica uma preparação cuidadosa antes do acolhimento, exceto em casos de emergência que exigem intervenção imediata. É também importante realçar que a maioria das casas de acolhimento residencial funcionam em regime aberto, com liberdade de sair e a ida à escola baseia-se na autonomia do jovem, podendo ocorrer faltas como em qualquer família. Neste sentido, uma visita prévia da criança e da família à casa

de acolhimento é crucial, pois permite que todos conheçam o local e a equipa, ajudando-os a compreender a medida e a tomar uma decisão mais consciente sobre o processo (Santos, 2023).

Munson e McMillen (2009) consideram que o acolhimento residencial de crianças e adolescentes se devem, maioritariamente, à incapacidade dos progenitores em assegurar as condições afetivas, sociais e económicas que assegurem o desenvolvimento saudável. A consequência dessa incapacidade é a institucionalização dos menores, com o objetivo de promover o bem-estar e o desenvolvimento de forma harmoniosa e saudável (Mota, Costa, & Matos, 2018).

É cada vez mais comum que existam crianças e adolescentes com perturbações de desenvolvimento e de saúde mental. Esse facto reflete-se na gestão dos comportamentos das crianças institucionalizadas nas Casas de Acolhimento Residencial, necessitando de esforços emocionais das equipas educativas e dos restantes colaboradores (Santos, 2023).

A intervenção em situações de crianças em risco tem, frequentemente, como padrão, a aplicação de medidas de acolhimento provisório, porém, prolonga-se até se tornarem definitivas. Contudo, a institucionalização de crianças e jovens em risco tem como finalidade protegê-los de situações de violência familiar, como o trauma do abandono, da negligência e/ou de abusos provocados pelo núcleo familiar (Cansado, 2008).

A investigação realizada por Tomás, Carvalho e Fernandes em 2019, deparou-se com diversos estudos que evidenciam crianças e jovens, institucionalizadas ou em famílias de acolhimento. Estes apresentam maior vulnerabilidade nas trajetórias de vida marcadas por fenómenos de exclusão social, em comparação com indivíduos não acolhidos. Os autores salientam a importância das relações afetivas com cuidadores para existir estabilidade emocional no acolhimento residencial, favorecendo a aquisição de competências e a reconstrução de identidade.

Apesar das dificuldades em criar vínculos estáveis nas instituições, devido ao carácter provisório da estadia e ao excesso de crianças por cuidador, é essencial oferecer laços afetivos que confortem a criança e ajudem a prevenir impactos negativos em seu desenvolvimento (Xavier, Caldas, & Tannus, 2021).

A diferença entre Casa de Acolhimento Temporário (CAT) e a Casa de Acolhimento Residencial (CAR) surge perante as necessidades de resposta que a instituição tem de dar. A primeira prevê uma estadia de curta duração, contudo, nem sempre acontecia e as crianças que permaneciam a longo prazo podiam ficar perturbadas ao depararem-se com a saída dos pares de forma breve. Reforça-se ainda que o acolhimento residencial é a solu-

ção para as crianças que se encontram em risco junto do núcleo familiar (Delgado & Gersão, 2018).

O sistema de acolhimento para crianças e jovens em perigo está organizado em três níveis de intervenção. O primeiro é o acolhimento de emergência, que oferece proteção urgente por um período máximo de 48 horas. Se for necessário um afastamento mais longo, segue-se o acolhimento temporário, com uma duração prevista de seis meses, podendo realizar-se numa instituição (CAT) ou com uma família de acolhimento. Por fim, quando não é possível melhorar as condições da família de origem para um retorno da criança ou jovem, esta pode ser integrada num acolhimento de longo prazo, que assume um carácter mais definitivo (Carvalho, 2013).

III. Organização das atividades de Estágio

3.1 Descrição das atividades de estágio

O estágio curricular iniciou a 1 de Outubro de 2024 e terminou a 27 de Junho de 2025, tendo um total de, aproximadamente, 9 meses. Nos primeiros meses, a estagiária conviveu com a equipa e as crianças, de modo, a estabelecer vinculação e a participar nas dinâmicas e atividades da casa. A vida institucional que durou até ao final do estágio incluiu participar na rotina da alimentação, higiene, supervisão de visitas, acompanhamento em atividades extracurricular e atividades fora da instituição. Além disso, incluiu-se o acompanhamento nos programas de saúde como ir a consultas e exames, reuniões de equipa técnica e com a equipa de intervenção precoce.

As sessões de Psicomotricidade eram interrompidas apenas durante as pausas letivas, com o objetivo de acompanhar as crianças nas diversas atividades planeadas e realizar atividades em grupo. Algumas atividades em grupo resumiam-se em visitar locais, receber convidados como “Beijinhas&Patinhas” que é representada por uma professora e um psicomotricista que realizam intervenções assistidas por animais baseando-se na interação e no vínculo entre pessoas e cães, com objetivos terapêuticos, educacionais e sociais. Com as crianças até aos três anos, realizou-se atividades sensoriais como explorar tintas com o corpo. A evolução da participação da estagiária na vida institucional foi rápida e manteve-se estável, passando o tempo entre sessões com os dois bebés que não frequentavam infantário, garantindo que havia um reforço da vinculação que é essencial para o desenvolvimento dos mesmos.

Horário semanal

O horário semanal foi elaborado para dar resposta às sessões dos casos em acompanhamento, participar em reuniões de equipa e reuniões externas, contudo, manteve-se uma certa flexibilidade para ajustar eventuais mudanças de necessidades, mantendo a média de 20 horas semanais.

Assim, às terças-feiras à tarde, a estagiária prolongou o período de estágio para acompanhar G. na sua atividade extracurricular. Para garantir a realização das sessões bissemanais, as intervenções com E. e K. passaram a ocorrer às terças e quintas-feiras. Nas sextas-feiras de manhã, quando não havia visitas familiares agendadas, acrescentava-se uma sessão de reforço destinada a consolidar as atividades desenvolvidas ao longo da semana.

Este planeamento foi estabelecido em articulação com a equipa técnica do CAR-1, considerando a disponibilidade da estagiária e os horários das crianças.

Tabela 2- Horário semanal na CAR-1

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Período da manhã 9h-12h		Sessão M.P.	Reunião de equipa CAR-1	Sessão L.	Supervisão de visita
		Sessão E. e K.		Sessão E. e K.	Sessão E. e K. (Quando não há visitas)
Período da tarde 15h-18h	Sessão R.	Sessão M.B	Participação nas atividades / Supervisão de visitas		
	Supervisão de visita	Sessão M.C			
		Acompanhamento de atividade com G. (De Março a Maio)			

Calendarização

Na tabela seguinte, encontra-se o cronograma das diversas tarefas, como a seleção dos instrumentos de avaliação, as avaliações iniciais e finais e a intervenção psicomotora durante o período de estágio.

Tabela 3- Cronograma do período do estágio curricular

Tarefas	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Reunião de orientação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Entrega da proposta do estudo		X										
Redação da tese			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Seleção dos instrumentos de avaliação	X	X										
Recolha da amostra e autorizações		X	X									
Distribuição da amostra em grupos de controlo e experimental			X									
Avaliação inicial				X								
Planeamento das intervenções					X	X	X	X	X			
Intervenção psicomotora					X	X	X	X	X			
Avaliação final										X		
Tratamento de dados											X	
Análise e interpretação de dados											X	
Discussão dos resultados											X	
Entrega final da tese												X

3.2 Atividades e experiências complementares de formação

A estagiária, além das observações e intervenções psicomotoras, participou na dinâmica da vida institucional, tais como:

Tabela 4-Atividades e experiências complementares de formação

Participação nas rotinas diárias das crianças	Acolher e interagir com as crianças quando regressavam à instituição;
Despedida de crianças adotadas	Acompanhar o processo de adoção e despedida da instituição e pares;
Acolhimento de crianças	Acolhimento de crianças transferidas de outra instituição;
Supervisão de visitas	Acompanhar e supervisionar as visitas realizadas às crianças;
Participação nos cuidados básicos das crianças	Auxiliar os cuidadores da instituição e fortalecer o vínculo fora das sessões psicomotoras;
Acompanhamento nas atividades extracurriculares	Acompanhar as crianças em atividades fora da instituição;
Acompanhamento em exames e consultas médicas	Supervisão e auxílio das crianças durante exames e consultas médicas;
Acompanhamento em passeios, atividades lúdicas e eventos sociais	Supervisão em atividades de lazer (passeios, brincadeiras e eventos sociais), promovendo interação e apoio contínuo;

Reuniões semanais	Planificação das atividades e estratégias para cada criança, planeadas de forma participativa de toda a equipa técnica;
Reuniões mensais com as auxiliares	Analisar a situação da criança e partilhar atualizações sobre o projeto de vida da mesma. Definir ações e estratégias para contribuir para a qualidade de vida da criança;
Reuniões trimestrais com as equipas de Intervenção Precoce (IP)	Auxiliar na avaliação de cada criança, partilha de preocupações e evoluções da mesma e compreender como se pode melhorar algumas necessidades urgentes das mesmas;

3.3 Intervenção Psicomotora

Todas as crianças acolhidas são acompanhadas em Psicomotricidade através de intervenções individualizadas e delineadas às suas necessidades. Estas incluem atrasos globais no desenvolvimento, dificuldades de vinculação, problemas comportamentais e perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA). Contudo, também existem sessões preventivas com o objetivo de prevenir alguma problemática que possa surgir ao longo do desenvolvimento.

As intervenções psicomotoras foram adaptadas às faixas etárias das crianças, seguindo duas abordagens distintas. Com as crianças mais novas (até aos 5 anos), as sessões adotaram uma abordagem livre e lúdica, acompanhando as brincadeiras espontâneas que surgiam durante a exploração dos materiais – tanto os adquiridos pela estagiária como os já existentes nas salas terapêuticas. Com as crianças mais velhas (a partir dos 6/7 anos), a intervenção manteve a abordagem lúdica, mas através de atividades estruturadas e previamente planeadas pela estagiária. Em ambas as abordagens, todas as sessões visaram atingir os objetivos terapêuticos estabelecidos inicialmente.

Costa (2008) defende que o modelo de intervenção psicomotora com base relacional é sustentado pela qualidade da relação estabelecida com a criança, numa perspetiva de promover as capacidades da criança, como a iniciativa, a criatividade, o gesto espontâneo e a curiosidade, enquanto o psicomotricista vai ao seu encontro.

Uma sala ampla proporciona mais movimentos livres e espontâneos, mas é fundamental que tenha um ambiente acolhedor para ser considerada uma sala segura para a criança e não o oposto (Costa, 2008).

Almeida (2013), recorre à descrição de Le Boulch sobre as 3 fases do desenvolvimento, sendo estas o corpo vivido, corpo percebido ou corpo representado. A primeira

fase é o corpo vivido está presente até aos 3 anos, sendo que começa por reflexos motores até à maturação do sistema nervoso central. Nesta fase, a criança começa a descobrir e compreender o meio que a rodeia, assim como a adquirir conhecimento sobre as suas partes corporais. A segunda fase é o corpo percebido que está em desenvolvimento até aos 7 anos e consiste num domínio corporal e coordenação motora mais controlada, ajustando os seus movimentos ao meio envolvente e, conseqüentemente, adquirindo noção do espaço nas vertentes da estruturação temporal e de lateralização. Por último, o corpo está em desenvolvimento até aos 12 anos, em que a criança adquire a capacidade do movimento e representação da figura humana, incluindo mais detalhes, expressões e sentimentos.

Considerando que, ao longo deste período, foram disponibilizados diversos tipos de estimulação para os bebés, considerou-se essencial incluir também momentos de estímulo durante o banho, diversificando as intervenções. Esta decisão baseia-se na teoria de Piaget, segundo a qual, quando apenas uma área do desenvolvimento é trabalhada, as restantes tendem a ficar em atraso (Santos, 2021). Piaget descreveu os quatro estágios do desenvolvimento: o sensório-motor (0-24 meses), em que o bebé conhece o mundo através dos sentidos e movimentos, o pré-operatório (2-7 anos), marcado pelo desenvolvimento da linguagem e do jogo simbólico, o operatório concreto (7-11 anos), quando surgem as operações lógicas associadas à matemática e o operatório formal (a partir dos 11 anos), caracterizado pelo pensamento abstrato e pela compreensão de conceitos como tempo e espaço (Santos, 2021).

As intervenções realizadas com foco na estimulação sensorial permitem à criança que se expresse através destes materiais como as tintas, os pinceis, plasticina e barro. As pinturas com o corpo permitem explorar e expressar os conteúdos emocionais (Costa, 2008). Na instituição, as crianças mais novas (até aos 3 anos) beneficiaram de uma sessão sensorial com tintas. A sala estava quente, tintas comestíveis, luzes sensoriais e música calma de fundo. As crianças exploraram as tintas e o espaço, cada uma ao seu ritmo, com a psicomotricista e a estagiária ao seu redor (como se pode observar no conjunto de figuras 4)



Figura 4- Intervenção psicomotora de estimulação sensorial

Com as crianças mais velhas, realizou-se o retorno à calma através da relaxação, que tal como Costa (2008) sugere, o objeto mediador poderá ter um papel importante, visto que se assemelha ao objeto transitivo descrito por Winnicott. Esses objetos, de diferentes texturas e tamanhos, percorrem o corpo da criança com o objetivo de reduzir a tonicidade. Albaret (1996) explica que diferentes formas de relaxação como o relaxamento progressivo, comportamental, treino autógeno, meditação e seus derivados, são aplicadas no tratamento de crianças agitadas e distraídas. No entanto, quando o PHDA predomina, torna-se impossível utilizá-las como primeira abordagem. Por isso, ao longo das intervenções, foram realizadas pequenas atividades preparatórias, que permitissem a progressão para a relaxação, como deitar a criança e movimentar determinadas partes do corpo enquanto a terapeuta realiza a contagem.

3.4 Descrição das várias etapas da intervenção

Ao chegar à instituição, a primeira etapa foi conhecer os casos integrados através da análise da anamnese de cada criança. Posteriormente, foi possível interagir com as crianças e estabelecer ligação com as mesmas através de brincadeiras que estavam a ocorrer. Nos dias seguintes, enquanto estava envolvida observei de forma informal cada criança, registando tudo no *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003) e *Grelha de observação psicomotora* de João Costa (2008). Esta última foi aplicada apenas à criança de 10 anos, dado que apresentava maior desenvolvimento motor e de coordenação, permitindo assim uma análise detalhada das suas competências psicomotoras. Perante uma vinculação terapêutica mais estável, aplicou-se os instrumentos de avaliação formal adequado a cada caso, sendo estes o *Currículo Carolina* (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004), *Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar (EPP)* (Cruz e Mazaira, 2003), *Teste de Atenção D2* (Brickenkamp, 2007) e o *Draw a Person (DAP)* (Naglieri, 1988). Após ter os resultados das avaliações iniciais, estabeleceu-se o projeto terapêutico de cada criança com os respetivos objetivos a atingir

e as estratégias mais adequadas a cada uma. Ao terminar as intervenções, no final do estágio curricular, realizou-se a reavaliação de cada indivíduo com os mesmos instrumentos de avaliação e a analisar se houve ou não evoluções.

3.5 Descrição dos instrumentos de avaliação utilizados

i. Currículo Carolina

Utilizou-se o instrumento de avaliação formal *Curriculo Carolina*, tanto a versão dos 0 aos 2 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a) como a versão dos 2 aos 5 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004b). O *Curriculo Carolina* (*Carolina Curriculum for Infants and Toddlers with Special Needs – CCITSN*) de Johnson-Martin, Attermeier e Hacker (2004), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Machado e Rocha (2005) é um programa de avaliação e intervenção psicopedagógica destinado a bebés e crianças, com ou sem necessidades específicas até aos 36 meses. Este está organizado em 24 sequências pedagógicas estruturadas em cinco domínios essenciais do desenvolvimento infantil:

- **Cognição-** Avalia o desenvolvimento de capacidades de pensamento e resolução de problemas;
- **Comunicação-** Verifica a qualidade da linguagem verbal e não-verbal;
- **Desenvolvimento Socioafetivo-** Constata a capacidade de construção das competências emocionais e interpessoais;
- **Motricidade fina-** Avalia os movimentos precisos e a coordenação óculo-manual;
- **Motricidade global-** Rastreia o desenvolvimento das capacidades motoras, como a locomoção e o equilíbrio;

ii. Grelha de observação psicomotora

A grelha de observação psicomotora de João Costa (2008) é um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor da criança, através da observação em contexto de sessão. Está organizada em áreas como tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção corporal, estruturação espaço-temporal e praxias, permitindo uma análise sistemática do comportamento psicomotor da criança (Costa, 2008).

iii. Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar (EPP)

A *EPP* (Cruz & Mazaira, 2003) é um instrumento de avaliação psicomotora desenvolvido para crianças entre os 3 e os 6 anos. Destina-se a analisar, de forma quantitativa, as competências psicomotoras, essenciais para o desenvolvimento global nesta faixa etária.

Durante a aplicação do instrumento, avaliam-se a locomoção, posicionamento, equilíbrio, coordenação dos membros inferiores e superiores, coordenação das mãos, esquema corporal/ noção corporal do próprio e do outro. Só será cotado 2 pontos quando a execução for correta ou considerada normal de acordo com a idade, 1 ponto quando a execução tem algumas falhas, mas são corrigidas de forma espontânea ao longo da execução e 0 pontos quando não há realização da tarefa. No final, soma-se a pontuação de cada domínio e verifica-se a classificação correspondente, ou seja, dentro da média, abaixo ou acima, consoante os valores das tabelas normativas. O principal objetivo é identificar atrasos psicomotores no desenvolvimento (Cruz e Mazaira, 2003).

iv. Teste de Atenção D2

O *Teste de Atenção D2* (Brickenkamp, 2007) foi adaptado à população portuguesa por Ferreira e Rocha (2007) e pretende avaliar os processos básicos como a atenção concentrada e sustentada, concentração mental, esforço ou controlo da atenção. Destinado a qualquer indivíduo com idade igual ou superior a 8 anos. O *teste D2* consiste numa tarefa que exige ao avaliado assinalar um estímulo específico (letras d com dois traços, seja em cima, em baixo ou um traço em cima e outro em baixo) ao longo de cada linha, no sentido da esquerda para a direita. O avaliado tem 20 segundos por linha e ao ouvir o avaliador dizer “Mudar”, deve continuar na alinha abaixo. O teste é composto por 14 linhas, o que requer o total de 4 minutos e 40 segundos para a sua realização. A cotação será com base nos caracteres assinalados, omitidos e mal assinalados (Brickenkamp, 2007).

v. Draw a Person (DAP)

O instrumento de avaliação *DAP* (Naglieri, 1988) avalia a representação da figura humana (homem, mulher e do próprio) e, conseqüentemente, consegue interpretar o nível do desenvolvimento intelectual e a organização do esquema corporal. O *DAP* é aplicado

a indivíduos com idade entre os 5 e os 17 anos e tem uma duração de 15 minutos, isto é, 5 minutos para cada desenho. A cotação dos critérios tem em conta as diferentes partes do corpo como os braços, ouvidos, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz e tronco e considera as ligações entre estes segmentos corporais, assim como a presença do vestuário, contabilizando assim 14 itens. Estes itens avaliam a presença do segmento corporal, o detalhe, proporção e o bónus. O total de cada desenho pode ter o valor máximo de 64 pontos e a soma dos três desenhos contabilizar com 192 pontos. Após a cotação, o avaliador irá ver a qual valor padronizado e percentil corresponde, tendo em conta as tabelas normativas, que irão indicar se o avaliado está dentro, abaixo ou acima da média, considerando a sua idade cronológica (Naglieri, 1988).

vi. Modelo de Observação Individual

O modelo de observação individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003) consiste numa grelha de registo estruturado para guiar a observação sistemática de uma criança em contexto de psicomotricidade. A abordagem é global, integrando as dimensões motoras, cognitivas, sociais e emocionais. O modelo é constituído por 9 áreas, sendo estas: movimento, gestualidade, postura, tónus, espaço, tempo, objetos, outros e representação. O movimento reúne informações sobre a qualidade do próprio movimento, coordenação motora, velocidade, equilíbrio, ritmo, dominância lateral, coordenação óculo-manual, estereotipias, prazer/desprazer e mobilidade hipoativa ou hiperativa do corpo. A gestualidade considera a expressão dos estados de ânimo facial, corporal e a capacidade empática ajustada às situações. A postura tem em conta o tónus postural, as preferências posturais e a adaptação postural. O tónus dá importância à hipotonia ou hipertonia, aos movimentos dos braços, pernas e tronco e à motricidade global. O espaço pretende observar a exploração espacial, a orientação e estruturação no espaço, o espaço que ocupa durante a observação, a relação entre o seu próprio espaço e o dos outros. Em relação ao tempo, registam-se informações sobre a capacidade de se ajustar aos tempos da sessão, se fazem ou não ruturas, o ritmo e quanto tempo utiliza cada espaço onde está a decorrer a observação. A área dos objetos solicita informações sobre as qualidades preferidas, a utilização dos mesmos (se é repetitiva, onde os utiliza e se manipula de forma criativa), o respeito aos outros (como escolhe os objetos a utilizar) e o significado que dá (indiferença, investimento afetivo, entre outros). A área denominada de “outros” aplica-se a situações relacionadas com os pares e adultos, ou seja, como a criança se posiciona, escuta, colabora,

a relação com os mesmos, entre outros. Por último, a representação pretende informações sobre o desenho do corpo e a representação do espaço e dos materiais, as construções em madeira e a modelagem da figura corporal (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003).

3.6 Descrição dos casos de grupo acompanhados

Na tabela seguinte, estão registados os estudos de caso acompanhados, sendo que as crianças E. e M.B. serão descritas mais detalhadamente por serem consideradas as principais.

Tabela 5- Descrição dos casos acompanhados

Criança	Idade (av. Inicial)	Periodicidade das sessões	Individual ou em grupo	Observação e intervenção
E.	11 meses	Bissemanal	Individual /Grupo	Novembro-Junho
K.	5 meses	Bissemanal	Individual /Grupo	Novembro-Junho
L.	1 ano e 4 meses	Semanal	Individual	Novembro-Junho
M.P.	2 anos e 4 meses	Semanal	Individual	Novembro-Junho
M.C.	2 anos e 2 meses	Semanal	Individual	Novembro-Junho
M.B.	4 anos e 6 meses	Semanal	Individual	Fevereiro-Junho
R.	10 anos	Semanal	Individual	Novembro-Junho

a. Estudo de caso individual K.

K. foi institucionalizada em 2024 quando tinha apenas 1 mês e 16 dias e, na primeira avaliação, apresentava 5 meses e 12 dias. Beneficiou de intervenções semanais de 45 minutos, sendo que, sempre que possível, realizavam-se sessões adicionais em pares com outra criança da mesma faixa etária. Estas sessões bissemanais, uma individual e outra em pares, promoviam a interação segura entre as crianças e a estagiária, garantindo estabilidade emocional e evitando sentimentos de insegurança. Além disso, a observação mútua despertava o interesse de ambas na exploração dos objetos utilizados durante as intervenções.

Recolheu-se informações da K. na observação informal realizada pelo Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003) e foi avaliada com o Currículo Carolina 0-2 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a) em ambos os momentos de avaliação.

Tabela 6- Vinheta Clínica de K.

