



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS
DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

Intervenção Psicomotora em Crianças de Idade Pré-Escolar Vítimas de Maus-tratos e Negligência: um estudo sobre os relacionamentos sociais e os problemas de comportamento

Teresa Raquel Junceira Cardoso

Orientação: Prof.ª Doutora Graça Duarte Santos

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS
DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

Intervenção Psicomotora em Crianças de Idade Pré-escolar Vítimas de Maus-tratos e Negligência: um estudo sobre os relacionamentos sociais e os problemas de comportamento

Teresa Raquel Junceira Cardoso

Orientação: Prof.ª Doutora Graça Duarte Santos

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017

Agradecimentos

Agradeço de coração a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo:

À minha orientadora, Professora Doutora Graça Santos por todo o carinho, disponibilidade, ensinamentos e partilhas indispensáveis para o meu percurso.

Aos meus pais por me terem nutrido com todos os amores essenciais ao meu crescimento e que hoje têm expressão em tudo o que sou.

Ao meu querido Fábio por todo o amor, paciência e suporte.

À minha família, em especial à tia Alda e ao Pucas, por todo o amor e carinho com o qual me têm prendado.

Aos meus avós por todos os beijos, ensinamentos e histórias de vida, que me fizeram ter sempre presente a importância do (re)conhecimento das nossas raízes.

Aos meus “famigos” por todo o carinho, companheirismo, força, sorrisos, abraços, conforto e permanência.

Às minhas amigas e companheiras nesta caminhada Sara, Catarina e Filipa, por toda a amizade.

À Vanessa por toda a amizade que cresceu e que foi um pilar para mim ao longo deste percurso.

Ao Professor João Costa por toda a disponibilidade, ensinamentos e partilhas tão essenciais para o meu contínuo percurso de crescimento no olhar para a criança enquanto psicomotricista.

À Professora Doutora Guida Veiga pela disponibilidade e prontidão.

Às instituições de acolhimento que se prontificaram a colaborar neste projeto, sem as quais nada disto teria sido possível.

À Sofia Pombo e Costa, Mafalda Silveira, Teresa Avillez, Rita Leal, Mafalda Palma e a toda a equipa da Associação Mimar por todo o carinho com que me receberam e continuam a

receber, por todos os momentos de ensinamentos com que me têm presenteado e pela oportunidade que me deram em fazer parte desta equipa (para mim) maravilhosa.

“- Sabes, tu és uma goma!

- Não, ela é um chocolate!

- Não, não, é uma ameixa! (risos)

- Uma ameixa?

- Sim, eu gosto de ameixas!

- Sabem, as minhas gomas preferidas são aquelas que primeiro são amargas e depois ficam doces, por isso vocês são as minhas gomas amargas!”

A todas as crianças que participaram neste estudo por todas as vivências vividas.

Um muito obrigado do fundo do meu coração.

Resumo

Os maus-tratos infantis podem ter repercussões graves no desenvolvimento da criança, quer ao nível cognitivo como emocional, social, motor, orgânico/biológico e psicológico, resultando em inúmeras alterações visíveis, entre elas a expressão de comportamentos exteriorizados e interiorizados e as alterações nas competências relacionais.

Sendo a Psicomotricidade uma terapia de mediação corporal que procura intervir no corpo, em relação com o outro e com os objetos, enquanto veículo de expressão da vida psíquica e do conflito interno, foi questionada a eficácia da sua intervenção junto de crianças vítimas de maus-tratos infantis, em idade pré-escolar, ao nível dos comportamentos exteriorizados e interiorizados e das competências relacionais.

Através da análise de cinco estudos de caso, pudemos refletir sobre a sua influência nas competências relacionais, bem como ao nível da impulsividade, dos comportamentos de oposição/desafio, da expressão agressiva, da autoestima e autoconfiança, da tolerância à frustração, da construção da identidade/ afirmação do Eu e da expressão de conflitos internos através do jogo.

Palavra-chave: comportamentos exteriorizados e interiorizados, competências relacionais, psicomotricidade, maus-tratos infantis.

Abstract

Psychomotor intervention in maltreated preschoolers: a study on social relationships and behavioral problems

Child maltreatment can have serious repercussions on children's cognitive, emotional, social, motor, organic / biological and psychological development, causing numerous manifestations among them the expression of externalized and internalized behaviors and changes in relational skills.

Psychomotricity is a body-mediation therapy that seeks to intervene in body's relation with himself, the others, the environment and objects as a vehicle for the expression of psychic life and internal conflict.

Therefore, we questioned the effectiveness of its intervention with maltreated preschool age child, on externalized and internalized behavior and relational skills.

Through the analysis of five case studies, we were able to reflect on psychomotricity intervention influence in relational skills, impulsiveness, oppositional/defiant behavior, aggressive expression, self-esteem and self-confidence, frustration tolerance, self- identity construction and the expression of internal conflicts through play.

Key-words: externalized and internalized behaviors, relational skills, psychomotricity, child maltreatment.

Índice Geral

| | |
|---|----------|
| Introdução | 1 |
| PARTE I: Estudo Conceptual | 1 |
| 1. Maus-tratos na Infância | 4 |
| 1.1. Definição e Tipologia | 5 |
| 1.1.1. Negligência | 6 |
| 1.1.2. Abuso | 3 |
| 1.2. Fatores de Risco e de Proteção | 2 |
| 1.3. Repercussões dos Maus-tratos na Infância | 2 |
| 1.3.1. Negligência e abuso Físico | 3 |
| 1.3.2. Maus-tratos emocionais | 3 |
| 1.4. Maus-tratos Infantis em Portugal | 2 |
| 1.4.1. Legislação | 3 |
| 1.4.2. Institucionalização: dados estatísticos | 3 |
| 1.5. Intervir nos Maus-tratos Infantis | 2 |
| 2. Psicomotricidade | 4 |
| 2.1. Definição | 5 |
| 2.2. Atuação | 5 |
| 2.3. Psicomotricidade de Base Relacional | 5 |
| 2.3.1. Avaliação da criança | 6 |
| 2.3.2. Intervenção | 6 |
| 2.3.3. Progressão Terapêutica | 6 |
| 3. Problemas do Comportamento e Competências Relacionais | 4 |
| 3.1. Comportamentos Exteriorizados e Interiorizados | 5 |
| 3.1.1. Frustração | 6 |
| 3.1.2. Impulsividade | 6 |
| 3.1.3. Expressão agressiva | 6 |
| 3.1.4. Instabilidade | 6 |
| 3.1.5. Comportamentos de oposição/desafio | 6 |
| 3.1.6. Depressão infantil | 6 |
| 3.1.7. Autoestima e autoconfiança | 6 |
| 3.2. Competências Relacionais | 5 |
| PARTE II: Estudo Empírico | 4 |
| 4. Metodologia | 4 |

| | |
|-------------------------------------|---|
| 4.1. Questões de Investigação | 5 |
| 4.2. Objetivos do Estudo | 5 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Fatores de risco associados à perpetração de maus-tratos infantis | 5 |
| Tabela 2. Fatores de proteção associados à perpetração de maus-tratos infantis | 6 |
| Tabela 3. Dados de identificação dos participantes | 43 |
| Tabela 4. Domínios da GOP considerados para uma análise focada nos objetivos do estudo | 48 |
| Tabela 5. Total de sessões desenvolvidas por cada participante..... | 55 |
| Tabela 6. Percentagem da frequência de comportamentos de expressão da frustração_Niara | 77 |
| Tabela 7. Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_Niara | 77 |
| Tabela 8. Percentagem da frequência de comportamentos de oposição/desafio_Niara | 78 |
| Tabela 9. Percentagem da frequência de comportamentos de impulsividade_Niara | 78 |
| Tabela 10. Percentagem da frequência de comportamentos de desvalorização_Niara | 79 |
| Tabela 11. Percentagem da frequência de comportamentos de frustração_Carolina | 102 |
| Tabela 12. Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_Carolina | 103 |
| Tabela 13. Percentagem da frequência de comportamentos de oposição/desafio_Carolina | 103 |
| Tabela 14. Percentagem da frequência de comportamentos de impulsividade_Carolina | 104 |
| Tabela 15. Percentagem da frequência de comportamentos de desvalorização_Carolina ... | 104 |
| Tabela 16. Percentagem da frequência de comportamentos de frustração_Salvador | 125 |
| Tabela 17. Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_Salvador | 126 |
| Tabela 18. Percentagem da frequência de comportamentos de oposição/desafio_Salvador | 126 |
| Tabela 19. Percentagem da frequência de comportamentos de impulsividade_Salvador ... | 127 |
| Tabela 20. Percentagem da frequência de comportamentos de desvalorização_Salvador .. | 127 |
| Tabela 21. Percentagem da frequência de comportamentos de frustração_João | 141 |
| Tabela 22. Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_João .. | 142 |
| Tabela 23. Percentagem da frequência de comportamentos de oposição/desafio_João | 142 |
| Tabela 24. Percentagem da frequência de comportamentos de impulsividade_João | 143 |
| Tabela 25. Percentagem da frequência de comportamentos de desvalorização_João | 143 |
| Tabela 26. Percentagem da frequência de comportamentos de frustração_Alice | 160 |
| Tabela 27. Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_Alice . | 161 |
| Tabela 28. Percentagem da frequência de comportamentos de oposição/desafio_Alice..... | 161 |
| Tabela 29. Percentagem da frequência de comportamentos de impulsividade_Alice | 162 |

Tabela 30. Percentagem da frequência de comportamentos de desvalorização_Alice 162

Índice de Figuras

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais (EAS) e problemas do comportamento (EPC) das PKBSpt, recolhidos no momento de pré-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Niara | 65 |
| Figura 2. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais (EAS) e problemas do comportamento (EPC) do PKBSpt, recolhidos no momento de pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Niara | 80 |
| Figura 3. Resultados correspondentes aos níveis de avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pré-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Carolina | 87 |
| Figura 4. Resultados correspondentes aos níveis de avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Carolina | 102 |
| Figura 5. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pré-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Salvador | 108 |
| Figura 6. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Salvador | 122 |
| Figura 7. Comparação dos resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos nos momentos pré -intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_João | 128 |
| Figura 8. Comparação dos resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos nos momentos pós -intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_João | 137 |
| Figura 9. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento das PKBSpt, recolhidos num momento pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Alice | 143 |
| Figura 10. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais das PKBSpt, recolhidos num momento pré e pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Alice | 153 |

Lista de Abreviaturas

CAT- centro de acolhimento temporário

LIJ – lar de infância e juventude

SPPCJP- lei de promoção e proteção das crianças e jovens em perigo

PV – projeto de vida

FA- família amiga

PKBSpt- escalas comportamentais para crianças em idade pré-escolar

GOP – grelha para a observação psicomotora da criança

POCC- protocolo de observação dos comportamentos da criança

JI – jardim-de-infância

Introdução

Este estudo tem como objetivo a observação dos resultados de uma intervenção psicomotora nos problemas do comportamento e nas competências relacionais junto de crianças vítimas de maus-tratos infantis, em idade pré-escolar.

Assim, para um melhor entendimento desta problemática iniciamos o capítulo 1 com uma revisão conceptual acerca dos maus-tratos infantis englobando a sua definição e tipologia, fatores de risco e de proteção, repercuções, qual a sua expressão em Portugal, mencionando ainda quais os tipos de intervenção usualmente desenvolvidos junto destas crianças.

Posteriormente, será feita uma breve introdução à Psicomotricidade, referindo aspectos como a sua definição, atuação, sendo o nosso foco mais direcionado, seguidamente, para a psicomotricidade de base relacional, na qual serão abordadas questões sobre a avaliação e intervenção junto da criança.

Sendo o nosso foco o trabalho junto dos problemas do comportamento e das competências relacionais, iremos focar, em segunda instância, a nossa atenção para os comportamentos exteriorizados e interiorizados e para as competências relacionais.

Numa segunda parte, será apresentado o estudo empírico desenvolvido, procurando obter resposta para a questão “Será que uma intervenção em Psicomotricidade, junto de crianças em idade pré-escolar vítimas de maus-tratos infantis, tem impacto nos comportamentos exteriorizados e interiorizados e nas relações interpessoais?

Nesta parte serão descritos os participantes, instrumentos de avaliação, procedimentos e intervenção seguida.

Posteriormente serão apresentados os estudos de caso pertencentes a este estudo, sendo, num momento final, analisados e discutidos os resultados de todo este processo.

Parte I: Estudo Conceptual

1.Maus-tratos na Infância

1.1. Definição e Tipologia

De acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2011), os maus-tratos infantis podem ser definidos como qualquer ação ou omissão premeditada, realizada pelos prestadores de cuidados da criança, que ameace a sua segurança, dignidade e desenvolvimento biológico, físico, cognitivo, psicológico e sócio-emocional.

Autores como McCoy & Keen (2014) e APAV (2011), assumem como subcategorias do termo “maus-tratos infantis”, apresentado como termo global desta temática, o abuso ou maus-tratos ativos e a negligência ou maus-tratos passivos. Classificados como maus-tratos ativos encontram-se o abuso psicológico/emocional, físico e sexual, o Síndrome de Munchausen por procuração e a exposição a situações de violência parental (APAV,2011). Por sua vez, consideram-se maus-tratos passivos a negligência psicológica/emocional, a negligência física e o failure to thrive¹ (APAV,2011).

Para além destes dois grandes grupos, outras formas de maus-tratos à criança podem ser consideradas como é o caso do tráfico de crianças para fins de exploração por trabalho, o trabalho infantil, a mendicidade e o abandono (APAV,2011).

Face às áreas de interesse do estudo posteriormente elaborado, iremos de seguida focalizar a nossa atenção somente nas temáticas da negligência, em todas as suas dimensões, e do abuso físico e emocional/psicológico.

¹ O termo *failure to thrive* é aplicado a crianças cujo peso, altura, perímetro cefálico, e desenvolvimento psicosocial global se encontram significativamente abaixo dos valores normativos esperados para a sua faixa etária e cujo bem-estar é preocupante (Iwaniec, 2006).

1.1.1. Negligência

A negligência define-se como um ato de omissão dos cuidados necessários e adequados prestados à criança (McCoy & Keen, 2014) podendo, segundo autores como Proctor & Dubowitz (2014) e DePanfilis (2006), ser classificada de acordo com cinco categorias distintas: a negligência física que implica o incumprimento das necessidades físicas básicas da criança como comida, roupa, abrigo, higiene pessoal e cuidados médicos, incluindo também situações de abandono e situações instáveis ao nível da custódia parental; a negligência médica que ocorre aquando a privação total dos cuidados médicos necessários à criança ou privação dos mesmos de forma atempada; a negligência educacional que compreende situações como o não matricular a criança na escola ou permitir um padrão de permanência da criança em casa, sem motivos justificativos, e ainda a recusa do acompanhamento face às necessidades educativas especiais diagnosticadas; a supervisão inadequada que se resume a uma prestação de cuidados de proteção e supervisão inadequados às necessidades da criança de acordo com a sua idade e à exposição de situações de risco dentro e fora de casa; e a negligência emocional que remete para o incumprimento das necessidades desenvolvimentais e/ou emocionais da criança, a inexistência de cuidados afetivos e de estimulação adequados, consentimento de abuso de substâncias ou de comportamentos mal adaptativos, envolvimento da criança em atividades ilegais e/ou exposição da criança a episódios de violência doméstica ou outra.

1.1.2. Abuso

As situações de abuso caracterizam-se pela prática intencional de comportamentos que se assumem como discrepantes e incompatíveis com as necessidades fundamentais da criança (APAV, 2011; McCoy & Keen, 2014), podendo assumir variadas formas como é o caso do abuso sexual, físico e emocional/psicológico (APAV, 2011).

Cingindo-se a nossa abordagem apenas aos dois últimos mencionados, especificamos que o abuso físico pode ser definido como qualquer ação premeditada, isolada ou repetida, praticada

por qualquer prestador de cuidados com uma posição de responsabilidade face à criança, que lhe provoca ou pode vir a provocar danos físicos (APAV, 2011). Tais ações incluem comportamentos como bater, esmurrar, pontapear, bater com ou atirar objetos, arremessar, abanar ou sacudir, prender, amordaçar, morder, queimar e a utilização do castigo físico como forma de punição (APAV, 2011).

Por sua vez, o abuso emocional/psicológico pode definir-se pela prática de comportamentos intencionais, por parte dos prestadores de cuidados, que privam a criança de um ambiente seguro e de bem-estar afetivo, indispensável ao seu crescimento e desenvolvimento (APAV, 2011; Iwaniec, 2006). Nestas situações são ocorrentes comportamentos como insultar e gritar (ex.: chamar nomes à criança), ameaçar e intimidar (ex.: ameaçar a criança de abandono), humilhar, apontando defeitos e falhar a nível físico e comportamental; rejeitar, ignorar, desprezar, isolar (ex.: impedir que a criança se relacione com outras pessoas) e a utilização de estratégias emocionalmente e psicologicamente abusivas como forma de punição (APAV, 2011; Iwaniec, 2006).

1.2. Fatores de Risco e de Proteção

Consciencializando-nos das várias tipologias de maus-tratos à criança e do tipo de ações/comportamentos inerentes a cada uma, fará agora sentido questionarmo-nos acerca dos fatores que podem estar associados à sua origem e recorrência e ainda acerca daqueles que poderão funcionar como inibidores da sua existência.

Autores como McCoy e Keen (2014) defendem a inexistência de fatores isolados como preditores de episódios de maus-tratos infantis, olhando para os mesmos como um fenómeno complexo que engloba um conjunto de fatores de risco associados que podem estar relacionados com as características individuais da criança e dos seus progenitores/cuidadores, com as características da família, e ainda com fatores sociais e comunitários relacionados com

o meio onde estas estão inseridas. Ademais, os mesmos autores consideram ainda que os fatores de risco não são obrigatoriamente, quer de uma forma isolada, quer de uma forma conjunta, sinônimos de situações de maus-tratos infantis, mas sim um conjunto de fatores que poderão aumentar a pré-disposição para a sua ocorrência.

A tabela que se segue (Tabela 1), foi realizada integrando dados de autores como o Institute of Medicine (IOM) and National Research Council (NRC) (2014), McCoy & Keen (2014), e Thomas , Leicht, Hughes, Madigan, & Dowell, (2003), com o intuito de apresentar de uma forma clara, sucinta e global, quais os fatores de risco associados a situações de maus-tratos infantis.

Tabela 1

Fatores de risco associados à perpetração de maus-tratos infantis

| Fatores Relacionados com as Características da Criança | Fatores Relacionados com as Características dos Progenitores/ Prestadores de Cuidados | Fatores Relacionados com a Família | Fatores Sociais e Culturais |
|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Idade: as crianças prematuras e as crianças das faixas etárias mais novas apresentam maior risco de serem vítimas de maus tratos; -Dificuldade na regulação emocional (Belsky, 1993 citado por McCoy & Keen, 2004); - Temperamento difícil; - Perturbações de origem física, psicológica, cognitiva e emocional; -Atrasos ao nível do desenvolvimento; - Problemas de saúde; - Dificuldade ou inadequação no estabelecimento da relação de vinculação criança-pais | <ul style="list-style-type: none"> -Psicopatologia parental da qual se pode destacar a depressão materna (Bishop & Leadbeater, 1999; Kotch et all, 1999 citado por IOM & NRC, 2014) e a ansiedade; - Baixa autoestima parental; -Abuso de substâncias (Dubowitz et al, 2011 citado por IOM & NRC, 2014); - Transição intergeracional de situações de abuso; -Baixo controlo dos impulsos/impulsividade/baixa tolerância à frustração; - Imaturidade; - Idade: a parentalidade em idades precoces aumenta o risco da prática de maus tratos infantis; | <ul style="list-style-type: none"> - Carência ao nível da comunicação e interação familiar; - Famílias monoparentais; - Exposição a situações de violência doméstica; - Famílias numerosas; -Famílias com organizações destruturadas; - Existência de poucas interações positivas na relação familiar. -Mudanças na composição familiar como, por exemplo, a introdução de novos companheiros do prestador de cuidados da criança. | <ul style="list-style-type: none"> - Isolamento social; - Pobreza; - Desemprego; - Meio comunitário com elevados níveis de pobreza, violência e criminalidade; -Ineficácia ou ausência de respostas sociais; -Ausência ou ineficácia de políticas de apoio à família e de proteção à criança/jovem. |

-
- Carência ao nível das competências parentais.
 - Práticas parentais excessivamente punitivas ou permissivas;
 - Desconhecimento das etapas de desenvolvimento e das necessidades da criança/jovem mediante cada uma delas.
-

Em contrapartida, podem existir um conjunto de características denominadas de fatores de proteção, que se preveem como capacitadores da diminuição do risco de percepção de maus-tratos e ainda como potenciadores da existência de um seio familiar adequado e da capacidade de resiliência (Thomas et al, 2003). Estes fatores, assinalados de acordo com Thomas et al. (2003), serão apresentados esquematicamente e de uma forma global na tabela que se segue (Tabela 2):

Tabela 2

Fatores de proteção associados à não perpetração de maus-tratos infantis

| Fatores Relacionados com as Características da Criança | Fatores Relacionados com as Características dos Progenitores e da Família | Fatores Sociais e Culturais |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Bom estado de saúde e desenvolvimento global adequado à idade; -Boas capacidades de socialização/estabelecimento de relações interpessoais; - Competências verbais e de comunicação - Capacidade de autonomia; - Resiliência; - Temperamento fácil; -Capacidade de autorregulação das emoções; - Boa capacidade de autoestima; - Boas competências cognitivas. | <ul style="list-style-type: none"> - Bom estabelecimento da relação pais-filho; Boa vinculação na relação pais-filho; - Ambiente familiar de suporte; - Existência de estrutura familiar e de monitorização parental face à criança; - Bons níveis de educação parental; -Transmissão transgeracional de um modelo parental adequado. | <ul style="list-style-type: none"> -Estatuto socioeconómico médio alto; - Acesso a cuidados de saúde e a serviços sociais; -Empregabilidade consistente; -Condições habitacionais adequadas; -Vizinhança e comunidade organizadas, com rotinas, normas e valores convencionais e pró-sociais. |

1.3. Repercussões dos Maus-tratos na Infância

Referir quais as repercussões que os maus-tratos podem ter a curto e a longo prazo numa criança, não é, em grande parte, um processo claro, conciso e homogéneo.

Para que possa ser desenvolvida uma análise e compreensão mais clara do risco e das potenciais consequências de situações de maus-tratos infantis, importa considerar não só a sua tipologia mas também outras dimensões a esta associadas como é o caso da sua severidade, frequência, duração, do período desenvolvimental em que a criança se encontra e da sua coocorrência com outras formas de maus-tratos (Proctor & Dubowitz, 2014).

Posto isto, importa ainda mencionar a dificuldade existente em isolar ou nomear uma só tipologia de maus-tratos à criança pois nem todas elas adquirem uma expressão visível no imediato (Iwaniec, 2006; DePanfilis, 2006), sendo, portanto, fundamental ter em consideração que vários tipos de maus-tratos podem coexistir e partir do pressuposto de que o abuso e a negligência emocional/psicológica poderão estar implícitas a qualquer forma de violência exercida contra a criança (APAV, 2011).

Atendendo às ideias supracitadas nomearemos, de seguida e em primeira instância as repercussões associadas pela literatura e pela pesquisa científica à negligência (excluindo a negligência emocional) e ao abuso físico e, posteriormente, aos maus-tratos emocionais.

1.3.1. Negligência e Abuso físico

1.3.1.1. Desenvolvimento físico e neurobiológico

De acordo com o IOM & NRC (2014), a nível neurofisiológico, quer nas crianças vítimas de negligência, quer nas de abuso físico, são observáveis modificações nas estruturas cerebrais, especialmente naquelas que são dependentes do *input* ambiental para que o seu desenvolvimento normativo ocorra. Assim, neurobiológicamente, são visíveis alterações ao nível do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal do sistema de resposta ao stress; da amígdala,

envolvida no processamento e regulação emocional; no hipocampo, que desempenha um papel na aprendizagem e memória; do corpo caloso, envolvido na integração de funções entre hemisférios e do córtex pré-frontal implicado nas funções cognitivas superiores. Destaca-se igualmente a possibilidade de mal-nutrição e de comprometimentos ao nível do crescimento cerebral (Proctor & Dubowitz, 2014) e estato-ponderal (Strech, 2012).