Anamnese	K. é a irmã mais nova de L. Durante a gestação de K., L. Já se encontrava acolhida na instituição. Após o nascimento, K. Permaneceu um mês com os progenitores antes de ser acolhida. A mãe apresenta histórico de institucionalização e existem indícios de consumo de álcool e substâncias aditivas leves por parte do pai.
Dificuldades observadas	Internas: Dificuldade em manter a atenção; limitações no desenvolvimento perceptivo; atraso na aquisição da pré-linguagem; dificuldade na imitação de sons e gestos; fragilidades na comunicação com terceiros; atraso na autonomia de alimentação; limitações na motricidade fina (manipulação e destreza bilateral); dificuldade em manter a postura. Externas: Ausência de vínculo familiar seguro; acolhida pela instituição apenas 1 mês após o nascimento.
Fatores facilitadores	Internos: Revela capacidade visual, localização auditiva, permanência do objeto através da visão e da audição, desempenho na motricidade fina, nomeadamente na exploração tátil. Externos: Ambiente seguro e estável na instituição; Rotina estruturada; Acesso a acompanhamento terapêutico; Beneficia de estimulação sensorial e motora; Incentivada a estimular a autonomia.
Perfil psicomotor	Nos domínios de capacidade, observa-se cognição, com atividade visual e permanência do objeto (segue visualmente o objeto que se desloca) permanência do objeto e localização auditiva (segue o objeto através do som); motricidade fina, com exploração tátil; e motricidade global, com movimentos de alternância entre decúbito ventral e dorsal. Nos domínios intermédios, destacam-se competências emergentes em cognição, como uso funcional de objetos, brincadeiras simbólicas e resolução de problemas; estruturação espacial, com orientação no espaço; socialização, com interação com pares e adultos; linguagem

	expressiva; e motricidade fina, com a capacidade de alcançar, apertar e largar objetos. Nos domínios de necessidade, identificam-se dificuldades em cognição, incluindo atenção e memória, bem como discriminação e organização de estímulos sensoriais (reconhecimento, diferenciação e organização através da visão e outros sentidos); linguagem, com pré-vocabulário e imitação de sons e gestos; socialização, com respostas à comunicação de outras pessoas; autonomia, nas tarefas de alimentação (coordenação motora global e planeamento motor); motricidade fina, com manipulação de objetos e destreza bilateral; e motricidade global, incluindo controlo postural ao ser segurada ao colo.
Algumas atividades realizadas	Inicialmente, estabeleceu-se a relação terapêutica com contacto visual, promovendo familiarização com o rosto do cuidador. Seguidamente, incentivou-se a exploração de movimentos lúdicos (cócegas, caretas, vocalizações) e a imitação de sons e gestos, promovendo atenção, riso e interação social. A manipulação dos membros superiores e inferiores (holding e handling) foi utilizada para estimular a motricidade e familiarização com o próprio nome. K. Demonstrou progressiva disponibilidade para manipulações corporais, interesse por objetos e mudança de posição entre decúbito central e dorsal. Sempre que possível, participaram-se atividades sensoriais adicionais, como brincadeiras na água, exploração de luzes e espuma, adaptação a diferentes temperaturas e exploração do espaço terapêutico, incentivando a curiosidade e interação com o ambiente.

b. Estudo de caso individual L.

L. foi acolhida na instituição em 2023 quando tinha 10 meses e 26 dias. No primeiro momento de avaliação, L. tinha 1 ano, 4 meses e 27 dias. Beneficiou de sessões semanais de 45 min.

Recolheram-se informações da L. na observação informal realizada pelo Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003) e foi avaliada com o *Curriculo Carolina* 0-2 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a) em ambos os momentos de avaliação.

Tabela 7- Vinheta Clínica de L.

Anamnese	L. foi acolhida na instituição com quase 11 meses, devido a negligência grave por parte dos progenitores, que resultou no internamento da criança com escabiose. A ausência de tratamento adequado provocou agravamento das lesões cutâneas. Os pais opuseram-se ao acolhimento, dificultando a separação da criança. Na data de acolhimento, a mãe encontrava-se grávida de 8 meses de K., irmã mais nova de L.
Dificuldades observadas	Interno: Dificuldade em manter atenção na tarefa e explorar os objetos; chora sempre que se encontra frustrada; Externo: A falta de vínculo familiar seguro e o facto de residir numa instituição representam fatores externos que limitam o desenvolvimento.
Fatores facilitadores	Interno: Interesse pelos objetos e pela interação com os outros. Externo: Beneficia de um ambiente seguro e estável na instituição, com rotina estruturada e acesso a acompanhamento terapêutico.
Perfil psicomotor	Nos domínios de capacidade, encontra-se a cognição, com a distinção de estímulos ambientais através dos diferentes sentidos; a motricidade fina na coordenação visuomotora e destreza bilateral para manipulação de objetos e controlo grafomotor; motricidade global adequada para deslocamentos, saltos, subida e descida de escadas, e manutenção do equilíbrio estático. Explora o espaço e orienta-se no ambiente, comunica com vocabulário emergente e interage com pares e adultos. Nos domínios intermédios inclui-se a cognição em relação à atenção e memória; autonomia nas tarefas de alimentação, vestuário e higiene (planeamento motor e esquema corporal); motricidade fina, na manipulação de objetos com precisão; linguagem na imitação de sons e gestos.

	Nos domínios de necessidade, identificam-se dificuldades na cognição acerca da atividade visual e permanência do objeto (segue o objeto que se desloca e vai ao encontro deste), permanência do objeto e localização auditiva (segue o objeto através do som), uso funcional de objetos e brincadeiras simbólicas; socialização em relação à resolução de problemas e às respostas à comunicação de outros.
Algumas atividades realizadas	Realizou-se uma atividade para estimular a atenção da criança com objetos do seu interesse, sem estímulos distrativos. Inicialmente, utilizavam-se objetos que provocassem reações visuais ou sonoras para melhorar a permanência do objeto. Progressivamente, aumentou-se o espaço e a variedade de objetos, incentivando a exploração e o reconhecimento das suas funções. A criança participou em brincadeiras simbólicas com a estagiária, promovendo socialização e criatividade, e sempre que surgiam dificuldades, era apoiada com pequenas ajudas verbais e físicas para encontrar soluções.

c. Estudo de caso individual M.P.

M.P. foi acolhida na instituição em 2024 quando tinha 2 anos e 23 dias. No primeiro momento de avaliação, M.P. tinha 2 anos, 4 meses e 18 dias. Beneficiou de sessões semanais de 45 min.

Recolheu-se informações da M.P. na observação informal realizada pelo modelo de observação individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003) e foi avaliada com o *Curriculo Carolina 2-5 anos* (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004b) em ambos os momentos de avaliação.

Tabela 8- Vinheta Clínica de M.P.

Anamnese	A criança foi acolhida devido a situações de negligência e indícios de fuga do pai para França. Antes do acolhimento, residia com o pai, a avó e a tia paterna, acompanhando o pai ao longo do dia, sem rotinas ou hábitos compatíveis com a sua idade, configurando um risco social. No momento do acolhimento, apresentava sinais de negligência, incluindo manchas brancas na pele, vestuário inadequado (apenas um body), descalça e fralda urinada há muito tempo.
-----------------	---

Dificuldades observadas	Interno: Falta de noção dos perigos, dificuldades na manipulação de objetos, construção de puzzles, domínio do lápis, saltos, equilíbrio estático e controlo dos esfíncteres, além de pedir colo com frequência. Externo: Quebra do vínculo familiar e a ausência de visitas da mãe (limitadas a telefonemas) constituem fatores que pode influenciar o desenvolvimento emocional e social.
Fatores facilitadores	Interno: Apresenta boa comunicação, expressão, atenção, locomoção, equilíbrio, autonomia, interação social e raciocínio lógico. Externo: Rotina estruturada, estabilidade e acompanhamento terapêutico.
Perfil psicomotor	Domínio de capacidade: A criança apresenta competências na cognição, como atenção, memória, raciocínio, noção de tamanho e número, construções com blocos e jogo simbólico. Na linguagem verifica-se um vocabulário expressivo, linguagem recetiva e boa construção de frases. Na socialização há competências na conversação, interação social, autoconceito. Na adaptação social demonstra autonomia na higiene (esquema corporal). Na motricidade fina revela o uso da mão explorar materiais e manipulá-los. Na motricidade global apresenta capacidades no andar, correr, saltar/pular, salto unipedal, saltos para cima e frente, equilíbrio dinâmico, uso de equipamentos do exterior. Domínios intermédios: Revela em desenvolvimento as competências de responsabilidade e autonomia no vestuário e alimentação (planeamento motor), manipulação bimanual, locomoção em escadas e lançamentos. Domínios de necessidade: Verifica-se dificuldades na cognição em relação à noção dos conceitos gerias, puzzles e emparelhamento. Dificuldades na adaptação social referente ao controlo dos esfíncteres.

	Limitações na motricidade fina na destreza bilateral e controlo grafo-motor. Necessita de apoio na motricidade global em relação ao andar na ponta dos pés, saltos para baixo e equilíbrio estático.
Algumas atividades realizadas	A criança explorou materiais e brinquedos novos, incluindo pompons, acessórios para bonecos e luzes projetadas, promovendo interesse e, consequentemente, questionar sobre os mesmos, aumentando o foco atencional, assim como a compreensão dos conceitos dos objetos utilizados diariamente. Quando apresentou progresso, as sessões incluíram puzzles simples e atividades de encaixes, com o objetivo de melhorar a percepção visual, o raciocínio e a capacidade de emparelhamento. Para estimular a destreza bilateral, a criança iniciou as atividades utilizando apenas uma mão e evoluiu para manipulação com ambas simultaneamente, conseguindo realizar brincadeiras simbólicas de forma mais funcional, como dar comida ao boneco enquanto segurava o prato e movimentava a colher ou vestir o mesmo. O controlo grafomotor foi trabalhado por meio da exploração tátil com tintas, lápis de cera e plasticina, ajustando a pega ao nível da criança. Para desenvolver a motricidade global, realizaram-se percursos psicomotores com traves de equilíbrio e saltos entre arcos, promovendo coordenação e o equilíbrio.

d. Estudo de caso individual M.C.

M.C. foi acolhida na instituição em 2023 quando tinha 7 meses. No primeiro momento de avaliação, M.C. tinha 2 anos e 2 meses. Beneficiou de sessões semanais de 45 min. Recolheu-se informações da M.C. realizada pelo Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003) e foi avaliada com o *Curriculo Carolina* 2-5 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004b) em ambos os momentos de avaliação.

Tabela 9- Vinheta Clínica de M.C.

Anamnese	No momento do acolhimento, M.C., encontrava-se em perigo físico e psíquico devido a consumo de estupefacientes pelos progenitores, conflitos conjugais e condições habitacionais precárias. A mãe, 20 anos, grávida de 5 meses, apresentava depressão pós-parto com ide-
-----------------	--

	ação suicida e histórico de institucionalização. O pai, 23 anos, tinha histórico criminal e postura agressiva. Os avós paternos apresentam histórico de institucionalização e consumo de estupefacientes, enquanto os avós maternos têm histórico de consumo de álcool. A criança não possuía quarto próprio, dormindo no sofá com os progenitores. Inicialmente, os pais mantinham visitas semanais, demonstrando afeto, embora o pai apresentasse limitada interação física com a criança. As visitas foram diminuindo ao longo do tempo.
Dificuldades observadas	Internas: Dificuldade em expressar-se verbalmente, fala muito pouco, limitações na autonomia de vestuário, dificuldade na destreza bilateral, limitações nos lançamentos, dificuldade em saltar de alturas, dificuldade no controlo grafomotor, falta de noção de tamanho e número. Externas: Raramente tem visitas familiares, ausência de vínculo familiar, institucionalização desde os 7 meses.
Fatores facilitadores	Internos: Simpatia, boa comunicação com terceiros, autonomia adequada à idade, sentido de responsabilidade, capacidade de raciocínio, realização de jogos simbólicos, equilíbrio e habilidades motoras, interesse pelos sons, das poucas frases verbalizadas apresentam a construção adequadas à idade, expressão de sentimentos, uso correto de equipamentos do exterior, desempenho na construção de blocos. Externos: Rotina estruturada na instituição, acompanhamento terapêutico especializado, ambiente seguro e estável.
Perfil psicomotor	Nos domínios de capacidade, M.C em relação à cognição apresenta o raciocínio funcional, construção de blocos e perceção visual adequada; Na linguagem, compreensão da linguagem e construção de frases; Na socialização e adaptação social, a criança apresenta interações sociais adequadas, autoconceito, responsabilidade e autonomia parcial nas tarefas de alimentação, higiene e esfíncteres; Na motricidade fina, revela boa manipulação funcional de objetos; Na Motrici-

	dade global demonstra equilíbrio, locomoção segura, saltos para cima e uso correto de equipamentos do exterior. Domínios Intermédios: Apresenta progressos em atenção, memória, conceitos gerais, puzzles e emparelhamentos. Na socialização, participa em conversação com adultos e pares. Na motricidade global, executa locomoção básica de forma adequada, caminhando de maneira segura e coordenada. Domínios de Necessidade: Necessita de suporte na cognição em relação aos conceitos de tamanho e número, vocabulário expressivo e autonomia em vestuário (planeamento motor). Na motricidade fina, evidencia dificuldade de destreza bilateral e controlo grafomotor. Em relação à motricidade global, apresenta limitações em saltar de alturas e lançamentos.
Atividades realizadas	Para estimular a noção de tamanho e número, M.C. foi incentivada a contar peças durante brincadeiras simbólicas, como quantos bonecos estavam presentes ou selecionar apenas dois brinquedos, verbalizando a contagem em conjunto com a estagiária. Estas brincadeiras simbólicas tinham também o objetivo de promover a linguagem e expressão das situações. Para melhorar a destreza bilateral, a criança, inicialmente, observou os movimentos da estagiária, depois segurava um objeto com uma mão enquanto a outra realizava a ação (por exemplo, segurar uma bola pequena e rodá-la) e progrediu para manipular o objeto com ambas as mãos. Para desenvolver o controlo grafomotor, realizou-se atividades no sentido tátil com tintas, seguida realizou-se construções com plasticina e recorreu-se à utilização de lápis de cera grandes e, posteriormente, lápis adequando a pega. Para estimular os lançamentos de objetos, foi colocado um alvo com imagens infantis, solicitando-se que a criança acertasse utilizando saco de areia ou bola, com auxílio físico e verbal da estagiária.

e. Estudo de caso individual R.

R. foi acolhido na instituição em 2023, aos 9 anos de idade. As observações informais tiveram início algumas sessões, sendo registadas na grelha de observação psicomotora do João Costa (2008), antes da primeira aplicação do instrumento de avaliação DAP. Na altura, R. tinha 10 anos, 9 meses e 16 dias, enquanto na avaliação pelo Teste D2 tinha 10 anos, 11 meses e 4 dias. A diferença de idades deve-se a interrupções nas sessões, como pausas letivas ou ausências devido a visitas de estudo e atividades sociais. O acompanhamento consistiu em sessões semanais com duração de 45 minutos. As informações sobre R. foram recolhidas por meio da grelha de observação psicomotora (Costa, 2008) e complementadas com avaliações realizadas através do Desenho da Figura Humana (DAP) (Naglieri, 1988) e do Teste de Atenção D2 (Brickenkamp, 2007).

Tabela 10- Vinheta Clínica de R.

Anamnese	R. viveu com a mãe até abril de 2023, noutra cidade, em contexto de negligência e maus-tratos, incluindo violência doméstica, falta de cuidados básicos, restrição à brincadeira e falta de condições de higiene. O pai interrompeu as visitas e solicitou a guarda da criança, que passou a viver com ele em Évora, onde tinha maior liberdade, mas também regras e responsabilidades domésticas. Após a morte do avô paterno, a avó passou a residir com eles, sendo descrita como fria e brusca, mantendo uma relação instável com R., incluindo episódios de agressividade. Durante o acolhimento, observou-se falta de autonomia na higiene, dificuldades em seguir rotinas, sono fragmentado e alimentação pouco saudável. R. não frequentava a escola até setembro de 2023, quando iniciou ensino regular, sendo identificadas dificuldades de aprendizagem e diagnóstico de PHDA.
Dificuldades observadas	Internas: O R. apresentava contacto físico excessivo, procurando constantemente afeto dos adultos. Revelava uma noção imatura do esquema corporal, evidenciada pela frequência com que se magoava e pelos desenhos pouco estruturados, bem como dificuldades na regulação do gesto espontâneo, com precipitação e instabilidade tónico-emocional. A atenção surgia dispersa e acompanhada de reclamações perante as tarefas. Apesar de compreender adequadamente a

	linguagem, a sua expressão era excessiva e pouco objetiva. Observavam-se dificuldades internas ao nível da lentidão no processamento informacional, fraca imagem corporal (própria e do género masculino), dificuldades visuoespaciais, dificuldade em manter o foco atencional, fragilidades no planeamento motor e cognitivo, carência afetiva, baixa autoestima, agitação motora, inquietação e impulsividade. Externas: Tem experiências de negligência e maus-tratos por parte da mãe, relação instável com a avó paterna, vinculação ambivalente com o pai, intensificando a insegurança emocional.
Fatores facilitadores	Internos: Demonstrou uma consciência corporal mais estruturada relativamente ao género feminino, apresenta boa capacidade comunicativa, simpatia e relacionamento adequado com pares e adultos. Externos: Medicação para PHDA e acompanhamento terapêutico especializado.
Perfil psicomotor	Domínios de capacidade: A criança apresenta competências relacionadas com a consciência corporal, sobretudo do género feminino. Domínios intermédios: demonstra progressos na regulação do foco atencional e níveis de concentração, mais capacidade de inibição de comportamentos inadequados. Domínios de necessidade: apresenta dificuldades como lentidão no processamento informacional, fraca imagem corporal (própria e do género masculino) e dificuldade na perceção visuoespacial.
Algumas das atividades realizadas	A intervenção centrou-se no aumento do foco atencional como condição fundamental para que o R. pudesse beneficiar das sessões a médio e longo prazo. Paralelamente, tornou-se essencial trabalhar a regulação dos comportamentos impulsivos e o controlo inibitório, promovendo uma maior organização intrínseca. Para potenciar o planeamento motor e cognitivo, foram realizados circuitos psicomotores no início de cada sessão, incluindo tarefas de equilíbrio e deslo-

	camento nas traves que exigiam concentração. Posteriormente, o R. realizava atividades gráficas e manipulativas (pintura, recorte, colagem), permitindo-lhe expressar conteúdos não verbalizados. Para reduzir a agitação psicomotora, o acesso a materiais foi inicialmente limitado, sendo gradualmente ampliado para favorecer a autorregulação. Com o objetivo de promover a concentração e da capacidade de antecipação e estratégia, foram introduzidos jogos estruturados (ex.: jogos de regras, Torre de Hanói). Estimulou-se o controlo inibitório através de tarefas de discriminação e espera ativa, bem como atividades de resposta a estímulos visuais em diferentes velocidades, promovendo a contenção motora e a gestão da impulsividade. A utilização de jogos como o jogo da memória reforçou competências de atenção. Posteriormente, integrou-se intervenção orientada para a regulação tónica, com recursos sensoriais e técnicas de relaxação, favorecendo a consciência corporal e diminuindo a instabilidade motora. Ainda se determinou a necessidade de atenuar os seus níveis de carência afetiva, transmitindo segurança e disponibilidade dos cuidadores e terapeutas, de modo a reduzir receios associados à formação de novas vinculações inseguras.
--	--

IV. Dois estudos de caso

4.1 Caso I

4.1.1 Revisão teórica de suporte ao estudo de caso

Os primeiros anos de vida exigem maior dedicação dos pais, visto que a criança ainda não adquiriu a noção temporal (Stretch, 2018). Desde o nascimento, o bebé apresenta uma tendência inata para criar laços sociais e vínculos preferenciais, nos quais os cuidadores atendem às suas necessidades de forma sensível e responsiva. (Santos, 2023).

Esta dedicação é importante, visto que o desenvolvimento cerebral ocorre de forma rápida e intensa, o que demonstra elevada sensibilidade aos estímulos ambientais e promove a adaptação precoce ao meio (Lyons-Ruth et al., 2023). Perante um cérebro ainda imaturo e desorganizado, é fundamental que o bebé esteja inserido num ambiente

estruturado e com figuras estáveis. Assim, o processo de adaptação ao meio é facilitado e é fundamental para um desenvolvimento emocional saudável (Stretch, 2018).

Como mencionado anteriormente, a privação também envolve a ausência de estímulos essenciais, como afeto, atenção ou estimulação adequada (Lyons-Ruth et al., 2023). O autor realça a ideia através de McLaughlin et al. (2017) e Schäfer et al. (2022) ao afirmar que as privações de estímulos podem causar alterações na estrutura cerebral, como um córtex mais fino e circuitos frontoparietais menos eficientes. Assim, poderá haver inibição do desenvolvimento e do normal funcionamento das capacidades psicológicas superiores (Fonseca, 2024).

4.1.2 Breve descrição do caso

O E., residiu numa pensão financiada pela Segurança Social, com a mãe. Na altura, foi observado que a sua alimentação era inadequada para a idade cronológica, baseando-se em leite de vaca e papa, revelando uma alimentação pouco variada e, por isso, pouco recomendável para a sua faixa etária. Ambos os progenitores, viviam com a criança e apresentavam histórico de violência doméstica. O E. foi acolhido e integrado numa instituição, em Abril de 2024, a criança demonstrava hipertonicidade nos membros superiores e inferiores, associada a limitações de mobilidade e evidente carência de estimulação ambiental. Apesar destas problemáticas, o E., apresentava-se como uma criança tranquila, demonstrando capacidades comunicativas.

Desde a sua institucionalização, a criança recebeu visitas bissemanais da mãe e, recentemente, passou a receber visitas também do pai.

4.1.3 Plano de avaliação

Iniciou-se a avaliação inicial em Dezembro de 2024, através do preenchimento da anamnese e a observação informal da criança, recorrendo ao modelo de observação individual (Martinez et al, 2003). Posto isto, aplicou-se o Currículo Carolina (0-2 anos) (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a) que é um instrumento de avaliação informal utilizado na instituição. A avaliação decorreu por forma a recolher informações sobre o desenvolvimento atual da criança, tendo em conta as dificuldades relatadas e observadas informalmente. Realizou-se a reavaliação em Junho de 2025.

4.1.4 Avaliação Inicial

Após recolher a informação acerca da história de vida de E. na anamnese, considerou-se essencial ter a mesma em conta nos momentos de avaliação, sendo estes a observação

informal preenchida no Modelo de Observação Individual (Martinez et al, 2003) e o Currículo Carolina (0-2 anos) (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a).

Modelo de Observação Individual (Martinez et al, 2003)

Movimento:

O E. permaneceu habitualmente sentado, sem realizar deslocamentos com ou sem objetos. Os poucos movimentos que executou apresentaram qualidade normal. Conseguiu colocar-se em posição de quatro apoios e balançar, embora ainda não conseguisse gatinhar. Quando era colocada em posição bípede, não se mantinha em pé e sentava-se de imediato. Verificou-se a capacidade de alternar entre os decúbitos dorsal e ventral. Observou-se preferência lateral para o lado direito. A coordenação óculo-manual foi pouco evidente, sem aspetos relevantes. Registaram-se estereotípias, nomeadamente o balanço do corpo na posição sentada. Durante a execução ou a tentativa de movimento, manifestou prazer ou desprazer, conforme a mobilidade. A mobilidade corporal apresentou-se reduzida, sendo classificada como hipoativa.

Gestualidade:

O E., expressou diferentes estados de ânimo através da expressão facial, revelando sinais de felicidade ou tristeza. Quando se distraía, mantinha frequentemente a boca aberta. Utilizou também o corpo como meio de comunicação, abanando-se em situações de agrado ou desagrado, sempre em associação à expressão facial correspondente.

Postura:

Apresentou fraca regulação tónica, com predominância de hipertonia. Preferiu a posição sentado e revelou dificuldade de adaptação postural, reagindo com choro quando foi colocado noutras posições.

Tónus:

Verificou-se hipertonia de base. Durante o movimento, balançou braços, pernas e tronco, sendo os membros superiores os que apresentaram maior qualidade na execução. A motricidade global revelou-se frágil e pouco variada, visto que ainda tinha marcos de desenvolvimento por atingir.

Espaço:

Mostrou-se indiferente à proximidade de adultos ou pares, permanecendo maiori-

tariamente junto à televisão, local de sua preferência. A utilização do espaço foi bastante limitada, mantendo-se no mesmo lugar e sem explorar o corpo no ambiente. Não realizou percursos ou deslocamentos espontâneos, restringindo-se à manipulação dos objetos oferecidos. Relativamente ao espaço dos outros, reclamou quando lhe retiraram brinquedos, mas aceitou a presença de outras crianças próximas. Apesar de não se deslocar, apropriou-se de brinquedos ao seu alcance, mesmo quando já estavam a ser utilizados por outros.

Tempo:

Acompanhou adequadamente a sessão, mantendo-se envolvido sem interrupções. O ritmo manifestou-se, maioritariamente, de forma individual, mas, na presença da criança K., partilhou o período de 40 a 45 minutos através da observação recíproca. Durante esse tempo, permaneceu sempre no mesmo espaço.