1.3.1.2. Desenvolvimento cognitivo

A nível cognitivo, estas crianças podem, no geral, manifestar défices nas funções executivas² (Arseneault et al, 2011; Spann et al, 2012) e dificuldades de aprendizagem (Crozier & Barth, 2005; Proctor & Dubowitz, 2014).

Há autores como Fantuzzo et al (2011 citado por Proctor & Dubowitz, 2014), que associam a negligência a resultados escolares mais baixos, outros, como Pear et al (2008), que associam situações de negligência e/ou abuso em idade pré-escolar a uma baixa função cognitiva geral e ainda outros que consideram que, apesar de normalmente estas crianças terem um potencial intelectual normal, parecem não aprender, demonstrando-se desatentas, instáveis, hiperativas ou apáticas, desinteressadas, distantes do espaço escola, prevalecendo a procura de um conhecimento muito concreto (Strech, 2012).

As crianças vítimas de negligência podem igualmente apresentar dificuldades ao nível da linguagem expressiva e receptiva (Hildyard & Wolfe, 2002; Strech, 2012; Proctor & Dubowitz, 2014), havendo, por outro lado, relativamente às vítimas de abuso físico, registos de inibição verbal (Crosson-Tower, 2014).

² De acordo com Goldstein, Naglieri, Princiotta & Otero (2014), o termo funções executivas tem vindo a ser utilizado como referência a vários processos cognitivos, tais como a atenção, regulação emocional, flexibilidade, iniciação de uma atividade, capacidade de resolução de problemas, organização, planeamento, auto-monitorização, memória de trabalho e controlo inibitório, levados a cabo pelas áreas pré-frontais dos lobos frontais.

1.3.1.3. Desenvolvimento emocional e relacional

Relação de vinculação. As crianças vítimas de negligência e abuso físico têm tendência a desenvolver um padrão de vinculação inseguro ou desorganizado (Hildyard & Wolfe, 2002). Contudo, numa meta-análise, Cyr et al (2010) referem que apesar de tanto o abuso como a negligência estarem associadas a um padrão de vinculação inseguro e desorganizado, o abuso apresenta uma maior relação com o primeiro e a negligência com o segundo.

Emoções. Cicchetti & Toth (2005) defendem que as crianças vítimas de abuso físico demonstram maior responsividade às expressões de raiva e que as crianças vítimas de negligência assumem maiores dificuldades na autorregulação emocional e na discriminação de emoções (Hildyard & Wolfe, 2002). No entanto, Camias (1996 citado por Cicchetti & Toth, 2005) refere, de uma forma generalizada, que ambas as crianças têm dificuldades na regulação afetiva e no reconhecimento, expressão e compreensão das emoções.

Representações de si e do outro. Estudos que sugerem que as crianças vítimas de negligência podem evidenciar uma representação negativa de si e dos outros (Hildyard & Wolfe, 2002) e que as crianças vítimas de abuso físico manifestam frequentemente baixa autoestima e autoconfiança (Crosson-Tower, 2014). Contudo, existem também outras referências que apontam para a possível presença de baixa autoestima em ambos os casos (Cicchetti & Toth, 2005).

Relações interpessoais. De acordo com autores como Shields & Cicchetti (2001); Rogosch et al, (1995 citado por IOM & NRC, 2014); Klimes, Dougan & Kisther (1990 citado por Cicchetti & Toth, 2005) e IOM & NRC (2014), muitas das vezes, estas crianças em idade pré-escolar revelam dificuldades no relacionamento com os pares devido à imaturidade ao nível da regulação das suas emoções e comportamentos que, frequentemente, se espelha através de elevados níveis de agressividade e isolamento, nomeadamente aquando situações de frustração

ou desafios, conduzindo, assim, a uma pobre adaptação social, caracterizada por isolamento e poucas relações positivas com os pares (*Hildyard & Wolfe, 2002*).

Strech (2012) adianta ainda que as relações destas crianças com os adultos e com os pares são pobres ou mesmo inexistentes, podendo ser evidente, por um lado, uma certa indistinção relacional ou, por outro, uma marcada dependência em relação a uma figura de adulto preferencial.

1.3.1.4. Comportamentos Interiorizados e Exteriorizados

Autores como Grogan-Kaylor (2005); Mulvaney & Mebert (2007), Forgaty, Fredman et al. (2008), Steiner, Remsing et al. (2007) e Kolko & Swenson (2002) citados por Kolko & Kolko (2011), enunciam a possibilidade de manifestação de comportamentos exteriorizados, entre os quais os comportamentos agressivos ou antissociais e a perturbação da oposição e, embora com menor expressão, de problemas interiorizados, nomeadamente a depressão, como consequência de situações de abuso físico durante a infância e adolescência.

Similarmente, também as crianças vítimas de negligência podem manifestar comportamentos exteriorizados (Proctor & Dubowitz, 2014) e interiorizados (Nikulina et al, 2008 citado por Proctor & Dubowitz, 2014). Apesar das crianças vítimas de negligência, consideradas mais passivas e evitantes comparativamente às anteriores, aparecerem normalmente associadas a uma maior labilidade emocional (Cook et al., 2005 citado por Nadeau, Nolin, & Chartrand, 2013) e a uma pré-disposição para problemas interiorizados como a ansiedade e a depressão (Lachante, 1999 citado por Nadeau, Nolin, & Chartrand, 2013) e, de haver estudos que indicam que os problemas exteriorizados estão mais relacionados com as crianças vítimas de abuso físico, é necessário considerar que as primeiras manifestam comportamentos mais agressivos que as crianças sem registo de maus-tratos (Nadeau, Nolin, & Chartrand, 2013). Além do mais, outros autores afirmam que a negligência em idades precoces é um preditor de agressão superior ao abuso físico (Proctor & Dubowitz, 2014), tendo

Kotch e os seus colaboradores registado, em 2008, que as crianças que vivenciaram situações de negligência nos primeiros anos de vida revelaram mais sinais de agressividade para com os pares nas idades 4, 6 e 8 anos, comparativamente a crianças sem historial de maus-tratos. Acrescentamos ainda que Dubowitz e os seus colaboradores (2002), associaram a negligência em idade pré-escolar a problemas interiorizados, nomeadamente à tendência para o isolamento (Hildyard & Wolfe, 2002).

1.3.1.5. Competências de Jogo

Strech (2012) refere que as crianças vítimas de maus-tratos apresentam um jogo muito ligado ao concreto, podendo traduzir uma dificuldade no acesso ao jogo simbólico/ faz de conta.

De acordo com White & Allers (1994), podemos observar no jogo destas crianças imaturidades ao nível do desenvolvimento do mesmo face ao esperado para a sua faixa etária; a presença de manifestações de agressividade e oposição para com os pares e os materiais; comportamentos de autodepressão e autodestrutivos, sendo frequente a presença de baixa auto-estima e de comentários onde se descrevem como maus ou incapazes de realizar determinada tarefa; hipervigilância, comportamentos sexualizados e dissociação.

Acrescentamos ainda que pesquisas realizadas por Jacobson & Straker (1982) e Terr (1981) citados por White & Allers (1994) relataram a existência de uma carência ao nível da criatividade, imaginação e elaboração, sendo o seu jogo caracterizado como impulsivo, com dificuldade na exploração do ambiente de forma espontânea e confortável e sem constância na escolha do objeto (Kempe, 1978 citado por White & Allers 1994).

1.3.1.6. Outras características

Autores como Crosson-Tower (2014) referem que as crianças vítimas de abuso físico podem procurar formas de conforto alternativas como a comida, demonstrar comportamentos

regressivos como o falar à bebé, chuchar no dedo, enurese, aparentar uma idade superior à que têm e ainda aceitar as perdas com muita passividade.

Outra característica frequentemente presente nestas crianças, em idade pré-escolar e escolar (Macfie, Cicchetti, & Toth, 2001) é a dissociação, definida por uma descontinuidade na normal e subjetiva integração de um ou mais aspetos do funcionamento psicológico, dos quais podemos destacar a memória, identidade, consciência, percepção e o controlo motor (Spiegel, et al., 2011).

Da mesma forma, são vulgarmente visíveis atrasos na expressão gráfica, na coordenação psicomotora e na capacidade simbólica; falhas na identidade sexual; carência de referências internas; um nível de pensamento empobrecido e uma organização do aparelho psíquico em defesas primitivas como a clivagem e a projeção (Strecht, 2012).

Relativamente à capacidade de autonomia, estas crianças são frequentemente imaturas ou desenvolvem um lado falsamente independente como mecanismo de luta pela sobrevivência, sendo auto-prestadoras de cuidados de si mesmas (Strecht, 2012).

No que concerne a aspetos relacionados com a personalidade, enquanto o abuso físico é associado a sintomas de personalidade antissocial e depressiva, a negligência, por sua vez, é associada a elevados sintomas de personalidade antissocial, borderline, evitante, e passiva-agressiva (IOM & NRC, 2014).

1.3.2. Maus-tratos emocionais

Contrariamente ao abuso e negligência físicos, cujos sinais são mais facilmente observáveis, o abuso e a negligência emocional podem passar despercebidos ou até mesmo camuflados durante muito tempo (Iwaniec, 2006).

Autores como Iwaniec, 2006, enquadram a negligência e o abuso emocional, ambas descritas respetivamente nos pontos 1.1.1. e 1.1.2 deste capítulo, na definição global de “maus-tratos emocionais”. Os maus-tratos emocionais/psicológicos continuam a ser o tipo de abuso e

negligência mais difícil de definir ou isolar (Crosson-Tower, 2014), conduzindo a que muitos investigadores façam referência às repercussões dos mesmos de uma forma não individualizada (Smith & Flannery-Schroeder, 2013).

Quando uma criança vive num ambiente hostil, ansioso ou indiferente, o seu desenvolvimento físico, cognitivo, intelectual e emocional tende a ser comprometido (Iwaniec, 2006). Assim, nestas crianças, durante a infância, tende a ser observável um padrão de vinculação inseguro com atrasos no desenvolvimento psicomotor; em idade pré-escolar são evidentes problemas no comportamento social e emocional; na idade escolar a criança tende a manifestar dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento e, na adolescência, podem observar-se dificuldades na aquisição da independência e crises de identidade (Iwaniec, 2006).

A autora acrescenta ainda que as crianças vítimas de abuso e/ou negligência emocional respondem a esse tipo de “amor” de duas formas: refutam/ lutam contra, tornando-se hostis, agressivas e com problemas de comportamento ou, por outro lado, direcionam a raiva para dentro de si próprias, tornando-se autodestrutivas, depressivas, isolando-se ou até mesmo cometendo suicídio. Outros autores, como Glaser (2002) afirmam que estas crianças podem também evidenciar baixa autoestima, ansiedade, angústia, medo, comportamentos de oposição, de isolamento e de agressividade nas relações com os pares, comportamentos sexualizados, responsabilidade desajustada à sua faixa etária, procura de atenção e insucesso escolar.

Sucintamente, podemos refletir que as crianças vítimas de situações de negligência e/ou abuso físico e emocional, independentemente da tipologia e da possibilidade das suas coexistências, podem manifestar comportamentos exteriorizados, expressos através de comportamentos impulsivos/ agidos, agressivos, de oposição/desafio e antissociais; comportamentos interiorizados expressos através de estados de ansiedade e depressão; dificuldades ao nível da aprendizagem e das funções executivas; carência ao nível da

capacidade criativa e simbólica; imaturidade nas competências relacionais/sociais; dificuldades na autorregulação emocional e comportamental; dificuldade no reconhecimento, expressão e compreensão das emoções; baixa autoestima e autoconfiança; problemas de identidade e personalidade e ainda imaturidades no desenvolvimento psicomotor.

1.4. Os Maus-tratos Infantis em Portugal

Quando uma criança se encontra em situação de risco ou a ser vítima de maus-tratos é ativado um sistema promotor da sua proteção que poderá recorrer a várias medidas de intervenção. Como forma de dar a conhecer, muito sucintamente, o funcionamento do Sistema de Promoção e Proteção das Crianças e Jovens em Perigo (SPPCJP), vigente no nosso país, iremos de seguida mencionar determinados aspetos da legislação em vigor, bem como alguns dados estatísticos referentes a esta problemática que nos permitirão posteriormente refletir sobre as eventuais condições de intervenção junto destas crianças.

1.4.1. Legislação

Atualmente, em Portugal, encontra-se em vigor o Decreto-Lei n.º 142/2015 de 8 de Setembro, correspondente à segunda alteração à Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (LPCJP), aprovada inicialmente pelo Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro e primeiramente alterada pela Lei n.º 31/2003 de 22 de Agosto.

De acordo com o Artigo 4.º do Decreto- Lei n.º 142/2015 de 8 de Setembro, a intervenção para a promoção dos direitos e proteção da criança e do jovem em perigo deve, remetendo para as alíneas a), g) e h), respeitar o interesse superior da criança, promover a continuidade das relações afetivas estruturantes e relevantes para um desenvolvimento saudável e harmonioso da criança/jovem e dar prioridade às medidas que integrem a criança/jovem num contexto familiar, quer seja na sua família biológica, quer seja através da adoção ou de outra forma de integração familiar estável.

Transpondo a linha de sinalização de episódios de maus tratos à criança/jovem, podem ser aplicadas, de acordo com o Artigo 35.º da Secção I do Capítulo III do Decreto-Lei supracitado, medidas de promoção e proteção em meio natural como é o caso de apoio junto dos pais, apoio junto de outro familiar, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida e confiança a pessoa selecionada para a adoção; ou em meio de colocação como é o caso do acolhimento familiar, acolhimento residencial e a confiança a família de acolhimento ou a instituição com vista a futura adoção.

Remetendo para a realidade do estudo a desenvolver e considerando as alterações à LPCJR, pensámos ser relevante a referência ao Artigo 50.º da Subsecção II da Secção III do Decreto-Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro, que classificava o acolhimento em institucional de curta duração, tendo lugar numa casa de acolhimento temporário (CAT), por um prazo não superior a 6 meses, ou de longa duração num lar de infância e juventude, no qual o acolhimento pode estender-se por um período superior a 6 meses. Atualmente, segundo as alíneas 1 e 2 a), b) e c) do Artigo 50.º da Subsecção II da Secção III do Decreto-Lei n.º 142/2015 de 8 de Setembro, apenas é mencionado que o acolhimento residencial tem lugar em casa de acolhimento, obedecendo a modelos de intervenção socioeducativos adequados às crianças e jovens nela acolhidos, podendo estes organizarem-se em casas de acolhimento para resposta em situações de emergência, casas de acolhimento para resposta a problemáticas específicas e necessidades de intervenção educativa e terapêutica evidenciadas pelas crianças e jovens a acolher e em apartamentos de autonomização.

1.4.2. Institucionalização: dados estatísticos

Através da análise dos dados estatísticos disponibilizados no Relatório de Caracterização Anual da Situação de Acolhimento das Crianças e Jovens (CASA 2015), publicada pelo Instituto da Segurança Social (ISS) no ano de 2016, podemos verificar que, apesar de em cerca de 49,5% dos casos terem sido aplicadas, em primazia, medidas em meio natural de vida, foi

necessária, posteriormente, uma resposta de acolhimento, sendo que as predominantes continuam a ser os Lares de Infância e Juventude (LIJ), correspondendo a 63,6% (n=5388) e os Centros de Acolhimento Temporário (CAT), correspondendo a 24,3% (n=2062), em prol de respostas como as famílias de acolhimento (1,9%).

Perante a decisão de institucionalização de uma criança ou jovem, é necessário proceder-se à definição e concretização do seu Projeto de Vida (PV), assumindo-o como um fator prioritário dos intervenientes, a par da qualidade dos cuidados prestados e de um ambiente estruturado e emocionalmente estável, dado o caráter preferencialmente temporário das respostas de acolhimento (ISS, 2016). De acordo com o relatório CASA 2015, considerando a percentagem de PV elaborados (89,4% - n=7685), destacam-se a autonomização (33%), a reintegração na família nuclear (31,4%) e a adoção (10,3%). Com menor expressão assumiram-se, entre outros, os PV de integração na família alargada (5,5%) e o apadrinhamento civil (0,4%) (ISS, 2016).

Da mesma forma, alertamos para a existência de projetos como os Amigos P'ra Vida que procuram proporcionar às crianças em situação de acolhimento institucional (quando sinalizadas pela instituição responsável) a criação de ligações com uma família voluntária (Família Amiga (FA)) que pretenda desempenhar esse papel, o de um amigo para a vida, para com a criança.

No que concerne às faixas etárias, podemos destacar uma maior representação das compreendidas entre os 12 e os 20 anos de idade, correspondendo a cerca de 69% (n=5940) da população identificada. Por outro lado, com menor incidência, encontram-se os escalões etários dos 0-3 anos (n= 745 - 8,7%), 4-5 anos (n=352 - 4,1%), 6-9 anos (n= 885 - 10,3%) e 10-11 anos (n=678 – 7,9%) (ISS, 2016).

Relativamente aos motivos que conduziram à institucionalização, verificamos que 60% dos casos advêm de falta de supervisão e acompanhamento parental, 33,3% da exposição a modelos parentais agressivos, 32,2% a negligência ao nível da educação e 29,9% ao nível da saúde,

15,5% de comportamentos de risco da criança/jovem, 10,8% da ausência temporária de suporte familiar e 9,6% da prática de comportamentos desviantes (ISS, 2016).

Relacionando a situação de perigo responsável pela institucionalização com as faixas etárias, observamos a existência de uma transversalidade relativamente à falta de supervisão parental; o destaque da negligência ao nível da saúde, seguida pela exposição a modelos parentais desviantes entre os 0-9 anos de idade e a prevalência da ordem das situações descritas anteriormente de uma forma geral para faixas etárias com idades iguais ou superiores a 10 anos (ISS, 2016).

Quanto ao tempo médio de institucionalização, prevê-se que as crianças com idades compreendidas entre os 0-3 anos permaneçam, no geral, em resposta de acolhimento por um período inferior a 1 ano; que as crianças com idades compreendidas entre os 4-5 anos permaneçam com maior frequência por um período médio de 2 a 3 anos e que aquelas com idades compreendidas entre os 6-9 anos permaneçam em média institucionalizadas por um período inferior a 1 ano.

Atendendo ao facto de a institucionalização ser uma resposta bastante usual no nosso país, importa, procurando um olhar holístico sobre estas crianças, relembrar que também os fatores associados à sua institucionalização, principalmente se esta tiver um caráter prolongado no tempo, podem implicar impactos negativos no seu desenvolvimento intelectual, físico, comportamental, social e emocional (Maclean, 2003).

1.5. Intervir nos Maus-tratos Infantis

Atendendo às características e comportamentos geralmente observáveis nas crianças vítimas de maus-tratos, torna-se indiscutível a necessidade de intervenção junto das mesmas e das suas famílias, tendo, ao longo dos anos, vindo a ser desenvolvidas inúmeras intervenções com o objetivo de proteger ou potenciar o seu bem-estar.

A intervenção junto dos maus-tratos infantis pode assumir, em primeira instância, vários níveis de intervenção distintos, sendo eles a intervenção primária – que remete para a sensibilização da população em geral para as causas subjacentes aos maus-tratos infantis -, a intervenção secundária – que se foca em grupos específicos, como as famílias, identificados como potenciais grupos de risco de existência de maus-tratos infantis, procurando, assim, diminuir os fatores de risco e promover os fatores de proteção associados – e, por fim, a intervenção terciária – que visa a intervenção junto de grupos onde os maus-tratos infantis já ocorreram, tendo como objetivo o término das situações de maus-tratos e minimizar as consequências dos mesmos na criança (Geeraert, Noortgate, Grietens, & Onghena, 2004; McCoy & Keen, 2014).

Focando a nossa atenção nos níveis de intervenção secundário e terciário, foi possível de verificar uma variabilidade nas intervenções aplicadas relativamente à tipologia dos maus-tratos, aos intervenientes e ao modelo de intervenção considerado.

As intervenções desenvolvidas junto de crianças vítimas de abuso e negligência em idades pré-escolares são frequentemente focadas nos pais ou na relação pais-criança (Thomlison, 2003). Existem uma série de modelos terapêuticos de base relacional que remetem para a importância da relação precoce pais-filhos como promotora do desenvolvimento normativo da criança, associando a sua qualidade à diminuição do risco de situações de abuso e negligência e à redução das sequelas resultantes de situações de maus-tratos infantis (Toth, Gravener-Davis, Guild , & Cicchetti, 2013). Destacamos o *Child Parent Psychotherapy (CPP)* (Lieberman & Van Horn, 2004 citado por Toth et al., 2013) que tem como característica o foco não na criança ou nos pais individualmente, mas sim na relação entre os dois, procurando, assim, em tempo de interação real e no seu meio natural de vida, através do jogo espontâneo, do conflito e de outras interações entre eles, fazer uma gestão das respostas relacionais de ambos, promovendo uma relação suficientemente boa (Toth et al., 2013).

Outros métodos que procuram, de igual modo, promover a relação pais-criança, dotando os pais de competências parentais, sensibilizando-os para as necessidades da criança e para a gestão de respostas assertivas na relação (Toth et al., 2013) são a *Filial Therapy* (Landreth & Bratton, 2006), o *Attachment and Biobihavioral Catch-Up (ABC)* (Dozier, Peloso, Lewis, Laurenceau, & Levine, 2008), o *Interpersonal Psychotherapy (IPT)* (Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000 citado por Toth et al., 2013) e o *Parent-Child Thearpy (PCIT)* (Chaffin et al., 2004 citado por Toth et al., 2013).

Muito recorrente é também a utilização de metodologias baseadas em abordagens cognitivo-comportamentais, aplicas aos pais e às crianças, das quais destacamos a *Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy (TF-CBT)* (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006 citado por Cohen & Mannarino, 2006), que tem como objetivo final trabalhar os pais e a criança em conjunto, promovendo a partilha narrativa do trauma, após uma primeira fase de trabalho individual de componentes como as competências parentais, psicoeducação, competências de relaxamento, competências de modulação afetiva, processamento cognitivo, narração do trauma, promover uma diminuição da sensibilidade face ao acontecimento, promover sessões conjuntas pais- filhos e melhorar a segurança e o desenvolvimento futuro (Cohen & Mannarino, 2006).

Podem, de igual modo, ser aplicados programas de terapia familiar que remetem para uma abordagem sistémica, como é o caso da *Multisystemic Therapy* (Brunk et al., 1987 citado por Cohen & Mannarino, 2006) e da *Multifamily Group Therapy (MFGT)* (Meezen & O'Keefe, 1998 citado por Cohen & Mannarino, 2006). Estas práticas terapêuticas partilham algumas componentes em comum como é o caso da educação parental, terapia de casal, promoção de competências de comunicação, coaching e apoio emocional para os pais e para a criança (Cohen & Mannarino, 2006).

Posteriormente, de uma forma dirigida unicamente para a criança, importa fazer referência à *Play Therapy*, à *Art Therapy* e à *Dance/Movement Therapy*.

A *Play Therapy* pode assumir duas formas básicas de abordagens de intervenção, sendo elas a diretiva - na qual é o terapeuta quem planeia a atividade, escolhe o brinquedo/jogo mediador e constrói as regras- e a não-diretiva - na qual é a criança que escolhe todos os elementos anteriormente referidos, existindo apenas alguns limites de segurança e de tempo (White & Allers, 1994)-, podendo ambas ser utilizadas eficazmente como facilitadoras da comunicação com a criança, havendo, por isso, terapeutas que utilizam uma combinação das duas (White & Allers, 1994). Enquanto prática terapêutica procura, no geral, incidir em várias problemáticas como a comunicação, a regulação emocional, as competências relacionais, o fortalecimento do eu, a autonomia e a autorregulação (Bratton & Rhine, 2005; Shaefer & Drewes, 2012). Destacamos a *Child-Centered Play Therapy* (Axline, 1950), uma abordagem terapêutica não-diretiva, que remete para um processo que tem como base o estar com a criança ao invés de um procedimento de aplicação. Posto isto, o foco é na criança e não no problema, substituindo um processo de reparação por um de se tornar/ construção nova (Landreth & Bratton, 2006). Nesta prática terapêutica é a relação contruída e partilhada entre terapeuta-criança que adquire a função de agente de mudança (Landreth & Bratton, 2006).

A *Play Therapy* surge como uma prática terapêutica frequentemente utilizada junto de crianças vítimas de maus-tratos, demonstrando, de acordo com Reams & Friedrich (1994), resultados positivos na intervenção em idade pré-escolar.