Objetos:

Demonstrou preferência por objetos fixos, sem grande interesse por novidades. Foi indiferente às qualidades físicas (macio, duro, frio, quente), mas mostrou interesse por brinquedos sonoros, apesar de ainda estar em despiste para alterações auditivas. Manteve atenção visual nos objetos, acompanhando-os quando estavam em movimento. A utilização revelou-se repetitiva, com as mesmas atividades e os mesmos materiais, geralmente no chão e de forma individual, evidenciando pouca criatividade. Interagiu com outras crianças sobretudo quando estas se dirigiram a si. Quando as interações ocorriam por iniciativa própria, as interações foram mais limitadas. O investimento afetivo concentrou-se em bolas e carros, que lhe proporcionaram prazer visível e funcionaram como mediadores de interação com terceiros, especialmente quando houve intervenção do adulto.

Relação com os outros:

A forma de comunicação que o E. encontrou, iniciou-se através do olhar, mantendo-se atento e em posição de escuta ativa. A disponibilidade variou consoante a pessoa, alternando momentos de aceitação e de oposição. As necessidades foram manifestadas através do choro e de sinais de inquietação corporal.

Currículo Carolina (0-2 anos) (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a):

Cognição:

- Atividades visuais e permanência do objeto: Fixou o olhar, seguiu os objetos e reconheceu os locais onde estes desapareceram. Também conseguiu localizar um objeto escondido entre os dois locais.
- Permanência do objeto:
 - Motora e visual: Retirou o pano do próprio rosto e do outro, mas não houve tentativa de descobrir brinquedos que estivessem totalmente escondidos.
 - Localização auditiva: Olhou diretamente para a fonte de barulho, quando o som foi apresentado ao nível da cintura. Além disso, também virou a cabeça e olhou para ambos os lados e para ambos os sons;
- Atenção e memória: Antecipou as rotinas;
- Desenvolvimento perceptivo: Reagiu a diferentes texturas e temperaturas, riu-se/ sorriu quando os adultos tiveram comportamentos “infantis” ou inesperados;
- Uso funcional dos objetos: Levou a mão à boca e explorou os brinquedos, brincou com o que lhe é dado e realizou atividades adequadas com os mesmos.;
- Resolução de problemas: Repetiu ações que produziram efeitos e explorou brinquedos com alguma finalidade. Repetiu uma atividade que teve uma reação positiva por parte de outras pessoas e brincou com diferentes tipos de brinquedos;
- Percepção visual: Não apresentou nenhuma aquisição;

Motricidade fina:

- Tato: Reagiu à estimulação tátil com os movimentos e explorou os objetos com os dedos;
- Alcançar, apertar e largar: Largou um objeto para pegar noutro e enfiou o dedo indicador em buracos;
- Manipulação: Observou as mãos, brincou com os pés, manipulou objetos e retirou argolas de uma pequena estaca;
- Destreza bilateral: Levantou as duas mãos, juntou e bateu as palmas, segurou os brinquedos com ambas as mãos e transferiu objetos entre elas;

- Perceção visuomotora: No controlo grafomotor, não se registou nenhuma competência adquirida.

Motricidade global:

- Decúbito ventral: Levantou a cabeça, estendeu o tronco e girou o corpo.
- Decúbito dorsal: Estendeu o braço quando estava deitado de barriga para cima, levantou os pés no ar para brincar, virou-se da posição de barriga para cima para a de barriga para baixo.
- Posição vertical: Virou-se da posição de barriga para baixo para a de sentado.
- Locomoção, escadas, saltar e equilibrar: Não demonstrou aquisições;

Estruturação espacial:

- Orientação espacial: Procurou os itens desaparecidos e acompanhou com o olhar a deslocação dos mesmos (como uma bola a rebolar), assim como os objetos que saem do seu campo de visão;

Linguagem:

- Pré-vocabulário: Identificou diferentes estados emocionais básicos e vocalizou 5 ou mais sons adquirindo o riso;
- Imitação de sons e gestos: Aquietou-se ao ouvir uma voz, continuou um movimento ao imitador o educador e reproduz gestos familiares;
- Linguagem expressiva: Demonstrou interesse por objetos e procurou atrair atenção através de sons, sorriso ou contacto visual. Começou a escutar e coordenou o olhar com a audição;

Socialização:

- Resposta à comunicação: Reagiu ao tom de voz, virou-se quando foi chamado e interrompeu atividades ao ouvir o nome;
- Socialização: Sorriu reciprocamente e sorriu para uma pessoa que lhe era familiar. Ainda tentou atrair a atenção de outras pessoas através de sons, sorriso, contacto visual ou linguagem corporal;

Autonomia:

- Alimentação: Raramente mordeu a colher;
- Vestuário: Descalçou as peúgas, mas demonstrou estar em aquisição a capacidade despir parcialmente a camisa pela cabeça;
- Higiene: Gostou de brincar na água;

4.1.5 Hipóteses explicativas

No período que o E., viveu com os pais não lhe foi assegurada uma alimentação adequada nem estimulação sensorial suficiente. Segundo Fonseca (2024), o desenvolvimento cerebral é profundamente influenciado pelo ambiente, e a privação de estímulos, associada a um meio instável, pode prejudicar o desenvolvimento cognitivo, afetando a atenção e a perceção do mundo. A Teoria Ecológica dos Sistemas de Bronfenbrenner (1979) corrobora essa ideia, destacando a influência bidirecional entre indivíduo e ambiente. A teoria organiza o desenvolvimento em cinco níveis: microssistema, com interações diretas; mesossistema, referente às conexões entre ambientes (como família e escola); exossistema, formado por sistemas que afetam indiretamente a criança; macrossistema, incluindo fatores culturais, sociais e políticos; e cronossistema, relacionado a transições de vida e mudanças ambientais ao longo do desenvolvimento (Rahman, 2025). A institucionalização da criança pode ter contribuído para uma insegurança emocional, impactando a memória e a capacidade de aprendizagem. Um ambiente familiar desestruturado e sem investimento no desenvolvimento infantil pode atrasar a aquisição de pré-competências linguísticas, como a imitação de sons e gestos, fundamentais para a comunicação (Fonseca, 2024).

A comunicação não depende apenas da linguagem verbal, mas também de formas não verbais, como gestos, expressões faciais e contacto visual (Carmichael & Mizrahi, 2023). Além disso, a motricidade (tanto fina quanto global) depende da integração de diversos fatores psicomotores como a tonicidade, equilíbrio, lateralidade e perceção corporal. A falta estimulação nestas áreas pode comprometer a regulação tónica, o controlo postural e a noção espacial, afetando a coordenação motora e a comunicação, dificultando a autonomia e a participação ativa no meio (Fonseca, 2010).

A fraca autonomia do E., pode estar relacionada com a alimentação inadequada e a ausência de rotinas estruturadas no vestuário e na higiene, assim como a dificuldade em deslocar-se no meio. A motricidade fina pode estar comprometida devido à falta de

exploração de materiais e estímulos, afetando tarefas essenciais e aprendizagens futuras (Fidelis, 2025). Já a rigidez muscular nos membros superiores e inferiores (motricidade global) pode resultar da falta de mobilização, dificultando movimentos básicos e a locomoção. Silveira e Oliveira (2018) acrescentam ainda que a inibição psicomotora leva à falta de relacionamento com o mundo e com os outros.

O primeiro ano de vida é crucial visto que é quando ocorrem as mudanças mais rápidas e significativas no desenvolvimento humano. A estimulação precoce nas áreas motora, cognitiva, emocional e linguística é determinante para um crescimento saudável (Alves et al., 2024). Além disso, uma vinculação segura e estável é essencial para o desenvolvimento da autoimagem e da linguagem, uma vez que a memória, o pensamento e os afetos se constroem gradualmente (Strecht, 2018).

Assim, considera-se que os problemas observados no desenvolvimento da criança podem ser explicados pela combinação de fatores ambientais adversos como a privação sensorial, instabilidade emocional, falta de estimulação motora e linguística e, ainda, a ausência de rotinas estruturadas. Tudo isso pode ter comprometido o seu desenvolvimento integral, reforçando a necessidade de intervenções especializadas que promovam a recuperação das competências afetadas.

4.1.6 Perfil Intra-Individual

Para se delinear o perfil psicomotor correspondente à avaliação inicial do desenvolvimento de E. identificou-se as competências que se apresentavam mais fragilizadas, as que estavam em progresso e as que já se encontravam consolidadas. Assim, considerando a idade cronológica de E., (11 meses) as competências adquiridas até aos 6 meses estavam classificadas como domínios fracos, as aquisições dos 6 meses até aos 9 meses enquadraram-se nos domínios intermédios e os domínios fortes correspondem às competências adquiridas a partir dos 9 meses (tabela 11).

Tabela 11- Perfil psicomotor de acordo com o Currículo Carolina (0-24 meses) Av. Inicial. E.

		Competências
Domínios de capacidade	Cognição	Atividade visual e permanência do objeto
		Localização auditiva e permanência do objeto (Segue o objeto através do som)
	Estruturação espacial	Orientação no espaço

Domínios intermédios	<i>Cognição</i>	Uso funcional dos objetos e brincadeiras simbólicas
		Resolução de problemas
	<i>Motricidade fina</i>	Exploração tátil
		Alcançar, apertar e largar objetos
		Manipulação do objeto
		Destreza bilateral
	<i>Motricidade global</i>	Movimentos em alternar entre decúbito dorsal e ventral
Domínios de necessidade	<i>Cognição</i>	Permanência do objeto: motora e visual (segue o objeto que se desloca e vai ao encontro deste)
		Atenção e Memória
		Distinção de estímulos ambientais através dos sentidos
		Reconhecimento, diferenciação e organização (através da visão)
	<i>Estruturação espacial</i>	Exploração espacial
	<i>Linguagem</i>	Pré-vocabulário
		Imitação de som e gestos
		Linguagem expressiva
	<i>Socialização</i>	Resposta à comunicação de outras pessoas
		Interação com pares e adultos
	<i>Autonomia</i>	Nas tarefas de alimentação (coordenação motora global e planeamento motor)
		Nas tarefas de vestuário (planeamento motor)
		Nas tarefas de higiene (esquema corporal e planeamento motor)
	<i>Motricidade fina</i>	Controlo grafomotor
	<i>Motricidade global</i>	Locomoção nas posições: Decúbito ventral, posição vertical
		Subir e descer escadas
		Equilíbrio

		Saltar
--	--	--------

Recorrendo aos resultados desta avaliação, conseguimos perceber diversas características que moldam o perfil individual da criança, podendo estas serem verificadas na tabela abaixo indicada.

Tabela 12-Quadro SWOT de acordo com o perfil da criança E.

	Ajudas	Bloqueios
Interno	• Capacidade visual, localização auditiva e permanência do objeto • Forte orientação espacial	• Atraso nos marcos de desenvolvimento motor e cognitivo • Falta de autonomia • Rigidez muscular que influencia na motricidade fina e global • Dificuldade em explorar a interação com os pares e adultos • Défice na aquisição da linguagem
Externo	• Ambiente mais seguro e estável na instituição • Rotina estruturada • Acesso a acompanhamento terapêutico • Acesso a estimulação sensorial e motora • Estimulação na autonomia	• Falta de vínculo familiar seguro • Historial de negligência

Perante o caso do E., e com base na anamnese e na observação informal da criança, foi possível completar o quadro da análise SWOT, identificando as ajudas e bloqueios, tanto internos quanto externos. Assim, relaciona-se a rigidez muscular por falta de estimulação sensorial que irá influenciar no desenvolvimento motor e cognitivo e, consequentemente, a autonomia. Além disso, o défice na aquisição da linguagem vai dificultar na exploração social com os pares e os adultos. Tal como Costa, Cavalcante e

Dell’Aglío (2015) afirmam, se a criança não convive num meio que incentive ao uso e expressão comunicativa de diferentes formas, poderá ocorrer atrasos linguísticos.

A intervenção tem em conta a informação contemplada no relatório de avaliação da criança e é baseada nos seguintes objetivos gerais e específicos.

Tabela 13-Objetivos gerais e específicos de E.

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Estimular as funções cognitivas	Estimular a capacidade atencional;
	Incentivar a procura de objetos;
Estimular a perceção sensorial	Explorar diferentes sensações táteis (texturas e temperaturas) e diferentes materiais sonoros e visuais;
Estimular a linguagem	Aumentar o conhecimento e a utilização de vocabulário;
	Incentivar à imitação de sons e gestos;
	Aprimorar a linguagem expressiva;
Promover a socialização	Promover a interação com pares e adultos;
	Executar tarefas previamente aprendidas;
Promover a autonomia	Melhorar a autonomia na alimentação, explorando os alimentos e alimentar-se com os mesmos;
	Incentivar à exploração dos alimentos;
Promover a motricidade fina	Melhorar a coordenação visuomotora;
Promover a motricidade global	Incentivar a explorar as diferentes formas de locomoção nas posições em decúbito ventral (gatinhar ou rastejar) e posição vertical (andar para a frente e lados);
	Estimular a capacidade de subir e descer escadas;
	Melhorar o equilíbrio;

4.1.7 Projeto pedagógico-terapêutico

Considerou-se essencial que o E., beneficiasse de sessões bissemanais de 45 minutos cada, realizadas juntamente com outra criança, com o objetivo de melhorar a linguagem e a socialização. Decidiu-se realizar as sessões com outra criança, visto que era a interação mais estável que ambos tinham e garantiam segurança entre ambos, sem provocar novamente o sentimento de instabilidade. Além disso, as crianças observavam-se e despertavam o interesse em explorar os objetos que cada uma tinha. Ao longo das intervenções, a outra criança, K., esteve com problemas de saúde e manteve-se internada durante alguns dias. Assim, o E. beneficiou de sessões individuais que foram mantidas posteriormente, pelo facto de estar mais desenvolvido em pequenos aspetos comparativos com a K., como por exemplo, manter-se mais tempo atento às atividades e ter usufruído de mais estimulação durante esse período. Além disso, E. já tinha uma relação terapêutica estabelecida com a Psicomotricista, sem necessitar de terceiros para garantir a sua tranquilidade. Para corroborar com esta estratégia, recorre-se a Manion e Alexander (1997) por acreditarem que a interação entre pares com diferentes níveis de conhecimento cognitivo seja benéfico. As autoras acreditam que a interação pode promover o desenvolvimento de capacidades e aplicação de estratégias como a compreensão da execução de determinadas ações em contexto lúdico.

Para Gargano (2013), com base na ideia de Vecchiato (2007), realça-se que é essencial observar o corpo desde o seu exterior ao seu inconsciente para compreender os distúrbios dispráxicos. Os sinais e sintomas dos distúrbios refletem desequilíbrios nas áreas motoras, cognitivas, afetivas e relacional. Assim, a exploração sensorial, o toque terapêutico, atividades em diferentes ambientes e estímulos musicais contribuem para a regulação da tensão, melhorar a consciência corporal, a motricidade global e a autonomia da criança.

Durante as sessões, em contexto lúdico, foi importante disponibilizar diferentes tipos de materiais para estimular a exploração sensorial. Além disso, realizou-se atividades em diferentes locais, favorecendo a adaptação a novos ambientes e ampliando as experiências sensoriais da criança.

Destaca-se também a importância do toque terapêutico, juntamente com o *holding* e *handling* que estavam incompletos, para uma melhor consciencialização corporal e regulação tónica. Esse estímulo proporciona benefícios para a motricidade global e, consequentemente, para a autonomia da criança.

A verbalização dos nomes dos objetos e a associação com sons nos brinquedos pode ser entendida como uma estratégia eficaz para estimular o vocabulário da criança e apoiar a sua capacidade de organizar e categorizar o mundo ao seu redor (Fulkerson e Waxman,

2007). Assim, no âmbito do desenvolvimento da linguagem, verbalizou-se o nome dos objetos e emitiram-se diferentes sons associados aos brinquedos, enriquecendo o vocabulário da criança.

Acrescenta-se ainda a importância do reforço positivo, essencial para valorizar as suas conquistas e fortalecer a autoconfiança, proporcionando um ambiente estimulante e adequado ao seu desenvolvimento global.

O E. beneficiou de sessões de exploração de instrumentos musicais e de atividades com luzes e músicas sensoriais, tanto em contexto de sala como em contexto aquático. Estas atividades proporcionam benefícios consistentes com a teoria de Mortimer, Privopoulos e Kumar (2014), que defendem que a terapia aquática oferece diversos estímulos sensoriais através da temperatura da água e do alívio do peso, promovendo movimento ativo, relaxamento muscular e fortalecimento da musculatura. As atividades aquáticas também favorecem a interação social e o jogo, contribuindo para o desenvolvimento da linguagem, da autoestima, da autopercepção e do sentimento de conquista.

4.1.8 Progressão terapêutica

O E., tinha 18 meses quando foi avaliado em Junho de 2025, nas mesmas condições da avaliação inicial.

Modelo de Observação Individual (Martinez et al, 2003):

Movimento:

Conseguiu gatinhar, apoiar-se em objetos ou pessoas e deslocar-se através da marcha, utilizar dois objetos simultaneamente, observando os efeitos das ações. A qualidade do movimento foi normal, com coordenação adequada, equilíbrio estável quando esteve apoiado, ritmo adaptável e dominância lateral não definida, mas demonstrou interesse preferencial pela mão e pé direitos. A coordenação óculo-manual foi demonstrada na manipulação de argolas, considerando boa. Embora tenha apresentado estereotipias, como balançar-se na cadeira de refeição. Manifestou prazer através do riso, gestos e imitação, e desprazer com o choro ou deitando-se no chão. A mobilidade corporal foi considerada como hipoativa.

Gestualidade:

Expressou emoções faciais (tristeza, alegria, entusiasmo) e corporais (apontar, movimentar-se para algo desejado ou imitar movimentos). Quanto à postura, apresentou hipertonía nas pernas, mas boa regulação postural no restante corpo. Preferiu estar sentado e adaptou-se facilmente às mudanças de posição ao aperceber-se da possibilidade de explorar o ambiente e os objetos.

Postura:

Apresentou melhorias na regulação postural, embora ainda não totalmente estabilizada. Preferiu a posição sentado e adaptou-se facilmente às mudanças posturais, demonstrando compreensão de que conseguiu explorar o ambiente e os objetos a seu redor através da locomoção.

Tónus:

Apresentou hipertonía nas pernas durante o movimento, enquanto o restante do corpo demonstrou regulação adequada, aproximando-se da eutonia. Apesar disso, como as pernas ainda apresentaram o tónus mais tenso, não foi possível considerar o corpo totalmente em eutonia.

Espaço:

Explorou ativamente o ambiente, demonstrando preferência por brinquedos, livros, carros e objetos que emitiam sons, além disso, demonstrou o gosto de estar próximo de pares e adultos. Na sala, aproximou-se frequentemente dos objetos e da porta, manipulando-os e deslocando-se livremente. Aceitou que invadissem o próprio espaço e invadiu o dos outros durante as interações.

Tempo:

Ajustou-se à duração e ritmo das sessões, mantendo a atenção e participação, exceto em situações de desconforto, como a troca de fralda, que implicava interrupções momentâneas.

Objetos:

Demonstrou gosto por objetos com diferentes texturas, durezas e temperaturas e por estímulos sonoros e visuais diversificados. Utilizou os objetos de forma repetitiva,

escolhendo-os livremente e também por imitação dos pares. Esses objetos tinham significado afetivo, sendo usados tanto para explorar o ambiente quanto para comunicar necessidades e interesses.

Relação com os outros:

Interagiu com os pares e adultos de forma adaptativa. Quando escolhia a interação com os pares, utilizava objetos, sons e o olhar, revelando posicionamento entre escuta ativa, aceitação, busca, passividade e colaboração. Manifestou as suas necessidades através de movimentos e vocalizações. Quando era escolhido pelos pares, respondeu por meio de objetos, voz e movimento. Com os adultos, demonstrou ter escuta ativa e observou a ação e a interação, pedindo ajuda quando era necessário através do choro, demonstrando algum grau de dependência.

De seguida, apresenta-se brevemente os resultados da avaliação inicial e final do Currículo Carolina (0-2 anos) (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a).

Currículo Carolina (0-2 anos) (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a):

Cognição:

- Atividades visuais e permanência do objeto: Após distração momentânea, olhou para a cobertura debaixo da qual o objeto desapareceu; Olhou para o local correto quando o objeto foi escondido em um dos dois locais;
- Permanência do objeto: motora e visual: Pôs a descoberto um brinquedo totalmente escondido; encontrou o brinquedo debaixo de um de dois esconderijos; apresentou em aquisição a capacidade de encontrar o brinquedo debaixo do 1º ou 2º esconderijo alternadamente;
- Localização auditiva e permanência do objeto: Manteve as capacidades da avaliação anterior, isto é, virou a cabeça e olhou de um lado para o outro, para dois sons;
- Atenção e memória: Lembrou-se da localização dos objetos pousados há alguns minutos; Reconheceu brinquedos, pessoas ou locais que lhe eram familiares; Imitou ações de adultos com objetos várias horas após ter observado as ações;

- Desenvolvimento perceptivo: Reagiu a um objeto “diferente” num grupo de objetos semelhantes; Riu-se/ sorriu quando os adultos tiveram comportamentos “infantis” ou outros comportamentos inesperados; Ainda conseguiu surpreender-se quando o objeto desaparecia ou deixava de funcionar de modo habitual;
- Uso funcional dos objetos: Explorou objetos e reagiu às suas diferenças e realizou atividades apropriadas com brinquedos que têm características diferentes; Apresentou também a capacidade de imitar atividades relacionadas com a função dos objetos;
- Resolução de problemas: Manteve as capacidades da avaliação anterior, no entanto apresentou mais facilidade em ultrapassar obstáculos para ir buscar brinquedos;
- Perceção visual: Não apresentou nenhuma aquisição;

Motricidade fina:

- Tato: Encontrou um objeto escondido debaixo de um pano; Brincou com materiais de tecido macio; Espalhou materiais duros e macios com os dedos;
- Alcançar, apertar e largar: Agarrou um objeto, utilizando o polegar contra o indicador e o dedo médio, apertou o objeto utilizando a pinça fina; Apertou um objeto, usando habilidosamente o polegar contra a ponta do dedo indicador e construiu uma torre de 2 blocos;
- Manipulação: Manteve as capacidades da avaliação anterior, como manipular os objetos com as mãos e os dedos e retirou argolas de uma pequena estaca;
- Destreza bilateral: Segurou o brinquedo na linha média, agarrando-o com uma das mãos e manipulando-o com a outra; Segurou uma estaca com uma mão e colocou uma argola sobre ela;
- Coordenação visuomotora: No controlo grafomotor: Marcou o papel com um instrumento de escrita e rabiscou espontaneamente;

Motricidade global:

- Decúbito ventral: Levantou-se sozinho para a posição de gatinhar; Manipulou os brinquedos numa posição assimétrica, mantendo o corpo meio sentado; Gatinhou para a frente, mantendo o corpo apoiado nas mãos e nos joelhos; Levanta uma mão nessa mesma posição referida anteriormente; Destacou-se que não se avaliou

a capacidade de gatinhar nas escadas por estas terem degraus elevados e colocarem em risco a saúde física da criança;

- Decúbito dorsal: Apresentou todas as competências adquiridas, sendo algumas destas a capacidade de estender o braço enquanto estava deitado de barriga para cima; Levantou os pés no ar para brincar, virou-se de barriga para cima para a de barriga para baixo;
- Posição vertical: Apresentou todas as capacidades adquiridas como tirar as mãos do apoio, mantendo-se de pé; Dá alguns passos sozinho e muda da posição de gatas para a posição de pé;
- Locomoção: Caminhou para os lados;
- Escadas, saltar e equilíbrio: Não há aquisições;

Estruturação espacial:

- Orientação espacial: Retira brinquedos de um recipiente quando estes forem aí colocados através de um buraco no cimo e tentar alcançar um objeto que está atrás de uma barreira;
- Exploração espacial: Retirou brinquedos que quer de uma caixa ou prateleira; Brincou sozinho com os brinquedos durante 15 minutos; Aproximou-se de um adulto para iniciar uma brincadeira e explorou;

Linguagem:

- Pré-vocabulário: Apresentou sinais consistentes para estados de fome, tristeza e alegria, riu-se e vocalizou repetidamente combinações vocálicas e consonânticas;
- Imitação de sons e gestos: Apresentou em aquisição a alternância de sons, imitando sons em repertório quando feitos pelo educador e/ou pais; Imitou uma atividade em repertório após observar o educador a executar essa atividade; No entanto, conseguiu imitar movimentos que lhe eram familiares e imitou palavras dissilábicas que lhe eram familiares;
- Linguagem expressiva: Levantou os braços para que lhe pegassem ao colo; Executa jogos recíprocos; Usou palavras ou sinais de expressar desejos; Ainda conseguiu procurar a ajuda dos adultos para explorar o ambiente que o rodeiava;

Através de vocalização, apontou/ usou outros sinais de comunicação; Usou padrões de entoação de voz quando vocalizou e saudou pessoas conhecidas com uma vocalização ou sinal apropriado;

Socialização:

- Resposta à comunicação: Executou tarefas de natureza verbal ou gestual, previamente aprendida; Apresentou o gesto correto a “adeus” e apresenta em aquisição a resposta “não”. Além disso, respondeu a “dá-me” quando foi solicitado;
- Socialização: Participou em jogos simples; Repetiu atividades que originaram o riso do observador; Iniciou as brincadeiras; “Dá” os objetos que lhe foram pedidos; Partilhou, espontaneamente, objetos com os adultos; Demonstrou afeto;

Autonomia:

- Alimentação: Segurou no biberão; Mastigou com um movimento rotativo de um lado para o outro; Já não usou biberão;
- Vestuário: Despiu as peúgas e despiu parcialmente a camisa pela cabeça; Despiu as peças de vestuário soltas; Desapertou os cordões dos sapatos / tirou o chapéu ao despir-se;
- Higiene: Gostou de brincar na água; Deixou que lhe lavassem os dentes;

Desta forma, considera-se importante dividir estes domínios em capacidade, intermédios e de necessidade (Tabela 14), comparando os dois momentos de avaliação.