Outras práticas terapêuticas usualmente referidas como métodos de intervenção junto desta população são as terapias expressivas, nomeadamente a Terapia pela Arte - que utiliza a expressão criativa como forma de aceder a pensamentos e emoções- (Eaton, Kimberly, Doherty, Rebekah, & Widrick, 2007) e a Terapia pela Dança/Movimento - método de

psicoterapia que inscreve no movimento do corpo humano embutido de função expressiva (Goodill, 1987).

Uma revisão da literatura, publicada por Eaton et al, (2007), na qual foram identificados 12 estudos que utilizaram a *Art Therapy* com crianças que manifestavam uma série de consequências psicossociais negativas com origem numa experiência traumática; um estudo desenvolvido por Saunders & Saunders (2000), com crianças de idades compreendidas entre os 2-16 anos expostas ou em situações de risco (entre elas situações de abuso físico, maus tratos emocionais, agressividade, depressão, baixa auto-estima etc.); outro desenvolvido por Ball (2002), com crianças com perturbações emocionais e perturbação da vinculação, e outro desenvolvido com crianças com idades compreendidas entre os 4-13 anos a viverem num abrigo temporário (Carr & Vandiver, 2011), revelaram resultados terapêuticos positivos aquando a aplicação de metodologias de *Art Therapy*.

Relativamente à Dance/Movement Therapy, verificou-se o desenvolvimento de programas com o objetivo de promover a regulação emocional junto de crianças vítimas de maus-tratos (Betty, 2013) e estudos com resultados positivos, quer ao nível da utilização da *Dance/Movement Therapy*, quer ao nível de uma abordagem multi-modal (Goodill, 1987).

Concluímos com a observação de um estudo elaborado por Allen, Gharafozloo, & Johnson (2012) que afirma que, apesar de não serem tratamentos empiricamente suportados (como é o caso, por exemplo, da TF-CBT), as abordagens não-diretivas, como, por exemplo, a arte terapia e a terapia pelo jogo não diretiva, continuam a ser os tratamentos mais utilizados pelos clínicos em casos de maus-tratos infantis.

2. Psicomotricidade

2.1. Definição

A Psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal (Martins & Rosa, 2005) que, olhando para o indivíduo de uma forma holística, procura intervir junto do corpo relacional

(Ballouard, 2008), promovendo e dando significado à sua ação/movimento como um meio de relação e diálogo da criança consigo própria, com o outro e com o meio envolvente (composto pelo espaço, o tempo e os objetos) (Martins, 2001; Fernandes 2012 citado por Fernandes, 2015), possibilitando, assim, o desenvolvimento dos processos simbólicos, através de um envolvimento lúdico e relacional, promotor da harmonia do Eu (Martins & Rosa, 2005).

Sendo indiscutível a relação de interligação dinâmica e bidirecional existente entre a motricidade e o psiquismo, na qual os nossos comportamentos refletem toda a nossa personalidade, conduzindo ao entendimento da corporeidade nas suas dimensões psicológica, afetiva e social, justifica-se, assim, o papel ativo do corpo na construção ou reparação do psiquismo (Fernandes, 2015).

Como refere João dos Santos (Branco 2013), podemos olhar a Psicomotricidade como a vida psíquica expressa em comportamento, na qual o conjunto de fenómenos que o constituem – os impulsos, emoções, sentimento e pensamentos – ganham corpo, por via da motricidade.

O corpo assume-se, então, como a sede das sensações (Costa, 2015), como o meio de comunicação privilegiado da criança (Aucouturier, 2007), sendo um veículo de expressão de tudo o que é constituinte do Eu, resultando esse “tudo” de diversas vivências afetivas e sensoriomotoras, continuas ou não, que traduzem uma vida psíquica (Rodrigues, Gamito, & Nascimento , 2001). Desta forma, quando a criança é incapaz de elaborar mentalmente os seus conflitos intrapsíquicos, estes expressam-se através do corpo (Branco M. E., 2013), sendo que toda a expressão motora, independentemente de se apresentar mais instável, bloqueada ou mesmo imatura, é encarada como uma expressão, um espelho de um conflito interno (Rodrigues, Gamito, & Nascimento , 2001).

Martins (2001) relembra que as potencialidades motoras, mentais e emocionais de um indivíduo são indissociáveis e como tal encontram-se em constante interação, sendo o corpo o local de manifestação/expressão de todo o ser, assumindo-se para a prática psicomotora como

o principal instrumento da relação terapêutica (Rodrigues, Gamito, & Nascimento, 2001), cuja compreensão adequada da sua expressão obriga-nos a situá-lo no seu meio envolvente.

Tendo em conta que o desenvolvimento da criança se faz do reflexo à reflexão (Fonseca, 2010), do ato ao pensamento (Wallon, 1978 citado por Costa, 2008) e do prazer de agir ao prazer de pensar o agir (Aucouturier, 2010 citado por Fernandes, 2012), o psicomotricista trabalha frequentemente com os níveis mais prematuros/ arcaicos da expressão e do desenvolvimento para posteriormente potenciar/desenvolver a capacidade da passagem da expressão corporal dos conteúdos do pensamento para formas mais elaboradas de pensamento, simbolizadas e comunicáveis (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

Na prática psicomotora, torna-se crucial abordar o corpo de uma forma holística, não só como um instrumento de ação e de relação com o outro, mas também como base de uma construção da identidade, portador de uma identidade diferenciada, objeto de uma apropriação tanto física como psíquica (Potel, 2013), como um corpo existencial, emocional, expressivo e identitário (Potel 2012 citado por Fernandes, J, 2015).

Tentando abordar de forma sucinta a questão do corpo e da formação da identidade, Doellinger & Celho (2008) recordam-nos que apesar de num dos trabalhos de Freud (1905) tornar-se evidente a ideia de que as noções de corpo e de identidade são indissociáveis é, posteriormente, Margaret Mahler (1963) quem aprofundará esta relação, afirmando que o sentimento de identidade é determinado pelas sensações corporais, tornando a imagem corporal como alicerce da identidade. Também Marleau-Ponty nos prenda com a ideia de corpo relacional, ao afirmar que o corpo e o mundo são indissociáveis, pois é através do mundo que o indivíduo se consciencializa do seu corpo, ao mesmo tempo que é através deste que toma consciência do mundo (Doellinger & Coelho, 2008). Assim, sendo também o lugar de expressão dos desejos, emoções e sensações, o corpo adquire uma realidade igualmente subjetiva, impregnado de memórias e expectativas criadas através da interação constante e

contínua com o mundo e em cuja continuidade se constrói o sentimento de identidade (Doellinger & Coelho, 2008).

A prática psicomotora procura, assim, refletir a utilização que a criança faz do espaço, dos materiais e da relação com o adulto, os pares e consigo mesma (Rodríguez & Llinares, 2008), pois é a partir destas interações que o psicomotricista pode intervir sobre as múltiplas impressões e expressões do corpo, atribuindo um significado simbólico à ação (Martins & Rosa, 2005), construído pela interpretação dessas utilizações que expressam o sentido prático, funcional, espontâneo, afetivo e simbólico do comportamento motor (Fernandes, 2012).

2.2. Atuação

Em Portugal, o Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses, concebido pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (2011), refere que a prática psicomotora pode assumir três vertentes, sendo elas a preventiva ou educativa, que tem lugar nos contextos em que se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor, o potencial de aprendizagem e a melhoria ou manutenção de competências de autonomia em todas as etapas da vida; a reeducativa, que atua aquando a existência de um comprometimento ao nível do desenvolvimento e da aprendizagem; e a terapêutica, utilizada aquando a existência de problemas psicoafectivos que comprometem o desenvolvimento e adaptabilidade do indivíduo.

Colocando o nosso foco na abordagem terapêutica, a psicomotricidade é indicada em situações nas quais poderá verificar-se uma evolução através do agir, da experimentação e do investimento corporal e aquando a necessidade de reencontrar a possibilidade de comunicar e organizar o pensamento através da experiência concreta ligada à interiorização da vivência corporal (Martins, 2000 citado por Martins & Rosa, 2005). Neste sentido, a psicomotricidade intervém em situações de problemáticas associadas ao desenvolvimento psicomotor, regulação tónica, esquema e imagem corporal, autorregulação comportamental (inibição, desinibição ou instabilidade) e emocional, comunicação verbal e não-verbal, gestão dos processos atencionais,

carência na autoestima e autoconfiança, tendo como objetivo melhorar as competências psicomotoras, promover a percepção e a consciência corporal, a expressão dos afetos e das emoções, a autorregulação do comportamento, as competências sociais/relacionais e reforçar a identidade. (APP, 2011).

Em função do contexto de intervenção, da problemática da criança e das características pessoais e profissionais do terapeuta, o enfoque da prática psicomotora poderá ter, por um lado, um caráter mais instrumental, envolvendo uma relação mais precisa com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento, recorrendo à experimentação sensoriomotora como forma de estimular o desenvolvimento da atividade percepção, dando ênfase à intencionalidade e consciencialização da ação, explorando as suas variadas formas de expressão (Martins, 2000 citado por Martins & Rosa, 2005); e por outro, um caráter mais clínico e terapêutico, incidindo na valorização da componente relacional e afetiva e envolvendo fundamentalmente a gestão da problemática da afirmação da identidade a partir de processos reguladores da proximidade e da distância, possibilitando a expressividade espontânea da criança (Martins, 2005 citado por Costa, 2015).

Contudo, importa referir que apesar de existirem diferentes áreas de trabalho prático na psicomotricidade, correspondentes a diferentes construções teóricas e práticas psicomotoras, existem, independentemente das diferenças de cada uma, cinco dimensões que lhes são comuns sendo elas o corpo do outro (da criança), o corpo do psicomotricista, o tempo, o espaço e os objetos (Demarchi, 2012).

Assim sendo, o contexto de intervenção e a problemática da criança vão ser condicionantes na decisão do tipo de apoio individual ou em grupo, se a atitude é mais ou menos diretiva, se a acentuação é mais sobre a componente motora, cognitiva ou relacional e se se valoriza o jogo funcional ou simbólico, a recepção ou a expressão (Martins, 2005 citado por Costa, 2015).

2.3. Psicomotricidade de Base Relacional

Segundo Costa (2008) o modelo de intervenção em Psicomotricidade Relacional baseia-se na qualidade da relação estabelecida entre a criança e o psicomotricista, perspetivando a promoção da sua iniciativa, criatividade e gesto espontâneo. Para tal, o psicomotricista procura ir ao encontro da própria motivação da criança, adotando uma postura não-diretiva, para que ela possa sentir-se maximizada nas suas competências, preconizando, assim, uma abordagem global da criança (Costa, 2008).

De acordo com Martins (2001), a psicomotricidade relacional valoriza a componente psicoafectiva, expressa num diálogo tónico-emocional, realçando a presença de situações que permitam à criança ultrapassar os bloqueios existentes, através uma atmosfera permissiva, segura e lúdica. Numa sessão de psicomotricidade relacional descrita como um momento de diálogo, de jogo e de intercâmbio, onde o psicomotricista adota uma postura de permissividade, compreensão e interação, são utilizados como instrumentos de trabalho na sessão o corpo, o espaço de relação, o tempo e ritmos impressos na mesma e ainda materiais que funcionam como mediadores da intervenção (Martins, 2001).

Dada a grande relevância que a relação entre o psicomotricista e a criança assume neste modelo, importa salientar que essa relação deve ser considerada como algo atual, que tem na sua origem a verdadeira relação intersubjetiva no momento a dois (Gatecel, et al., 2011). Assim, a criança constituir-se-á numa relação real que não se cinge à revivência de uma experiência passada, mas que ainda assim requer uma base emocional e afetiva nos processos de organização do corpo, do espaço e do eu (Gatecel, et al., 2011). O psicomotricista é então colocado no sistema relacional do paciente estando mais ativo na relação permitindo, consequentemente, que a criança exerça não só as suas habilidades motoras mas também psíquicas (Gatecel, et al., 2011).

Fernandes (2015) refere que uma das condições para que a prática psicomotora seja efetiva prender-se-á com a qualidade da atitude relacional do psicomotricista, dependendo da sua disponibilidade corporal e adaptação tónico-emocional, mas também da capacidade de transmitir segurança, tornando-se um espelho tónico-emocional tranquilizador e não culpabilizante (Fernandes, 2015).

2.3.1. Avaliação da criança

De acordo com Potel (2013) a avaliação psicomotora é constituída por vários momentos, sendo eles a recolha de dados anamnésicos, a observação dos componentes psicomotores espontâneos e a aplicação de testes padronizados.

Realçamos a importância da observação psicomotora que permitindo-nos a captação da personalidade psicomotora da criança, relacionando o produto do ato motor com os aspetos objetivos e subjetivos a ele inerentes (Costa, 2008), auxilia-nos na compreensão do caso e, consequentemente na construção, juntamente com as informações recolhidas pelos meios anteriormente descritos, de um projeto terapêutico mais adequado às necessidades individuais da criança (Potel, 2013).

2.3.2. Intervenção

2.3.2.1. Características e princípios de orientação do psicomotricista

O psicomotricista deve ser capaz de uma atitude empática, numa postura de compreensão mútua; de demonstrar simpatia, promotora da afinidade e partilha dos afetos, com o intuito da procura pela sintonia afetiva; não efetuar juízos de valor ou julgar; ser responsável, ou seja, fornecer uma resposta adequada ao instante vivido e uma atitude heurística, permitindo à criança que utilize os seus recursos e competências para solucionar os obstáculos que vão surgindo (Costa, 2008). Por sua vez, Camp (2008) enfatiza a necessidade de uma atitude de disponibilidade, escuta, empatia e contenção, destacando igualmente a importância de

acompanhamento em supervisão e da capacidade de reflecção sobre os processos de transferência e contratransferência que ocorrem na relação terapeuta-criança.

Segundo Costa (2008), nesta abordagem há alguns princípios que orientam o psicomotricista sendo eles: valorizar as descobertas motoras, estimular a criatividade e a espontaneidade; consciencializar as ações executadas, ou seja, levar a criança a dar conta do que se faz e de como se faz; desenvolver e apoiar situações expressivas carregadas de emoção e prazer; promover o diálogo, juntar a palavra ao gesto como forma de dar significado à intenção e verbalizar os pensamentos e sentimentos; estimular a apreciação, a reflexão e a experimentação da expressão motora do outro e implicar a criança na organização e gestão da sessão.

O psicomotricista deverá ter em atenção as manifestações corporais e os seus significados, estabelecendo, com a criança, uma relação transferencial, um diálogo, uma empatia e uma sincronia tónico-emocional, devendo assumir o papel de agente de intervenção, aquele que pode dar sentido à experiência vivenciada/simbolizada (Fernandes, 2015).

Consideramos também que a intenção, a sequência das ideias, ou seja, a planificação e a antecipação, constituem o eixo da intervenção e que o trajeto que se faz do concreto ao simbólico, ou seja, do real ao imaginário, deve ser respeitado (Costa, 2008).

2.3.2.2. Ambiente terapêutico

O ambiente deverá ser estimulador, confortante, securizante, atrativo de forma a promover o gesto espontâneo, a iniciativa e a criatividade (Costa, 2008).

Na sala de psicomotricidade os objetos podem ser utilizados como mediadores da atividade, assumindo um valor de substituto relativamente ao corpo do outro, constituir-se como prolongamento ou projeção do corpo no espaço ou servir de espaço simbólico para a exteriorização de desejos agressivos (Martins, 2001).

De acordo com os autores Martins (2001), Costa (2008) e Rodríguez & Llinares, (2008) diversos materiais constituintes da sala de psicomotricidade nutrem diversas funções, sendo

dada importância a todo o tipo de bolas e balões, que proporcionam vários estímulos e impactos, permitem uma relação com o próprio corpo, de contatos agradáveis e afetivos, permitindo jogo de trocas com o outro; às cordas, que facilitam a manifestação de desejos agressivos, de domínio e de posse; às tintas, plasticina e barro que promovem a criatividade e a expressão plástica; ao espelho, como forma de integração da sua imagem, reconhecimento do seu corpo e noção do esquema corporal; o quadro, fulcral para a organização da sessão; à música e ritmo; os colchões que podem proteger do chão e ao mesmo tempo são contentores; os panos, que poderão servir para estimular a proprioceptividade, envolvendo o corpo, puxar, esconder, transportar, auxiliando na construção de personagens e espaços no jogo; o papel de grandes dimensões para que se possa fazer um registo real do próprio corpo; os bonecos e tachinhos, que permitirão a elaboração do jogo simbólico, das histórias propostas pela criança e o gravador de som e de imagem, que permite uma consciencialização da sua imagem corporal, das suas atitudes e dos seus movimentos.

2.3.2.3. O jogo como meio de expressão da realidade interna da criança através do corpo

O artigo 31 da Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), atribuiu ao brincar um papel fundamental no desenvolvimento da criança, definindo-o como um comportamento, atividade ou processo iniciado pela criança, nutrido de motivação intrínseca e desenvolvido pelo seu próprio interesse (Committee on the Rights of the Child (CRC), 2013).

Até aos 6 anos de idade, a criança vive e expressa toda a sua globalidade, inteligência, afetividade e linguagem através do corpo e, por vezes, por meio do jogo/do brincar (Llinares, 2006), que assume, assim, por um lado, o papel de agente promotor e de suporte para o seu desenvolvimento físico, cognitivo, linguístico, emocional e social (Sheridan, 2002) e, por outro, uma forma privilegiada de expressão (Landreth, Homeyer, & Morrison, 2006).

De facto, a expressão da criança através do jogo é descrita por Landreth (2002 citado por Landreth et al., 2006), como um processo no qual a criança gasta energia, expressa

pensamentos e emoções, se prepara para as tarefas da vida diária, exerce a sua vontade própria, alcança objetivos difíceis e atenua as suas frustrações.

Schaefer & Drewes (2012), referem que o jogo pode ser utilizado como mediador terapêutico para auxiliar as crianças a lidar com os seus problemas emocionais e de comportamento.

Na psicomotricidade, o corpo fala através do jogo, da atividade lúdica e preferencialmente espontânea (Lima, Fernandes, & Araújo, 2015), permitindo à criança comunicar de forma não-verbal, simbólica e orientada para a ação (Schaefer & Drewes, 2012), permitindo ao terapeuta presenciar uma narrativa (não-verbal, agida) da sua história pessoal e afetiva, dando-nos informações sobre o seu desenvolvimento no domínio motor, cognitivo, e socio-afetivo (Llinares, 2006).

De acordo com Camps (2008), em psicomotricidade podem ser utilizados, consoante a necessidade da criança, jogos de oposição-destruição (jogos de destruição e construção, de agressividade simbólica entre outros); jogos tónico-emocionais (balanceios, desequilíbrios, quedas, saltos, arrastes passivos entre outros); jogos sensoriomotores (trepar, saltos e quedas em profundidade, rodar, correr, jogos de precisão); jogos de maternaje (massagens, envolver com tecidos, manipulações ou pressões, colo entre outros); jogos pré-simbólicos (aparecer-desaparecer, fugir-ser apanhado, esconder-ser encontrado, jogos de perseguição, de encher-esvaziar) e jogos simbólicos (construções, jogos de interpretação de papéis/personagens etc.).

Muitas das vezes, o psicomotricista tem de trabalhar a um nível arcaico, de modo a permitir a passagem dos conteúdos de pensamento ancorados à expressão corporal para outros mais elaborados, simbolizados e que possam encontrar expressão na linguagem (Raynaud, Danner, & Inigo, 2007).

Através da promoção do jogo espontâneo num espaço securizante, o psicomotricista permite que a criança satisfaça as suas necessidade de proteção, de poder, de ataque e de defesa

(Moutinho, 2012). De facto, as crianças utilizam materiais e brinquedos como forma de expressar as suas percepções e desejos relativamente a si mesmas e ao seu mundo, revelar experiências passadas e as suas reações e sentimentos relativamente às mesmas, as suas necessidades, num processo através do qual lhe é permitido criar, expressar e recriar (Landreth et al. 2006), vivenciando diferentes respostas comportamentais e emocionais (Moutinho, 2012).

Na brincadeira não existe certo nem errado, medo de desaprovação ou desejo de recompensa (Bruner et al., 1976 citado por Moutinho, 2012), transformando-a num espaço de conforto e de segurança no qual a criança aprende a expressar e a regular as emoções (Moutinho, 2012).

Para além de gerar prazer, alegria surpresa e satisfação, o brincar também permite diminuir o estado de ansiedade, descarregar a agressividade, expressar o conflito e transformar o incontrolável em algo manipulável (Sweenwy 1997 citado por Landreth et al. 2006).

O jogo pode oferecer também à criança sensações de poder e controlo, provenientes da solução de problemas e do domínio de novas experiências, ideias e interesses, fomentando, assim, a autoestima e a autoconfiança (Drewes, 2005 citado por Schaefer & Drewes, 2012).

Através do brincar a criança desenvolve a capacidade de se descentrar e, consequentemente, ser capaz de considerar as perspetivas e as emoções do outro, contribuindo para a autorregulação emocional, sobretudo em crianças impulsivas (Elias e Berk, 2002 citado por Moutinho, 2012), regulação de comportamentos agressivos, de sensibilidade aos outros e reconhecimento afetivo (Peterson e Flandres, 2005 citado por Moutinho, 2012).

O brincar promove igualmente na criança, a capacidade de trabalhar em grupo, respeitar as regras, esperar pela sua vez, partilhar, aceitar as ideias do outro, negociar, resolver conflitos, controlar os seus impulsos, entre outras (Moutinho, 2012).

2.3.2.4. Estrutura da sessão

As sessões deverão respeitar uma estrutura similar à posteriormente referida (Costa, 2015):

Entrada. Deve ser escolhido um local para a receção inicial da sessão, na qual o terapeuta procura captar a atenção das crianças e manter uma consonância afetiva nessa receção.

Conversa inicial. Neste momento solicita-se aos participantes, quase de forma ritualizada e segundo uma ordem pré-estabelecida, que contem as suas novidades, algo de importante para si, uma preocupação ou outra coisa que a criança queira partilhar. Aqui, o terapeuta deve auxiliar na organização do discurso, promovendo a organização psicolinguística. Posteriormente, este é também o momento de se organizar o plano de sessão. Apesar das atividades serem propostas pelas crianças, o terapeuta tem como função regular a organização do projeto e propor também algumas situações. Este planeamento prévio da sessão, permite a previsão e antecipação das atividades, possibilitando-lhe a mentalização, que se assume como um dos grandes objetivos desta intervenção.

Realização das atividades escolhidas. Aqui, o terapeuta juntamente com a criança, tenta desenvolver o plano estabelecido.

Voltar à calma. Depois da realização das atividades propostas, é necessário baixar os níveis de atividade motora em excesso. Desta forma, logo que seja possível, recomenda-se a introdução da descontração com um aumento da durabilidade progressivo.

Diálogo final. Para terminar, tentamos, com a criança, consciencializar as atividades executadas, quantas foram feitas e de que forma se efetuaram, quer a nível da execução, quer como fonte de prazer, conquistas e ganhos.

Relativamente à durabilidade, as sessões deverão ter uma duração de quarenta a quarenta e cinco minutos, podendo este tempo ser flexível de acordo com as necessidades de cada criança e de cada sessão (Costa, 2008).

2.3.3. Progressão terapêutica

Se pensarmos a nível de progressão, este modelo visa a passagem progressiva, respeitando o ritmo da criança, do conhecimento do corpo e dos seus limites para a capacidade de previsão,

antecipação e mentalização, da simples expressão do agir para a capacidade de simbolização, de significação do mesmo (Costa, 2008).

Refletindo sobre o facto de:

- algumas das práticas terapêuticas referidas anteriormente como eficazes na intervenção junto de crianças vítimas de maus-tratos, utilizam o jogo, a expressão/expressividade ou o movimento/ação do corpo como forma de expressão de emoções e sentimentos;
- a Psicomotricidade ser uma terapia de mediação corporal que utiliza o jogo/atividade lúdica e espontânea da criança, preconizando o corpo em relação com o espaço, os objetos e o outro como forma de expressão dos conflitos internos;
- a intervenção em psicomotricidade relacional basear-se na qualidade da relação estabelecida entre o terapeuta e a criança, atribuindo uma extrema importância à atitude terapêutica do primeiro para com o segundo;
- o psicomotricista ser especialista em criar, utilizando o brincar/o jogo/ a atividade lúdica e espontânea da criança, uma ponte entre o corpo e a mente, entre sensações, emoções e pensamentos, entre a linguagem, verbal e não-verbal (Boscani, 2012), tendo um papel fundamental na intervenção terapêutica com crianças com problemas no domínio do sentir, compreender e comunicar as emoções, que necessitam de olhar e escutar o próprio corpo, encontrar as palavras do/ no corpo e comunicar as emoções de forma ajustada no domínio das relações interpessoais (Veiga & Rieffe, 2015).
- e ainda, salientando a existência de publicações (Costa, 2011; Costa, 2008; Moutinho, 2012) que visam o benefício da Psicomotricidade, de caráter grupal, enquanto prática terapêutica junto de crianças/ jovens, com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos, com alterações do comportamento, fazendo Costa (2011), neste sentido, também referência a crianças institucionalizadas e vítimas de maus-tratos (afinal uma das possíveis consequências

dos maus-tratos infantis é, como vimos, a manifestação de comportamentos exteriorizados e interiorizados);

... acreditamos que a Psicomotricidade de base relacional é, portanto, uma prática viável junto de crianças vítimas de maus-tratos infantis.