Tabela 14- Perfil Psicomotor de acordo com o Currículo Carolina (0-24 meses)

Competência			Domínios	
			Inicial	Final
	Atividades visuais e permanência do objeto			
	Permanência do objeto	Motora e visual (Segue o objeto que se desloca e vai ao encontro deste)		

Cognição		Localização auditiva (Segue o objeto através do som)		
	Atenção e memória			
	Desenvolvimento perceptivo (Capacidade em distinguir os estímulos ambientais através dos sentidos)			
	Uso funcional dos objetos e brincadeiras simbólicas			
	Resolução de problemas			
	Perceção visual (Reconhecer, diferenciar, organizar, através da visão)			
Motricidade fina	Exploração tátil			
	Manipulação do objeto			
	Alcançar, apertar e largar objetos			
	Destreza bilateral			
	Perceção visuomotora: Controlo grafomotor			
Motricidade global	Movimentos em decúbito ventral			
	Movimentos em decúbito dorsal			
	Movimentos em posição vertical (Postura e locomoção)			
	Saltar			
	Subir e descer escadas			
	Equilíbrio			
Estruturação espacial	Orientação espacial			
	Exploração espacial			
Linguagem	Pré-vocabulário			
	Imitação de sons e gestos			
	Linguagem expressiva			
Socialização	Resposta à comunicação de outras pessoas			
	Interação com pares e adultos			
Autonomia	Nas tarefas de alimentação (Coordenação motora global e planeamento motor)			
	Nas tarefas de Vestuário (planeamento motor)			
	Nas tarefas de Higiene (esquema corporal e planeamento motor)			

Com base nos resultados da aplicação do instrumento de avaliação informal, considera-se que houve evoluções expressivas no desenvolvimento psicomotor do E. entre os dois momentos de avaliação.

A idade cronológica de E., na avaliação inicial (11 meses), considerou-se que as competências adquiridas até aos 6 meses estavam classificadas como domínios fracos, as aquisições dos 6 meses até aos 9 meses enquadram-se nos domínios intermédios e os domínios fortes correspondem às competências adquiridas a partir dos 9 meses.

A idade cronológica da criança na avaliação final era de 18 meses e, por esse motivo, considerou-se como área de necessidade aquelas que tinham apenas algumas competências adquiridas que correspondiam aos 12 meses. Como área intermédia, incluiu-se as competências adquiridas dos 12 aos 15 meses e como área forte estão classificadas as que tem a aquisição total dos 15 meses até aos 18 meses (ou mais).

É de salientar que o E., já apresentava um atraso psicomotor na avaliação anterior e aguarda resultados dos exames médicos que possam justificar alguma problemática associada a esse défice.

4.1.9 Discussão:

No início da intervenção, realizou-se uma avaliação em equipa multidisciplinar, onde se estabeleceu como prioritário o acompanhamento continuado do E. (11 meses), com intervenções psicomotoras bissemanais, alternando entre sessões individuais e atividades conjuntas com uma criança mais nova.

Após reavaliar o E., realizou-se uma comparação entre a avaliação inicial e final que evidencia progressos significativos nas competências motoras, cognitivas e socioemocionais.

Segundo o Modelo de Observação Individual (Martinez et al., 2003), inicialmente o E. apresentava mobilidade reduzida, hipoatividade, regulação tónica limitada e exploração espacial restrita, com interação social e comunicativa bastante limitada. Na avaliação final, observa-se que E., adquiriu maior autonomia motora, conseguindo gatinhar, apoiar-se em objetos e pessoas, deslocar-se com coordenação adequada e manipular dois objetos simultaneamente, mantendo prazer e participação nas atividades. A postura e regulação tónica também melhoraram, aproximando-se da eutonia, enquanto a exploração do espaço e a interação com pares e adultos tornaram-se mais dinâmicas e adaptativas.

A análise pelo Currículo Carolina (0-2 anos) (Johnson-Martin, Attermeier & Hacker, 2004a) mostra que E. progrediu em competências que antes eram consideradas frágeis, como atenção, memória, linguagem, imitação e interação social, passando a integrar níveis intermédios e de capacidade. Também houve melhorias na autonomia em alimentação, vestuário e higiene, indicando melhor coordenação e planeamento motor.

Concluindo assim que, o E. teve evoluções expressivas de forma geral, destacando-se a cognição, estruturação espacial, socialização, linguagem, autonomia, motricidade fina e global. Ao longo das intervenções, o E. conseguiu focar a sua atenção e estabelecer uma relação terapêutica com a estagiária, onde passou de estar sempre sentado para explorar o meio através do gatinhar e mais tarde, andar de forma mais autónoma.

4.1.10 Conclusão:

A intervenção psicomotora realizada com o E. revelou uma progressão positiva. As avaliações demonstram que o E. ultrapassou fragilidades iniciais acentuadas, adquirindo competências motoras, cognitivas e socioemocionais, permitindo-lhe explorar o ambiente com maior autonomia, participar de forma mais ativa nas atividades e envolver-se de maneira mais espontânea com adultos e pares. A evolução observada demonstra o impacto das estratégias utilizadas e a capacidade do E. em estabelecer uma relação terapêutica estável, utilizando esse vínculo como suporte para aprender e progredir.

Conclui-se que o processo de intervenção promoveu ganhos amplos e consistentes, contribuindo para um desenvolvimento mais harmonioso e para a construção de bases essenciais ao avanço futuro das suas competências globais. Assim, após verificar-se os efeitos da intervenção psicomotora no E., considera-se essencial continuar a ter acompanhamento de Psicomotricidade para melhorar as competências fracas e intermédias e manter as competências fortes com o objetivo de alcançar os marcos de desenvolvimento correspondentes à sua idade cronológica.

4.2 Caso II (Artigo Científico)

Título: Intervenção psicomotora com crianças dos 0 aos 12 anos, numa instituição de acolhimento: Um estudo de Caso

Resumo:

O presente artigo apresenta um estudo de caso de uma criança do sexo feminino, com 4 anos e 6 meses. A criança encontra-se institucionalizada numa Casa de Acolhimento Residencial desde fevereiro de 2025, na sequência de uma situação de risco que

levou à sua retirada do contexto familiar. Esta decisão deveu-se a suspeitas de abuso sexual contra as suas irmãs, também menores. O objetivo do estudo é analisar os efeitos de um programa de intervenção psicomotora individual, com periodicidade semanal, ao longo de 5 meses (entre fevereiro e junho). As sessões tiveram o objetivo de intervir nas dificuldades identificadas na criança, nomeadamente ao nível do desenvolvimento cognitivo, da adaptação e competências sociais, da motricidade global e da motricidade fina. Os resultados demonstraram progressos significativos nestes domínios, permitindo concluir que a intervenção psicomotora é uma mais-valia nas equipas técnicas destas instituições.

Palavras-chave: Criança institucionalizada; Casa de acolhimento; Desenvolvimento infantil; Competências sociais; Motricidade global.

Psychomotor Intervention with Children Aged 0 to 12 Years in a Residential Care Institution: A Case Study

Abstract:

This paper presents a case study of a female child, aged 4 years and 6 months. The child has been institutionalized in a Residential Care Home since February 2025, following a risk situation that necessitated her removal from the family context. This decision was based on suspicions of sexual abuse against her sisters, who are also minors. The study aims to analyze the effects of an individual psychomotor intervention program, conducted weekly over a period of 5 months (between February and June). The sessions were designed to address the child's identified difficulties, particularly in the areas of cognitive development, social adaptation and skills, gross motor skills, and fine motor skills. The results demonstrated significant progress in these domains, leading to the conclusion that psychomotor intervention is a valuable asset in the technical teams of such institutions.

Keywords: Institutionalized child; Residential care home; Child development; Social skills; Gross motor skills.

a. Introdução:

Os maus-tratos infantis, que incluem agressões físicas e psicológicas, negligência e abuso sexual, comprometem o desenvolvimento, o comportamento e o bem-estar das crianças (DGS, 2013; Mendes, 2024; DSM-V, American Psychiatric Association, 2013). Mesmo em contextos familiares, essas experiências podem gerar impactos duradouros, como dificuldades emocionais, comportamentais e sociais, o que exige atenção e intervenção precoces (World Health Organization, 2022; McLaughlin, Sheridan, & Lambert, 2014). Tal como foi referido, os maus-tratos podem comprometer o desenvolvimento infantil. Santos (2007) afirma que as síndromes psicomotoras são alterações do desenvolvimento que envolvem aspetos psicomotores, emocionais, sociais e intelectuais. Embora seja possível distingui-los para facilitar a compreensão, na realidade esses componentes estão sempre interligados e, não podem ser separados, manifestando-se em conjunto. A psicomotricidade refere-se ao controlo corporal e aos respetivos movimentos, sendo possível identificar atrasos psicomotores, dificuldades de coordenação ou lentidão. As perturbações emocionais estão associadas à vida afetiva da criança e às relações importantes. A socialização diz respeito à capacidade de se integrar e conviver com a família e outros. Por fim, o desenvolvimento intelectual relaciona-se com a aprendizagem escolar e com a forma como a criança se adapta às tarefas cognitivas.

Quando essas crianças ou jovens entram num acolhimento residencial enfrentam uma grande mudança na rotina, no ambiente a família e escolar (Santos, 2023). Geralmente acontece quando os pais não conseguem garantir os cuidados básicos da criança (Munson & McMillen, 2009; Mota, Costa, & Matos, 2018). Muitas crianças acolhidas têm dificuldades de desenvolvimento ou problemas de saúde mental, sendo necessário a atenção especial das equipas educativas. O principal objetivo do acolhimento é protegê-las de violência, negligência ou abuso, proporcionando-lhes condições para um crescimento seguro e saudável (Cansado, 2008).

b. Metodologia

i. Identificação do caso (4 anos e 6 meses):

A M.B. vivia com os seus pais e a sua irmã S. Além da S., também tem uma irmã mais velha chamada T. As crianças são oriundas de diferentes progenitores paternos. Sabe-se que a mãe também esteve acolhida nesta instituição por questões comportamentais. A T., por sua vez, vivia com os avós maternos, pois não mantinha boa relação com o pai, a quem acusava de ter tido comportamentos inadequados de natureza sexual. Após o falecimento dos avós, a T. foi viver com a mãe, as irmãs e o pai da M.B. Posteriormente, a

T. apresentou uma queixa judicial contra o pai da M.B., alegando ter sido vítima de abuso sexual e afirmando que a sua irmã S. também sofreu comportamentos abusivos por parte do mesmo. Além disso, o pai da M.B. rapou o cabelo à filha e à S. As meninas justificam o corte como sendo uma necessidade devido à dificuldade em cuidar do cabelo. A S. afirmou que aceitou a institucionalização e optou por não viver com o seu pai biológico para não deixar M.B. sozinha. A mãe das crianças rejeita tomar qualquer decisão antes da conclusão do julgamento.

Após a denúncia, num espaço de poucos meses, M.B. viveu com a mãe e as irmãs numa casa de acolhimento, tendo sido transferida para Elvas com a sua irmã S. enquanto a T. foi transferida para Évora para a casa de acolhimento residencial de adolescentes. Mais tarde, a mãe das crianças pediu a transferência das filhas mais novas para Évora, de modo a facilitar as visitas e estarem mais próximas.

ii. Plano e instrumentos de avaliação:

Após reunir em equipa multidisciplinar e avaliar a anamnese da criança, estabeleceu-se como prioritário o acompanhamento continuado da M.B. (4 anos e 6 meses), com intervenções psicomotoras semanais.

A avaliação inicial decorreu em Fevereiro na instituição, tendo sido aplicado o Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, & Sanchez, 2003), como avaliação informal. Posteriormente, realizou-se a avaliação formal através do *Curriculo Carolina (2-5 anos)* (Johnson-Martin et al., 2004b) e terminou-se a avaliação no mesmo mês com a aplicação da *Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar (EPP)* (De la Cruz & Mazaira, 1995). A avaliação teve como objetivo recolher informações sobre o desenvolvimento atual da criança.

O *Modelo de Observação Individual* (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003), é uma grelha estruturada para registar a observação sistemática de uma criança em contexto de psicomotricidade, integrando dimensões motoras, cognitivas, sociais e emocionais. Inclui 9 áreas principais: movimento, gestualidade, postura, tónus, espaço, tempo, objetos, relações com outros e representação. O *movimento* avalia a coordenação, o equilíbrio, o ritmo, a dominância lateral, as estereotipias e a mobilidade geral. A *gestualidade* considera a expressão emocional e a empatia. *Postura e tónus* observam a adaptação postural, as preferências e o controlo motor global. O *espaço* refere-se à exploração, à

orientação e à relação com o próprio espaço e o dos outros. O *tempo* avalia o ritmo, a adaptação aos tempos da sessão e a duração da atividade. A área de *objetos* analisa as suas preferências, a utilização dos materiais, a criatividade e o significado afetivo dos materiais. *Outros* observam interações com pares e adultos, como colaboração e escuta. Por fim, a *representação* inclui as informações fornecidas sobre o desenho do corpo, construção de materiais e modelagem, refletindo a percepção e expressão corporal da criança.

A versão dos 2 aos 5 anos do *Currículo Carolina* (Johnson-Martin, Attermeier & Hacker, 2004b), constitui um instrumento de avaliação e intervenção psicopedagógica dirigido a crianças em idade pré-escolar. Este está organizado em 24 sequências pedagógicas estruturadas em cinco domínios essenciais do desenvolvimento infantil, sendo estes a cognição, comunicação, desenvolvimento socioafetivo, motricidade fina e global. Através da sua aplicação, é possível identificar as necessidades individuais e delinear estratégias de intervenção personalizadas, adequadas ao desenvolvimento e ao contexto de vida da criança.

A *Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar (EPP)* (Cruz e Mazaira, 2003), é um instrumento destinado à avaliação quantitativa de competências psicomotoras em crianças entre os 3 e os 6 anos, cujo objetivo é identificar precocemente possíveis atrasos no desenvolvimento psicomotor. Avalia competências como a locomoção, o posicionamento, o equilíbrio, a coordenação de membros superiores e inferiores, a destreza manual e a consciência corporal (de si e do outro). Os critérios de cotação dependem da qualidade da execução da tarefa, variando entre 0 (não executou) e 2 pontos (execução adequada à idade). A pontuação total de cada domínio é comparada com tabelas normativas, permitindo classificar o desempenho como dentro da média, abaixo ou acima do esperado para a idade.

Planeou-se reavaliar a criança em Junho, com as mesmas condições da avaliação inicial. Na avaliação final, a criança tinha 4 anos e 11 meses.

iii. Procedimentos

A finalidade deste estudo foi identificar possíveis dificuldades psicomotoras no caso de M.B. e intervir de forma adequada. Inicialmente, realizou-se uma anamnese do

historial familiar e clínico, aplicaram-se instrumentos de avaliação e reuniu-se com a equipa de intervenção precoce (relatório recebido apenas em junho).

Ao analisar o caso de M.B., relacionou-se as suas dificuldades de coordenação motora dos membros superiores e inferiores, no equilíbrio dinâmico e estático com a agitação psicomotora. Esta agitação podia estar associada à sua desorganização interna proveniente da instabilidade familiar e conflito emocional que decorreu ao longo dos últimos meses. Antes de mais, é importante definir a agitação psicomotora, recorrendo-se a Mantovani (2024) que caracteriza a problemática como uma alteração aguda no comportamento, manifestando-se por um aumento da atividade motora e verbal. Santos (2007) realça que a instabilidade de algumas crianças pode ser principalmente emocional, manifestando-se como uma constante mudança de atenção ou de apego por diferentes objetos ou pessoas ao seu redor. Em outros casos, a instabilidade é sobretudo motora, refletindo uma dificuldade contínua da mente em controlar movimentos frágeis e pouco coordenados. A agitação psicomotora também afetou a capacidade cognitiva, especialmente na compreensão de conceitos de tamanho e número e na manutenção da atenção. Salienta-se ainda que o corte de cabelo e a quebra do vínculo com os pais influenciou negativamente a noção de autoconceito, contribuindo para a baixa autoestima e a fraca responsabilidade da criança. Dessa forma, a instabilidade e o contexto familiar em que M.B. se encontrava contribuíram para uma desorganização interna, refletida nos seus comportamentos. Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) destacam que fatores familiares, como conflitos conjugais, baixa condição socioeconómica, histórico psiquiátrico dos pais, bem como fatores genéticos e ambientais, podem influenciar o surgimento ou agravamento de perturbações psiquiátricas em crianças, incluindo hiperatividade e défices de atenção. Embora M.B. ainda não tivesse diagnóstico, tais fatores já apresentavam impacto significativo. Silva (2021) recorda o estudo de Davies, Thompson, Hentges, Coe & Sturge-Apple em 2020 que investigou o processamento emocional das crianças perante a vulnerabilidade ao conflito interparental. Os resultados demonstraram que o conflito entre os pais é um fator importante que provoca respostas emocionais inseguras nas crianças. Rayane e Sousa (2018) destacam que a primeira infância é uma fase delicada e decisiva para o desenvolvimento da criança, em que a relação parental desempenha papel fundamental na maturação cerebral. A privação afetiva, por sua vez, pode levar à perda de referências, gerando conflitos internos e externos. As autoras realçam ainda que Winnicott (1982) relacionou que os indivíduos privados de vivências emocionais, tendem a perder a espe-

rança, reduzem os sonhos, desejos e comprometem a qualidade do planeamento. Acrescentam ainda que Franco e Tinoco (2011) apontam que crianças institucionalizadas enfrentam múltiplas perdas afetivas, como separação da família e vínculos instáveis com cuidadores e outras crianças, o que frequentemente resulta em sentimentos de abandono. Louro (2013) salienta que, segundo Bowlby (1973), o primeiro contacto da criança com o mundo ocorre através da percepção que tem dos pais, e a forma como esse mundo lhe é apresentado influencia as reações a futuras experiências. A qualidade da vinculação tem efeitos duradouros, podendo facilitar ou dificultar relações posteriores. Além disso, a autora ainda acrescenta que Sroufe, Egeland, Carlson e Collins (2005) afirmam que a vinculação insegura leva a uma diminuição da autoestima e autoconfiança. No caso de M.B., a baixa autoestima e autoconfiança, aliadas à agitação psicomotora, resultaram em menor disponibilidade emocional e corporal, prejudicando o desenvolvimento de competências psicomotoras, cognitivas e sociais. Além disso, a criança pode ter testado a disponibilidade do adulto para consigo, devido à quebra de vínculos estabelecidos anteriormente.

Assim, delineou-se um plano de intervenção com periodicidade semanal de 45 minutos cada. A criança não usufruiu de mais sessões semanais devido ao seu horário escolar, incompatibilidade com o acompanhamento em psicologia e as visitas da família, estando limitada a uma periodicidade semanal. Inicialmente, o espaço foi diminuído com o objetivo de conter a agitação psicomotora e ir expandido este ao longo das sessões. O principal objetivo foi focar a atenção nas tarefas a realizar, sem haver estímulos externos que fossem potenciais distrações. Ao longo das sessões, a criança explorou o espaço e sentiu disponibilidade corporal e emocional por parte da terapeuta que pretendia transmitir que está ali para si e não irá destruir a vinculação que ainda estavam a construir.

Costa (2008) defende que a intervenção devia recorrer ao jogo espontâneo e uma abordagem relacional para criar uma ligação de confiança e empatia entre a terapeuta e a criança. Esta base segura permitiu à criança reorganizar aspetos emocionais ainda mal consolidados.

A criança teve liberdade de explorar os materiais, mas foi a terapeuta que guiou a sessão, mantendo firmeza nas instruções. Ao longo das sessões houve reforço positivo para valorizar as suas conquistas e fortalecer a sua autoestima e, consequentemente, a relação terapêutica. Além disso, aguardou-se a avaliação da equipa de intervenção precoce, cujo relatório só chegou em Junho de 2025.

Uma das estratégias foi mudar o local da sessão, sendo que a mesma decorria inicialmente na sala lúdico-pedagógica, sala esta que possuía demasiados elementos dis-

trativos. Por esse motivo, as sessões realizaram-se numa sala mais pequena e sem tantos objetos e a M.B., focou a sua atenção nas atividades propostas.

Algumas das atividades realizadas consistiram no reconhecimento das cores e na associação destas aos objetos presentes no ambiente, bem como na identificação do nome e da função de cada objeto, com o objetivo de ampliar a noção de conceitos e promover a capacidade associativa. Schmithorst, Holland e Plante (2006) afirmam que este tipo de atividade é fundamental para as crianças associarem informações visuais e auditivas ao significado / conceito, envolvendo o domínio cognitivo, como a atenção e a memória.

Para além disso, a criança participou em percursos psicomotores, seguindo as regras estabelecidas, com a finalidade de favorecer a exploração espacial, aumentar o foco atencional, a capacidade adaptativa perante diferentes obstáculos e a melhoria da motricidade global. Para corroborar com esta ideia, recorreu-se a Sutapa, Pratama, Roslt, Syed Ali e a Karakuaki (2021) que realizaram um estudo com crianças em atividades lúdicas que comprovou melhorias significativas nas capacidades motoras.

É de salientar que houve momentos, fora das sessões, em que a criança foi até ao parque infantil para explorar os diferentes materiais e objetos.

Com o intuito de desenvolver a noção corporal de si e do outro, foram apresentadas diversas imagens e solicitou-se à criança que imitasse as posições observadas, tal como Patriau, Cojan, Gauduel, Lopez-Vilain, Pavon e Gomez (2022) fizeram com crianças entre os 4 e 6 anos, promovendo a representação corporal. Além da imitação das posições, também foi solicitado, em outras atividades, que se deslocasse como os animais apresentados e imitasse o som produzido, contribuindo para a motricidade global (Policastro, Biancotto & Zoia, 2022).

Também foram realizadas atividades de construção de puzzles, identificar o tamanho de objetos de diferentes dimensões, reconhecimento de formas geométricas e associação de sombras às imagens correspondentes, promovendo assim as funções executivas, em particular as capacidades associativas. Diamond e Lee (2011) apoiam estas atividades para atingir os respetivos objetivos, visto que apresentam um artigo que demonstram os benefícios destas para as funções executivas.

A motricidade fina e a perceção visual foram estimuladas através de diferentes tarefas, tais como abrir e encaixar molas, desenhar com diversos materiais e utilizar a tesoura para recortar. Numa das sessões, com o intuito de limitar o espaço de desenho e favorecer a contenção da criança, foi inicialmente disponibilizada uma cartolina. Posteriormente, ao longo das intervenções, o espaço foi sendo progressivamente reduzido, pas-

sando-se à utilização de folhas A4. Deste modo, a M.B. soube priorizar o que devia representar e organizar-se. Para fundamentar estas atividades, menciona-se Suggate e Stoecker (2020) que realizaram um estudo longitudinal, comprovando que as mesmas melhoraram as competências motoras finas, raciocínio sequencial, funções executivas.

Por fim, o jogo simbólico foi promovido através de brincadeiras que incentivaram a exploração de materiais, fortalecendo a noção de conceitos e funções dos mesmos.

Resultados

Avaliação inicial:

Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, & Sanchez, 2003):

Movimento:

A M.B. movimentou-se com facilidade e apresentou um movimento hábil, observando-se destreza a correr, saltar e trepar. Ajustou bem a velocidade perante as situações que surgiram, mas o equilíbrio estático era fraco e o dinâmico apenas razoável. Assumiu um ritmo rápido em quase tudo, com dominância lateral direita e coordenação óculo-manual moderada. Revelou mobilidade corporal excessiva e comportamento hiperativo.

Espaço:

Preferia estar perto dos pares, muitas vezes invadindo o espaço dos outros e provocando-os. Ocupou a sala na totalidade, mudando frequentemente de local e demonstrando pouca necessidade de ter espaço pessoal.

Tónus:

Apresentou tonicidade aparentemente bem regulada.

Gestualidade:

Expressou facilmente emoções através da face e do corpo, recorrendo a gestos intensos quando era contrariada. Não revelou empatia nas interações.

Postura:

Tinha preferências posturais e resistia às correções feitas pelos adultos em relação à forma de se sentar à mesa ou no sofá.

Tempo:

Não se ajustou aos tempos das sessões, frequentemente fugindo das atividades para brincar com outros objetos ou saindo da sala. Realizou ruturas e manteve um ritmo individual, dedicando cerca de cinco minutos a cada espaço ou tarefa.

Objetos:

Mostrou interesse móveis e diferentes texturas, mas era indiferente à maioria dos objetos, valorizando apenas os oferecidos pela mãe. Interagia rapidamente com vários objetos, sem repeti-los.

Outros:

Nas relações com os pares, impunha as suas vontades e tinha dificuldades em partilhar. Os mais velhos evitavam-na, enquanto os mais novos aceitavam a sua presença. Com os adultos, escutou, mas demonstrava pouca dependência.

Representação:

Realizou construções e organizou a casa das bonecas, assumindo o papel de mãe dos brinquedos.

Curriculo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b):

Perante os resultados da avaliação cognitiva, compreendeu-se que a M.B. apresentou competências como repetir sequências de três dígitos ou palavras, frases de quatro palavras com adjetivos e descrever objetos familiares sem os ver. Emparelhou objetos ou imagens por cor e forma após uma observação breve. Teve dificuldades em sequenciar tarefas diárias e compreender conceitos espaciais como “à volta de”, “em frente a” ou “entre”, mas conseguiu identificar o que é diferente, completar analogias e agrupar por duas características. Apresentou limitações ao contar até seis objetos em fila, mas compreendeu ordens simples como “dá mais um” e conceitos de “alto”, “baixo”, “mais” e “menos”. No jogo simbólico, utilizou bonecas e fantoches, criando diálogos e descrevendo ações. Respondeu a perguntas de raciocínio e previu acontecimentos. Na perceção visual, imitou construções de blocos, montou puzzles simples e emparelhou cartões com desenhos geométricos.

Em relação à linguagem, demonstrou dificuldade em verbalizar alguns verbos, repetiu palavras novas e utilizou frases como “Ele disse...” em jogos e conversas. Nomeou a maioria das imagens de objetos familiares, especialmente em livros e define palavras simples. Seguiu instruções com duas ordens não relacionadas e reconheceu objetos pela função. Construiu frases usando preposições e termos de quantidade, como “muitos” e “poucos”.

Na socialização, registou-se competências como interagir adequadamente com adultos familiares e ter a capacidade de se afastar do adulto para brincar. Além disso, participou em jogos de grupo com outras crianças sem necessitar de supervisão constante. A M.B. conseguiu nomear e descrever imagens, contar pequenas histórias, demonstrar no-

ções de causa-efeito e despertar interesse no ouvinte, embora com algumas dificuldades em descrever funções de objetos. Chamou a atenção para o seu desempenho, expressou entusiasmo pelo trabalho ou jogo e identificou os próprios sentimentos.

Ao avaliar-se as competências de adaptação social da M.B., a mesma demonstrou autonomia na alimentação como servir-se de água sem necessitar de ajuda e alimentar-se de forma adequada. A autonomia em relação ao controlo dos esfíncteres, a criança era independente ao longo do dia, embora ainda tenha alguns acidentes noturnos. Em relação ao vestuário, esta conseguiu vestir a roupa sem ajuda, mas não apertou e desapertou a roupa, enquanto na higiene, M.B., lavou e secou as mãos e cara sem ajuda e escovou os dentes de forma autónoma. É importante acrescentar que a criança revelou responsabilidades ao arrumar brinquedos quando era solicitado e seguiu as regras das atividades.

Em relação à motricidade fina, verificou-se a preferência manual consistente, conseguiu colocar dez bolas pequenas numa garrafa em 30 segundos, apresentou competências em modelar formas simples com plasticina e roda os manípulos a 90°. Além disso, apresentou destreza bilateral ao enfiar contas de diferentes tamanhos num fio e, com dificuldade, faz uma bola rodar. Na manipulação bimanual, a criança recorreu a um pequeno martelo de madeira para martelar objetos e utilizou um rolo para achatar os materiais.

Perante a avaliação da perceção visuomotora, a M.B. conseguiu copiar um círculo, segura a caneta com 3 dedos, desenhou uma figura humana com cabeça e quatro elementos e, ainda, realizou cortes com a tesoura de forma contínua no papel.

Por último, a motricidade global da criança revelou que se deslocou de forma estável e com capacidade de carregar objetos, em diferentes superfícies, correu rapidamente e conseguiu andar em bicos dos pés. Nos saltos, executou 5 passos a pular, realizou saltos unipedal com apoio e conseguiu saltar de uma altura em comprimento e de pequenas elevações. A criança ainda subiu escadas alternando pés com apoio no corrimão. Desceu com segurança, embora pouse ambos os pés em cada degrau. Em relação ao equilíbrio, manteve-se em apoio unipedal por alguns segundos e conseguiu andar sobre linha reta, conseguiu chutar uma bola de diferentes dimensões em pequenas distâncias. Acerca dos lançamentos, a M.B. conseguiu atirar bolas pequenas a 2-3 metros e, com dificuldade, apanhar as bolas maiores. Acrescenta-se ainda que utilizou os equipamentos exteriores de forma adequada como subir as escadas dos escorregas e recorreu aos triciclos para pedalar alguns metros.

Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar (EPP) (De la Cruz & Mazaira, 1995):

Durante a aplicação do instrumento de avaliação *Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar* (De la Cruz & Mazaira, 1995) foram avaliadas as seguintes áreas: locomoção, posicionamento, equilíbrio, coordenação dos membros inferiores e superiores, coordenação das mãos, esquema corporal / noção corporal do próprio corpo e do corpo do outro. Só será cotado 2 pontos quando a execução for correta ou considerada normal de acordo com a idade, 1 ponto quando a execução tem algumas falhas, mas são corrigidas de forma espontânea ao longo da execução e 0 pontos quando não há realização da tarefa.

A criança evidenciou uma boa locomoção, contabilizando o total de 14 pontos: Andar sozinha (2), para trás (2), de lado (2), em bicos dos pés (2), em linha reta sobre corda (2), correu com coordenação (2) e subiu escadas alternando os pés (2). Demonstrou o controle postural adequado, tendo o total de 6 pontos: manteve-se de cócoras (2), de joelhos (2) e sentada de pernas cruzadas (2). A criança revelou uma qualidade parcial acerca do equilíbrio, somando 6 pontos: manteve-se sobre o pé esquerdo (2), em cima da trave (2) e andou sobre a trave alternando os pés (2), embora não consiga permanecer em apoio unipedal (direito) (0), nem deslocar-se em várias direções na trave (0), nem manter-se num só pé com os olhos fechados (0). Na coordenação dos membros inferiores, a M.B. obteve 1 ponto, conseguindo saltar para a frente cerca de 10 vezes, mas não conseguiu saltar de altura (0), distância (0) ou sobre uma corda (0), nem saltar para trás (0). Relativamente à coordenação dos membros superiores, a criança contabilizou 3 pontos: agarrou a bola com ambas as mãos (1) e atirou o saco de sementes com uma mão (2), não conseguiu lançar a bola com ambas as mãos (0) ou controlar a bola como esperado (0). Na coordenação das mãos, a criança obteve o total de 6 pontos: cortou o papel com a tesoura (2), seguiu uma linha reta com tesoura (2) e enroscou um brinquedo (2), não conseguiu cortar em linha curva (0) nem tocar com o polegar em todos os dedos (0). Na noção corporal de si mesmo, a criança obteve o total de 6 pontos: identificou bem as partes do corpo (2), apresentou a mão direita (2) e a mão esquerda (2), não conseguiu tocar com a mão direita na perna direita (0) nem com a mão esquerda no joelho direito (0). Enquanto na noção corporal do outro, a criança contabilizou o total de 2 pontos: tocou no pé esquerdo (2), não conseguiu tocar no cotovelo (0) nem na mão direita (0).

Avaliação final:

Para avaliação final, foram utilizados os mesmos instrumentos de avaliação, salientando que M.B. tem a idade de 4 anos e 11 meses.

Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003):

Movimento:

M.B. continuou a movimentar-se com facilidade e boa coordenação, apresentando melhorias no equilíbrio dinâmico ao conseguir deslocar-se sobre uma trave de forma mais estável. Apesar de manter ainda um ritmo acelerado, já conseguia deslocar-se de forma mais calma. A coordenação óculo-manual teve progressões, mantendo dominância direita e mobilidade hiperativa.

Espaço:

Explorou o espaço com maior consciência e respeito pelos outros, permanecendo mais tempo no mesmo local e pedindo para brincar com os pares.

Tónus:

Manteve o tónus regulado e adequado à execução das atividades.

Gestualidade:

Continuou expressiva, mas de forma mais controlada. Não agrediu nem estragou brinquedos e apresentou empatia pelos outros.

Postura:

Aceitou as correções posturais e demonstrou maior consciência corporal.

Tempo:

Ajustou-se bem aos tempos das sessões, participou com interesse e conseguiu manter o foco durante 30 a 40 minutos.

Objetos:

Utilizou os objetos de forma criativa, atribuindo-lhes funções e significado. Continuou a preferir os oferecidos pela mãe, mas já não demonstrou indiferença aos restantes.

Outros:

Mostrou atitudes de aceitação e presença nas brincadeiras, adaptando-se melhor às mudanças. Com os adultos, respeitou e escutou as instruções. Além disso, manteve autonomia.

Representação:

Continuou a fazer construções e a brincar simbolicamente, passando também a representar-se a si e aos outros nos desenhos, sendo notório o progresso na consciência de si e na expressão simbólica.

Curriculo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b)

Avaliação cognitiva:

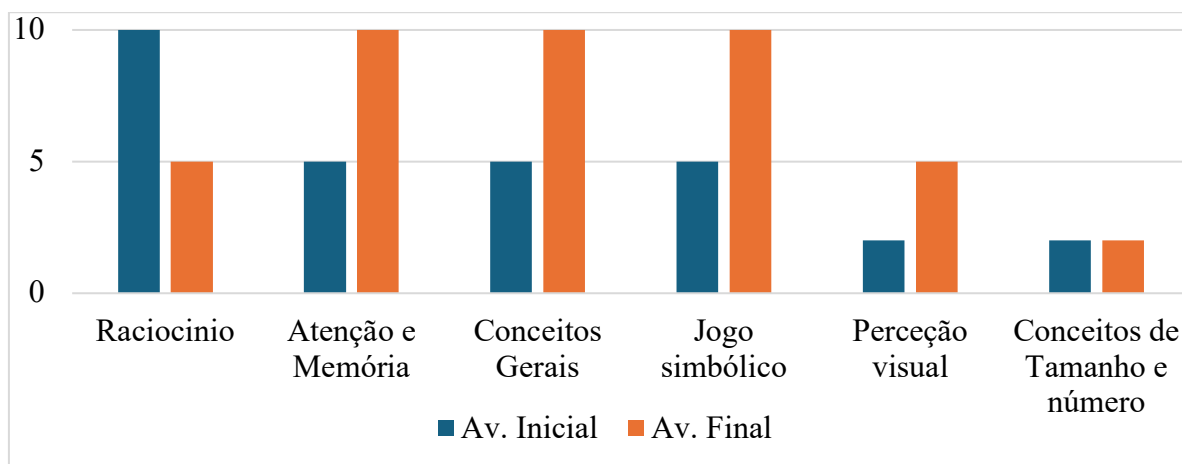


Figura 5- Gráfico da Av. Cognitiva do Curriculo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b)

Inferior a 5 valores- Competência por desenvolver; 5 valores- Competência em aquisição; Acima de 5 valores- Competência desenvolvida;

Tendo em conta a sua idade cronológica, verifica-se que a M.B. necessita de desenvolver a noção dos conceitos de tamanho e número e encontra-se em aquisição a capacidade de raciocínio e percepção visual. Apresentou melhorias em relação à capacidade atencional e memória, à noção dos conceitos gerais, ao jogo simbólico e à percepção visual.

Avaliação da linguagem:

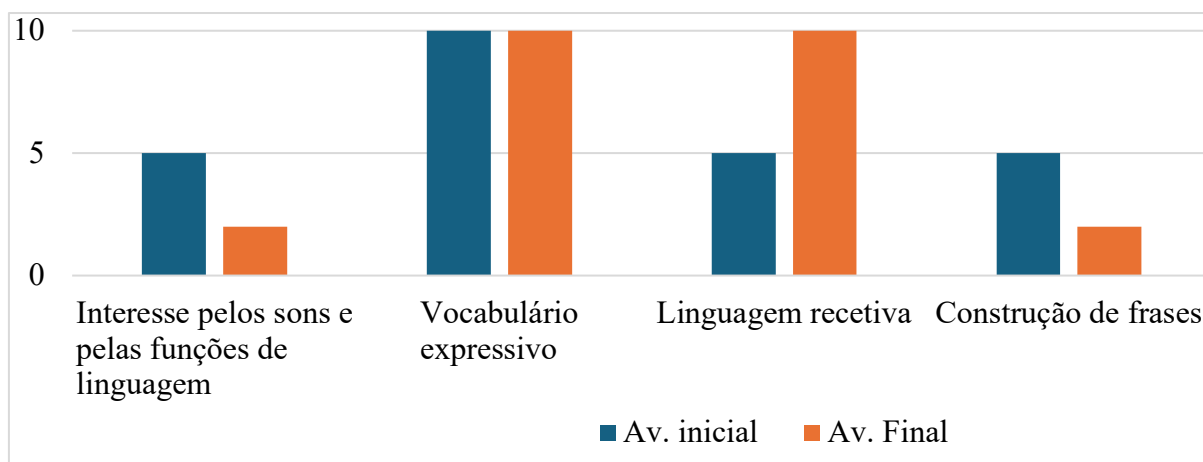


Figura 6- Gráfico da Av. de Linguagem do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b)

Inferior a 5 valores- Competência por desenvolver; 5 valores- Competência em aquisição;
Acima de 5 valores- Competência desenvolvida;

Considera-se que a M.B. necessita de desenvolver as capacidades associadas aos interesses pelos sons e funções de linguagem, assim como à qualidade de construção de frases. Estas encontram-se por desenvolver tendo em conta a sua idade cronológica e o nível de desenvolvimento correspondente. Salienta-se que melhorou a sua capacidade de linguagem recetiva.

Avaliação da socialização:

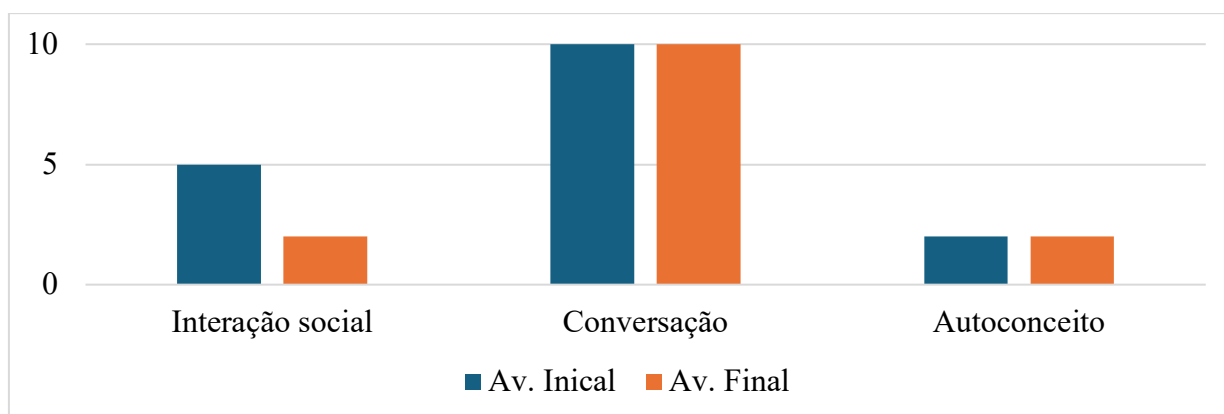


Figura 7- Gráfico da Av. Social do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b)

Inferior a 5 valores- Competência por desenvolver; 5 valores- Competência em aquisição;
Acima de 5 valores- Competência desenvolvida;

Na socialização, a M.B. não desenvolveu a capacidade de interação social e autoconceito em simultâneo com o envelhecimento cronológico, sendo fundamental intervir neste domínio psicomotor.

Avaliação da adaptação social:

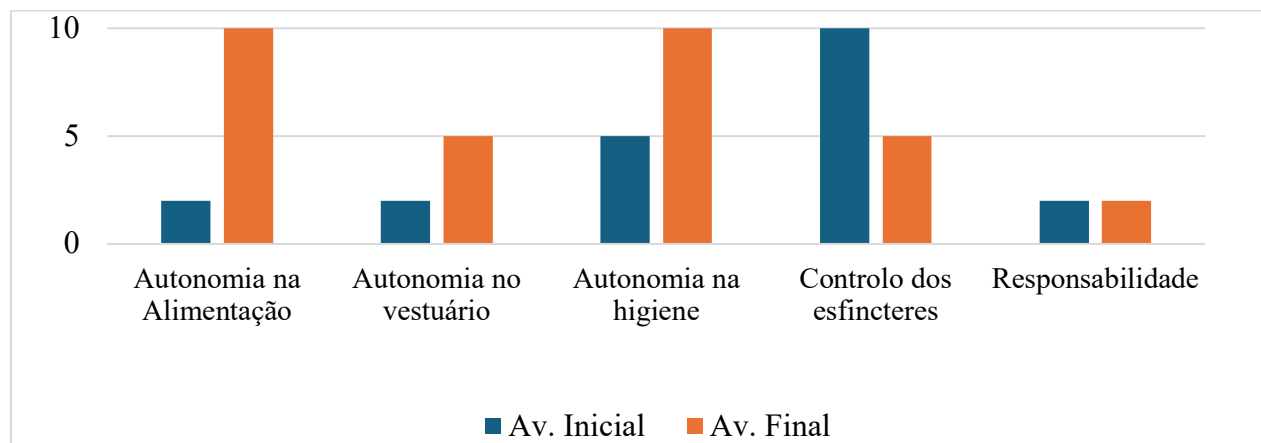


Figura 8- Gráfico da Av. de Adaptação Social do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b)

Inferior a 5 valores- Competência por desenvolver; 5 valores- Competência em aquisição; Acima de 5 valores- Competência desenvolvida;

Na avaliação da adaptação social, verificou-se melhoria na autonomia nas tarefas de alimentação (coordenação motora global e planeamento motor), vestuário (planeamento motor) e higiene (esquema corporal e planeamento motor). A M.B. apresenta regressão no seu nível de desenvolvimento, em consideração à sua idade cronológica, no controlo dos esfíncteres. É fundamental existir desenvolvimento no nível de responsabilidade e estimulação na autonomia da tarefa de vestuário e controlo de esfíncteres.

Avaliação da motricidade fina:

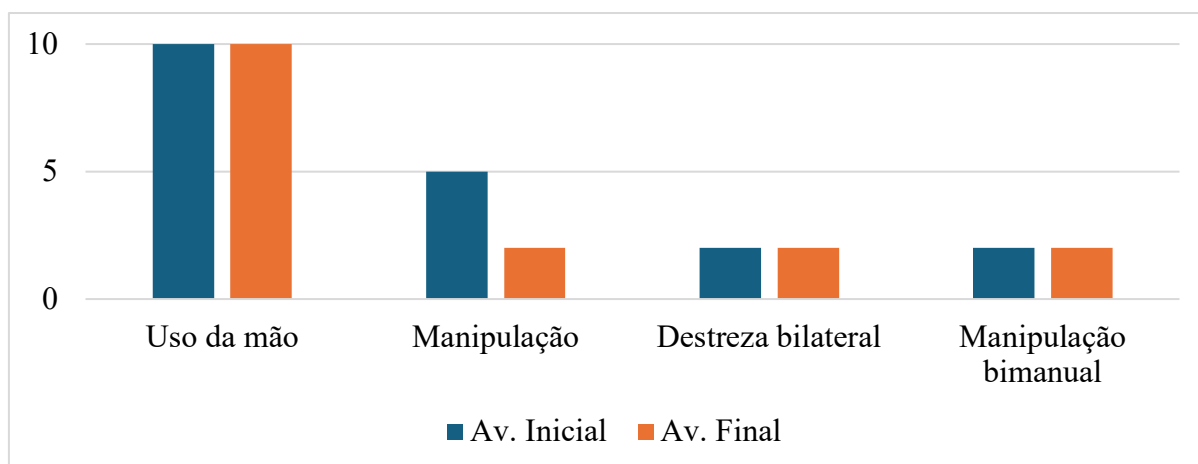


Figura 9- Gráfico da Av. da Motricidade fina do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b)

Inferior a 5 valores- Competência por desenvolver; 5 valores- Competência em aquisição;
Acima de 5 valores- Competência desenvolvida;

Considerando a idade cronológica de M.B, a criança apresentou regressão no desenvolvimento da manipulação dos objetos. A destreza bilateral e a manipulação bimanual encontram-se por desenvolver.

Avaliação da percepção visuomotora:

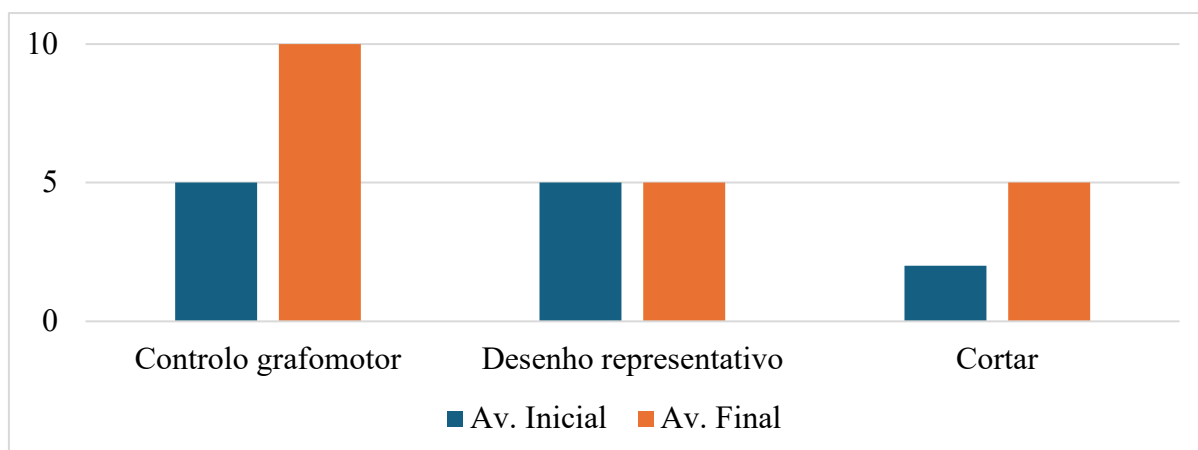


Figura 10- Gráfico da Av. da Percepção visuomotora do Currículo Carolina (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b)

Inferior a 5 valores- Competência por desenvolver; 5 valores- Competência em aquisição;
Acima de 5 valores- Competência desenvolvida;

A M.B. revelou melhorias no controlo grafomotor e na habilidade de cortar. Contudo, é necessário continuar a estimular essa habilidade e a do desenho representativo.