3. Problemas do Comportamento e Competências Relacionais

Antes de explorarmos de uma forma mais pormenorizada, clara e sucinta os problemas de comportamento e as competências relacionais, foco deste estudo, importa relembrar a importância de um olhar holístico, de uma abordagem integrativa e compreensiva da criança, que a considere não só de acordo com as suas características biológicas, psicológicas, sociais e emocionais, mas também nas suas interações bidirecionais com o meio envolvente e ainda que considere não só a patologia ou sintomas patológicos mas também as normais expressões do desenvolvimento infantil.

Posto isto, e remetendo para os temas do nosso interesse, acrescentamos que no período desenvolvimental entre os 3 e os 7 anos de idade é frequente nas crianças o desafio e desobediência às instruções do adulto, a presença de crises de fúria quando frustradas, a destruição de objetos, culpabilizar os demais por algo que elas próprias são culpadas e episódios de agressão física para com os irmãos e os pares (Almeida, et al., 2005).

Ademais, autores como Crowther et al. (1981) e Campbell (1990) (citados por Campbell, 1995) alertam para o aumento de problemas como birras, hiperreatividade, problemas de atenção, agressividade para com os pares, dificuldade em partilhar, iniciar e fechar ciclos de comunicação e em considerar as emoções do outro entre os 2 e os 3 anos de idade e o seu posterior decrescimo entre os 3 e os 5 anos de idade.

Contudo, não obstante o seu caráter normativo ao longo do desenvolvimento da criança, temos igualmente de atender ao facto de estes comportamentos poderem por vezes, pela sua intensidade e persistência, adquirir um caráter patológico (Gueniche, 2005).

3.1. Comportamentos Exteriorizados e Interiorizados

Neste estudo, iremos caracterizar as expressões comportamentais da criança de acordo com a definição apresentada por autores como Achenbach (1991), subdividindo-as em comportamentos exteriorizados e interiorizados.

Desta forma, o termo comportamentos exteriorizados integra, de acordo com vários autores, manifestações de comportamentos agidos, disruptivos, desafiantes/de oposição e agressivos, birras e irritabilidade, hiperatividade, impulsividade e dificuldades de atenção (Wilmshurst, 2005; Frick & Kimonis, 2008).

Por sua vez, os comportamentos interiorizados remetem para expressões comportamentais associadas com a ansiedade, depressão, queixas somáticas, isolamento social, timidez e inibição, baixa autoestima, preocupações e medos (Wilmshurst, 2005; Ollendick, Shortt, & Sander) .

Passeremos, de seguida, à descrição de algumas destas expressões comportamentais, consideradas no nosso estudo.

3.1.1. Frustração

Rothbart, Ahadi, & Evans (2000) defendem que a frustração tem a sua origem em situações nas quais a criança é impedida de atingir os seus objetivos. atendendo ao caráter normativo da intolerância à frustração em crianças com 2-3 anos de idade (Marcelli, 2005), autores como Golnick et al. (1996, citado por Stansbury & Sigman, 2000) salientam que as respostas das crianças em idade pré-escolar à frustração podem apresentar-se sob a forma de comportamentos de reconforto, comportamentos instrumentais – que procuram eliminar a fonte

da frustração-, distração – deslocar a atenção em algo fora da fonte de frustração-ou de reavaliação cognitiva. Ademais, autores como Britt & Janus (1940) afirmam a existência de várias reações possíveis face a situações de frustração, sendo elas a agressividade, o isolamento, a regressão, a resistência, a zanga e sentimentos de culpabilidade ou vergonha.

Sublinhamos ainda que acordo com Gueniche (2005), a frustração poder ser considerada uma manifestação secundária da agressividade, ou seja, que podem surgir comportamentos de agressividade somo consequência da intolerância à frustração.

3.1.2. Impulsividade

A impulsividade pode ser definida como uma predisposição para reações rápidas e não planejadas, perante estímulos internos ou externos, independentemente das consequências negativas das mesmas para o próprio indivíduo e para os outros. Patton et al. (1995 citado por Whiteside & Lynam, 2001), sugerem que a impulsividade consiste em três fatores comportamentais distintos, sendo eles a *impulsividade cognitiva* (incapacidade em focar a atenção ou em concentrar-se), *impulsividade motora* (agir sem pensar) e a *impulsividade de não-planeamento* (relacionada com a falta antecipação/previsão/premeditação).Por outro lado, Whiteside & Lynam (2001) defendem, no seu modelo, conceptualizam a impulsividade subdividindo-a em falta de premeditação, descrita como a dificuldade em pensar e refletir sobre as consequências de um ato, falta de perseverança, ou seja, incapacidade de permanecer focado em uma tarefa, e procura de sensações – tendência para experimentar e apreciar atividades perigosas.

Agregada à dificuldade ou ausência da capacidade de mentalização encontra-se, geralmente, uma carência no controlo da impulsividade e a consequente exteriorização do comportamento não pensado, e por isso agido (acting out), muitas das vezes também repleto de agressividade, que distanciando-se da resolução do conflito psíquico procura, através da motricidade, fazer

frente ao desassossego emocional (Matos, 2005 citado por Moutinho, 2012; Almeida, et al., 2005).

Refletindo, o comportamento é considerado o espelho motor de tudo o que se passa no mundo interior da criança, devendo este ser entendido como uma forma particular de exteriorização (Stretch 2001; Matos, 2005 citados por Moutinho, 2012).

3.1.3. Expressão agressiva

A agressividade/expressão agressiva consiste em comportamentos verbais ou físicos que prejudicam ou procuram prejudicar o outro (APA, 1994 citado por Liu, 2004) ou o próprio (Ferris & Grisso, 1996 citado por Liu 2004). Shaw (2000 citado por Reebye, 2005) descreve o comportamento agressivo em idades precoces como um ato dirigido a outra pessoa ou objeto específico com a intenção de ferir ou assustar. Por sua vez, Marcelli (2005, pp 245-261) refere que na faixa etária dos 2-3 anos de idade é comum a criança atacar, arranhar, arrancar os cabelos e morder, passando a expressar verbalmente a sua agressividade por volta dos 4 anos de idade. Dodge, Coie, & Lynam (2006) referem que durante o período de idade pré-escolar verifica-se uma diminuição dos comportamentos agressivos coincidente com o aumento da agressividade verbal (através de insultos, chamar nomes etc.).

3.1.4. Instabilidade

Neste campo, salientamos apenas o facto de a instabilidade, descrita por comportamentos de incapacidade/dificuldade na contenção motora e distratibilidade e considerada normativa numa criança aproximadamente entre os 2-3 anos de idade, pode ser uma resposta a um estado ansioso da criança ou uma defesa face a angústias depressivas ou de abandono (Marcelli, 2005).

3.1.5. Comportamentos de oposição/desafio

Os comportamentos de oposição/desafio surgem como resistência face ao indicado pelo adulto, resistências essas que podem ocorrer de forma passiva, quando uma ordem/pedido/regra

é ignorada, ou de forma ativa, através da recusa direta de uma ordem/pedido/regra (Matthys & Lochman, 2010).

3.1.6. Depressão Infantil

A depressão infantil, considerada por alguns autores como Spitz (1948) e Bowlby (1969) (citado por Gueniche, 2005) por uma reação afetiva face à perda ou separação do objeto de amor, abrange uma heterogeneidade de sintomas junto da criança, podendo revelar-se, segundo os autores Marcelli (2005), Gueniche (2005) por: tristeza; perturbações do comportamento acentuadas; momentos de agitação frequentemente alternados com momentos de inércia ou quase de retirada; instabilidade e manifestações agressivas; inibição e lentificação psicomotora, marcadas pela lentidão, uma postura virada para dentro, um rosto pouco expressivo, móvel e sorridente; atitudes de introversão, desinteresse, passividade, submissão e/ou indiferente; isolamento; busca afetiva paradoxal, que associa a procura de prazer e o desejo de reconforto junto do adulto com a dificuldade em aceitar o seu testemunho de afeto; comportamentos auto-destrutivos; distratibilidade e perturbações somáticas inscritas na dificuldade em dormir, sonolência diurna, enurese entre outras.

3.1.7. Autoestima e autoconfiança

O sentimento de valor próprio tem é apreendido desde a infância, sendo um produto das interações sociais, do sentimento de aprovação, das palavras de encorajamento, dos estímulos positivos e da apreciação que a criança recebe dos seus pais e da sua família (Costa, 2011). Os sentimentos de baixa autoestima podem exprimir-se através de propósitos como “não sou bom a fazer nada”. e os sentimentos de desvalorização surgem, muitas das vezes, através de expressões como “os meus pais não gostam de mim”, “sou mau”, “não sei, não consigo” (Marceli, 2005).

Por outro lado, as fragilidades narcísicas podem expressar-se diretamente através de comportamentos/sentimentos de autodesvalorização e depreciação ou camuflar-se através de comportamentos autoritários, omnipotentes e de desprezo pelos demais (Almeida, et al., 2005).

3.2. Competências Relacionais

O conceito de competência social aparece frequentemente associado a constructos como o de habilidades sociais, comunicação social e comunicação interpessoal (Semrud-Clikeman, 2007), pressupondo que as habilidades sociais são comportamentos repetidos orientados por objetivos (Spitzberg, 2003 citado por Semrud-Clikeman, 2007), e que a interação social presupõe que o objetivo possa ser realizado através da interação com outra pessoa, utilizando a linguagem verbal e não-verbal (Semrud-Clikeman, 2007).

De acordo com a autora Semrud-Clikeman (2007), um dos elementos importantes que parece facilitar as competências sociais é a linguagem e a capacidade de desenvolver uma conversa. Por outro lado, Joseph e Tager-Flusberg (2004 citado por Semrud-Clikeman 2007) observou que as dificuldades na interpretação das expressões faciais, gestos e da prosódia da voz (*social perceptual skills*) estão relacionadas com a reciprocidade social.

As competências sociais estão em constante interação com as competências emocionais, levando a que as interações sociais sejam muitas das vezes definidas como a capacidade de comunicar com componentes emocionais subjacentes (Halberstadt et al.,2001 citado por Semrud-Clikeman 2007).

As crianças em idade pré-escolar necessitam de aprender como relacionar-se com os outros e isso requer capacidade de resolução de conflitos, assertividade, capacidade de partilha e regulação emocional (Semrud-Clikeman 2007). Denham et al. (2004 citado por Semrud-Clikeman 2007) sugere que, em crianças de idade pré-escolar, o primeiro passo para o desenvolvimento das competências sociais é o reconhecimento da emoção experienciada e o reconhecimento de como os outros lhe respondem face à mesma. A regulação das emoções

assume um caráter importante nas relações sociais dado que a criança não necessita apenas de reconhecer qual a melhor ação a realizar, mas também de conseguir modular as suas emoções de forma a conseguir executá-la (Semrud-Clikeman, 2007).

Para finalizar, importa referir também que, de acordo com Lopes et al. (2006), as competências sociais podem ser consideradas como a capacidade de estabelecer relações interpessoais e de desenvolver interações positivas através de estilos de comunicação adequados, da empatia, do respeito pelas regras sociais e pelos outros, da iniciativa e assertividade, da cooperação e entreajuda, da partilha, da capacidade de argumentação, negociação e cedência, da resolução de conflitos entre outros.

Parte II: Estudo Empírico

4. Metodologia

A metodologia de investigação de estudo de caso baseia-se no estudo de um fenómeno com características individuais ou múltiplas, utilizando várias fontes de evidências (Noor, 2008). Apesar de ter vindo a ser criticada por alguns membros da comunidade científica, por não cumprir a premissa da generalização, esta torna-se útil quando há necessidade de refletir ou entender, de forma aprofundada, um determinado problema ou situação ou quando são identificados casos ricos em informação, permitindo ao investigador adquirir uma visão holística sobre um determinado fenómeno ou série de eventos e efetuar generalizações dos resultados encontrados se forem utilizados múltiplos estudos de caso (Noor, 2008).

O presente estudo desenvolver-se-á de acordo com a metodologia de estudos de caso múltiplos.

4.1. Questões de Investigação

Considerando, por um lado, as características comportamentais e relacionais frequentemente observadas nas crianças vítimas de negligência e/ou de abuso físico e emocional (descritas anteriormente ao longo do ponto 1.3.) e, por outro, as particularidades da intervenção em psicomotricidade (descrita no ponto 2.) surge a seguinte questão de investigação:

Será que uma intervenção em Psicomotricidade, junto de crianças institucionalizadas em idade pré-escolar vítimas de maus-tratos, tem impacto nos comportamentos exteriorizados e interiorizados e nas relações interpessoais?

4.2. Objetivos do Estudo

Atendendo à questão elaborada, o presente estudo tem como objetivos:

- 1- Compreender o papel da intervenção em psicomotricidade de base relacional ao nível das aptidões sociais e das competências relacionais (na interação com o terapeuta);
- 2- Compreender o papel da intervenção em psicomotricidade de base relacional nas manifestações de comportamentos exteriorizados e interiorizados, nomeadamente nos domínios da reação à frustração, impulsividade, expressão agressiva, comportamentos de oposição/desafio e comportamentos de desvalorização;
- 3- Compreender a relevância de uma intervenção em psicomotricidade de base relacional em contexto de institucionalização, junto de crianças vítima de maus-tratos;

4.3. Participantes

Os participantes para o estudo foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Estar sob medida de proteção de menores em regime de institucionalização;
- Ter idade pré-escolar, ou seja, entre os 3 e os 6 anos de idade. Esclarecemos que apesar da maior percentagem da população institucionalizada em Portugal se situar na faixa da adolescência, entre os 12 e os 20 anos de idade (ver ponto 1.4.2.), a decisão de desenvolver este estudo em crianças de idade pré-escolar prendeu-se com o facto de existir evidência científica que, por um lado, identifica a existência de um histórico precoce de expressões comportamentais desajustadas, em pré-adolescentes com perturbações disruptivas do comportamento (Moffitt, 1990 citado por Campbell, 1995); e, por outro, comprova a eficácia na prevenção e resolução dos problemas de saúde mental aquando a intervenção precoce nos problemas da criança pequena (Santos, 2015).

- A origem da institucionalização estar relacionada com situações de abuso físico e/ ou emocional e/ou situações de negligência, com ausência de situações de abuso sexual;
- Não frequentarem sessões de psicomotricidade, podendo, no entanto, frequentar outra prática terapêutica;

- Não possuir histórico médico de perturbações de saúde orgânicas/biológicas.
- Não foi considerado como fator de exclusão ou inclusão a presença de um diagnóstico em saúde mental infantil; Este critério foi assim ponderado devido ao facto de muitas crianças e adolescentes evidenciarem dificuldades transitórias no seu desenvolvimento, que podem ser entendidas como turbulências no seu percurso, sem que estejam presentes os critérios de diagnóstico requeridos para uma perturbação mental (Sampaio, 2015), não devendo, no entanto, ser desvalorizada a intervenção junto das mesmas.

Depois de definidos os critérios de inclusão e exclusão pretendidos para os participantes, procedeu-se ao levantamento e contacto de instituições de acolhimento com crianças que cumprissem, em primeira instância, o critério relativo à faixa etária. Após o contacto com as instituições e depois de ter sido dado o seu aval relativamente à colaboração neste estudo, foram selecionadas, pelas mesmas, as crianças que cumpriam os restantes critérios de inclusão definidos.

Após essa seleção, foi entregue ao responsável legal da criança o consentimento informado (ver em anexo I) através do qual obteve conhecimento dos objetivos do estudo e deu a sua autorização para que a criança participasse no mesmo.

Obtivemos, assim, a seguinte população-alvo:

Tabela 3
Dados de identificação dos participantes

| Nome | Idade (anos) | Período de Institucionalização (em anos e meses) | Tipologia dos Maus tratos infantis |
|-------------|---------------------|---|---|
| Niara | 4 | 2 anos e 8 meses | Negligência parental |
| Carolina | 4 | 6 meses | Negligência parental |
| Salvador | 3 | 1ano e 3 meses | Negligência parental |
| Alice | 6 | 6 meses | Negligência parental |
| João | 5 | 3 anos e 6 meses | Negligência parental, exposição a violência doméstica |

Nota: Tendo em vista o respeito pelo direito à confidencialidade dos dados, os nomes das crianças apresentados na tabela não correspondem aos reais.

4.4. Instrumentos de Avaliação

Respeitando as diretrizes sugeridas anteriormente no ponto 2.3.1. para a avaliação da criança, decidimos desenvolver vários momentos de avaliação compostos por instrumentos de caráter formal, dos quais fazem parte os testes padronizados, e de caráter informal, onde se inserem a recolha de dados anamnésicos e a observação psicomotora da criança.

4.4.1. Avaliação Formal

Considerando os objetivos a que este estudo se propõe procurámos instrumentos de avaliação padronizados e validados para a população portuguesa, adequados à faixa etária dos participantes e que fossem ao encontro dos parâmetros pretendidos. Concluímos que as PKBSpt (Gomes & Pereira, 2014) seriam a melhor alternativa dado que, para além de nos permitirem uma avaliação das aptidões sociais e dos problemas do comportamento na idade pré-escolar, oferecem-nos a possibilidade de aplicação ao cuidador de referência (da instituição) e ao educador (do pré-escolar) da criança.

4.4.1.1. PKBSpt

As Escalas Comportamentais para Crianças em Idade Pré-Escolar (PKBSpt), resultam da tradução e adaptação do *Preschool and Kindergarten Behavior Scale – PKBS-2*, 2^a Edição (Merrell, 2002), para a língua portuguesa por Gomes, Pereira e Merrell (2009 citado por Gomes & Pereira, 2014). Estas permitem avaliar os problemas de comportamento e as aptidões sociais e emocionais de crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos (Gomes & Pereira, 2014).

São constituídas por 67 itens, avaliados por uma escala de likert, com quatro níveis de resposta, que variam entre 0 (nunca) e 3 (muitas vezes). O número total de itens encontra-se

dividido em duas subescalas: a Escala de Aptidões Sociais (EAS), com 29 itens, e a Escala dos Problemas de Comportamento (EPC), com 38 itens.

A EAS comporta as dimensões da Cooperação Social (A1), Interação Social (A2) e Autonomia Social (A3). Por sua vez, a EPC divide-se na subescala dos Comportamentos Exteriorizados (ECP'E), na qual se inserem as dimensões de Autocentrado/Explosivo (B1), Problemas de Atenção/Atividade Excessiva (B2) e Antissocial/Agressivo (B3), e na subescala dos Comportamentos Interiorizados (EPC'I), composta pelas dimensões Evitamento Social (B4) e Ansiedade/ Problemas Somáticos (B5) (Gomes & Pereira, 2014).

A análise dos resultados obtidos pode estar, na EAS, de acordo com o nível de avaliação Elevado (não preocupante), Moderado (padrão esperado para a idade) e Baixo (valor preocupante) (Gomes & Pereira, 2014). Por ordem inversa, a EPC obtém níveis de avaliação Baixo (não preocupante), Moderado (padrão esperado para a idade) e Elevado (valor preocupante) (Gomes & Pereira, 2014).

Esta escala conta também com uma análise percentílica por género.

Importa salientar que, numa primeira fase, após a escolha do instrumento de avaliação, foi estabelecido contacto com a Dra. Rosa Maria Gomes, uma das autoras da sua tradução para a língua portuguesa, com o intuito de partilhar os objetivos desde estudo e de obter o seu consentimento relativamente à utilização desta escala como instrumento de avaliação integrante do mesmo.

As PKBSpt foram aplicadas aos cuidadores de referência e aos educadores de infância das crianças, num momento inicial e final da intervenção, tendo sido exposta a importância do seu preenchimento pelos mesmos intervenientes em ambos os momentos.

Acrescentamos também que, como forma de avaliar qualitativamente a evolução da criança através dos itens das PKBSpt, foi elaborada uma tabela que permite observar as variações, por

itens, entre as respostas iniciais e finais dos cuidadores de referência e educadores de infância (ver exemplo em anexo II).

4.4.2. Avaliação Informal

Pretendendo instrumentos que permitam, por um lado, uma compreensão global da história de vida da criança e, por outro, a observação quer da sua personalidade psicomotora e, mais concretamente, de domínios como as relações interpessoais, o cumprimento de normas, a tolerância à frustração, a impulsividade, a expressão agressiva, os comportamentos de oposição/desafio e os sentimentos de desvalorização, quer da sua progressão terapêutica, considerámos os seguintes instrumentos de avaliação informal:

4.4.2.1. Dados anamnésicos

Num momento de pré-intervenção foram recolhidos junto dos gestores de caso das crianças os dados anamnésicos disponíveis sobre as mesmas. Assim, procurou-se recolher dados que nos permitissem aceder a informações relativas ao nascimento, ao desenvolvimento, ao historial clínico e educacional, às dinâmicas das relações familiares num período pré e pós institucionalização, aos motivos que conduziram à institucionalização, ao seu percurso/história de institucionalização, ao projeto de vida da criança e à forma de como ela é descrita pelos cuidadores e gestor de caso (tendo em consideração os domínios do desenvolvimento global, comportamental, afetivo-emocional, social e cognitivo).

4.4.2.2. GOP

A Grelha para a Observação Psicomotora (GOP) (ver anexo III), foi elabora propositadamente para este estudo com base na *Grelha de Observação Psicomotora* de Costa (2008), no *Guião de Observação do Psicomotricista* de Rodríguez & Llinares (2008) e na *Grelha de Observação do Comportamento* desenvolvida no Núcleo de Estágio de

Psicomotricidade em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, adaptada por Marques, J, Gonçalves, P. e Martins, R. sob orientação de Martins, R (2011).

É constituída por dez domínios, sendo eles a apresentação, relação com o terapeuta, relação com o meio envolvente, jogo/atividade espontânea, aspectos psicomotores, funções executivas, comportamentos exteriorizados e interiorizados, linguagem não-verbal e linguagem verbal, cada um com subdomínios agregados.

Destina-se ao registo qualitativo de critérios de presença, ausência e frequência de comportamentos, observáveis aquando os momentos de intervenção, permitindo uma comparação dos mesmos nas várias etapas/ períodos da progressão terapêutica. É um instrumento aplicado de acordo com o critério do observador, pelo que deve ser utilizado apenas quando se pretende aferir a evolução comportamental do individuo. Não exige material específico de aplicação e pode ser aplicada em qualquer faixa etária, junto da população para a qual foi construída.

Apesar de se proceder ao preenchimento completo da GOP, sendo a sua informação inserida na totalidade nas progressões terapêuticas de cada criança, para uma análise mais focada nos objetivos deste estudo em concreto, irmos incidir de forma mais discriminada a nossa atenção nos domínios abaixo apresentados:

Tabela 4

Domínios da GOP considerados para uma análise focada nos objetivos do estudo

| Comportamentos Exteriorizados E Interiorizados | | |
|---|--|--|
| | Autorregulação perante situações de frustração | |
| Tolerância à Frustração | Baixa tolerância à Frustração | Abandono/substituição Comportamentos agressivos Isolamento/evitamento Outro |
| | | Comportamentos agidos |
| Impulsividade | | Reatividade Emocional Impulsividade Cognitiva |
| Agressividade | Física | Dirigida ao outro Dirigida aos objetos |
| | Verbal | Dirigida ao outro |
| Oposição | | Oposição/desafio Omnipotência |
| Comportamentos de Incapacidade e Desvalorização | | Verbaliza/Não verbaliza sentimentos de incapacidade e/ou desvalorização |

| Relação com o Terapeuta | |
|--------------------------------|---|
| | Cooperação/Desafio/Oposição |
| | Dependência/autonomia |
| | Inibida/Desinibida |
| | Passividade/aceitação/controlo |
| Tipo de Relação | Indiferença/Evitamento/Resistência |
| | Reconhece/Não reconhece as diferenças hierárquicas |
| | Agressividade/Afetuosa |
| | Competitividade/Necessidade de valorização |
| | Postura de sedução/Omnipotência |
| | Aceita/não aceita/ignora as sugestões do terapeuta |
| | Toma/Não toma iniciativa no estabelecimento da interação |
| Interação | Procura o terapeuta apenas para satisfazer as suas necessidades/atingir objetivos |
| | Permanece/evita/recusa/faz resistência na interação com o terapeuta |
| | Solicita a ajuda do terapeuta quando necessário |
| | Revela empatia |

A GOP foi preenchida pelo terapeuta no decorrer das quatro primeiras e últimas sessões.

4.4.2.3. POCC

Com base nos objetivos do estudo em desenvolvimento e tendo em conta as variáveis integradas no instrumento de avaliação quantitativo utilizado, as PKBSpt, considerámos relevante, para um estudo mais aprofundado da criança, a elaboração e posterior aplicação de um Protocolo de Observação dos Comportamentos da Criança (POCC) (ver anexo IV).

Inicialmente, o POCC foi elaborado a partir de uma revisão da literatura aprofundada acerca dos problemas do comportamento exteriorizados e interiorizados e dos domínios da linguagem não-verbal implícitos nas relações interpessoais e ainda pela introdução adaptada de itens presentes na PKBSp. Contudo, após três aplicações piloto surgiu necessidade de alterar alguns dos subdomínios e parâmetros de observação do POOC e de eliminar o domínio das relações interpessoais, dado que nos confrontámos com a impossibilidade de filmar a interação da criança com a nitidez necessária para observar de forma exata as manifestações não-verbais consideradas nos momentos de relação.

Assim, o objetivo do POOC ficou limitado à observação em ambiente terapêutico e de forma sistemática, baseada na frequência do evento, de parâmetros implícitos nos problemas do comportamento exteriorizados e interiorizados, como a frustração, expressão agressiva, oposição/desafio, impulsividade, agitação psicomotora e comportamentos de desvalorização, de acordo com as seguintes categorias descritas:

1. Frustração:

1.1. Autorregulação face a situações de frustração (F1): quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança manifesta um padrão adequado de reação face à frustração, expressando a sua opinião assertivamente, negociando as regras, procurando soluções alternativas, demonstrando capacidade de resolução de problemas, entre outros similares.

1.2. Baixa tolerância à frustração com abandono/substituição da atividade (F2): quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança abandona a atividade em desenvolvimento ou objeto pretendido, podendo ou não substitui-la/o por outro.

1.3. Baixa tolerância à frustração com comportamentos agressivos (F3): quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança manifesta

comportamentos agressivos/expressão agressiva (parte coisa, manda objetos para o chão, chama nomes ao outro entre outros similares).

1.4. Baixa tolerância à frustração com isolamento/evitamento de contacto (F4): quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança isola-se, evita o contacto com o terapeuta.

1.5. Baixa tolerância à frustração com outro (F5): quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança manifesta outro tipo de comportamentos diferentes dos assinalados anteriormente.

1.6. Inobservável (F6): assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparametros.

1.7. Não Manifestado (NM) (F7): não foram manifestadas/visualizadas nenhuma das situações descritas por inexistência de contexto/situações que pudessem conduzir à expressão das mesmas.

2. Expressão Agressiva:

2.1. Expressão física da agressividade dirigida ao outro (EA1): quando a criança agride o outro fisicamente, dando-lhe pontapés, socos, arranhando-o e/ou outros similares.

2.2. Expressão física da agressividade dirigida aos objetos (EA2): quando a criança parte, chuta ou arremessa objetos aquando um momento de expressão agressiva.

2.3. Expressão verbal da agressividade (EA3): quando a criança expressão a sua agressividade insultando o outro (“és feia”, “és uma burra parva”) ou dizendo-lhe “não gosto de ti”, “não venho mais ter contigo”, “não te quero ver mais”, ou similares.

2.4. Inobservável (EA4): assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

2.5. Não Manifestado (NM) (EA5): não foram manifestadas nenhuma das situações descritas.

3. Oposição/desafio:

3.1. Manifesta comportamentos de oposição/desafio (OD1): quando em interação com o adulto, são observáveis comportamentos de oposição face ao mesmo, nos quais a criança não aceita o que este lhe sugere, sendo evidentes expressões verbais como “não faço” ou “não quero fazer” e comportamentos como o virar as costas ou o ignorar o que lhe é solicitado.

3.2. Não manifesta comportamentos de oposição/desafio (OD2): quando, em interação com o adulto, são observáveis comportamentos de cooperação/colaboração face ao mesmo, nos quais a criança aceita com mais ou menos agrado o que lhe é solicitado ou, não aceitando, procura chegar a um equilíbrio de ideias.

3.3. Inobservável (OD3): assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

4. Impulsividade:

4.1. Age impulsivamente sem pensar (I1): quando a criança interrompe o outro, não consegue esperar pela sua vez ou manifesta gestos ou atitudes impulsivas que são agidas e não pensadas (por exemplo, evidencia comportamentos agidos, resposta motora não planeada entre outros).

4.2. Não age de forma impulsiva (I2): quando a criança é capaz, perante situações que o exijam, de responder a uma situação de stress de forma planeada e adequada, de esperar pela sua vez, de reproduzir uma resposta motora planeada e consistente entre outras.

4.3. Inobservável (I3): assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara, ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

4.4. Não Manifestado (NM) (I4): não foram manifestadas/visualizadas nenhuma das situações descritas por inexistência de contexto/situações que pudessem conduzir à expressão das mesmas.

5. Comportamentos de Desvalorização:

5.1. Sentimentos de incapacidade verbalizados (CD1): quando a criança diz de imediato que não consegue fazer algo, mesmo antes de tentar ou quando depois de tentar fazer uma coisa e não obter sucesso à primeira, diz de imediato que não consegue ou sabe fazer.

5.2. Sentimentos de desvalorização verbalizados (CD2): quando a criança desvaloriza algo que fez ou a sua própria aparência ou características. Por exemplo, diz “o teu desenho é melhor que o meu”, “não sou boa a fazer as coisas” entre outras similares.

5.3. Inobservável (CD3): assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

5.4. Não Manifestado (NM) (CD4): não foram manifestadas/visualizadas nenhuma das situações descritas por inexistência de contexto/situações que pudessem conduzir à expressão das mesmas.

Para proceder à sua aplicação, foi necessário filmar os 45 minutos de cada sessão de forma interrupta. Posteriormente, foram registados de acordo com a “tabela de registo” (ver anexo V), os comportamentos observados em cada vídeo, de acordo com a frequência em que ocorrerão nos seguintes intervalos de tempo (em minutos): 00-03; 10-13; 20-23; 30-33; 40-43

e, sempre que o tempo de sessão excede o tempo previsto, 50-53. O registo elaborado em cada intervalo de tempo, foi efetuado com paragens de 15 em 15 segundos.

Foram observados apenas os vídeos correspondentes aos intervalos de sessões 1-4; 7-10; 14-17; 21- 24 e 28-31, representativos das várias fases de intervenção.

O preenchimento da tabela foi efetuado através do programa *observideo*. Por fim, procedeu-se à análise dos dados recolhidos.

4.4.2.4. Relatórios de sessão

Os relatórios de sessão (ver exemplo em anexo V), preenchidos no final de cada uma das sessões desenvolvidas, tem como objetivo fazer uma descrição e reflexão do que aconteceu no decorrer da mesma, permitindo-nos, posteriormente, traçar a progressão terapêutica da criança.

4.5. Procedimentos

Após o contacto inicial com as instituições e a definição dos participantes do estudo, procedeu-se, num momento de pré-intervenção, à recolha dos dados anamnésicos e outras informações gerais disponíveis sobre as crianças e foram entregues, aos respetivos cuidadores de referência e educadores de infância, as Escalas de Comportamentos para as Crianças em Idade Pré-Escolar (PKBSpt) e preenchidas no decorrer das primeiras quatro sessões de intervenção/observação, pelo próprio terapeuta, a Grelha para a Observação Psicomotora (GOP).

Posteriormente, com base nos dados recolhidos pela PKBSpt e pela GOP, foram traçados projetos terapêuticos baseados nas características individuais de cada criança, bem como um guia de intervenção geral, procurando englobar as necessidades do grupo.

As intervenções em Psicomotricidade Relacional, de caráter individual, foram desenvolvidas nas instalações das duas instituições colaborantes no estudo, com uma frequência bi-semanal e uma duração de aproximadamente 45 minutos.

Ao longo das sessões procedeu-se à recolha audiovisual de todos os momentos de interação entre o terapeuta e a criança, podendo haver alguns não disponíveis devido a avarias nos equipamentos ou similares, bem como à realização de relatórios de registo de sessão.

Novamente, nas ultimas quatro sessões de intervenção, a GOP voltou a ser preenchida pelo terapeuta.

Da mesma forma, aquando o término da intervenção, foi novamente solicitado o preenchimento da PKBSpt aos respetivos cuidadores de referência e educadores de infância. Importa salientar que, no preenchimento da PKBSpt, como forma de controlar a subjetividade das respostas, foi solicitado que, sempre que possível, estas fossem preenchidas pelo mesmo individuo que terá preenchido a anterior.

Foi efetuado o tratamento dos ficheiros audiovisuais recolhidos através da aplicação *Observideo* e com base no Protocolo de Observação dos Comportamentos da Criança (POCC).

Após a recolha e tratamento dos dados provenientes da PKBSpt, da GOP, da POCC e da análise da progressão terapêutica, elaborada com base nos registos de observação, procedeu-se à análise integrativa dos resultados dos mesmos.

4.6. Intervenção

Tendo em consideração tudo o que foi anteriormente desenvolvido acerca da prática psicomotora, decidimos desenvolver esta nossa intervenção com base na prática discrita anteriormente no ponto 2.3..

4.6.1. Características e contextos

As sessões desenvolvidas tiveram um caráter individual, pois dadas as características das crianças e da sua faixa etária, refletimos que este tipo de intervenção seria mais adequado para o trabalho terapêutico a desenvolver no sentido de se poder promover a descoberta da

sensorialidade, a edificação da identidade corporal, o interesse pela relação com o outro e um lugar de expressão e contenção de angústias e conflitos internos.

As sessões tiveram uma frequência bissemanal, tendo uma duração aproximada de 45 minutos.

Apesar de, para este estudo, ter sido prevista inicialmente uma duração de aproximadamente 5 meses, correspondentes à realização de um total de 35 sessões, verificaram-se algumas discrepâncias relativamente à ideia inicial. A tabela que se segue ilustra o número de sessões desenvolvida junto de cada participante:

Tabela 5
Total de sessões desenvolvidas por cada participante

| Nome | Número de sessões desenvolvidas |
|-------------|--|
| Niara | 33 |
| Carolina | 32 |
| Salvador | 22 |
| Alice | 31 |
| João | 23 |

As sessões decorreram, embora não de forma premeditada, em dois ambientes terapêuticos com algumas diferenças entre si. O ambiente terapêutico A situava-se numa sala com porta, com janelas de vidro para o jardim, contrariamente ao ambiente terapêutico B que se encontrava numa sala aberta, sem porta, numa zona de passagem comum.

Relativamente aos materiais, ambos os espaços tinham cordas, bolas de vários tamanhos, túnel, esparguetes, espelho, material de desenho, brinquedos alusivos ao faz-de-conta, legos, rádio, colchões de vários tamanhos, mantas e lençóis de vários tamanhos e texturas, instrumentos musicais, materiais de modelagem, carros, livros e puzzles, embora apenas o ambiente A tivesse piscina de bolas e outro tipo de esponjas grandes.

Não obstante, procurou-se, tal como referido no ponto 2.3.2.2., criar um ambiente terapêutico securizante, estimulador, atrativo e promotor da expressão espontânea, da iniciativa e criatividade da criança.

4.6.2. Linhas orientadoras da intervenção

Tendo em conta as características desta população, da prática terapêutica a que nos propomos, os objetivos deste estudo e presando a heterogeneidade dos participantes e a individualidade de cada criança e das suas necessidades, pareceu-nos redutor elaborar um plano de intervenção universal. Contudo, optámos por traçar, de forma geral, algumas linhas orientadoras da intervenção atendendo às características potencialmente presentes nesta população, sendo elas:

1. Potenciar a consciencialização/ emergência/ consolidação/ experimentação da imagem corporal e da identidade corporal, permitindo à criança experienciar os vários objetos e as suas potencialidades de ação e simultaneamente desenvolver a sua sensorialidade em relação com o terapeuta;
2. Potenciar a autoestima e a autoconfiança, desenvolvendo a segurança e a confiança necessárias para a exploração do meio envolvente, levando a criança a experimentar/explorar os objetos sem receio de o fazer, valorizando as suas descobertas, promovendo um conceito positivo de si e fomentando as competências criativas e estimulação de ideias;
3. Permitir a expressão das suas angústias e conflitos internos através do jogo e a experimentação de diferentes papéis e realidades;
4. Promover a autorregulação emocional, trabalhando a consciencialização e expressão dos sentimentos/ emoções, auxiliando na gestão das manifestações de comportamentos exteriorizados como a impulsividade, a agressividade e a baixa tolerância à frustração e de comportamentos interiorizados como a depressividade, ansiedade e o isolamento;

5. Promover competências relacionais, fomentando a descentralização e uma abertura à perspetiva do outro, a introdução de normas sociais, o respeito pelo espaço do outro e o desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas;
6. Auxiliar nos processos de mentalização, permitindo à criança pensar o agir;
7. Promover o desenvolvimento e consolidação dos vários fatores psicomotores.

4.6.3. Estrutura da sessão

Partindo da estrutura de sessão proposta por Costa (2008), as por nós realizadas terão a seguinte organização:

- 1- Ritual de Entrada: nesta fase, a criança entra na sala e descalça os sapatos, colocando-os no local previamente destinado ao efeito. Depois, sem pressa, senta-se no chão com o terapeuta, sendo sugerido que partilhe as novidades da semana, se existe algo que queira contar.
- 2- Registo de Ideias: neste momento a criança regista no quadro, através de palavras ou símbolos as ideias que quer fazer na sessão. Por vezes, as crianças ainda não conseguem realizar esta planificação que exige capacidade de previsão e antecipação. Assim, nestas situações, a criança apenas explorará o espaço e há medida que se for interessando por determinado(s) objeto(s), o psicomotricista auxiliará na criação de situações de jogos ou vivências, sejam elas de cariz sensório-motor ou simbólico. Nestas situações, proceder-se-á ao registo das atividades realizadas na sessão no final da mesma, para que sejam consciencializadas todas as coisas elaboradas no decorrer da mesma, procurando promover, na criança, um sentido de escolha e organização no tempo.
- 3- Realização das Ideias Propostas: esta etapa destina-se, como o nome indica, à realização das ideias registadas na folha de papel. Em situações nas quais a criança ainda não está apta a planear a sessão, esta etapa ocorre em simultâneo com a primeira. É importante que se feche um ciclo de comunicação em cada uma das ideias e que estas tenham um princípio, um meio

e um fim. Depois de realizar cada ideia e antes de passar à seguinte, é, sempre que possível, solicitado à criança que arrume o material que utilizou na primeira.

4- Retorno à Calma: neste momento é proposto à criança que escolha um espaço na sala para descansar um pouco, permitindo o restabelecimento dos níveis normais de atividade. Nesta fase podem ser utilizadas como recurso técnicas de relaxação terapêutica e o toque terapêutico com ou sem recurso a mediadores (como bolas e tecidos).

5- Diálogo Final e Ritual de Saída: tal como referido pelo autor Costa (2008), nesta instância vamos consciencializar a criança das atividades realizadas, referindo quantas fizemos e como fizemos. Para terminar, calçamos os sapatos e despedimo-nos até para a próxima sessão.

4.6.4. Progressão terapêutica expetável

Tendo em conta as linhas orientadoras da intervenção consideradas, previmos que a progressão terapêutica possa ocorrer de acordo com as seguintes fases:

1. Após as quatro primeiras sessões destinadas à observação inicial e ao estabelecimento da relação terapêutica, espera-se que decorra uma fase marcada pela exploração sensoriomotora dos materiais e simultaneamente da sensorialidade, pela promoção da autoestima e autoconfiança, pela exploração da noção do corpo, dos seus limites e potencialidades de ação, e pela promoção da criatividade;
2. Numa segunda fase, prevê-se a utilização do jogo simbólico como meio de exploração das angústias e conflitos internos; a promoção de jogos com troca de papéis, que visem a expressão/afirmação do EU; a promoção da regulação emocional e comportamental e da gestão face a situações de frustração; o incentivo face ao respeito pelos rituais da sessão e a promoção da capacidade de planeamento (antecipação) das ideias a realizar no decorrer da sessão;

3. Numa terceira fase, espera-se a promoção de competências relacionais como a resolução de problemas, esperar pela sua vez, respeitar as regras; da capacidade de descentralização e abertura à perspetiva do outro; a emergência dos jogos de regras e a continuidade da promoção da regulação emocional e comportamental e da gestão face a situações de frustração. Esta terceira fase terminará com as quatro sessões de observação final.

Salientamos o facto de esta organização da progressão terapêutica ser uma projeção do esperado, alertando para a variabilidade que poderá ocorrer em cada um dos estudos de caso.

5. Apresentação dos Estudos de Caso

5.1. Estudo de Caso I: Niara

5.1.1. Dados anamnésicos

A informação anamnésica seguidamente apresentada foi recolhida a Fevereiro de 2016.

A Niara foi descrita pelos técnicos e prestadores de cuidados como sendo uma criança bem-disposta, brincalhona, autónoma, desportista e com muita imaginação, que adora brincar às princesas, maquilhar-se e cantar.

Nasceu a 25 de Novembro de 2011, tendo, à data da avaliação inicial, aproximadamente 4 anos e 2 meses.

Foi acolhida num Centro de Acolhimento Temporário (CAT) a Junho de 2012, com cerca de 6 meses e meio de idade, sob medida de promoção e proteção infantil na sequência de episódios de negligência parental, estando aquando o início da intervenção institucionalizada há cerca de 2 anos e 8 meses.

Em Fevereiro de 2016 o seu Projeto de Vida (PV) encontrava-se em processo jurídico, com possibilidade de uma decisão para adoção ou retorno à família biológica.

Não havendo dados disponíveis que nos permitissem uma construção anamnésica detalhada da criança e das suas relações com a família e o meio envolvente, num período anterior à institucionalização, destacamos apenas que a Niara é o elemento mais novo de uma fratria de 10 irmãos, todos eles igualmente institucionalizados até à data, com os quais a criança ainda não teve contacto.

A criança manteve contactos regulares com os pais biológicos, principalmente com a mãe, durante os quais foi possível de observar que o pai assumia uma postura de brincadeira, dinâmica e ativa com a criança, revelando uma personalidade mais emotiva, e a mãe uma atitude mais assertiva e estruturada, demonstrando preferência por jogos mais cognitivos/ de mesa.

Neste ano de 2016, foram criados laços com uma Família Amiga (FA) com a qual a criança tem passado os fins-de-semana e os períodos de interrupção escolar.

No que respeita ao historial clínico não foram referidas a presença de problemas de saúde ou do desenvolvimento.

Relativamente à sua história educativa, sabe-se que a Niara frequenta atualmente o jardim-de-infância (JI).

5.1.2. Avaliação inicial

Para efetuar a avaliação inicial da Niara foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4..

5.1.2.1. Avaliação informal

A observação psicomotora, para fins de avaliação inicial, decorreu ao longo das 4 primeiras sessões, que tiveram lugar nos dias 4, 6, 13 e 18 de Fevereiro de 2016.

Através da aplicação da GOP, foi possível de observar que a Niara era uma criança que apresentava um desenvolvimento estato-ponderal adequado para a sua faixa etária e uma imagem cuidada e investida.

Aquando o primeiro contacto com a terapeuta adotou uma postura desinibida, sendo evidente o seu desejo e procura pela interação, mantendo, ao longo destas sessões de observação, uma atitude de cooperação e de procura constante pelo contacto corporal/de contenção com a mesma.

Realizou uma exploração do espaço de forma espontânea e organizada. Revelou curiosidade e criatividade na exploração dos materiais trazidos para a sessão pela terapeuta, observando-se constância na sua utilização.

Foram observáveis momentos de exploração sensoriomotora dos materiais e das suas potencialidades de ação, por vezes, sem intenção de jogo ou significado simbólico aparente, apenas pelo prazer de exploração dos mesmos. Foi igualmente visível uma procura por jogos de fugir/ser apanhada, esconder/ser encontrada e de ideias que lhe permitissem vivenciar sensações vestibulares. Importa referir que nos jogos de esconder/ser encontrada foi notória a sua incapacidade de espera, o que poderá traduzir a presença de impulsividade, ansiedade, ou até medo de não ser encontrada, antecipando, assim, esse momento.

Por vezes, foram evidentes períodos de jogo a dois, pouco estruturados, que pareceram assumir uma vertente relacional/de promoção da interação com o terapeuta, permitindo à criança uma troca sintónica da ação, explorar o seu interesse pelos movimentos do outro, procurando imitá-lo, e permitir-se ser imitada pelo outro na sua ação.

A criança encontrou-se geralmente centrada nas suas próprias ideias e, embora aceitasse, por vezes, as sugestões da terapeuta face às mesmas, revelou um interesse diminuto pela experimentação das ideias da terapeuta.

A Niara demonstrou capacidade de atribuição de valor simbólico ao objeto. Foi observável a presença de jogo simbólico com temáticas relacionadas com a família (a existência/não existência da família) e com a experimentação de papéis agressor/vítima.

Evidenciou, quer em momentos de ação/relação, quer em momentos de transição, uma procura constante do contacto corporal com o chão, adotando inúmeras vezes uma postura horizontal.

Relativamente às condutas motoras de base, foi possível observar uma resposta ao estímulo motor inconsistente que por vezes aparentou ser adequada e, noutras, lentificada; imaturidade ao nível do planeamento motor e um gesto impulsivo/precipitado, inábil e aparentemente descoordenado, comprometendo, assim, a qualidade/eficácia da resposta motora.

Aparentou imaturidades ao nível da equilibração, da organização espaço-temporal, do reconhecimento da direita/esquerda em si, da pressão exercida no instrumento da escrita, condicionante da fluidez do traço, dificuldades iniciais na descontração voluntária do corpo e a presença de algumas reações tónico-emocionais como sorrisos e vocalizações/guinchos.

Evidenciou igualmente uma noção de cardinalidade, estruturação rítmica, noção do corpo e uma pega do instrumento de escrita adequadas.

A representação gráfica de si através do desenho do corpo revelou-se investida e adequada. Foram representados elementos como a cabeça, juntamente com os elementos pertencentes (olhos, boca, nariz e cabelo), o tronco bidimensional e os membros superiores e inferiores, unidimensionais, com a presença de um círculo nas extremidades distais superiores e inferiores.

Foi capaz de expressar verbalmente de forma adequada o seu desagrado perante determinada situação. No entanto, quando esta persistia ou a Niara era contrariada, observou-se uma reação de evitamento do contacto ocular com a terapeuta, procurando esconder-se ou afastar-se da mesma, atirando-se para o chão e tapando a cara e/ou os ouvidos, revelando, assim, baixa tolerância à frustração. Da mesma forma, foi notória a sua falta de persistência,

desistindo/abandonando determinada ideia depois de não a conseguir executar com sucesso, o que poderia ser normal se considerarmos que nas primeiras sessões a criança procura mostrar as suas qualidades, o que consegue fazer, e não as suas dificuldades.

Manifestou capacidade de focalizar a atenção, apresentando sinais de distratibilidade apenas perante a presença de estímulos externos. No geral, permaneceu nas atividades um período de tempo adequado à sua execução.

Apesar de ter cumprido sempre todos os rituais presentes na sessão, a criança começou gradualmente a evidenciar tentativas de prolongar o seu término, chegando a manifestar resistência face à saída da sala através de comportamentos como o afastar-se da terapeuta e do local de saída, deitar-se no chão e abandonar o peso do corpo e/ou permanecer imóvel.

Ao longo destas sessões, constatou-se a presença de uma linguagem não-verbal e uma linguagem verbal recetiva adequadas, contrariamente à linguagem verbal expressiva que, embora lhe permita expressar todas as suas ideias, observa-se, por vezes, imatura/abebezada e com dificuldades na organização psicolinguística do discurso.