Avaliação da motricidade global:

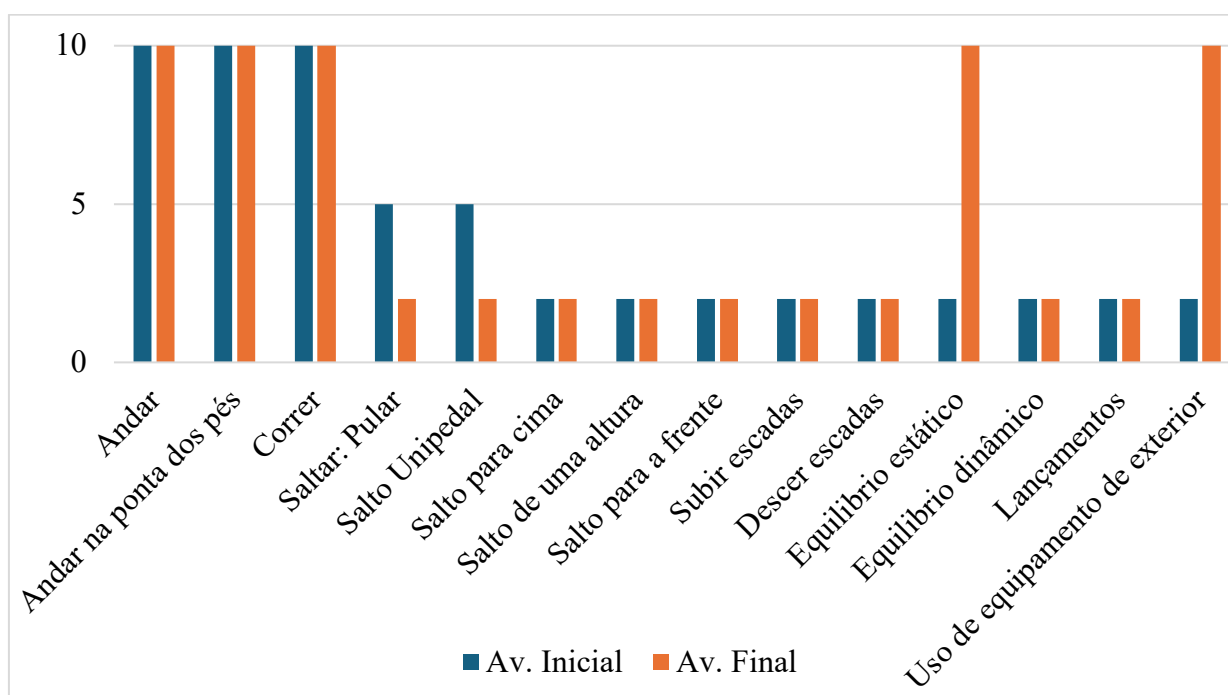


Figura 11- Gráfico da Av. da Motricidade global do Currículo Carolina (2-5 anos) (John-son-Martin et al., 2004b)

Inferior a 5 valores- Competência por desenvolver; 5 valores- Competência em aquisição;
Acima de 5 valores- Competência desenvolvida;

A M.B. manteve as aquisições da avaliação inicial na marcha, andar em ponta dos pés, correr, saltar (pular, unipedal, de uma altura ou em comprimento), subir e descer escadas, lançar e apanhar bolas e equilíbrio dinâmico. No equilíbrio estático e no uso de equipamentos de exterior de acordo com a função de cada um, a criança demonstrou uma melhoria considerável.

Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Idade Pré-Escolar (EPP) (De la Cruz & Mazaira, 1995):

A criança demonstrou uma boa locomotoção, obtendo um total de 14 pontos: andou sozinha (2), para trás (2), de lado (2), em bicos dos pés (2), em linha reta sobre corda (2), correu com coordenação (2) e subiu escadas alternando os pés (2). No posicionamento,

demonstrou o controlo postural adequado, contabilizando 6 pontos: manteve-se de cócoras (2), de joelhos (2) e sentada de pernas cruzadas (2). No equilíbrio, a criança revelou execuções limitadas, visto que obteve apenas 5 pontos: manteve-se sobre a trave com ambos os pés (2), anda sobre a trave alternando os pés (2) e desloca-se na trave para frente, para os lados e para trás (1); não conseguiu manter-se em apoio unipedal, com os olhos fechados (0). Na coordenação dos membros inferiores, o desempenho também foi limitado, visto que totalizou 4 pontos: saltou de uma altura de 40 cm (1), saltou para a frente 10 vezes ou mais (1) e saltou para trás 5 vezes ou mais (2). Não conseguiu saltar distâncias maiores (0) nem saltar à corda (0). Na coordenação dos membros superiores, o desempenho foi limitado, contabilizando 4 pontos: lançou a bola com ambas as mãos a 1 metro (2) e atirou o saco de sementes com uma mão (2). Não conseguiu agarrar a bola após esta bater no chão (0) nem controlar a mesma (0). Na coordenação das mãos, o desempenho foi intermédio, contabilizando 7 pontos: Cortar o papel com a tesoura (2), cortar, com a tesoura, uma linha reta (2) e linha curva (2) e enroscou um brinquedo de enroscar (2). Não conseguiu tocar o polegar em cada dedo (0). Em relação ao esquema e noção corporal de si mesmo, M.B., obteve 8 pontos: identificou os diferentes elementos corporais (2), mostrou a mão direita (2) e a mão esquerda (2) e tocou com a mão direita na perna direita (2). Não conseguiu tocar com a mão esquerda no joelho esquerdo (0). No esquema e noção corporal do outro, somou 4 pontos: tocou no cotovelo (2) e no pé esquerdo (2), mas não conseguiu tocar na mão direita (0).

Perfil Intra-Individual:

Recorrendo aos resultados das avaliações inicial e final, é possível compreender as diversas características que moldam o perfil individual da criança. Estas podem ser observadas no quadro apresentado abaixo, permitindo a comparação entre os dois momentos de avaliação. Assim, considera-se relevante distribuir as competências do *Currículo Carolina (2-5 anos)* (Johnson-Martin et al., 2004b) pelos respetivos domínios, indicando a sua classificação: domínios de capacidade (verde), intermédios (amarelo) e de necessidade (vermelho).

Tabela 15-Perfil Psicomotor de M.B. Avaliação Inicial e Final

Competência			Domínios	
			Inicial	Final
Cognição	Raciocínio			
	Atenção e Memória			
	Conceitos gerais			
	Jogo simbólico			
	Perceção visual	Construção com blocos		
		Puzzles e emparelhamentos		
	Conceitos de tamanho e número			
Linguagem	Interesse pelos sons e pelas funções de linguagem			
	Vocabulário expressivo			
	Linguagem recetiva			
	Construção de frases			
Socialização	Interação social			
	Conversação			
	Autoconceito			
Adaptação social	Autonomia	Nas tarefas de Alimentação		
		Nas tarefas de Vestuário		
		Nas tarefas de Higiene		
		Controlo dos Esfincteres		
	Responsabilidade			
Motricidade fina	Uso da mão			
	Manipulação			
	Destreza bilateral			
	Manipulação bimanual			
Perceção visuomotora	Domínio do lápis e cópia			
	Desenho representativo			
	Cortar			
Motricidade global	Andar			
	Andar na ponta dos pés			

	Correr			
	Saltar	Pular		
		Unipedal		
		Para cima		
		De uma altura		
		Para a frente		
	Escadas	Subir		
		Descer		
	Equilíbrio	Estático		
		Dinâmico		
	Lançamentos	Atirar		
		Apanhar		
	Uso de equipamento de exterior			

Tabela 16- Classificação do EPP (Escala de Perfil Psicomotor) de M.B. na Av.Inicial e Final.

Domínio Avaliado	Pontuação	Fev. 2025 (Av.Inicial)	Jun. 2025 (Av. Final)	Progressão Terapêutica
Locomoção	14	Bom	Bom	=
Posicionamento	6	Bom	Bom	=
Equilíbrio	6 → 5	Normal	Normal	=
Coordenação dos membros inferiores	1 → 4	Baixo	Baixo	=
Coordenação dos membros superiores	3 → 4	Baixo	Baixo	=
Coordenação das mãos	6 → 7	Normal	Bom	↑↑
Esquema corporal/ Noção corporal (próprio)	6 → 8	Normal	Bom	↑↑
Esquema corporal/ Noção corporal (outro)	2 → 4	Baixo	Bom	↑↑

A seta (→) indica a evolução dos resultados entre a avaliação inicial (fevereiro de 2025) e a avaliação final (junho de 2025).

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

Para definir o perfil psicomotor da criança com base no *Currículo Carolina* (2-5 anos) (Johnson-Martin et al., 2004b), consideraram-se as idades cronológicas de 4 anos e 6 meses na avaliação inicial e de 4 anos e 11 meses na avaliação final.

Na avaliação inicial, estabeleceu-se que as aquisições até aos 3 anos e 6 meses ou menos seriam incluídas nos domínios de necessidade; as aquisições até aos 4 anos corresponderiam aos domínios intermédios; e as aquisições a partir dos 4 anos e 6 meses seriam integradas nos domínios de capacidade.

Na avaliação final, definiu-se que as aquisições até aos 4 anos ou menos se enquadrariam nos domínios de necessidade; as aquisições até aos 4 anos e algumas dos 4 anos e 6 meses corresponderiam aos domínios intermédios; e todas as aquisições dos 4 anos e 6 meses aos 5 anos seriam classificadas nos domínios de capacidade.

Adicionalmente, na Tabela 17 apresenta-se a classificação qualitativa correspondente à classificação quantitativa das diversas competências avaliadas através do instrumento *EPP* (De la Cruz & Mazaira, 1995), permitindo uma análise mais abrangente e precisa do desenvolvimento psicomotor da criança nos diferentes momentos de avaliação.

c. Discussão

A M.B. beneficiou de 21 sessões individuais, entre fevereiro e junho. As sessões foram de carácter semi-dirigido com componente livre e lúdica, com o objetivo de atingir os objetivos delineados.

Perante os desafios comportamentais apresentados pela criança, a estagiária necessitou de estabelecer limites mais acentuados, em simultâneo, à construção de uma relação terapêutica estável. Esta intervenção teve como finalidade proporcionar segurança e disponibilidade emocional e reduzir o sentimento de abandono. Conforme defendem Rayane e Sousa (2018), o sofrimento associado à privação afetiva pode originar conflitos internos e externos. Deste modo, esta abordagem procurou diminuir a imprevisibilidade percebido pela criança e atenuar os sentimentos de insegurança ou abandono, frequentemente manifestados através de comportamentos desajustados.

Corroborando Costa (2008), o modelo de intervenção psicomotora de base relacional sustenta-se na qualidade da relação terapêutica estabelecida entre a criança e a estagiária, promovendo o desenvolvimento das suas capacidades. Com o objetivo de favorecer a autorregulação e reduzir estímulos distratores, as sessões passaram a decorrer numa sala terapêutica mais pequena e organizada, uma vez que o espaço amplo favorecia movimentos mais livres e espontâneos. Deste modo, pretendeu-se conter a impulsividade e a imprevisibilidade, bem como aumentar a capacidade de concentração. Este ambiente proporcionou a contenção externa necessária para apoiar o desenvolvimento da autorregulação interna. Ao longo das intervenções, a criança apresentou uma diminuição dos comportamentos desadequados, passou a respeitar o espaço partilhado com os outros e envolveu-se nas brincadeiras propostas pela estagiária, cumprindo as instruções previamente estabelecidas. Paralelamente, com a introdução da medicação psiquiátrica dirigida

à instabilidade e agitação, observaram-se momentos em que M.B. se mostrou mais atenta, usufruindo de forma mais adequada das atividades.

As primeiras atividades foram ajustadas às preferências da M.B. pelo desenho e pintura, potenciando o envolvimento e a motivação intrínseca. Implementou-se uma estratégia gradual de definição de limites, por meio de atividades expressivas, que consistiu na utilização de uma cartolina de grande dimensão, reduzida ao longo das sessões até ao formato A4. Esta estratégia permitiu estabelecer limites, promover o planeamento motor e a organização espacial. Além disso, M.B. realizou construções de madeira e a resolução de puzzles para estimular o raciocínio lógico, persistência na tarefa e percepção visuoespacial. Ao sentir-se satisfeita pela sua capacidade construtiva, a criança chamava a atenção para o seu desempenho, festejando do mesmo. Ao longo do tempo, M.B. demonstrou ter a auto-estima e auto-confiança mais fortalecidas. Uma das atividades realizadas em algumas das sessões foram os percursos psicomotores, verificando-se melhorias no seguimento das instruções e na atenção de cada tarefa a desempenhar. Salienta-se ainda que, M.B., ao longo das intervenções e da exploração dos materiais, conseguiu distribuir as imagens por categorias e reconhecer as cores, algo que seria muito difícil fazer inicialmente.

d. Conclusões:

Após analisar os resultados dos diferentes momentos de avaliação e refletir nos resultados das intervenções de Psicomotricidade, considera-se que a criança deve continuar a ter sessões semanais para ultrapassar as dificuldades demonstradas nos domínios de necessidade e melhorar as competências enquadradas nos domínios intermédios.

É fundamental manter o reforço positivo e dar importância afetiva às construções plásticas, representações e restantes execuções de atividades, mantendo a autoestima e autoconfiança. Ao longo das intervenções, a principal dificuldade sentida foi ao nível da desadequação dos comportamentos e do estreitamento do palato que provocava a saída da saliva, principalmente enquanto estava concentrada, sujando os materiais e dificultando a manipulação do objeto. Contudo, estabeleceu-se uma relação terapêutica estável, em que a criança mostrava, diariamente, vontade em ter sessão.

Além da intervenção Psicomotora, recomenda-se a continuação do acompanhamento psiquiátrico e psicológico e a iniciação de acompanhamento na terapia da fala com a finalidade de adquirir estratégias até à operação ao palato.

e. Referências:

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume I. Attachment*. London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II. Separation, anxiety and anger* Basic Books.

Cansado, T. (2008). Institucionalização de crianças e jovens em Portugal Continental: O caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *European Journal of Social Work*, 11(2), [10]. <https://doi.org/10.4000/eces.1387>

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional* (1.^a ed.). Trilhos Editora.

Davies, P. T., Thompson, M. J., Hentges, R. F., Coe, J. L., & Sturge-Apple, M. L. (2020). Children's attentional biases to emotions as sources of variability in their vulnerability to interparental conflict. *Developmental Psychology*, 56(7), 1343–1359. <https://doi.org/10.1037/dev0000994>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção* [Relatório técnico].

Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 41*(2), 251-259. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>

Franco, M. H. P., & Tinoco, R. (2011). O luto em instituições de abrigo de crianças. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 393-402. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400003>

Johnson-Martin, N. M., Attermeier, S. M., & Hacker, B. J. (2004b). *The Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs* (2nd ed.). Brookes Publishing Co. <http://www.brookespublishing.com/carolina>

De la Cruz, M. V., & Mazaira, M. C. (1995). *EPP: Escala de avaliação da psicomotricidade em idade pré-escolar* (Manual, 2ª ed.). TEA Ediciones. (Publicações de Psicologia Aplicada, Série Menor, nº 186)

Diamond, A., & Lee, K. (2011). Interventions shown to aid executive function development in children 4 to 12 years old. *Science*, *333*(6045), 959–964. <https://doi.org/10.1126/science.1204529>

Louro, R. M. G. (2013). *Vinculação e autoconceito em crianças em idade escolar: Meio familiar vs. Institucionalização* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida). Lisboa.

Mantovani, C. (2024). O desafio da agitação psicomotora na prática clínica. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto*, 57 (1), Suplemento temático 1: Fundamentos de Psiquiatria de Cuidados Agudos para o Médico não-Psiquiatra. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.221903>

Martinez, M.; Peñalver, I.; Sanchez, P. (2003). *A psicomotricidade na educação infantil uma prática preventiva e educativa*. Ed. Artes Médicas - Porto Alegre.

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). *Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>

Mendes, Y. I. J. (2024). Fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos parentais: Uma revisão sistemática atualizada [Trabalho de mestrado, Instituto Universitário Egas Moniz]. Repositório Institucional Egas Moniz.

- Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2018). Relações significativas e autoconceito de adolescentes em acolhimento residencial. *Revista Psicologia*, 32(1), 87–100. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v32i1.1277>
- Munson, M. R., & McMillen, J. C. (2009). Natural mentoring and psychosocial outcomes among older youth transitioning from foster care. *Children and Youth Services Review*, 31(1), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.06.003>
- Patriau, A., Cojan, J., Gauduel, T., Lopez-Vilain, J., Pavon, G., & Gomez, A. (2022). Improving body representation and motor skills with a preschool education program: A preliminary study. *Children*, 9(1), 117. <https://doi.org/10.3390/children9010117>
- Policastro, F., Biancotto, M., & Zoia, S. (2022). *Animal Fun: Supporting the motor development of Italian preschoolers*. *Acta Psychologica*, 230, 103772. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103772>
- Silva, V. D. B. (2021). *Conflito interparental e alienação parental: Um estudo sobre o impacto no ajustamento psicológico dos filhos* (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia). <http://hdl.handle.net/10451/56140>
- Santos, J. (2007). *Ensinaaram-me a ler o mundo à minha volta* (1.^a ed.). Assíro & Alvim. ISBN: 978-972-37-1118-9
- Santos, P. V. (2023). *Intervenção colaborativa com crianças e adolescentes em acolhimento residencial*. PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e Educação.
- Schmithorst, V. J., Holland, S. K., & Plante, E. (2006). Object identification and lexical/semantic access in children: A functional magnetic resonance imaging study of word–picture matching. *Human Brain Mapping*, 28(10), 1060–1074. <https://doi.org/10.1002/hbm.20328>

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press.

Suggate, S., & Stoeger, H. (2020). Fine motor skills and early comprehension of the world: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1081. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01081>

Sutapa, P., Pratama, K. W., Rosly, M. M., Syed Ali, S. K., & Karakauki, M. (2021). *Improving motor skills in early childhood through goal-oriented play activity*. *Children*, 8(11), 994. <https://doi.org/10.3390/children8110994>

Rayane, D. B., & Sousa, D. H. A. V. (2018). Privação afetiva e suas consequências na primeira infância: Um estudo de caso. *InterScientia*, 6(2).

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo* (Tradução autorizada do inglês por Taylor & Francis Books). LTC

World Health Organization. (2022). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

V. Conclusão

O presente relatório descreve as experiências e aprendizagens que decorreram ao longo do período de estágio de 2º ciclo, no âmbito da intervenção psicomotora, pelo que considero fundamental refletir sobre essas vivências.

Foram acompanhadas 7 crianças de diferentes faixas etárias, sendo 5 do sexo feminino com idades compreendidas entre 5 meses e 4 anos e 2 crianças do sexo masculino, com 1 e 11 anos.

Tive a oportunidade de acompanhar a rotina diária das crianças e as vivências da instituição, nomeadamente a participação em atividades extracurriculares, consultas e exames médicos, eventos sociais e atividades lúdicas. Este estágio permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre o processo de acolhimento, desde a integração de novas crianças até à despedida aquando do seu regresso às famílias, bem como compreender melhor os procedimentos inerentes aos processos de adoção. Ao longo deste período, experienciei a supervisão das visitas familiares, adquirindo competências sobre como agir na proteção das crianças, dialogar com os familiares e mediar os momentos de visita de forma adequada e segura. Para além das reuniões semanais, mensais e trimestrais, que fazem parte integrante desta fase de aprendizagem, importa salientar a relevância do trabalho em equipa multidisciplinar e o benefício da interação com técnicos mais experientes. Participei em reuniões com a equipa da instituição, composta pela assistente social e diretora técnica, psicomotricista e psicóloga, nas quais foram partilhadas diferentes estratégias ajustadas às necessidades de cada criança, incluindo a atuação em situações de crise de ansiedade e a discussão dos desafios emergentes em cada sessão terapêutica. A possibilidade de reunir com a equipa de intervenção precoce permitiu-me ainda adquirir estratégias para a promoção do desenvolvimento de determinados marcos motores, bem como identificar eventuais atrasos no desenvolvimento psicomotor e avaliar a necessidade de encaminhamento para intervenção médica em situações de maior gravidade.

Durante o estágio, senti que amadureci profissionalmente visto que tive a oportunidade de trabalhar com uma equipa multidisciplinar que partilhava as estratégias de intervenção e demonstrava, na prática, formas adequadas de atuar perante as situações que surgiam. As crianças institucionalizadas apresentavam diferentes problemáticas e manifestavam formas distintas de lidar emocionalmente com os desafios do quotidiano. Assim, tornou-se fundamental desenvolver a capacidade de reagir adequadamente a cada emoção, a cada partilha, a cada comportamento e acontecimento.

Sinto que este estágio foi um marco no meu percurso académico, contribuindo para a minha confiança, criatividade, autonomia e ser melhor profissional. Além de agradecer à orientadora de estágio da Universidade de Évora e à orientadora local, considero que a equipa técnica e a equipa de auxiliares foram muito prestáveis para conseguir obter maior autonomia e aquisição de conhecimentos. Esta experiência foi enriquecedora pelo conhecimento adquirido, mas principalmente pelo contacto com as crianças que demonstraram a força interior e estratégias emocionais para lidar com os traumas e emoções.

Considero importante realçar a importância de Psicomotricistas nas instituições de acolhimento de crianças e jovens em perigo para a promoção do desenvolvimento psicomotor. As crianças apresentam fragilidades a nível emocional, relacional e motor derivadas das vivências anteriores, manifestando-as de diferentes formas. A psicomotricista cria um espaço seguro que transmite harmonia e segurança à criança e através do brincar, proporciona estabilidade, melhora expressão emocional e o desenvolvimento psicomotor.

Concluindo assim que a intervenção psicomotora proporcionou benefícios para as crianças e para mim, a nível pessoal e profissional.

VI. Referências:

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press
- Ainsworth, M. D. S. (1985). Patterns of infant-mother attachments: Antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61(9), 771–779.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. New York, NY: Lawrence Erlbaum Associates.
- Albaret, J. M. (1996). L'enfant agité et distrait en psychomotricité. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 9(3), 149–154. Elsevier
- ACM- Associação Chão dos Meninos. (2024). *Chão dos Meninos*. <https://www.chaodosmeninos.pt>
- Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade – Jogos facilitadores de aprendizagem* (1ª ed.). Psicosoma.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Alves, N. P., Alves, I. H., Amaral, H., & Morais, V. C. S. (2024). Estimulação precoce: o impacto negativo da falta de acompanhamento e intervenção em alunos da educação infantil na idade apropriada. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 16(10), 1-17. <https://doi.org/10.55905/cuadv16n10-105>
- APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual crianças e jovens vítimas de violência: Compreender, intervir e prevenir*. APAV. <https://www.apav.pt>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*. London: Hogarth Press.

Bowlby, J. (2002). *Apego: A natureza do vínculo* (Á. Cabral, Trad.; 3ª ed., Vol. 1). São Paulo: Martins Fontes.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Volume II. Separation, anxiety and anger* Basic Books.

Bowlby, J. (1960). *Grief and mourning in infancy and early childhood*. Psychoanalytic Study of the Child, 15

Bowlby, J. (2004). *Perda: tristeza e depressão* (V. Dutra, Trad.; 3ª ed., Vol. 3). Martins Fontes. (Obra original publicada em 1973)

Boss, P. (2007). Ambiguous loss theory: Challenges for scholars and practitioners. *Family Relations*, *56*(2), 105–111. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00444.x>

Brickenkamp, R. (2007). *D2: Teste de atenção: Manual técnico* (1ª ed.). CEGOC-TEA.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1065–1078. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00087-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00087-8)

Cansado, T. (2008). Institucionalização de crianças e jovens em Portugal Continental: O caso das Instituições Particulares de Solidariedade Social. *European Journal of Social Work*, 11(2), [10]. <https://doi.org/10.4000/eces.1387>

Cavalcanti, A. K. S., Samczuk, M. L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: Uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo in Formação*, 17(17), 87–105. https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092013000200007

Carmichael, C. L., & Mizrahi, M. (2023). Connecting cues: The role of nonverbal cues in perceived responsiveness. *Current Opinion in Psychology*, 53, 101663. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101663>

Carvalho, M. J. L. (2013). *Sistema nacional de acolhimento de crianças e jovens*. Fundação Calouste Gulbenkian. https://gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/52Est_Sistema_Nac_Acolhimento_Crianças_Jovens.pdf

Costa, A. O., & Santos, P. L. dos. (2011). Qualidade do processamento sensorial e vinculação infantil. *Da Investigação às Práticas: Estudos De Natureza Educacional*, 1(1), 117–134. <https://doi.org/10.25757/invep.v1i1.57>

Costa, E. F., Cavalcante, L. I. C., & Dell’Aglío, D. D. (2015). Perfil do desenvolvimento da linguagem de crianças no município de Belém, segundo o Teste de Triagem de Denver II. *Revista CEFAC*, 17(4), 1090–1102. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517418514>

Costa, M. V. (2022). Violência doméstica em Portugal: um ordenamento jurídico realista? *Revista Ultracontinental de Literatura Jurídica*, 3(1), 164–181. <http://hdl.handle.net/10400.14/40421>

Costa, J. (2008). *Grelha de observação psicomotora*

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional* (1.^a ed.). Trilhos Editora.