Importa ainda registar que a Niara perguntou à terapeuta, várias vezes, se podia ser a primeira a vir para a sessão para sempre, parecendo haver uma necessidade de valorização e diferenciação em relação aos pares.

5.1.2.2. Avaliação formal

Ao analisar os dados posteriormente apresentados, importa ter em consideração que o Cuidador de Referência interage com a criança há cerca de 3 anos e o Educador de Infância há cerca de 4 meses.

Observando a Figura 1, abaixo apresentada, podemos constatar que a criança manifesta, em contexto CAT e de acordo com a análise baseada nos níveis de avaliação das PKBSpt, (descritos no ponto 4.4.1.1.), um nível elevado nos domínios da cooperação social (A1) e interação social (A2) e moderado no da autonomia social (A3), sendo que, de acordo com a

análise de percentil por género, todos os valores se encontram acima da média, não resultando, por isso, em fatores preocupantes.

Por sua vez, em contexto de jardim-de-infância (JI), a Niara revelou um nível moderado, com valores de percentil ligeiramente abaixo da média, na cooperação social (A1) e um nível elevado e moderado, com valores de percentil dentro da média, na interação social (A2) e autonomia social (A3) respetivamente (Figura 1).

No que concerne às dimensões dos comportamentos autocentrado/explosivo (B1) e problemas de atenção/atividade excessiva (B2), foram referidos, em ambos os contextos, níveis de avaliação elevados e, como tal, preocupantes. Relativamente aos fatores antissocial/agressivo (B3) e problemas de comportamento exteriorizados (PC'E), observaram-se níveis de avaliação elevados em contexto CAT e de níveis moderados em contexto de JI, embora situados num percentil acima da média.

Relativamente à dimensão do evitamento social (B4), registaram-se, em ambos os contextos, um nível de avaliação moderado, com valores de percentil por género ligeiramente acima da média apenas em contexto CAT.

Os resultados relativos às dimensões ansiedade/ problemas somáticos (B5) e problemas de comportamento interiorizados (PC'I) foram discrepantes nos diferentes contextos, tendo o cuidador de referência assinalado a presença de níveis elevados, com valores de percentil superiores à média, contrariamente ao educador de infância cujos níveis de avaliação assinalados foram moderados com valores de percentil dentro da média esperada para o género da criança.

Em suma, a Niara apresentou, em ambos os contextos, boas capacidades nas aptidões sociais e um nível de expressão elevado, e como tal, preocupante, nos comportamentos exteriorizados. Em contexto CAT, terá igualmente revelado um nível preocupante de comportamentos internalizados.

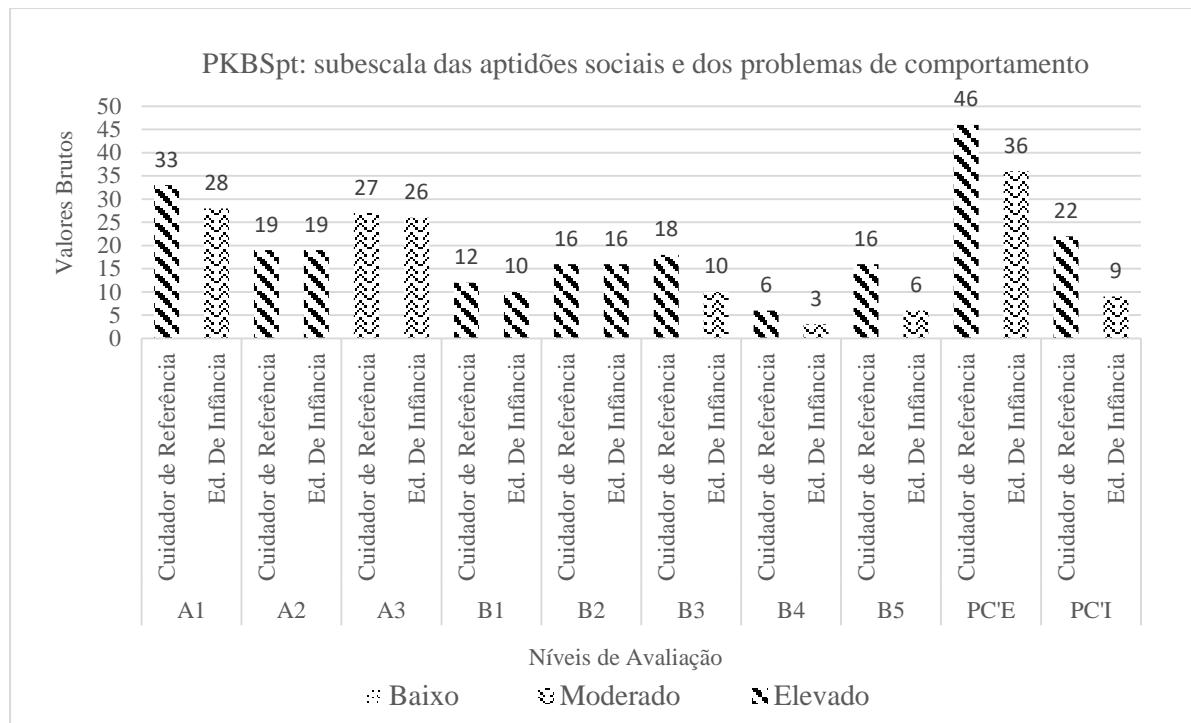


Figura 1. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais (EAS) e problemas do comportamento (EPC) das PKBSpt, recolhidos no momento de pré-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Niara. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.1.3. Projeto terapêutico

Considerando as características da criança, constituímos inicialmente como base para o seu projeto terapêutico as linhas orientadoras da intervenção descritas em 4.6.2.

5.1.4. Progressão terapêutica

A intervenção com a Niara teve início a 4 de Fevereiro e terminou a 18 de Junho de 2016, perfazendo um total de 33 sessões, de frequência bissemanal e carácter individual, cada uma com uma duração aproximada de 45 minutos.

Para este caso em concreto foram consideradas como primeira etapa de intervenção as sessões 1-8, segunda etapa as sessões 9-21 e como terceira etapa as sessões 22-33.

As primeiras sessões foram destinadas ao estabelecimento da relação terapêutica e à apresentação dos objetos e do espaço, enquanto espaço terapêutico.

Ao longo desta *primeira etapa* de intervenção, composta pelas 8 sessões iniciais, a Niara procurou ativamente uma exploração sensoriomotora dos objetos, sem intencionalidade ou significado simbólico aparente. Observou-se um desejo pela vivência de questões inerentes à sua sensorialidade e à expansão/alcance e movimentos do seu corpo no espaço – procurou ideias/sensações como ser rodada, cair, escorregar, dançar etc.-. e pela descoberta/experimentação das potencialidades de ação dos objetos na relação com o seu corpo, com o espaço e com a terapeuta.

Foi igualmente recorrente o seu interesse por jogos de fugir/ser apanhada – deitada no chão gatinhava para longe da terapeuta, esperando que esta a puxasse para junto de si -, de esconder/ser encontrada – onde, por vezes, o esconder resumia-se ao tapar dos olhos (eu não vejo o mundo, o mundo também não me vê, permitindo a reflexão sobre a sua permanência numa fase autocentrada, talvez ainda não preparada para imaginar o mundo no lugar do outro).

Estas vivências relacionadas aos de jogos de presença-ausência, dos quais fazem parte o esconder/ser encontrada e os jogos de perseguição (Aucouturier, 1992 citado por Rodríguez & Llinares, 2008), podem traduzir momentos de construção de identidade. Perante estes momentos, a terapeuta procurou assumir um papel de agente potencializador e de suporte na exploração, permitindo à criança explorar o meio com segurança, valorizando as suas capacidades, nutrindo a sua autoestima e autoconfiança, indo ao encontro das linhas orientadoras da intervenção consideradas.

Nesta etapa de intervenção, os jogos de faz-de-conta surgiram pontualmente tendo temáticas como a família, ligadas frequentemente à sua existência/inexistência, ao abandono/não abandono, e a experimentação dos papéis agressor/vítima. Foram desenvolvidas histórias como a da lagartinha que está sozinha porque os pais morreram comidos por uma baleia, mas que

não permite ser cuidada por outra pessoa (pois quando a terapeuta está prestes a assumir o papel de cuidador, os pais da lagartinha voltam a estar vivos, ou ela vai para casa dos avós ou da tia). Neste exemplo refletimos que talvez a Niara tenha recorrido ao jogo simbólico para expressar os seus sentimentos, os seus medos, as incertezas relativamente ao seu projeto de vida futuro e os conflitos internos que este sentimento lhe provoca. A criança explorou as várias possibilidades: ficar com os pais, mas se os pais não pudessem poderia ficar com a tia... apenas o estranho, um substituto do cuidador pareceu não ter lugar na sua experimentação. Neste sentido, a terapeuta, deixando a criança guiar a história, permitiu-lhe expressar as suas preocupações, vivenciando-as e experimentando-as, procurando dar-lhes um corpo, uma expressão.

Presenciamos também a lagartinha escondida que foi apanhada pelo lobo mau, na qual a criança demonstrou preferência pela interpretação do papel de vítima, denunciando-se ao lobo antes de ser encontrada, manifestando reações tónico-emocionais ou necessidade de se agarrar às pernas da terapeuta, tornando-se evidente a sua atitude impulsiva – não consegue esperar ser encontrada, poderá ter medo de não o ser e então não consegue esperar - e de ansiedade/medo perante a figura agressiva, de devoração.

Aquando a troca de papéis, pudemos observar um lobo submisso, que de mau nada aparenta ter. Assim como um tubarão que num instante é muito mau e não gosta de pessoas, e outro é bom e gosta de algumas pessoas. Observou-se, de certa forma, o desejo da experimentação dos papéis contrapostos, contrários.

Nesta etapa de intervenção, os jogos de faz-de-conta foram sempre antecedidos e, por vezes, precedidos, de jogos de exploração sensoriomotora e geralmente por períodos de contacto com o chão, o que poderá ter espelhado a necessidade da criança em se reassegurar perante a expressão dos seus conflitos internos (Aucouturier, Darrault y Empinet, 1985 citado por Rodríguez & Llinares, 2008).

Por vezes, surgiram a presença de jogos a dois com intencionalidade, durante os quais foi possível de constatar que a Niara conseguiu respeitar a vez do outro, procurou imitar a terapeuta nas suas ações e permitiu que esta imitasse as suas também e que não aceitava perder, modificando as regras para seu próprio benefício, revelando, deste modo, baixa tolerância à frustração e uma atitude impulsiva. Neste sentido, a terapeuta procurou organizar a criança dando-lhe um compasso temporal (espera, vamos lançar 1,2, 3), procurando a consciencialização do gesto motor e do seu planeamento, procurando também uma gestão da frustração.

Ao longo destas sessões foram recorrentes a procura pelo contacto corporal com a terapeuta, permitindo que esta a envolvesse, contivesse e embalasse e do contacto com o chão, acabando por ser, em contacto com o mesmo, que ocorreram grande parte das interações entre a terapeuta e a criança. Salienta-se que quando a Niara assumiu uma postura bípede, o seu retorno ao chão ocorreu, muitas das vezes, perante os momentos de transição ou de frustração. A procura pelo contacto corporal com a terapeuta, associado às reações tónico-emocionais (guinchos, gritos) e a momentos de fala abebezada e à constante procura de contacto com o chão, muitas das vezes numa posição horizontal, pode revelar um desejo de regressão, uma necessidade de holding e de handling, de contenção, de envolvimento e estruturação corporal, de dar corpo ao seu próprio corpo. Posto isto, a terapeuta procurou dar à criança a contenção e o suporte que ela necessitava, ajudá-la a estabelecer e a estruturar os seus limites, o seu corpo, dar-lhe segurança. Com este pressuposto, adiantamos que Rodriguez & LLinares (2008) afirmam que o encontro com o corpo do outro implica uma quebra dos limites do espaço corporal, um encontro com o espaço do outro, que pode levar a momentos de regressão, afetivos ou agressivos, dependendo da história e das carências de cada um. Acrescentamos ainda que toda esta atitude de aproximação-afastamento poderá também inscrever-se na experimentação da união-separação-individualização (Rodríguez & Llinares, 2008).

A Niara encontrava-se muito autocentrada nas suas ideias e, embora aceitasse as sugestões da terapeuta, fazia resistência à execução das ideias criadas pela última. Poderia estar ainda pouco disponível para as ideias do outro.

Apresentou dificuldades em antecipar/planear as ideias a desenvolver ao longo de toda a sessão. Assumiu uma atitude impulsiva na qual o mais importante era fazermos muitas coisas ao invés de passar um tempo de qualidade numa determinada ideia apenas, evidenciando a sua impulsividade, o ter de fazer no imediato, não perspetivando. Aqui a terapeuta foi procurando promover esta capacidade de planeamento e de antecipação.

Foi notória a procura da Niara de uma valorização contante por parte da terapeuta, quer ao nível da relação terapeuta-criança, onde manifestava o seu desejo de fazer parte de uma relação única e não partilhada com os pares (perguntava se podia ser sempre a primeira, algo que revelou ser extremamente importante para a criança) e a necessidade que a terapeuta validasse o seu amor por ela (afinal não iria permitir-se gostar sem se sentir gostada primeiro), quer ainda ao nível da validação das suas capacidades, procurando mostrar à terapeuta o que sabia fazer sozinha. Estes comportamentos podem ser reveladores de uma falha narcísica, da sua necessidade constante de valorização, de ser objeto de amor.

Nos momentos destinados ao retorno à calma, apesar de ter permitido o toque terapêutico, a criança manifestou algumas dificuldades iniciais na diminuição voluntária dos níveis tónicos.

A sessão 9, primeira da *segunda etapa* de intervenção, que se prolonga até à sessão 21, pareceu marcar o início de novas explorações, da diminuição do contacto corporal com o chão, da existência de ideias mais elaboradas, planeadas/com intencionalidade.

Nesta etapa, todas as sessões partilharam uma estrutura idêntica na qual se verificou um início de sessão marcado pela procura de momentos de reasseguramento/contenção, apreendidos de forma menos intensa ou regressiva- procura ser embalada na bola grande, momentos de colo- e de exploração sensoriomotora de objetos, por vezes com e por outras sem

intencionalidade de jogo – a criança e o terapeuta lançaram a bola um para o outro, imitando-se mutuamente, experimentando a ação do outro.

Em segunda instância, foram observáveis jogos de faz-de-conta com temáticas que variavam entre a reparação, a família e a experimentação dos papéis agressor/vítima:

- Nas sessões 10, 11 e 17 a Niara era um peixinho. Na primeira era um peixinho com a barbatana partida *A minha barbatana está magoada, foi um tubarão*. Depois da menina lhe reparar a barbatana disse que ia para ao pé da sua mãe, que estava muito longe, ao pé da sua casa, que não sabia onde ficava – mais uma vez parece ter recorrido ao jogo para expressar as suas angústias, para dar corpo à sua realizada. Depois, o peixinho voltou pra brincar com a menina. Apresentou-lhe os seus pais (que tinham os nomes reais) e disse que tinha muitos irmãos e que os filhos estavam todos ao pé da mãe. Não deixou a terapeuta assumir a personagem da mãe, dizendo que *faz de conta que está ali a minha mãe*. Depois houve outra parte da história em que o peixinho não tinha pais porque foram comidos por um monstro mau e que, quando a terapeuta tentou assumir o papel de cuidador, o peixinho disse que ficava na casa dos avós e da tia. Quando a “menina” disse que não tinha família, a Niara respondeu algo similar *também já não tens?* Depois os pais voltaram a estar vivos. O peixinho podia brincar na casa da menina mas quando os pais chamassesem tinha de voltar para casa. Na segunda, foi um peixinho que não agarrava a corda de pesca da menina que procura peixinhos perdidos. Talvez porque a Niara não se sentia perdida/abandonada, ou porque talvez fosse isso que ela desejaria não sentir, reproduzindo, assim, a sua fantasia.

- Nas sessões 12 a 16 e 21 a Niara procurou a experimentação dos papéis agressor/vítima. Por um lado, aquele que era um lobo submisso no início da intervenção, passou gradualmente a ser um lobo mais agressivo, possível expressão da sua afirmação e autonomia. A vítima, a Lagartinha ou a Lula, passam a não se deixarem comer pelo lobo: primeiro fazem-lhe frente,

ainda que com uma postura ligeiramente retraída, e depois expulsam-no, matam-no, vencem sempre o lobo porque são “mais fortes e curiosas”.

Observou-se, através de ideias como as escondidas, uma maior capacidade criativa e de construção de esconderijos elaborados, e que normalmente não se repetem, assim como a não existência de uma atitude impulsiva, permanecendo imóvel e em silêncio no local até ser descoberta e não antecipando o local onde se vai esconder. Progressivamente deixou de precisar de dizer à terapeuta onde se ia esconder, possivelmente por já não tem medo de ficar perdida.

Posteriormente nas sessões 13 a 16 e 19 a 21 a criança revelou o seu interesse pelos jogos de lutas, durante os quais assumiu uma postura submissa, ou seja, fugia e não atacava o outro. Defendia-se algumas vezes, noutras fugia. Quando eram propostas regras para se poder “matar” o outro, a Niara nunca pôde perder, recusando-se a colocar-se nessa posição. Foi experimentando gradualmente papéis mais agressivos, sendo que, na sessão 21, congelou o coração da terapeuta, expressando uma postura agressiva- mata o outro mas ela nunca pode ser morta. Não aceita perder, nem morrer nem nada que implique aniquilar-se ou submeter-se ao outro, evidenciando uma aparente atitude de omnipotência.

Destacamos a importância dos jogos de luta e de perseguição na promoção das capacidades de regulação das emoções e dos comportamentos agressivos, bem como da sensibilidade perante os outros e do reconhecimento do afeto (Flanders et al. 2010 citado por Moutinho, 2012).

Em terceira instância e, antes do ritual de retorno à calma, voltávamos para jogos de experimentação sensoriomotora elaborados, planeados e nutridos de criatividade. A criança experimentava e inventava novos saltos e novas formas de montar o circuito de saltos para a piscina. Nos saltos da bola verde para a piscina, primeiramente demonstrou medo, procurando o corpo da terapeuta como objeto de segurança.

Salientamos também o aparente aumento da autoestima e da autoconfiança, observáveis através da sua maior capacidade de autonomia e de audácia/ de aceitar experimentar ideias e ações novas, de se aventurar a modificar as ideias, de ser criativa.

No decorrer desta etapa de intervenção observámos capacidade de antecipação através do planeamento das ideias a desenvolver ao longo da sessão; capacidade em deixar ideias de uma sessão para a outra e uma aparente diminuição da impulsividade, observada aquando a capacidade de planeamento e de espera.

A terapeuta já não se assumia apenas um papel de agente de suporte, mas sim como um elemento parceiro nas suas ideias. Havia entreajuda e cooperação. A Niara aceitava e respeitava as ideias da terapeuta, tornando-se a mesma um participante ativo, um ser com o qual a criança se pode/ procura identificar.

Na sessão 20, penúltima desta etapa, foi possível de observar comportamentos de expressão agressiva física e verbal dirigidos à terapeuta, aparentemente despoletados por situações de frustração (reação ao não) – a criança tentou bater na terapeuta e verbalizou que esta era feia e má; a terapeuta tentou conte-la, para que esta se autorreorganiza-se no espaço terapêutico e ser permissiva relativamente à sua zanga, procurando dar expressão/corpo aos sentimentos.

Esta expressão agressiva da frustração, em prol do evitamento do contacto ocular e da relação, poderá ter estado relacionada com o aumento da capacidade de expressão da criança, que nesta etapa de intervenção exteriorizava, dava voz à sua zanga, ainda que de forma pouco regulada, podendo também ter estado relacionada com a experimentação do papel agressivo que se pode ir observando.

Acrescentamos ainda que a Niara evidenciou pouca persistência face a atividades que não conseguia realizar corretamente de forma imediata.

A *terceira etapa* de intervenção, que teve lugar entre as sessões 22 e 33, foi marcada por oscilações de comportamentos da criança.

No geral, continuámos a observar uma necessidade de contenção inicial, seguida de um período de exploração sensoriomotora dos materiais e da ação do corpo no espaço em relação com a terapeuta, evoluindo posteriormente para ideias mais elaboradas como o desenho, a representação de jogos faz-de-conta, com temáticas ligadas à família, ou jogos de regras simples, como as lutas, as escondidas, a caça ao tesouro, os saltos para a piscina e jogos de construção.

Nos jogos de faz-de-conta, menos representativos desta etapa, tivemos uma lagartinha que estava escondida e a sua mãe, representada pela primeira vez pela terapeuta, foi procurá-la. Importa refletir a possibilidade do facto de a Niara já se permitir fantasiar e deixar a terapeuta assumir o papel de cuidadora esteja relacionado com o de ter iniciado a sua reintegração na família biológica. Antes, havia poucas referências familiares, e muitas das vezes, a criança recorria às vivências relatadas pela terapeuta para imaginar/criar/sonhar as dela, procurando uma identificação com a mesma. Nesta ultima etapa de intervenção, a Niara começou a ter as suas próprias referências familiares, a família parece ter começado a ganhar um rosto definido.

No decorrer destas sessões, procurou a construção de cenários para brincadeiras a dois, como é o caso do castelo de legos. Após as três sessões necessárias à sua construção – onde a criança demonstrou capacidade de transferência no tempo, conseguindo deixar a ideia por acabar de umas sessões para outras-, a Niara iniciou uma história na qual o bebé foi deixado sozinho – os adultos foram todos para uma viagem- porque era feio e dava puns. Neste momento, a terapeuta pegou nela ao colo e disse que não achava nada que ela fosse feia. Posto isto, depois de ter permanecido um tempo ao meu colo, a Niara destruiu a quinta, numa atitude de zangada/ raiva – mais uma vez a criança tenta/procura fazer a elaboração de um conflito real através do jogo, faz transferências, sendo que quando a terapeuta fez a ligação para a realidade, a criança, que não estava preparada para esse movimento, reagiu de forma destrutiva.

Esta etapa de intervenção foi igualmente marcada pela aparente procura de momentos de regressão, com maior labilidade emocional, que poderão ser consequência do desenlace do seu PV.

Por vezes, foi necessária a construção de um caminho de reasseguramento que molda o corpo do agido ao pensado, que começa no chão, num diálogo mudo e acaba na posição vertical, com o desenho. Aparentou movimentos entre o desejo de se afastar e o de se aproximar – que fazem lembrar a ambivalência inscrita na posição depressiva- perante os quais a terapeuta procurou dar uma resposta contentora, securizante e de segurança na relação.

Perante a expressão verbal do desejo de não estar na sessão, expresso pela criança, em oposição à expressão não-verbal que refletia o contrário, a terapeuta procurou assegurar o desejo de interação e a importância da relação. Dada a preparação para a separação, para o final das sessões e, simultaneamente, para a concretização do seu PV que consistia no retorno à sua família biológica, a criança poderia estar a antecipar o corte afetivo, o momento da despedida – eu vou abandonar-te antes que me abandones a mim.

Através da ideia dos saltos para a piscina, observou-se na criança a presença de uma maior autonomia de execução e capacidade criativa.

Pontualmente projetava o seu descontentamento através de comportamentos de expressão agressiva dirigida à terapeuta e aos objetos. Estas tiveram lugar aquando o anúncio do término da sessão, após momentos de frustração nos quais foi contrariada ou perante a incapacidade de gestão de emoções do outro para consigo. De forma mais recorrente foram visíveis comportamentos similares aos das etapas anteriores, nomeadamente o evitamento de contacto com a terapeuta e o abandono da tarefa e, por vezes, substituição por outra.

Denotou-se persistência face a atividades que não realizava corretamente à primeira tentativa.

Verificou-se a emergência de jogos com regras simples, embora a Niara procurasse adaptá-las para benefício próprio, não as respeitando.

De um modo geral, o seu gesto motor foi revelando progressivamente ao longo de todas as etapas de terapêuticas uma melhoria ao nível da sua impulsividade, coordenação e fluidez dos movimentos, embora, pareça, por vezes revelador de alguma inconsistência, provavelmente por ser influenciado pelo estado interno da criança.

No decorrer do processo terapêutico, a Niara assumiu um comportamento irregular, sem existência de um padrão aparente, face ao término da sessão. Por vezes frustrava, fazia birra, tapava os olhos e abandonava o peso do corpo, por outras expressava agressividade dirigida à terapeuta e aos objetos e, por outras, saia de forma tranquila, não fazendo resistência.

No geral, conseguiu permanecer um tempo adequado em cada atividade, observando-se a presença de períodos de distratibilidade aquando a existência de estímulos exteriores à sala.

5.1.5. Avaliação final

5.1.5.1. Avaliação informal

Para efetuar a avaliação final da Niara foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4.

5.1.5.1.1. GOOP. Com base nas últimas quatro sessões de intervenção, destinadas ao preenchimento da GOP, pudemos observar que a criança manteve uma relação de cooperação para com o terapeuta. Perante as ideias, a terapeuta assume agora um papel de agente participante e não apenas de suporte à descoberta.

Explorava o espaço de forma espontânea e organizada com constância, intenção de jogo ou significado simbólico na exploração dos objetos.

Observou-se uma procura no momento inicial da sessão por jogos de fugir/ser puxada, de ideias que lhe permitissem vivenciar sensações vestibulares (túnel que roda, trepa pelo corpo da terapeuta e é rodada etc.) de ser embalada na bola verde (contenção/reasseguramento).

Verificou-se a presença de jogo simbólico com temáticas relacionadas com a família- ela era uma lagartinha que se perdia e que a mãe (terapeuta) encontrava e levava de volta para casa. Aceitou ser cuidada e que o terapeuta assuma o papel da figura materna.

É igualmente visível procura de jogos de esconder/encontrar, mas agora com objetos.

Evidencia interesse pelo desenho, pintando um arco-íris dentro do qual cabiam a criança, o terapeuta e outra criança do género masculino que também se encontra ali institucionalizada.

Relativamente ao gesto motor, este revelou-se menos impulsivo, planeado, mais coordenado e fluido, com uma resposta ao estímulo aparentemente adequada. Contudo, denotam-se ainda algumas dificuldades na sua eficácia em algumas ações mais complexas.

Cumpre os rituais de sessão, tendo, no entanto, evidenciado um comportamento inconsistente fase ao término da sessão: houve sessões em que o aceitou e saiu da sala sem resistências, houve outros em que a resistência ao término da sessão foi evidente e marcada por comportamentos agressivos dirigidos para os objetos, procurando evitar o contacto com o terapeuta.

5.1.5.1.2.POCC. Relativamente á recolha e análise elaborada através do POCC, pudemos observar que ao nível do domínio da frustração, apesar do valores claramente com maior frequência de ocorrência serem os correspondentes a F7 (não manifestado), observamos contudo na terceira etapa da intervenção a crescente presença embora pouco frequente dos valores F4 (baixa tolerância à frustração com isolamento/evitamento do contacto) e F5 (baixa tolerância à frustração_outro) e assim como dos valores F1 (autorregulação) e F3 (baixa tolerância à frustração_comportamentos de expressão agressiva) ainda que com uma muito menor frequência.

Tabela 6

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão da frustração_Niara

| | ETAPA 1 (N=278) | ETAPA 2 (N=432) | ETAPA 3 (N=492) | TOTAL (N=1202) |
|-----------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| F1 | n=0 (0,0%) | n=4 (0,9%) | n=6 (1,2%) | n=10 (0,8%) |
| F2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) |
| F3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=5 (1%) | n=5 (0%) |
| F4 | n=1 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=21 (4,2%) | n=22 (1,8%) |
| F5 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=7 (1,4%) | n=7 (0%) |
| F6 | n=2 (0,0%) | n=8 (1,8%) | n=89 (18%) | n=99 (8,2%) |
| F7 | n=275 (98%) | n=420 (97%) | n=364 (74%) | n=1059 (88%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Da mesma forma, apesar dos comportamentos muito frequentes serem relativos a EA5 (não manifestado), denota-se o aparecimento, também na terceira etapa de intervenção e ainda que com frequência mínima, de comportamentos relativos a EA1 (expressão da agressividade dirigida ao outro) e EA3 (expressão da agressividade dirigida aos objetos).

Tabela 7

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_Niara

| | ETAPA 1 (N=278) | ETAPA 2 (N=432) | ETAPA 3 (N=492) | TOTAL (N=1202) |
|-----|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|
| EA1 | n=0 (0,0%) | n=1 (0,0%) | n=7 (1,4%) | n=8 (0%) |
| EA2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=2 (0,0%) | n=2 (0%) |
| EA3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=5 (1%) | n=5 (0%) |
| EA4 | n=1 (0,0%) | n=10 (2,3%) | n=82 (17%) | n=93 (8%) |
| EA5 | n=277 (99%) | n=421 (97,4%) | n=396 (80%) | n=1094 (91%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Relativamente ao fator dos comportamentos de oposição evidenciamos que, apesar da maior frequência de OD4 (não manifestado) em todas as etapas de intervenção, se verifica na

segunda etapa um aumento com posterior diminuição na terceira etapa da expressão de OD2 (não manifesta comportamentos de oposição) com um pequeno aumento simultâneo de OD1 (manifesta comportamentos de oposição/desafio).

Tabela 8

Percentagem da frequência de comportamentos de oposição/desafio_Niara

| | ETAPA 1 (N=278) | ETAPA 2 (N=432) | ETAPA 3 (N=492) | TOTAL (N=1202) |
|-----|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| OD1 | n=0 (0,0%) | n=1 (0,0%) | n=23 (5%) | n=24 (2%) |
| OD2 | n=22 (61%) | n=63 (14,5%) | n=11 (2%) | n=96 (8%) |
| OD3 | n=1 (0,0%) | n=14 (3,2%) | n=82 (17%) | n=97 (8%) |
| OD4 | n=205 (74%) | n=354 (81,9%) | n=376 (76%) | n=935 (78%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

No que concerne aos comportamentos impulsivos, observamos que, retirando o fator I4 (não manifesto), na primeira etapa o número de comportamentos impulsivos e não impulsivos, I1 (age impulsivamente sem pensar) e I2 (não age impulsivamente sem pensar) foi igual. Na segunda etapa houve um aumento de I2 que foi ainda mais notório na terceira etapa, apesar do aumento da frequência de I1.

Tabela 9

Percentagem da frequência de comportamentos de impulsividade_Niara

| | ETAPA 1 (N=278) | ETAPA 2 (N=432) | ETAPA 3 (N=492) | TOTAL (N=1202) |
|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| I1 | n=5 (1,8%) | n=16 (3,7%) | n=33 (6,7%) | n=54 (4,4%) |
| I2 | n=5 (1,8%) | n=208 (48%) | n=343 (70%) | n=555 (46,2%) |
| I3 | n=11 (3,9%) | n=30 (7%) | n=84 (17%) | n=125 (10%) |
| I4 | n=206 (74%) | n=178 (41%) | n=32 (6,5%) | n=416 (35%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Para terminar, podemos constatar que, no geral, não foram manifestados observados comportamentos de desvalorização no decorrer dos vídeos considerados.

Tabela 10

Percentagem da frequência de comportamentos de desvalorização_Niara

| | ETAPA 1 (N=278) | ETAPA 2 (N=432) | ETAPA 3 (N=492) | TOTAL (N=1202) |
|------------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|
| CD1 | n=1 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=1 (0%) |
| CD2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) |
| CD3 | n=1 (0,0%) | n=9 (2%) | n=82 (17%) | n=92 (8%) |
| CD4 | n=226 (81%) | n=423 (98%) | n=410 (83%) | n=1059 (88%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

5.1.5.2. Avaliação formal

Mediante uma análise dos dados recolhidos aquando o término da intervenção, através do questionário PKBSpt aplicado novamente à cuidadora de referência e à educadora de infância, podemos observar que a Niara apresenta, em contexto CAT níveis de avaliação elevados em A1 (cooperação social), A2 (interação social) e A3 (autonomia social). Porém, em contexto de JI, apesar dos valores elevados em A1, foram referidos níveis moderados, com valores de percentil dentro da média, em A2 e A3. Assim, no geral, a Niara revelou boas capacidades ao nível das aptidões sociais.

Relativamente aos valores das escalas dos problemas do comportamento, pudemos observar que foram sinalizados, em contexto CAT níveis elevados em todos os domínios à exceção de B2 (problemas de atenção/atividade excessiva) onde obteve um nível de avaliação moderado, ainda que com um valor de percentil acima da média. Por outro lado, em contexto de JI, foram assinalados níveis moderados, com valores de percentil dentro da média, em B1 (autocentrado/explosivo), B2, B3 (antisocial/agressivo); níveis moderados com valores de

percentil acima da média em PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e níveis baixos em B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

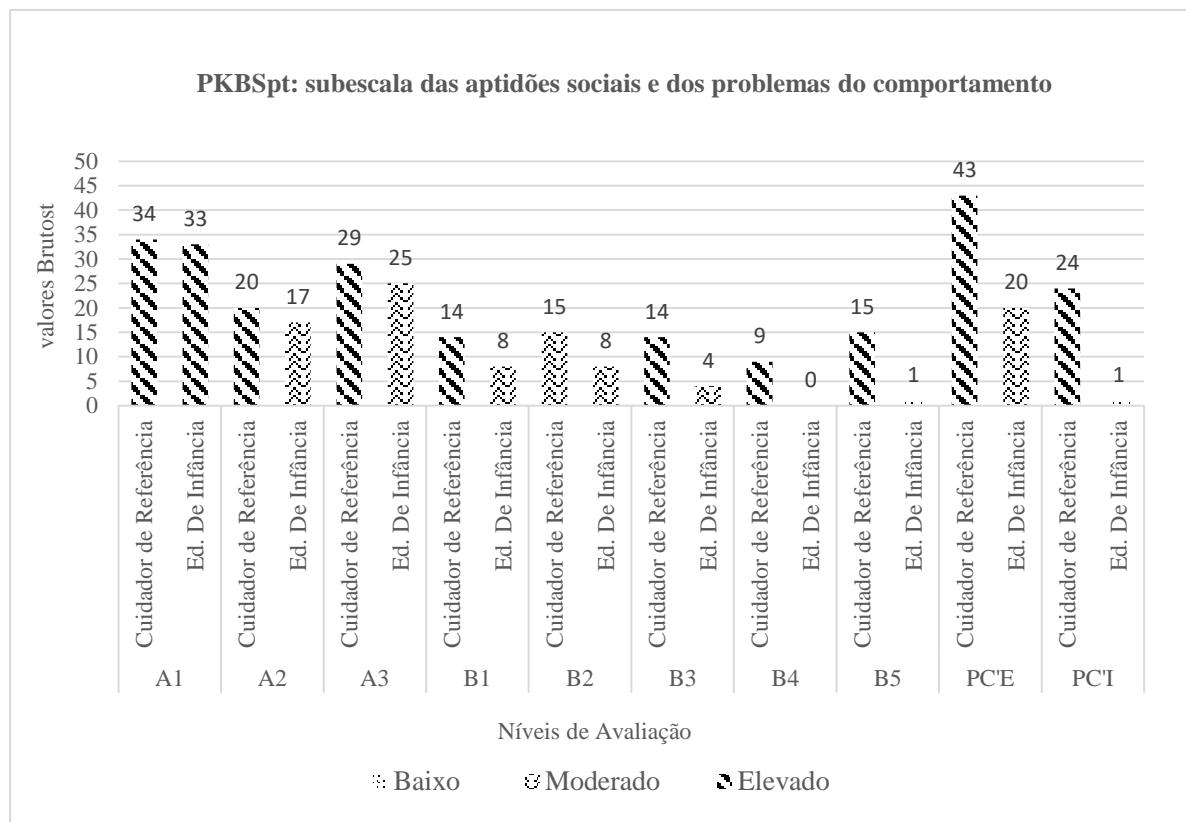


Figura 2. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais (EAS) e problemas do comportamento (EPC) do PKBSp, recolhidos no momento de pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Niara. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antissocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.2. Estudo de Caso II: Carolina

5.2.1. Dados anamnésicos

Os dados anamnésicos posteriormente apresentados foram recolhidos, pela primeira vez, em Fevereiro de 2016, tendo sido posteriormente acrescentada informação pertinente que foi surgindo ao longo do processo de intervenção.

A Carolina nasceu a 10 de Maio de 2011, tendo, à data da avaliação inicial, aproximadamente 4 anos e 9 meses.

Foi acolhida numa Casa de Acolhimento Temporário (CAT) a 17 Agosto de 2015, sob medida de promoção e proteção de menores devido a situações de negligência parental, estando, aquando o início da intervenção, institucionalizada, há cerca de 6 meses.

Em Fevereiro de 2016 o seu Projeto de Vida (PV) encontrava-se em avaliação. Atualmente, como resultado da inserção, à data de 24 de Janeiro de 2016, da Carolina e da sua irmã Alice numa Família Amiga (FA), o PV definido passará pela aplicação da medida de apadrinhamento civil, com a qual se pretende uma integração permanente da criança numa família de apadrinhamento, através da qual serão mantidos os laços com a família biológica.

Não estando disponíveis dados que nos permitissem uma construção anamnésica detalhada da criança e das suas relações com a família e o meio envolvente, num período anterior à institucionalização, destacámos apenas que a Carolina é o membro mais novo de uma fratria de quatro irmãos, todos eles até à data institucionalizados, sendo que o terceiro elemento, a Alice, se encontra na mesma instituição que a Carolina.

Relativamente às características e dinâmica da família nuclear da Carolina, foi possível de constatar, através de informação recolhida junto do gestor familiar da criança, que a sua mãe apresentava baixa capacidade de mudança, uma postura depressiva, pouca capacidade de iniciativa e passividade, assim como indícios de baixa autoestima e autoconfiança. O seu pai, manifestava indicadores de desequilíbrio emocional e agressividade, revelando-se um

individuo manipulador, autocentrado, exigente e que procurava passar uma boa imagem de si aos outros.

No decorrer do período de institucionalização, foi descrita a existência de uma ligação de vinculação progenitores-criança. Os progenitores da Carolina mantinham um plano de visitas às filhas, elaborado pelo CAT em conjunto com os mesmos, embora não o cumprissem com a regularidade definida, comparecendo nas visitas agendadas em conjunto ou individualmente, fazendo-se acompanhar, frequentemente, pela presença de um dos membros mais velhos da fratria.

Na interação com os progenitores, aquando os períodos de visita, a Carolina assumia uma postura submissa, contrariamente à da sua irmã Alice que captava toda a atenção para si. Não sendo, aparentemente, dotada de estratégias que lhe permitiam reagir de forma adequada/resiliente face a esta situação, a Carolina acabava por chorar ou isolar-se.

Acrescenta-se ainda que esta postura submissa da Carolina face à sua irmã Alice estava igualmente presente em contexto institucional e escolar, sendo referido que a Carolina faz tudo o que a Alice lhe solicita.

De acordo com os técnicos e prestadores de cuidados de referência, nos seus primeiros dias no CAT, a Carolina mostrou-se uma criança reservada, procurando isolar-se do grupo de pares, necessitando de tempo para interagir de forma espontânea. Em momentos de interação social evidenciou uma baixa tolerância à frustração (amuando ou chorando quando contrariada) e poucas competências de resolução de problemas, necessitando do adulto quando se deparava com alguma dificuldade. Posteriormente, começou a interagir com as outras crianças, revelando-se uma criança divertida, embora, por vezes, ainda prefira brincar sozinha.

No mês de Fevereiro foram observados alguns episódios de enurese noturna, área na qual já apresentava total autonomia.

Foram igualmente descritos, na Carolina, momentos de extrema apatia e tristeza, nos quais estavam, por vezes, presentes queixas somáticas (como dores de barriga ou de cabeça) e até períodos de prostração, que, frequentemente, culminam com o adormecer da criança. Estes episódios ocorreram sobretudo na sequência de incumprimentos, por parte dos progenitores, no plano de visitas.

No que respeita ao historial clínico não foram descritos quaisquer problemas de saúde ou do desenvolvimento.

Relativamente à sua história educativa, sabe-se que a Carolina já frequentava o jardim-de-infância (JI) num período pré-institucionalização, embora apenas o tenha começado a fazer de forma assídua desde o início do período letivo de 2015/2016, depois de ter sido institucionalizada.

5.2.2. Avaliação Inicial

Para efetuar a avaliação inicial da Carolina foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4.

5.2.2.1. Avaliação informal

A observação psicomotora, para fins de avaliação inicial, decorreu ao longo das 4 primeiras sessões, que tiveram lugar nos dias 4,5,13 e 18 de Fevereiro de 2016.

Assim, através da aplicação da GOP, foi possível de observar que a Carolina apresentava um desenvolvimento estato-ponderal ajustado à sua faixa etária e uma aparência cuidada.

Aquando o primeiro contacto com a terapeuta, a Carolina adotou uma postura inibida, revelando alguma hesitação, embora tenha demonstrado interesse no estabelecimento de uma relação com a terapeuta, mantendo, posteriormente, ao longo destas sessões, uma postura de cooperação para com a mesma.

Na interação com a terapeuta pudemos observar que a Carolina procurou ter algum controlo sobre os acontecimentos qua iam surgindo no decorrer das ideias, mostrando-se igualmente mais desperta para as suas ideias do que para as da terapeuta. Ainda assim, apesar de, na maior parte das vezes, surgir o *não* como resposta imediata/impulsiva face às sugestões da terapeuta relativamente às suas ideias, a Carolina acabava por aceitar experimentá-las num momento posterior.

Refletimos que esta necessidade de controlo perante os acontecimentos da sessão, poderão ser reveladoras de manifestações comportamentais de ansiedade, de necessidade de previsibilidade.

A criança explorou o espaço de forma espontânea e organizada, revelando curiosidade e iniciativa na exploração dos materiais trazidos para a sessão pela terapeuta.

Aparentou constância na escolha dos materiais e permanecia na mesma ideia até ao fim, embora a durabilidade das mesmas fosse, por vezes, reduzida, dado que, durante estas sessões, o foco da criança pareceu ter incidido na quantidade de ideias a experimentar – tínhamos de fazer muitas ideias, de brincar com tudo. Esta necessidade revela impulsividade/imaturidade ao nível da capacidade de antecipar/planear as ideias que pretende desenvolver ao longo da sessão.

No decorrer destas sessões de observação inicial da criança foram visíveis momentos de exploração sensoriomotora dos objetos e das potencialidades de ação do seu corpo na relação com os mesmos e com o espaço envolvente, bem como a procura de sensações vestibulares (salta, roda, deita-se no chão).

Foi igualmente notória a presença de momentos de jogo simbólico, durante os quais a Carolina procurou a experimentação de papéis agressor/vítima, escolhendo preferencialmente o último, e de situações que remetiam para o ser cuidada/reparada. Nas representações ligadas à experimentação dos papéis de agressor/vítima, surgiram períodos em que a criança parecia

dar maior enfase às vivências implícitas de fugir/ser apanhado e esconder/ser encontrado, durante as quais se observava uma atitude impulsiva e ansiosa (ex.: não consegue esperar até ser encontrada) e reações tónico-emocionais (ex.: risos desajustados, guinchos).

A Carolina manifestou preferência pelo jogar com a bola, passando-a intencionalmente para a terapeuta e esperando que este a passa-se de volta para si, experimentando várias formas de lançar a bola. Salienta-se, porém, que o realizou frequentemente de forma intercalada com as outras descobertas, aparentando ter sido atribuído a esta ideia uma função de transicional ou de reasseguramento.

Verificou-se a procura pela repetição das mesmas atividades tanto dentro da mesma sessão como de uma sessão para a outra, parecendo haver alguma resistência ou insegurança face à introdução de novas ideias.

O comportamento da Carolina perante situações de frustração revelou-se inconsistente. Por vezes, foi possível de observar uma baixa tolerância à frustração expressa através de um padrão de desistência/abandono da atividade, acompanhado, por vezes, por verbalizações de sentimentos de incapacidade e uma postura corporal de abandono e em contacto com o chão. Noutras situações semelhantes, a Carolina verbalizou sentimentos de incapacidade, acompanhados, no entanto, por uma persistência na execução da tarefa, solicitando a ajuda da terapeuta sempre que necessário.

Ao longo destas sessões a criança procurou, por vezes, de uma forma incessável, a atenção e a valorização das suas capacidades por parte da terapeuta – “eu sei fazer isto, queres ver?” “olha, vê”-, o que poderá ser indicativo de baixa autoestima.

Apesar de o gesto motor da Carolina aparentar intencionalidade do movimento, ou seja, capacidade do planeamento da ação, observou-se que, devido à imaturidade ao nível da coordenação e da fluidez do movimento e ainda, por vezes, ao caráter impulsivo/precipitado do mesmo, este carece na sua eficácia. Foram igualmente observáveis uma imaturidade na

regulação da força aplicada, necessária à execução do movimento, a presença de sincinesias peribocais e ao nível das extermínadas distais dos membros superiores e dificuldade na realização de tarefas que exijam ações múltiplas (ex.: apanhar uma bola ao mesmo tempo que lança outra).

A criança manifestou imaturidades ao nível do equilíbrio estático e dinâmico e na distinção da direita/esquerda em si. Identificou corretamente as partes do seu corpo e apresentou uma lateralidade definida à direita.

Na representação de si realizada através da expressão gráfica (imagem do corpo), perante a qual a criança ofereceu alguma resistência na execução, destacamos a representação da cabeça e dos elementos do rosto, embora com algumas dificuldades na sua organização espacial; a inexistência de elementos de ligação e da representação do tronco; e uma representação não bidimensional dos membros superiores e inferiores e respetivas extremidades distais, efetuada a partir da cabeça. A sua imagem do corpo revelou-se, assim, imatura e pouco investida.

Assumiu uma boa linguagem verbal, sendo, no entanto, percetíveis, aquando a expressão das suas ideias, dificuldades na organização psicolinguística do discurso.

Aceitou e cumpriu todos os rituais/tempos da sessão, demonstrando, no entanto, de uma forma contida, o seu desagrado perante o término da sessão, procurando prolongar os momentos da despedida.

5.2.2.2. Avaliação formal

Mediante uma análise comparativa dos dados recolhidos inicialmente através do questionário PKBSpt aplicado à cuidadora de referência e à educadora de infância, podemos observar, através da Figura 3, que a Carolina apresenta níveis de avaliação elevado em contexto de CAT e moderados em contexto de JI na cooperação social (A1) e níveis moderados na interação social (A2) e autonomia social (A3) em ambos os contextos de avaliação. No entanto, aquando uma análise de acordo com o percentil por género dos resultados obtidos, podemos

verificar que a Carolina se encontra num percentil abaixo da média nas dimensões A2 e A3 em ambos os contextos.

Relativamente à subescala dos Problemas de Comportamento é observável, através da Figura 3, uma grande divergência face às respostas obtidas nos diferentes contextos.

Assim, contrariamente ao sinalizado no JI, em contexto de CAT, a Carolina parece manifestar comportamentos B1 (autocentrados/explosivos) de acordo com um nível de avaliação elevado; e B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo), B4(evitamento social) e B5(ansiedade/problemas somáticos) de acordo com um nível de avaliação moderado, com valores de percentil situados acima da média. Em suma, enquanto que no CAT são assinalados níveis moderados (com valores de percentil acima da média) de problemas de comportamentos exteriorizados (PC'E) e interiorizados (PC'I), no JI estes não se observam, assumindo, pelo PKBSpt um nível de avaliação baixo.

Concluindo, e considerando a análise por níveis de avaliação e valores de percentil por género, considerámos como dimensões com valores preocupantes a B1; e com valores em risco a A2, A3, B1, B2, B3, B4, B5, PC'E e PC'I.