Davies, P. T., Thompson, M. J., Hentges, R. F., Coe, J. L., & Sturge-Apple, M. L. (2020). Children’s attentional biases to emotions as sources of variability in their vulnerability to interparental conflict. *Developmental Psychology*, 56(7), 1343–1359. <https://doi.org/10.1037/dev0000994>

De la Cruz, M. V., & Mazaira, M. C. (1995). *EPP: Escala de avaliação da psicomotricidade em idade pré-escolar* (Manual, 2^a ed.). TEA Ediciones. (Publicações de Psicologia Aplicada, Série Menor, nº 186).

Delgado, P., & Gersão, E. (2018). O acolhimento de crianças e jovens no novo quadro legal: Novos discursos, novas práticas? *Análise Social*, (226), 112-134. <https://doi.org/10.31447/as00032573.2018226.05>

Diamond, A., & Lee, K. (2011). Interventions shown to aid executive function development in children 4 to 12 years old. *Science*, *333*(6045), 959–964. <https://doi.org/10.1126/science.1204529>

Dias, I. S. (2017). *A violência doméstica em Portugal: Contributos para a sua visibilidade*. IV Congresso Português de Sociologia. https://aps.pt/wp-content/uploads/2017/08/DPR462e00b9864fc_1.pdf

Direção Geral da Saúde (DGS). (2013). *Maus-tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção* [Relatório técnico].

Ekas, N. V., Haltigan, J. D., & Messinger, D. S. (2013). The dynamic still-face effect: Do infants decrease bidding over time when parents are not responsive? *Developmental Psychology*, 49(6), 1027–1035. <https://doi.org/10.1037/a0029330>

Franco, M. H. P., & Tinoco, R. (2011). O luto em instituições de abrigo de crianças. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(4), 393-402. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400003>

Fernandes, J., Veiga, G., & Gutierrez Filho, P. (2022). Psicomotricidade e paradigma da complexidade. *Revista Psicologia, Saúde & Debate*, 8(1), 363-377. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V8N1A21>

Ferrine, G. M. (2013). *Os cuidados maternos e a interação do ambiente facilitador na constituição psíquica do bebê: uma visão Winnicottiana* [Dissertação de Mestrado, Centro Universitário de Brasília]. Repositório UNICEUB. <https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/235/8162>

Ferriolli, S. H. T., Marturano, E. M., & Puntel, L. P. (2007). Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, *41*(2), 251-259. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000017>

Fidelis, J. (2025). O desenvolvimento da motricidade fina nos primeiros seis meses de vida. *International Integralize Scientific*, 5(47). <https://doi.org/10.63391/6A590F>

Fonseca, V. (2024). *Manual de observação psicomotora: Significação neuropsicológica dos seus fatores* (5ª ed.). Âncora Editora. ISBN: 978-972-780-754-3

Fonseca, V. da. (2010). *Psicomotricidade: uma visão pessoal*. Construção Psicopedagógica, 18 (17), 42–52.

Freud, S. (1914-1916). *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (Vol. XIV).

Fulkerson, A. L., & Waxman, S. R. (2007). Words (but not tones) facilitate object categorization: Evidence from 6- and 12-month-olds. *Cognition*, 105(1), 218–228. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.09.005>

Gargano, D. (2013). *Disprassie evolutive*. Erickson.

Glaser, D. (2008). Influences of psychopathology: Child maltreatment. *Psychiatry*, 7(7), 295–298. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.05.001>

Guedeney, N., & Guedeney, A. (2002). *L'attachement: Concepts et applications*. Masson.

Johnson-Martin, N. M., Attermeier, S. M., & Hacker, B. J. (2004a). *The Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs* (2nd ed.). Brookes Publishing Co. <http://www.brookespublishing.com/carolina>

Johnson-Martin, N. M., Attermeier, S. M., & Hacker, B. J. (2004b). *The Carolina Curriculum for Preschoolers with Special Needs* (2nd ed.). Brookes Publishing Co. <http://www.brookespublishing.com/carolina>

Klein, M. (1996). O luto e as suas relações com os estados maníaco-depressivos (1940). In A. Cardoso (Trans.), *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921–1945) (Vol. I)*. Rio de Janeiro: Imago.

Lee, J. Y., Yoon, S., Park, K., Radney, A., Shipe, S. L., & Pace, G. T. (2023). Father–mother co-involvement in child maltreatment: Associations of prior perpetration, parental substance use, parental medical conditions, inadequate housing, and intimate partner violence with different maltreatment types. *Children*, 10(4), 707. <https://doi.org/10.3390/children10040707>

Lima, M. P. (2018). A criança em instituições de acolhimento: O que dizem as pesquisas científicas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23(3), 271–281. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180026>

Louro, R. M. G. (2013). *Vinculação e autoconceito em crianças em idade escolar: Meio familiar vs. Institucionalização* (Dissertação de Mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Escola de Psicologia e Ciências da Vida). Lisboa.

Lyons-Ruth, K., Li, F. H., Khoury, J. E., Ahtam, B., Sisitsky, M., Ou, Y., Bosquet Enlow, M., & Grant, E. (2023). Maternal childhood abuse versus neglect associated with differential patterns of infant brain development. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 51(12), 1919–1932. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01041-4>

Martinez, M.; Peñalver, I.; Sanchez, P. (2003). *A psicomotricidade na educação infantil uma prática preventiva e educativa*. Ed. Artes Médicas - Porto Alegre.

Martínez-Usarralde, M.-J., Conchell, R., Villar, M., & Pérez-Tabernero, L. (2025). The need for better attachment bonds between institutional caregivers and children in residential care: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 15(3), 245. <https://doi.org/10.3390/bs15030245>

Manion, V., & Alexander, J. M. (1997). The benefits of peer collaboration on strategy use, metacognitive causal attribution, and recall. *Journal of Experimental Child Psychology*, 67(2), 268–289. <https://doi.org/10.1006/jecp.1997.2409>

Manita, C., Ribeiro, C., & Peixoto, C. (2009). *Violência doméstica: Compreender para intervir: Guia de boas práticas para profissionais de saúde*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.

Mantovani, C. (2024). O desafio da agitação psicomotora na prática clínica. *Revista de Medicina de Ribeirão Preto*, 57 (1), Suplemento temático 1: Fundamentos de Psiquiatria de Cuidados Agudos para o Médico não-Psiquiatra. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.221903>

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Lambert, H. K. (2014). *Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience*. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 47, 578–591. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.10.012>

McLaughlin, K. A., Sheridan, M. A., & Nelson, C. A. (2017). Neglect as a violation of species-expectant experience: Neurodevelopmental consequences. *Biological Psychiatry*, 82(6), 462–471. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2017.02.1096>

Medeiros, C., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Reflexões sobre holding e sustentação como gestos psicoterapêuticos. *Psicologia Clínica*, 26 (2), 49–62.

Mello Filho, J. (1989). *O ser e o viver: uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Mendes, Y. I. J. (2024). Fatores de risco para a ocorrência de maus-tratos parentais: Uma revisão sistemática atualizada [Trabalho de mestrado, Instituto Universitário Egas Moniz]. Repositório Institucional Egas Moniz.

Mota, C. P., Costa, M., & Matos, P. M. (2018). Relações significativas e autoconceito de adolescentes em acolhimento residencial. *Revista Psicologia*, 32(1), 87–100. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v32i1.1277>

Mortimer, R., Privopoulos, M., & Kumar, S. (2014). The effectiveness of hydrotherapy in the treatment of social and behavioral aspects of children with autism spectrum disorders: A systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 89–101. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S55345>

Mozzaquatro, C. de O., Arpini, D. M., & Polli, R. G. (2015). Relação mãe-bebê e promoção de saúde no desenvolvimento infantil. *Psicologia em Revista*, 21(2), 334–351.

Munson, M. R., & McMillen, J. C. (2009). Natural mentoring and psychosocial outcomes among older youth transitioning from foster care. *Children and Youth Services Review*, 31(1), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2008.06.003>

Murphy, S., Shevlin, M., Elklit, A., McElroy, E., Murphy, J., Hyland, P., & Christoffersen, M. (2018). Validating childhood maltreatment typologies using data linkage. *Journal of Loss and Trauma*, 23(2), 99–112. <https://doi.org/10.1080/15325024.2017.1404204>

Naglieri, J. A. (1988). *A quantitative scoring system: Draw-A-Person (DAP) manual*. Dhar Court Orocel Corporation.

Neves Peiter, J. (2020). Crianças Institucionalizadas: um olhar sobre vínculos e seu desenvolvimento psicossocial. *Psicologia Da Saúde E Processos Clínicos*, 1(1). Recuperado de <https://koan.emnuvens.com.br/psisaude/article/view/22>

Patriau, A., Cojan, J., Gauduel, T., Lopez-Vilain, J., Pavon, G., & Gomez, A. (2022). Improving body representation and motor skills with a preschool education program: A preliminary study. *Children*, 9(1), 117. <https://doi.org/10.3390/children9010117>

PolICASTRO, F., BIANCOTTO, M., & ZOIA, S. (2022). *Animal Fun: Supporting the motor development of Italian preschoolers*. *Acta Psychologica*, 230, 103772. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103772>

Tomás, C., Carvalho, M. J. L., & Fernandes, N. (2019). Introdução: Acolhimento de crianças e jovens. *Configurações*, 23, 7-13. <https://doi.org/10.4000/configuracoes.6389>

Santos, J. (2007). *Ensinaram-me a ler o mundo à minha volta* (1.^a ed.). Assíro & Alvim. ISBN: 978-972-37-1118-9

Santos, J. S. B. dos. (2021). *A importância do lúdico para o desenvolvimento e aprendizagem da criança na educação infantil* [Monografia de graduação, Pontifícia Universidade Católica de Goiás]. Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Santos, P. V. (2023). *Intervenção colaborativa com crianças e adolescentes em acolhimento residencial*. PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e Educação.

Schmithorst, V. J., Holland, S. K., & Plante, E. (2006). Object identification and lexical/semantic access in children: A functional magnetic resonance imaging study of word–picture matching. *Human Brain Mapping*, 28(10), 1060–1074. <https://doi.org/10.1002/hbm.20328>

Schäfer, J. L., McLaughlin, K. A., Manfro, G. G., Pan, P., Rohde, L. A., Miguel, E. C., Simioni, A., Hoffmann, M. S., & Salum, G. A. (2022). Threat and deprivation are associated with distinct aspects of cognition, emotional processing, and psychopathology in children and adolescents. *Developmental Science*, Article e13267. <https://doi.org/10.1111/desc.13267>

Silva, S. (2008). *Papel parental em perturbações do comportamento infantil* [Monografia de licenciatura, Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA]. Psicologia.com.pt.

Silva, T. A. G. da, & Leite, M. F. (2020). *Vínculo afetivo materno: Processo fundamental para o desenvolvimento infantil – Uma revisão de literatura / Maternal affective link: A key process for child development – A literature review*.

Silva, V. D. B. (2021). *Conflito interparental e alienação parental: Um estudo sobre o impacto no ajustamento psicológico dos filhos* (Dissertação de Mestrado Integrado em

Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia). <http://hdl.handle.net/10451/56140>

Silveira, S. H. P., & Oliveira, J. E. C. (2018). O desenvolvimento psicomotor e desenvolvimento humano. <https://ava.faveni.edu.br/wp-content/uploads/2018/11/desenvolvimento-psicomotor-e-desenvolvimento-humano.pdf>

Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Psiquilíbrios Edições.

Sroufe, L. A., & Fleeson, J. (1986). Attachment and the construction of relationships. In W. W. Hartup & Z. Rubin (Eds.), *Relationships and development* (pp. 51–71). Lawrence Erlbaum Associates.

Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from birth to adulthood*. Guilford Press.

Stretch, P. (2000). *Crescer vazio: Repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus-tratos em crianças e adolescentes* (3ª ed.). Lisboa: Assírio & Alvim. ISBN 972-37-0462-5.

Strecht, P. (2004). *Crescer vazio*. Assírio & Alvim.

Strecht, P. (2018). *Pais sem pressa: O tempo na relação entre pais e filhos*. Contraponto. ISBN: 978-989-666-191-5

Spitz, R. A. (2004). *O primeiro ano de vida* (Erothildes Millan Barros da Rocha, Trad.) Martins Fontes. (Título original publicado em 1965 como *The First Year of Life*).

Suggate, S., & Stoeger, H. (2020). Fine motor skills and early comprehension of the world: A longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1081. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01081>

Sutapa, P., Pratama, K. W., Rosly, M. M., Syed Ali, S. K., & Karakauki, M. (2021). *Improving motor skills in early childhood through goal-oriented play activity*. *Children*, 8(11), 994. <https://doi.org/10.3390/children8110994>

Rahman, L. (2025). *Bronfenbrenner's ecological systems theory in childhood resilience and motivation in learning: A literature review*. *Open Journal of Social Sciences*, 13(6), 550–561. <https://doi.org/10.4236/jss.2025.136037>

Rayane, D. B., & Sousa, D. H. A. V. (2018). Privação afetiva e suas consequências na primeira infância: Um estudo de caso. *InterScientia*, 6(2).

Reginatto, R. (2013). A importância da afetividade no desenvolvimento e aprendizagem. *REI: Revista de Educação do IDEAU*, 8(18), 1–12.

Vallejo Ruiloba, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatria*. Masson.

van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Coughlan, B., & Reijman, S. (2020). *Annual research review: Umbrella synthesis of meta-analyses on child maltreatment antecedents and interventions: Differential susceptibility perspective on risk and resilience*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 272–290. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13147>

Vecchiato, M. (2007). *Il gioco psicomotorio: Psicomotricità psicodinamica*. Armando Editore.

Vorcaro, Â. M. R., & Corrêa, F. M. (2014). Um objeto reluzente – passos iniciais da clínica psicanalítica com bebês de D. W. Winnicott. *Estilos da Clínica*, 19(1)

World Health Organization. (2022). *Child maltreatment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

White, O. G., Hindley, N., & Jones, D. P. H. (2014). Risk factors for child maltreatment recurrence: An updated systematic review. *Medicine, Science and the Law*, 0(0), 1–19. <https://doi.org/10.1177/0025802414543855>

Winnicott, D. W. (1982). *A criança e o seu mundo* (Tradução autorizada do inglês por Taylor & Francis Books). LTC

Winnicott, D. W. (1960/2005). *A família e o desenvolvimento individual*. In *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipolla, Trad.). Martins Fontes

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I. C. S. Ortiz, Trad.). Artmed.

Winnicott, D. W. (1999). *Os bebês e suas mães* (J. L. Camargo, Trad.; M. H. S. Patto, Rev. téc.; 2. ed.). Martins Fontes.

Xavier, R. R., Caldas, I. F. R., & Tannus, L. O. (2021). Influência da institucionalização no processo do desenvolvimento infantil. In B. de Lima Anderson, I. F. R. Caldas, & P. X. de Araujo (Eds.), *Desenvolvimento infantil e fatores determinantes* (Vol. 1). Pascal. <https://www.researchgate.net/publication/354302637>

VII. Anexos

7.1 Estudo de caso individual K.

Tabela 17- Estudo de caso individual K.

Domínios/ áreas	Av. Inicial (5 meses)	Av. Final (11 meses)	Progressão terapêutica
<i>Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003)</i>			
Movi- mento	Não gatinhou; Brincou com os objetos colocados nas mãos, Balançou a perna para se autorregular;	Gatinhou com uma perna em extensão; Colocou-se em posição bípede, segurando-se.	↑↑
Gestuali- dade	Expressão facial limitada ao choro e à satisfação; Movimentou-se muito enquanto chora.	Expressou emoções e bateu palmas;	↑↑
Postura	Hipotónica; Preferiu decúbito dorsal; Chorou quando muda de posição.	Regulação tónica variável; Preferiu ficar sentada; Apresentou insegurança em novas posições.	↑↑
Tónus	Hipotonia; Movimentos típicos de braços e pernas.	Melhoria na regulação tónica;	↑↑
Espaço	Preferiu proximidade de adultos; Manipulou objetos;	Explorou o espaço através do gatinhar.	↑↑
Tempo	Ajustou-se bem ao tempo de sessão; O ritmo, inicialmente, era partilhado; Permaneceu até 30 min na sessão.	Igual à av. inicial, mas participou em sessões individuais.	=
Objetos	Brincou com o que lhe é disponibilizado;	Escolheu por imitação; Explorou os brinquedos.	↑↑
Outros	Era dependente dos adultos e procurou ajuda; Manifestou as necessidades através do choro.	Igual à av. inicial, mas mais colaborativa.	=
<i>Curriculo Carolina 0-2 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a)</i>			

Cognição	Fixação visual em objetos, exploração básica dos mesmos, antecipou os cuidados diários.	Procura ativa dos objetos parcialmente escondidos, reconhecimento das pessoas, exploração mais complexa.	↑↑
Motricidade fina	Movimentos de alcance, apertou e manipulou objetos, elevação bilateral das mãos.	Manipulação mais precisa, fez escolhas entre objetos, bateu palmas.	↑↑
Motricidade global	Levantamento da cabeça em decúbito ventral e dorsal, apoio parcial do corpo, iniciativa à posição vertical.	Sentou-se e trocou de posição sozinha, gatinhou.	↑↑
Linguagem	Sorriu e vocalizou sons simples.	Vocalizou sílabas (5 sons ou mais) e imitou sons e gestos.	↑↑
Socialização	Sorriu e reagiu a voz familiares.	Procurou ativamente a atenção dos pares. Parou-se ao ouvir o seu nome.	↑↑
Autonomia	Bebeu do biberão.	Segurou no biberão sozinha e tirou as peúgas.	↑↑

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

Projeto terapêutico de K:

Principais diretrizes de intervenção:

Ao analisar o caso da K., considerou-se as problemáticas da comunicação, desenvolvimento perceptivo e a dificuldade na atenção, entre outros, como consequência do acolhimento precoce e falta do vínculo familiar seguro. Porém, a K. recebeu visitas semanais do pai.

Tabela 18- Objetivos terapêuticos de K.

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Estimular as funções cognitivas	Estimular a capacidade atencional;

Estimular a percepção sensorial	Explorar diferentes sensações táteis, sonoras e visuais, explorando texturas, temperaturas e materiais variados.
Estimular a linguagem	Incentivar à imitação de sons e gestos;
Promover a socialização	Reconhecer o seu nome ao ser chamada; Executar tarefas previamente aprendidas;
Promover a autonomia	Explorar diferentes movimentos com a língua através de novos estímulos de alimentação;
Promover a motricidade fina	Incentivar a brincar com os objetos, alternando entre mãos; Incentivar a brincar com os pés;
Estimular a regulação tónica	Regular a tonicidade

Foi fundamental que K. tenha participado em sessões bissemanais de 45 minutos, realizadas em conjunto com outra criança, com o objetivo de promover a sua linguagem e socialização. Durante estas sessões, foi essencial recorrer a um ambiente lúdico e diversificado, utilizando diferentes materiais que tenham estimulado à exploração sensorial. Recomendou-se ainda que as atividades fossem realizadas em diversos locais, permitindo à criança adaptar-se a novos ambientes e enriquecendo as suas experiências sensoriais. O toque terapêutico assumiu um papel importante neste processo, contribuindo para uma maior consciência corporal e regulação tónica. Para estimular o desenvolvimento da linguagem, foi essencial incentivar a imitação de sons e gestos através de brincadeiras, incentivando ao riso. Além disso, o reforço positivo foi constantemente utilizado para valorizar as suas conquistas e fortalecer a sua autoconfiança.

Hipóteses explicativas:

O acolhimento demasiado precoce revela a ausência de uma vinculação entre a bebé e os seus progenitores. Vorcaro e Corrêa (2014) recordam Winnicott (1960) ao descrever que o desenvolvimento do bebé depende dos cuidados maternos, iniciando com uma dependência absoluta, evoluindo para uma relativa até atingir a sua independência. No entanto, a K. não teve a oportunidade em estabelecer uma vinculação com os seus progenitores.

Tendo em conta a ausência dessa relação, é possível relacionar-se este facto com o défice no foco atencional, na aquisição de pré-linguagem, na comunicação com terceiros e no atraso na autonomia da alimentação. Os autores realçam a teoria de Winnicott (1983), que consideravam a possibilidade de bebés desenvolverem uma “doença emocional”, manifestando sintomas como rejeitar o alimento, falta de interesse por objetos, alterações no sono e no humor, choro persistente, irritabilidade e dificuldade em estabelecer vínculos com o cuidador.

Winnicott (2001, cit. in Ferrine, 2013) e Mello Filho (1989, cit. in Ferrine, 2013) salientam ainda que o holding e o handling são fundamentais para o desenvolvimento saudável do recém-nascido. Considerando-se que o holding está relacionado com o suporte físico e psicológico que a mãe proporciona, enquanto o handling está associado às interações entre ambos. Acrescentam ainda que a falta da presença materna, de forma prolongada, provoca alterações na criança, nomeadamente na qualidade da memória e na aquisição da confiança com terceiros.

7.2 Estudo de caso individual L.

Tabela 19- Estudo de caso individual L.

Domínios/ áreas	Av. Inicial (1 ano e 4 meses)	Av. Final (1 ano e 10 meses)	Progressão terapêutica
<i>Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchezm 2003)</i>			
Movimento	Gatinhou; Movimentou-se rápido; Colocou-se em posição bípede com apoio; Sem dominância definida (preferência pelo lado direito); Coordenação óculo-manual ainda em desenvolvimento.	Deslocou-se através da marcha, transportando objetos; Caminhou na ponta dos pés; Equilíbrio dinâmico estava adequado à idade (com quedas ao aumentar a velocidade); Ainda sem dominância de lateralidade, mas com a mesma preferência; Coordenação óculo-manual adequada.	↑↑
Gestualidade	Expressou-se através da face e do corpo, marcada por choro, gritos e sentava-se quando era contrariada.	Expressou prazer com risos/gritos e desprazer através do choro; Através da face expressou os seus diferentes estados de ânimo; Cor-	=

		reu para manifestar alegria e sentou-se ao ser contrariada.	
Postura	Preferência pela posição sentada; Revelou equilíbrio apenas com apoio.	Tónus mais regulado; Posição bípede.	↑↑
Tónus	Hipotonia generalizada; Movimentos típicos dos membros.	Movimentos adequados aos membros; Ligeira melhoria na regulação tónica;	=
Espaço	Explorou a sala e os brinquedos; Permaneceu, maioritariamente, no mesmo canto; Procurou proximidade com pares e adultos; Partilhou espaço e objetos com os pares.	Igual à avaliação inicial.	=
Tempo	Teve dificuldades em manter a atenção durante o tempo de sessão por completo; Ritmo individual; Teve necessidade de ter pausas durante as sessões;	Adaptou-se à rotina; Focalizou a atenção com apoio do adulto; Diminuiu as ruturas das sessões.	↑↑
Objetos	Interessou-se por diferentes texturas e materiais; Explorou de forma funcional e repetitiva os materiais; Escolheu os objetos por imitação dos pares; Usou os objetos para comunicar.	Exploração funcional dos brinquedos e de causa-efeito.	↑↑
Outros	Procurou os pares através da brincadeira; Dependente do adulto; Expressou necessidades através do choro.	Interagiu por objetos, gestos e algumas palavras; Procurou o adulto para ter apoio; Revelou uma relação positiva com os pares através da imitação.	↑↑

Representação	Explorou os objetos de construção simples e manifestou interesse em destruí-los após a manipulação dos mesmos.	Construiu e destruiu os objetos de madeira; Faz rabiscos.	↑↑
Curriculo Carolina 0-2 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004a)			
Cognição	Encontrou objetos parcialmente escondidos. Reconheceu as pessoas que lhe são familiares.	Encontrou objetos em diferentes esconderijos, antecipou tarefas e jogos, recordou-se da localização dos objetos e imitou ações novas.	↑↑
Motricidade fina	Largou o objeto para pegar noutro; Colocou 4 objetos num recipiente; Fez rabiscos na folha.	Construiu torres de 6-8 blocos, enfiou o indicador num buraco, colocou objetos em recipientes com aberturas pequenas.	↑↑
Motricidade global	Gatinhou, subiu escadas com apoio (sendo segura por outro) e começou a andar (apoiada).	Correu, subiu escadas sem apoio (com os 2 pés no mesmo degrau) e desceu escadas com apoio.	↑↑
Linguagem	Usou 7 ou mais palavras. Fez afirmações negativas, imitou sons e frases de 2 palavras.	Usou mais de 15 palavras, nomeou imagens, identificou 5 partes do corpo e respondeu a questões simples.	↑↑
Socialização	Iniciou brincadeiras e brincou com outras crianças.	Manteve as competências.	=
Autonomia	Alimentou-se com os dedos e despiu peças soltas.	Alimentou-se com colher, bebeu por um copo sem ajuda. Tirou peças e peças simples.	↑↑

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

Projeto terapêutico:

Principais diretrizes de intervenção:

Ao analisar o caso da L. considerou-se que as dificuldades na atenção, as limitações nas brincadeiras simbólicas, as problemáticas na resolução de problemas e na comunicação podiam estar associadas à quebra da vinculação entre a criança com os pais. Esse

acontecimento levou à falta de confiança da criança perante os terceiros, influenciando na comunicação.

Tabela 20- Objetivos terapêuticos de L.

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Estimular as funções cognitivas	Estimular a capacidade atencional;
	Aumentar a criatividade;
	Melhorar a permanência do objeto: visual, motora e auditiva;
	Incentivar à exploração de brinquedos e reconhecimento da função dos mesmos;
	Melhorar a capacidade de resolução de problemas;
Promover a socialização	Promover a comunicação com terceiros;

A L. participou em sessões semanais de 45 minutos. Durante as sessões, existiu um objetivo lúdico e diversificado, utilizando materiais que possibilitaram explorar os brinquedos e as diferentes funções de cada um. Recomendou-se ainda que a estagiária assumisse os diferentes papéis nas brincadeiras, de forma a guiar as mesmas. Deste modo, incentivou-se na permanência do objeto, na exploração dos mesmos e o aumento do foco atencional. Além disto, houve estimulação da comunicação entre a criança e a estagiária, que incentivou à socialização com terceiros no seu dia-a-dia. Ao longo das sessões deve haver reforço positivo para valorizar as suas conquistas e fortalecer a sua autoconfiança, fortalecendo a vinculação segura entre pares. Acrescenta-se ainda que ao longo das sessões solicitou-se a ajuda da criança para resolver determinados problemas como colocar um brinquedo a funcionar.

Hipóteses explicativas:

Considerando que a L. perdeu a vinculação que tinha estabelecido com os cuidadores quase aos 11 meses, pode-se associar esse acontecimento às limitações na comunicação, resolução de problemas, à criatividade nas brincadeiras e à dificuldade na atenção. Considerando a idade da criança no momento da institucionalização, é relevante mencionar a pesquisa de Ekas, Haltigan e Messinger (2013), que indica que as crianças experi-

mentam diversas maneiras de reagir e, com base nos resultados dessas tentativas, tornam-se mais conscientes do ambiente social e de suas próprias competências sociais.

Como Lima (2018) defende, as crianças ao serem institucionalizadas, as crianças passam a depender do poder público para a proteção de seus direitos, que devem ser assegurados na sua totalidade. O cuidado dessas crianças é confiado a profissionais da instituição, que não fazem parte do seu meio familiar, o que pode gerar conflitos e desconforto. Geralmente, a institucionalização ocorre devido à negligência familiar. Apesar de existirem esforços para manter os vínculos familiares, o acolhimento em instituições é muitas vezes considerado a opção mais segura para garantir os direitos das crianças.

Tinoco e Franco (2011), recordam a teoria do apego, criada por Bowlby, que destaca a importância da relação entre a criança com a mãe, esteja esta presente ou ausente, e como isso tem consequências na formação da sua personalidade. Bowlby (1969) defende que a qualidade do vínculo entre a criança e os cuidadores, assim como as experiências de separação, influenciam as futuras relações da criança.

Deste modo, a criança ao ser institucionalizada quebrou esses vínculos afetivos e originou consequências, como dificuldades na exploração de brinquedos e resolução de problemas. A criança ao não sentir uma vinculação segura e constante com a figura materna/paterna pode ter provocado dificuldades em lidar com situações de forma segura, influenciando o seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

7.3 Estudo de caso M.P:

Tabela 21- Estudo de caso M.P

Domínios/ Áreas	Av.Inicial (2 anos e 4 meses)	Av.Final (2 anos e 9 meses)	Progressão terapêutica
<i>Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003)</i>			
Movimento	Tinha marcha funcional e transportou os objetos; Mobilidade global ativa (salta, trepa, corre, cai, entre outros); Ajustou a velocidade quando era necessário; Preferência pelo lado direito (mão e pé); Coordenação óculo-	Qualidade na marcha; Variação na deslocação (salta, trepa, corre, cai, ultrapassa obstáculos); Manteve-se equilibrada com apoio unipedal por alguns segundos e o equilíbrio dinâmico revelou melhorias; Manteve a preferência pela laterali-	↑↑

	manual com algumas dificuldades; Mobilidade hiperativa.	dade direita; Coordenação óculo-manual melhorada (como abrir molas e prendê-las num objeto); Mobilidade corporal hiperativa.	
Gestualidade	Face: Expressava-se em alguns momentos. Corpo: Recorreu ao corpo para se comunicar.	Expressou emoções através do riso e choro, acompanhada de verbalizações do que estava a acontecer; Demonstrou tristeza ou ciúme através do olhar; Encontrou-se maioritariamente feliz; Recorreu ao corpo para comunicar com os pares, com ou sem objetos; Empática pelos pares, preocupando-se principalmente com os mais novos, assumindo o papel de cuidadora.	↑↑
Postura	Preferência pela posição bípede.	Preferência pela posição bípede.	=
Tónus	Eutónico; Movimentos adequados dos membros.	Apresentou eutonia e movimentos típicos dos membros superiores e inferiores.	=
Espaço	Explorou a sala na totalidade; Procurou os pares e adultos para interagir; Defendeu o próprio espaço e partilha quando dá.	Explorou a sala e os objetos presentes nela; Procurou proximidade com terceiros; Partilhou o espaço, mas assumiu a posição de poder sobre alguns objetos.	↑↑
Tempo	Adaptou-se ao ritmo das sessões; Manteve interesse adequado aos brinquedos; Raramente fez ruturas; Tem ritmo individual.	Ajustou-se bem à rotina; Manteve atenção adequada nas atividades (focalizou-a de forma mais prolongada); Raramente	=

		fez ruturas; Manteve o ritmo individual.	
Objetos	Interessou-se por diferentes texturas e materiais; Explorou causa-efeito; Usa objetos para brincar simbolicamente; Escolhe os pares através de imitação, voz e movimento; Usou objetos para comunicar e interagir com os pares.	Igual à av. inicial, apenas revelou a aceitação de mudanças propostas pelo adulto; Usou objetos para integrar outros na atividade.	=
Outros	Iniciou a interação por objetos e palavras; Não aceitou totalmente as mudanças de planos; Procurou apoio adulto; Relação próxima com os pares do grupo (imitação); Dependente do adulto quando precisa de ajuda.	Iniciou a interação da mesma forma; Aceitou melhor as mudanças; Colaborou com os pares e adultos; Procurou o adulto, principalmente para as necessidades básicas; Relação positiva com o grupo.	↑↑
Representação	Construiu e destruiu com peças de madeira; Realizou rabiscos com intenção representativa.	Fez construções combinando objetos de diferentes materiais (plástico, madeira, plasticina); Fez rabiscos com a intenção representativa e criou histórias a partir deles.	↑↑
Curriculo Carolina 2-5 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004b)			
Cognição	Lembrou-se de acontecimentos, repetiu frases de 3 palavras. Compreendeu conceitos básicos, seguiu instruções simples, jogo simbólico básico.	Nomeou objetos escondidos, repetiu frases de 4 palavras. Compreendeu conceitos mais complexos e respondeu a situações simples de causa-efeito.	↑↑
Linguagem	Seguiu 2 ordens, nomeou objetos familiares, usou pronomes e fez afirmações negativas.	Identificou sons, repetiu palavras novas, usou plurais e adaptou o discurso ao ouvinte	↑↑

Socialização	Afastou-se facilmente dos adultos, pediu ajuda quando foi necessário, expressou sentimentos e soube dizer o seu nome e idade.	Confortou os pares, participou em jogos com os mesmos. Pediu autorização, manteve o diálogo e soube dizer o seu género.	↑↑
Autonomia	Bebeu por um copo, tirou peças de roupa simples como casaco e sapatos. Lavou as mãos com ajuda e indicou a vontade de ir à casa de banho.	Alimentou-se com colher e garfo. Vestiu roupa, mas com ajuda para abotoar os botões, lavou e secou a cara e as mãos, assoou o nariz. Utilizou a sanita sozinha, necessitando de ajuda posteriormente.	↑↑
Motricidade fina	Rabiscou numa folha, enfiou contas grandes, brincou com plasticina e martelou com um martelo pequeno.	Construiu torre de 8-10 blocos, imitou traços verticais/horizontais, copiou círculos, cortou com tesoura e enroscou tampas.	↑↑
Motricidade global	Subiu escadas, colocando os 2 pés no mesmo degrau. Saltou sem sair do local e chutou a bola.	Saltou de uma altura (20 cm) e em comprimento (35cm). Melhorou o equilíbrio unipedal e conseguiu fazer lançamentos com maior precisão.	↑↑

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

Projeto terapêutico

Principais diretrizes de intervenção:

Ao analisar o caso da M. relacionou-se a quebra repentina do vínculo familiar com a carência afetiva. Ao quebrar o vínculo com os cuidadores principais e o excesso de crianças na instituição, considerou-se que o holding e handling ficaram fragilizados e consequentemente, levou à ausência da noção dos perigos.

Tabela 22- Objetivos terapêuticos

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Estimular as funções cognitivas	Melhorar a noção de conceitos gerais;

	Melhorar a perceção visual nos puzzles e emparelhamento;
Promover a autonomia	Aumentar a autonomia no controlo dos esfíncteres;
Promover a motricidade fina	Melhorar a manipulação dos objetos entre as duas mãos;
	Melhorar o domínio do lápis
Promover a motricidade global	Promover a marcha com apoio total do pé
	Incentivar o salto de uma altura
	Melhorar o equilíbrio estático;

A M. participou em sessões semanais de 45 minutos. Inicialmente, a criança explorou o espaço da sessão e a terapeuta envolveu-se nas brincadeiras, de modo a fortalecer o vínculo terapêutico. Ao longo das sessões houve reforço positivo para valorizar as suas conquistas e fortalecer a sua autoestima. A terapeuta incentivou brincadeiras que promoviam a motricidade fina e global.

Hipóteses explicativas:

Silva e Leite (2020) realçam a ideia de Silva, Nunes, Betti e Rios (2008) e Reginato (2013) de que o desenvolvimento infantil pode ficar comprometido por diversos fatores de risco como entre os quais o elevado nível de stress. Além disso, os autores realçam que os primeiros anos de vida são importantes para a formação cerebral, resultando da interação entre a genética e o ambiente em que está inserido. Ao saber que a M. foi institucionalizada devido à tentativa de fuga para França planeada pelo pai, relaciona-se a fraca qualidade do meio familiar.

Rayane e Sousa (2018) caracterizam a primeira infância como uma fase delicada e decisiva para o desenvolvimento da criança. A relação parental tem elevada significância para que o cérebro tenha uma boa maturação. No entanto, a privação afetiva pode provocar perda de referências e como consequência, gerar conflitos internos e externos. As autoras ainda citam Winnicott (1982) por este associar que os indivíduos que foram privados de vivências emocionais, tendem a perder a esperança, reduzem os sonhos, desejos e compromete a qualidade do planeamento. Acrescentam ainda que Tinoco e Franco (2011) afirmam que as crianças institucionalizadas enfrentam várias perdas afetivas,

como a separação da família e vínculos instáveis com os cuidadores e as restantes crianças, gerando um sentimento de abandono.

Deste modo, associou-se a necessidade de estimular algumas etapas do desenvolvimento da M. com a quebra do vínculo parental e a carência afetiva, nomeadamente o holding e handling, com estas figuras importantes.

7.4 Estudo de caso de M.C:

Tabela 23-Estudo de caso M.C

Domínios/áreas	Av.inicial (2 anos e 2 meses)	Av.final (2 anos e 6 meses)	Progressão terapêutica
<i>Modelo de Observação Individual (Martinez, Peñalver, Sanchez, 2003)</i>			
Movimento	Coordenação e mobilidade adequadas; Caminhou rápido (maioritariamente na ponta dos pés) e saltou; Equilíbrio e ritmo adequados; Lateralidade direita; Coordenação óculo-manual com ligeiras dificuldades; manifestou emoções de forma adequada.	Boa coordenação motora e mobilidade; Manipulou objetos com facilidade; Caminhou rápido, saltou, girou e trepou; Equilíbrio e ritmo normais. Lateralidade direita mais definida; Não desistiu quando sentiu dificuldade e melhorou o seu desempenho, sendo notório as melhorias na coordenação óculo-manual.	↑↑
Gestualidade	Expressiva e empática; Utilizou o corpo como meio de comunicação.	Expressiva e comunicativa; Recorreu aos gestos e expressões faciais para partilhar emoções e interagir com o adulto.	=
Postura	Preferiu posição bípede; adaptou-se com facilidade às mudanças posturais. Dificuldade nos percursos psicomotores.	Boa regulação tónica; preferiu posição bípede; adaptou-se facilmente às posturas e revelou maior capacidade para repetir percursos psicomotores.	↑↑

Tónus	Boa regulação tónica de base e em movimento; motricidade global adequada.	Estável e adequado; motricidade global adequada à idade.	=
Espaço	Explorou livremente o espaço; Deslocou-se entre zonas da casa que fossem do seu interesse; defendeu o seu espaço, mas interagiu com os outros.	Explorou diferentes áreas com iniciativa; Interagiu e partilhou o espaço com os pares e adultos;	=
Tempo	Ajustou-se ao ritmo da sessão; necessitou de pequenas pausas; atenção mantida cerca de 30/35 minutos.	Participou nas atividades com atenção; manteve o foco por períodos mais longos, embora se dispersasse ocasionalmente. Já teve sessões de 40 min.	↑↑
Objetos	Explorou os objetos e repetiu as ações; Reconheceu os objetos.	Utilização funcional e simbólica; atribuiu significado às brincadeiras (ex.: jogo dos médicos).	↑↑
Outros	Relacionou-se bem com pares e adultos; Manifestou as necessidades através do choro ou com tentativa verbal; Alguma dependência do adulto.	Interagiu de forma positiva com pares e adultos; Comunicou melhor verbalmente.	↑↑
Representação	Iniciou construções simples (ex.: pirâmide com peças).	Iniciou rabiscos com intenção e construções simples com significado.	=
Curriculo Carolina 2-5 anos (Johnson-Martin, Attermeier, & Hacker, 2004b)			
Cognição	Repetiu frases de 3 palavras, agrupou objetos e brincou ao jogo simbólico.	Lembrou-se e nomeou o objeto que foi escondido. Agrupou objetos por cor/forma. Compreendeu conceitos de quantidade e respondeu “porquê?”.	↑↑

Linguagem	Disse mais ou menos 50 palavras. Compreendeu instruções simples e identificou 6 partes do corpo.	Nomeou imagens de livros. Referiu-se a si como “eu”. Fez questões como “porquê?” e “o quê?”.	↑↑
Socialização	Conversou com os pares, afastou-se facilmente dos adultos e pediu ajuda quando sentiu necessidade.	Reconfortou os pares. Participou em atividades com os mesmos e chamou a atenção para o seu desempenho. Soube identificar o seu género;	↑↑
Autonomia	Vestiu roupas simples; Utilizou a sanita, mas com ajuda posteriormente.	Vestiu a roupa, mas necessitou de ajuda para abotoar os botões. Controlou melhor os esfínteres e arrumou os brinquedos nos locais corretos.	↑↑
Motricidade fina	Construiu torres de 8-10 blocos. Enfiou, com dificuldade, contas grandes num fio e rabiscou numa folha.	Imitou traço vertical; Fez cortes com a tesoura.	=
Motricidade global	Subiu escadas alternando os pés, apoiando-se no corrimão. Saltou, sem sair do mesmo lugar.	Padrão de marcha calcanhar-ponta do pé adquirido. Salto unipedal. Lançamento com força e precisão.	↑↑

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

Projeto terapêutico

Principais diretrizes de intervenção:

Ao analisar o caso da M.C, relacionou-se o meio em que estava inserida até aos 7 meses com a influência no seu desenvolvimento. A dificuldade em expressar-se e falar pouco pode estar associado à ausência dos familiares, influenciando negativamente o domínio da linguagem.

Tabela 24-Objetivos terapêuticos

Objetivos gerais	Objetivos específicos
------------------	-----------------------

Estimular as funções cognitivas	Melhorar a noção do tamanho e número
Estimular a linguagem	Incentivar a expressar-se
	Explorar o vocabulário
Promover a autonomia	Aumentar a autonomia no vestuário
Promover a motricidade fina	Melhorar a manipulação dos objetos entre as duas mãos;
	Melhorar o domínio do lápis
Promover a motricidade global	Estimular os lançamentos dos objetos;
	Promover a marcha com apoio total do pé
	Incentivar o salto de uma altura

A M.C., participou em sessões semanais de 45 minutos. Inicialmente, a criança explorou o espaço da sessão e a terapeuta envolveu-se nas brincadeiras, de modo a fortalecer o vínculo terapêutico. Ao longo das sessões houve reforço positivo para valorizar as suas conquistas e fortalecer a sua autoestima. Durante as brincadeiras, a terapeuta incentivou a criança a verbalizar o que estava a fazer e a expressar-se.

Hipóteses explicativas:

Segundo Winnicott (1960), o holding pertence à fase inicial do desenvolvimento emocional, a partir de um conjunto de cuidados maternos físicos e psicológicos que garantem a segurança e o conforto do bebé. O autor descreve o handling como um manuseamento físico da criança e a apresentação do meio que a envolve. O holding também pode existir na psicoterapia, onde o profissional proporciona um suporte emocional à criança, promovendo a integração e alívio do sofrimento (Medeiros e Aiello-Vaisberg, 2014).

Deste modo, ao relacionar as teorias de Winnicott, associa-se o fraco holding e handling com as dificuldades manifestadas pela criança. A falta de brincadeiras e cuidados por parte dos progenitores, provocará menor interação social e dificuldades em expressar-se.

Mozzaquatro, Arpini e Polli (2015) citam Bowlby (2002) para destacar a importância de as mães não responderem adequadamente às tentativas de aproximação dos bebés. Tudo isso pode provocar sentimentos de insegurança ou ansiedade nas crianças, os quais tendem a intensificar-se ao longo do tempo. As autoras citam, ainda, Spitz (2004) que complementa essa ideia, afirmando que a presença da mãe é suficiente para

incentivar o bebé a reagir, promovendo interações afetivas mútuas. Com o tempo, a comunicação com a mãe torna-se mais direcionada, e quando o bebé consegue estabelecer essa interação com sucesso, repete a experiência devido ao prazer que ela proporciona.

Relativamente, à dificuldade na manipulação dos objetos e nos lançamentos pode estar associado a algum atraso no desenvolvimento da coordenação motora fina e grossa. Além disso, esse atraso pode trazer consequências, como dificuldades em segurar e manusear um lápis.

Tal como foi mencionado anteriormente, Bowlby (2002) afirma que a formação de uma vinculação segura é essencial para o desenvolvimento global da criança. Quando essa vinculação não é estabelecida, pode haver atrasos no desenvolvimento, como pode observar-se no desempenho da coordenação motora fina e grossa da Matilde.

7.5 Estudo de caso R.

Grelha de observação Psicomotora (Costa, 2008)

Com base na Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008), realizou-se a avaliação inicial e final do R. permitindo observar a sua evolução ao longo do período de acompanhamento.

Na avaliação inicial, o R. apresentava contacto físico excessivo, procurando constantemente o afeto dos adultos. Demonstrava cuidado com a aparência e interesses adequados à idade. A noção do esquema corporal encontrava-se imatura, refletindo-se em estar frequentemente magoado e em desenhos pouco estruturados. O gesto espontâneo era precipitado, com fraca regulação do esforço e instabilidade tónico-emocional. A atenção era dispersa e a atitude de reclamações perante as tarefas. Na linguagem, mostrava compreensão adequada, mas com expressão excessiva e pouco objetiva. A expressão emocional apresentava bloqueio, e o pensamento simbólico era evasivo, com fugas.

Na avaliação final, registou-se um contacto físico ainda excessivo, mas com maior contenção. Apesar da noção corporal se manter imaturas, observou-se progressos no controlo motor. O R. demonstrou uma melhor aceitação das hierarquias e maior colaboração com o grupo, para além de uma planificação de ações mais elaborada. A sua utilização dos materiais tornou-se mais consistente e com um maior valor simbólico. Na comunicação, a linguagem expressiva ganhou clareza e organização, mantendo uma boa compre-

ensão e capacidade de se corrigir quando era alertado. A expressão facial e a gesticulação tornaram-se, também, mais adequadas e coerentes com as emoções

DAP (Naglieri, 1998)):

De seguida, apresenta-se as representações da figura do homem (H), mulher (M) e o do próprio (P) na avaliação inicial e final e as respetivas cotações.

Tabela 25- Representações das figuras do DAP

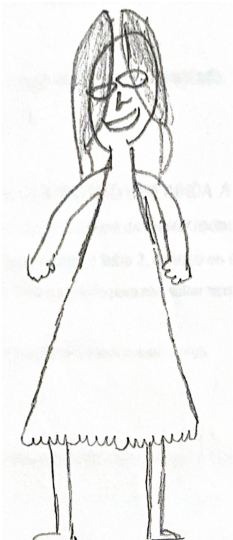
	Homem (H)	Mulher (M)	Próprio (P)
Av. Inicial			
Av.Final			

Tabela 26- Estudo de caso R. (DAP)

Desenho	Parâmetro	Av. Inicial (10 anos e 9 meses)	Av. Final (11 anos e 4 meses)	Progressão terapêutica
Homem (H)	Valor Bruto	16	37	A representação mais detalhada e com mais qualidade devem-se ao amadurecimento significativo da consciência da figura masculina.
	Valor Standard	51	86	
	Percentil	1	18	
Mulher (M)	Valor Bruto	31	33	Perceção mais consolidada da figura feminina.
	Valor Standard	77	79	
	Percentil	6	8	
O próprio (P)	Valor Bruto	18	47	A qualidade e detalhe do autorretrato deve-se ao fortalecimento da autoimagem e do autoconceito.
	Valor Standard	55	103	
	Percentil	1	58	
Total (H+M+P)	Valor Bruto	65	117	Houve evolução em todos os parâmetros e por isso, a classificação passou de “Deficiente” para “Abaixo da média”. Esta progressão indica o aumento do conhecimento do esquema corporal e mais capacidades de representação.
	Valor Standard	54	87	
	Percentil	1	19	

Teste D2 (Brickenkamp, 2007)

Na tabela abaixo, apresenta-se os resultados dos dois momentos de avaliação do teste D2;

Tabela 27- Estudo de caso R. (D2)

Parâmetro	Av. Inicial (10 anos e 11 meses)	Av. Final (11 anos e 4 meses)	Progressão terapêutica
	Percentil (P)	Percentil (P)	
TC (<i>Total de Caracteres Processados</i>)	182 (P2-Abaixo da média)	239 (P15- Dentro da média)	Aumento dos caracteres processados, indica maior persistência e tolerância à fadiga.

TA (<i>Total de Acertos</i>)	79 (P4-Abaixo da média)	102 (P20- Dentro da média)	Melhoria na capacidade atencional, com maior precisão na discriminação de estímulos relevantes.
TC- E (<i>Total de Eficácia</i>)	178 (P2-Abaixo da média)	237 (P20- Dentro da média)	Aumento de produtividade, ou seja, mais caracteres processados e maior taxa de acertos.
IC (<i>Índice de Concentração</i>)	75 (P10- Abaixo da média)	101 (P30- Dentro da média)	Aumento do controlo inibitório, ou seja, menos tendência para errar de forma impulsiva.
IV (<i>Índice de variabilidade</i>)	10 (P75- Dentro da média)	12 (P55- Dentro da média)	Mantem o ritmo ao longo da prova.
E% (<i>Porcentagem de Erros</i>)	2,19% (P70- Dentro da média)	0,84% (P90- Acima da média)	Maior precisão na resposta.