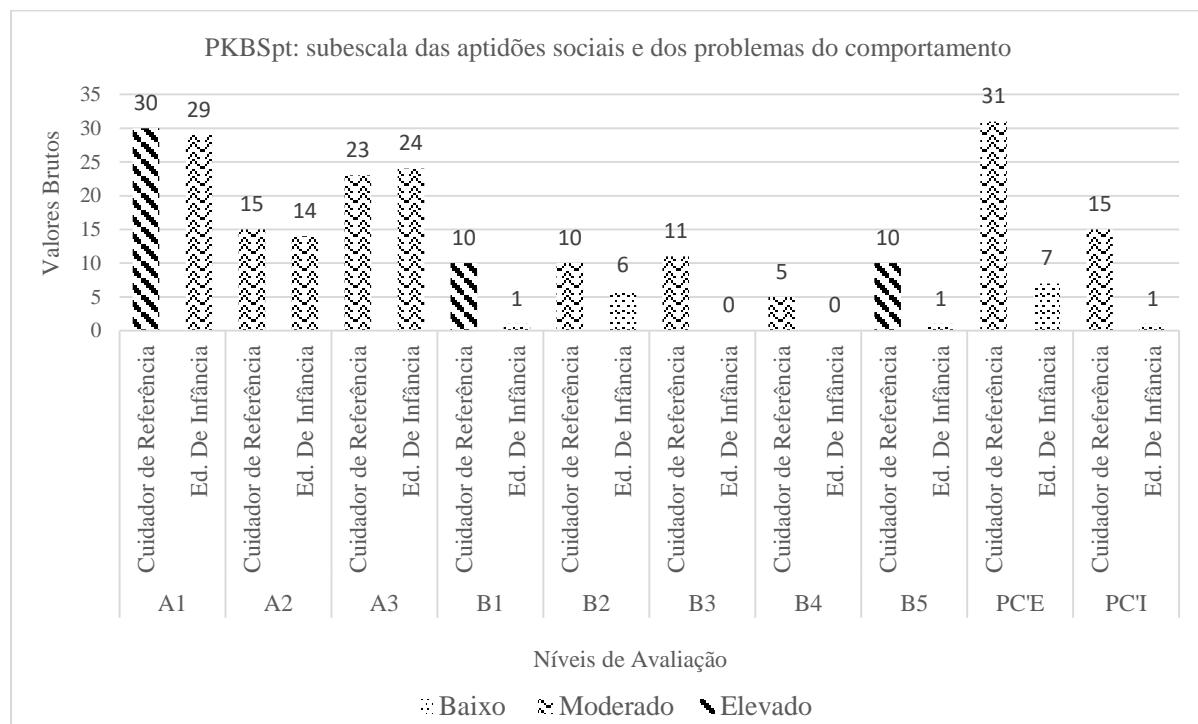


Figura 3. Resultados correspondentes aos níveis de avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pré-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Carolina. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.2.3. Projeto terapêutico

Analisando as características da criança, constituímos inicialmente como base para o seu projeto terapêutico as linhas orientadoras da intervenção descritas em 4.6.2.

5.2.4. Progressão terapêutica

A intervenção com a Carolina teve início a 4 de Fevereiro e terminou a 23 de Junho de 2016, contando com um total de 32 sessões de frequência bissemanal e de carácter individual, cada uma com uma duração aproximada de 45 minutos.

Neste caso em concreto, foi considerada a divisão da progressão terapêutica em três etapas, sendo elas a primeira da 1 à 9, a segunda da 10 à 20 e a terceira da 21 à 32.

As primeiras sessões com a Carolina foram destinadas ao estabelecimento da relação terapêutica e à apresentação dos objetos e do espaço, enquanto espaço terapêutico.

A primeira etapa de intervenção, composta pelas primeiras 9 sessões, foi marcada pela exploração dos materiais e das suas potencialidades de ação na relação com o espaço o seu corpo e a terapeuta, bem como pelo recurso ao jogo simbólico.

Apesar do seu interesse pela exploração de todos os materiais, a Carolina pareceu procurar com mais frequência a interação com a *bola balão*. Nestes momentos a criança procurou desenvolver um jogo a dois com a terapeuta, imitando-a, criando formas diferentes de mandar a bola, sendo imitada nas suas criações pela terapeuta, experimentando e experimentando-se, nutrindo-se de vivências sensoriomotoras em relação. Nestes momentos a terapeuta procurou enfatizar as capacidades criativas da criança, incentivando-a, reforçando positivamente as suas

sugestões, promovendo, assim, a sua autoestima e autoconfiança, objetivos terapêuticos definidos para esta intervenção.

Nestas primeiras sessões observou-se que a Carolina procurou explorar todo o material, havendo, por vezes, pouca constância na utilização do mesmo, ou seja, as ideias tinham uma curta duração, porque o que importava era fazermos muitas coisas, termos tempo para fazer muitas coisas revelando falta de capacidade de perspetivar, de antecipação e planeamento. Posto isto, foi introduzido o planeamento da sessão numa folha de papel, para que as ideias pudessem começar a ser planeadas e não apenas agidas.

No que diz respeito às condutas motoras de base, foram visíveis saltos que surgiram descoordenados, com ligeiros desequilíbrios e com dificuldade na regulação do esforço aplicado; um gesto motor inconsistente, manifestando-se por vezes eficaz e por outras precipitado/impulsivo; e a presença de sincinesias peribocais e ao nível das extremidades distais superiores. A promoção e consolidação destas condutas psicomotoras, foi espontaneamente promovida no decorrer das atividades que foram sendo desenvolvidas.

Neste período, e geralmente após um jogo de exploração sensoriomotora, surgiram jogos de perseguição e jogos de faz-de-conta que remeteram para a experimentação de papéis agressor/vítima, de reparação/ser cuidada e de representação de rotinas diárias do quotidiano familiar.

A procura de jogos sensoriomotores principalmente com a *bola balão*, em momentos de transição entre as ideias ou após a realização de representações simbólicas poderá advir de uma necessidade de reasseguramento por parte da Carolina, funcionando como um auxiliar na gestão da ansiedade, promotor de uma sensação de segurança (Rodríguez & Llinares, 2008), dado ser uma ideia previsível, que ela consegue antecipar, com o seu material preferencial.

Nas representações simbólicas que remetiam para a experimentação do papel agressor/vítima, a Carolina demonstrou preferência pelo papel de vítima, revelando alguma

impulsividade/ ansiedade perante os momentos de espera pelo encontro com o lobo. Quando o lobo encontrava a Carolina, esta reagia expressando medo, gritando e colocando-se numa posição de proteção (posição fetal) – ainda não conseguia enfrentar o seu medo. Nos jogos de faz-de-conta que remetiam para a temática da reparação/ser cuidada, a Carolina era uma andorinha que se magoava e, por isso, tinha de ser cuidada/tratada, para depois poder voar até à casa dos seus pais. Importa referir que na 5 sessão, a andorinha *ficou boa* e deixou de precisar de ajuda porque *era forte*. É igualmente, na 5 sessão que ganharam expressão os jogos de faz-de-conta com representação das relações pais-filhos, através de personagens humanas ou de animais, e das rotinas quotidianas ligadas à noite – jantar, lavar os dentes e dormir. Esta temática poderá inferir a dificuldade criativa, de fantasiar da Carolina, cingindo-se à reprodução de momentos concretos e/ou a sua necessidade de experienciar vivências relacionadas com a temática das relações pais-filhos, procurando, talvez, a sensação de atenção privilegiada, algo que aparenta não ter na relação real pais-filhos. Uma vez que foi reparada, sentindo-se em segurança, permite-se lidar com esta temática.

Aquando a construção de espaços para o desencadeamento da ação simbólica, como as casas, a Carolina, procurou fazer sempre uma reprodução do que já tinha sido criado anteriormente, aparentando, assim, dificuldades ao nível da capacidade criativa. Sendo este um ponto definido como objetivo terapêutico, a terapeuta procurou incentivar a mudança, desafiando-a, sugerindo novas formas de experimentar os materiais.

Ao longo desta primeira etapa de intervenção, a Carolina procurou ativamente, quer no decorrer da execução das ideias, quer nos momentos de transição entre as mesmas, o reconhecimento por parte do terapeuta, exigindo a atenção total do mesmo para lhe mostrar o que sabia fazer (mandar saltos para a piscina, saltar à corda), o que poderá traduzir uma necessidade de valorização do Eu e a presença de uma baixa autoestima. Mediante esta necessidade da criança, a terapeuta procura narcisa-la.

Foi observável a presença de alguns momentos de instabilidade psicomotora, nomeadamente aquando os momentos de transição, podendo traduzir a sua insegurança ou dificuldade em se regular perante os mesmos.

Relativamente às questões da tolerância à frustração, a Carolina pareceu assumir um padrão desistente e pouco autónomo quando não conseguia realizar algo como o expectável, após alguma persistência. Por exemplo, quando tentou saltar à corda sozinha e não conseguiu, só voltou a aceitar saltar “a 2”, junto ao corpo da terapeuta, necessitando da sua segurança, do seu corpo como prolongamento do dela, como corpo capaz de executar algo que ela queria muito fazer. Neste caso, só depois de muita experimentação a saltar “a 2” e de a terapeuta a ter nutrido incansavelmente de reforço positivo é que a Carolina aceitou novamente aventurar-se a fazê-lo, já no período posteriormente descrito como a segunda etapa da intervenção.

Perante a sugestão de novas atividades, a Carolina verbalizava com frequência sentimentos de desvalorização, indicadores de baixa autoconfiança, necessitando do incentivo do adulto para as experimentar.

Esta foi uma etapa marcada pela necessidade de repetição constante de algumas ideias, parecendo haver ou alguma resistência, que poderá estar relacionada com a ansiedade de fazer algo que não pode ser antecipado e que, por isso, tem maior probabilidade de insucesso, ou simplesmente pela existência de uma necessidade de experimentação constante para reforço das suas capacidades capacidade e/ou experimentação e integração das vivências por elas proporcionadas.

Na representação gráfica de si própria, elaborada através do desenho, pudemos observar, face à mesma, uma grande resistência por parte da Carolina, com sentimentos de incapacidade associados.

Nesta etapa a Carolina aceitou e respeitou todos os rituais/tempos da sessão, não tendo feito qualquer tipo de resistência ao término da sessão, embora a tentasse prolongar através de trocas de beijos voadores no corredor.

Numa segunda etapa de intervenção, representada pelo intervalo entre a 10^a e a 20^a sessão, foi possível de observar que, apesar da permanência de jogos sensoriomotores, nomeadamente com a *bola balão*, estes foram ganhando uma nova estrutura. O mesmo ocorreu com o gesto motor da Carolina que se foi tornando mais eficaz e menos impulsivo.

No *caminho para a piscina* a Carolina sugeriu a introdução de novos elementos, embora tenha necessitado da ajuda da terapêuta para os enquadrar no espaço e para decidir qual a sua função – dificuldade na criatividade e capacidade de planeamento. Posteriormente, começaram também a ser introduzidas pequenas modificações nos saltos, as quais englobavam truques de piruetas, cambalhotas, deslocação em apoio unipodal entre outros. É de salientar que, nesta etapa, a autonomia em relação à terapeuta aquando a execução de determinada ideia parecia estar a aumentar, pois apesar de requerer sempre a presença da mesma ao alcance do seu corpo, a Carolina começou, aqui, a aventurar-se a dar alguns passinhos sozinha, sem ter de se sentir agarrada pela terapeuta. Começou a ser visível o seu desejo de autonomia, de ser audaz, de desafiar o medo.

O jogo simbólico com temáticas ligadas à experimentação do papel agressor/vítima e à representação de papéis ligados à família e respetivas rotinas diárias manteve-se. Manteve-se igualmente a sua preferência pela identificação com o papel de vítima, importando referir que, mesmo quando aceitava representar o papel de agressor, a Carolina fazia-o de uma forma muito submissa. A certa altura desta etapa do processo terapêutico, pareceu haver a presença de uma clivagem, originada pela criança, que criou um lobo bom e um lobo mau, ou até possivelmente a existência de alguma equação simbólica. Neste cenário, a terapeuta apenas podia assumir o papel de lobo bom, caso contrário a Carolina verbalizava que sentia medo.

Quando a temática vigente incidia na relação mãe-filha, destacamos a atitude de oposição e desafio que a Carolina representava no momento da refeição. Talvez esteja a experimentar um papel mais ativo, como aquele que representa a sua irmã, o oposto ao seu e, por isso, uma fantasia.

A última sessão integrante desta segunda etapa de intervenção, poderá ter sido um marco importante no processo terapêutico da Carolina. Nesta sessão, para além de termos observado novamente o resultado final da construção do desenho do corpo e de poder ter ocorrido uma consciencialização não apenas da noção do corpo mas também do corpo enquanto elemento de identidade do EU, observámos também, recorrendo ao formato digital, imagens da Carolina a saltar para a piscina de bolas. Ao longo da observação destes vídeos, a terapeuta procurou consciencializar a criança das suas capacidades, exaltando o seu EU. Posto isto, a Carolina experimentou realizar o *caminho da piscina*, completamente sozinha e desprotegida da segurança da terapeuta, fazendo-o primeiro sem que esta tivesse a estabelecer contacto ocular com ela, tendo aceitado, posteriormente, que tal ocorresse.

Em suma, no decorrer das sessões, a Carolina, foi-se aventurendo, experimentando a dar ideias, autonomizando-se, individualizando-se, necessitando, cada vez menos do apoio intensivo da terapeuta, o que traduz uma melhoria ao nível da autonomia, individualização, autoestima e autoconfiança.

Para terminar, na terceira etapa desta intervenção, composta pelo intervalo de sessões entre a 21^a e a 32^a, destacamos a preferência da Carolina por jogos/ atividades que já conhece, embora estivesse mais disponível para dar ideias e sugerir, ou até mesmo efetuar, pequenas modificações nas ideias já conhecidas.

Continuou a procurar momentos de exploração sensoriomotora do material, que depressa se transformavam em interações a dois, que embora tivessem um objetivo, não tinham, ainda, regras definidas.

Destacou-se igualmente o seu interesse pelo desenho, bem como a modificação da representação gráfica da mesma que se revelou menos imatura e mais investida. No entanto, ainda não foi possível de se observar uma distinção estrutural de géneros, sendo esta feita apenas através da cor aplicada, nem de personagens, tendo ainda prevalecido também algumas dificuldades na organização espacial dos elementos na folha.

Ao nível do jogo simbólico, na representação dos papéis agressor/vítima, pudemos constatar que a Carolina aceitou que a terapeuta seja o lobo bom (porque se for o mau ela tem medo) que se aproximava da casa do coelho. No entanto, quando tal acontecia a Carolina assumia uma postura de agressor e expulsava o lobo bom de sua casa, assumindo, de certa forma, uma postura de defesa agressiva - deixou de ser passiva, de não se conseguir proteger, estando agora mais confiante para enfrentar os seus medos.

Relativamente à temática do abandono- reencontro- ser cuidada, a Carolina assumiu, muitas vezes, o papel de uma filha gatinha que nunca fazia nada do que a mãe lhe pedia. A gatinha foge da mãe e depois de se perder, era encontrada por outra pessoa, que irá cuidar dela. Quando questionada, pelo meu personagem, sobre os seus pais, a gatinha dizia apenas que estavam longe. Nesta ideia, a Carolina participava ativamente na construção da casa, demonstrando uma postura ativa, confiante e autónoma, dando ideias, contrariamente ao que acontecia numa fase anterior. A história dos gatinhos foi-se repetindo ao longo desta fase de intervenção, sempre com o mesmo conteúdo histórico. Contudo, numa das últimas sessões, o gatinho foi embora porque a mãe se zangou com ele, mas depois a mãe encontrou-o e levou-o para casa novamente. É de salientar que também este gatinho era muito brincalhão e adorava mostrar aos donos o que sabia/conseguia fazer sozinho.

Continuou a desejar mostrar tudo o que consegue fazer, exigindo a total atenção da terapeuta para tal. Por vezes, experimentava explorar objetos sozinha, deixando a terapeuta numa postura de observador, o que poderá ser indicativo da sua individualização ou da sua necessidade de

experimentar primeiro determinada ação, antes de se sentir segura para a partilhar com o outro.

Quando a mostrar ao outro, tem de fazer bem.

Na ideia do *caminho para a piscina*, a Carolina manteve uma postura autónoma, quer na execução, quer na montagem do percurso, procurando constatar o que conseguia fazer sozinha.

Esta etapa de intervenção foi igualmente marcada pelo aparecimento frequente da expressão agressiva como resposta a situações de frustração, até então inexistente. Desta forma, foi possível observar a crescente baixa tolerância à frustração, evidenciada pela Carolina, que se fez acompanhar por um padrão de resposta explosivo e exteriorizado: faz birras, deita-se no chão, manifesta, ainda que de forma muito submissa e quase por colagem ao que observa das outras crianças, comportamentos de agressividade direcionados ao objetos, quando não consegue fazer uma coisa ou é contrariada faz, de imediato, uma birra – experimentação da exteriorização dos sentimentos e observação da reação da terapeuta face à mesma. Dada a indiferença, a falta de voz visível na fase inicial da intervenção, este foi considerado um evento positivo, de afirmação da identidade (diferenciada do outro).

Noutras vezes, observou-se uma maior capacidade de persistência face a situações nas quais não conseguia executar determinada tarefa de acordo com as suas expetativas.

Por vezes não respeitou o tempo de término da sessão, procurando prolongá-la e exteriorizando o seu descontentamento através de comportamentos como permanecer imóvel, expressão agressiva dirigida aos materiais, isolamento (esconde a cara), não responde ao terapeuta, ignorando-o. Noutras vezes, aceitou o término da sessão, saindo da mesma sem apresentar qualquer tipo de resistência, evidenciando apenas alguma agitação motora.

Em situações de jogo a dois com a bola, existem momentos em que a Carolina atira a bola para o chão propositadamente para que a terapeuta não a consiga apanhar e, assim, perca pontos. Há necessidade de se sentir valorizada em relação ao outro, de projetar e observar a reação da terapeuta face à perda. A terapeuta aceitou a situação, mostrando-lhe que não fazia

mal não apanhar a bola às vezes (com o intuito de a fazer entender de que como aceitava a própria perda, aceitava a sua também).

Relativamente ao seu gesto motor, este adquiriu uma maior capacidade de coordenação e fluidez, observando-se planeado e eficaz, havendo igualmente uma melhoria nas restantes condutas motoras de base que, no inicio do processo pareciam imaturas.

5.2.5. Avaliação final

5.2.5.1. Avaliação informal

Para efetuar a avaliação final da Carolina foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4.

5.2.5.1.1. GOP. Com base nas últimas quatro sessões de intervenção, destinadas ao preenchimento da GOP, pudemos observar que a criança manteve uma relação de cooperação para com a terapeuta.

Embora se tenha verificado com uma menor incidência, a Carolina necessitava ainda de se sentir valorizada pela terapeuta, procurando a sua atenção para lhe mostrar o quanto bem sabe fazer pinos e cambalhotas.

Frequentemente aceitava experimentar as ideias da terapeuta com alguma hesitação, abandonando-as quando não as conseguia realizar à primeira. Porém, noutras sessões posteriores, solicitava que as realizássemos.

Parecia não aceitar bem as ideias novas quando estas lhe provocavam reações de frustração, necessitando de as experimentar inúmeras vezes como se tivesse necessidade de treinar a sua execução para a apreender e se sentir segura, conduzindo a breves momentos de exploração individual dos objetos. para se sentir confiante e segura na execução das mesmas. Começaram igualmente a surgir ideias co-construídas.

A criança explorava o espaço de forma organizada e espontânea.

Manifestou constância na escolha dos materiais e a capacidade de permanecer na mesma atividade um período de tempo adequado à realização da mesma.

A Carolina revelou maior autonomia e audácia nas experimentações motoras que lhe permitem vivenciar as potencialidades de ação do seu corpo com o meio envolvente, procurando atividades mais complexas e com múltiplas ações em simultâneo (como fazer o pino, dar cambalhotas, saltar à corda).

Aparentou pouca criatividade na execução e criação de ideias, preferindo a reprodução das habituais. Por exemplo, a Carolina montava o *círculo de saltos* de forma autónoma, planeando a localização dos objetos, embora a introdução de novas variantes raramente tenha iniciativa da sua parte.

A presença de jogo simbólico observou-se maioritariamente através da representação da história dos gatinhos, relacionada com a temática familiar, de abandono e o desejo de encontrar um cuidador. Apesar de geralmente ser outra senhora a encontrar o gatinho abandonado ou perdido no parque e a leva-lo para sua casa, com o intuito de cuidar dele, nestas sessões de observação, houve uma vez em que foi a mãe a reencontrá-lo. O cenário da história é elaborado e construído pela criança e pelo terapeuta. As personagens mantiveram-se constantes: a terapeuta representa a mãe e/ou a senhora que corre no parque e a Carolina o gatinho pequenino.

Verificou-se a presença de jogos a dois, com intencionalidade, mais complexos e com o surgimento de regras simples (lançar a bola para o terapeuta e ela ter de bater primeiro uma vez no chão, futebol, macaquinha do chinês entre outros), embora estas ainda adquiriram pouca significância. Acrescentamos que, perante a presença de regras, a criança procurava modificá-las de forma a sair beneficiada.

Importa destacar que nas transições entre as atividades a Carolina evidenciou alguma agitação, procurando atividades como fazer o pino e cambalhotas.

Nestas sessões de observação final, o seu gesto motor revelou-se adequado, coordenado, planeado e eficaz. Embora com menos frequência, ainda foram visíveis a presença de sincinesias ao nível das extremidades distais dos membros superiores e a força aplicada ao movimento observou-se adequada.

Os fatores de equilibração, estruturação espaço-temporal e o reconhecimento D/E em si aparentavam estar em processo de consolidação.

No que concerne ao desenho do corpo, observou-se prazer aquando a sua execução. Este era constituído pela representação da cabeça, com detalhes do rosto e cabelo e uma representação do tronco do qual saem os membros superiores e inferiores representados unidimensionalmente e cujas extremidades apresentam alguns detalhes como dedos e pés/sapatos. O desenho não respeitava a orientação espacial da folha e encontrava-se ele próprio inclinado. Não havia diferenciação entre figuras nem géneros.

A linguagem verbal e não-verbal observou-se adequada.

Foi evidente a sua capacidade de planear antecipadamente as ideias a desenvolver ao longo da sessão. Planeou as ideias da sessão de forma espontânea necessitando, por vezes, de alguma ajuda da terapeuta para as executar.

Quando contrariada a Carolina frustra, abandonando a atividade, permanecendo em silêncio e afastando-se do local de interação.

Apesar de, geralmente, cumprir todos os rituais da sessão, a criança evidenciou, por vezes, resistência ao término da sessão, permanecendo imóvel e em silêncio dentro da sala, opondo-se à saída.

5.2.5.1.2. POCC. Relativamente à recolha e análise elaborada através do POCC, pudemos observar (Tabela 11) que apesar do domínio da frustração mais assinalado ser o F7 (não manifestado), foi observável na segunda e terceira etapas de intervenção, um aumento progressivo dos comportamentos de frustração.

Tabela 11

Percentagem da frequência de comportamentos de frustração_Carolina

| ETAPA 1 (N= 288) | | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|------------------|---------------|------------------|-----------------|---------------|
| F1 | n=5 (2,0%) | n=0 (0,0%) | n=1 (0,0%) | n=6 (0,5%) |
| F2 | n=0 (0,0%) | n=2 (0,6%) | n=5 (1,0%) | n=7 (0,6%) |
| F3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| F4 | n=4 (1,6%) | n=8 (2,3%) | n=9 (1,9%) | n=21 (2,0%) |
| F5 | n=0 (0,0%) | n=8 (2,3%) | n=3 (0,6%) | n=11 (1%) |
| F6 | n=28 (11,6%) | n=41 (12,2%) | n=64 (14%) | n=133 (12,9%) |
| F7 | n=204 (84,6%) | n=275 (82,3%) | n=374 (82%) | n=853 (82,7%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

No que concerne à expressão agressiva (Tabela 12), não foram sinalizadas a presença de quaisquer uns dos comportamentos considerados.

Tabela 12

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_Carolina

| ETAPA 1 (N= 288) | | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|------------------|---------------|------------------|-----------------|---------------|
| EA1 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| EA2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| EA3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| EA4 | n=27 (11,2%) | n=40 (11,9%) | n=66 (14,4%) | n=133 (12,9%) |
| EA5 | n=214 (88,7%) | n=294 (88%) | n=390 (85,5%) | n=898 (87%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Relativamente aos comportamentos de oposição, podemos observar, através da Tabela 13, que na maior parte dos segmentos de vídeo visualizados a Carolina não manifestou comportamentos de oposição/desafio no decorrer da interação com o terapeuta. No entanto,

considerando a sua expressão pouco frequente, podemos aferir que a sua expressão foi diminuindo ao longo das etapas de intervenção.

Tabela 13

Percentagem da frequência de comportamentos de oposição/desafio_Carolina:

| | ETAPA 1 (N= 288) | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| OD1 | n=0 (0,0%) | n=9 (2,6%) | n=7 (1,5%) | n=16 (1,5%) |
| OD2 | n=12 (4,9%) | n=9 (2,6%) | n=7 (1,5%) | n=28 (2,7%) |
| OD3 | n=26 (10,7%) | n=40 (11,9%) | n=18 (9,9%) | n=84 (8,1%) |
| OD4 | n=203 (84,2%) | n=276 (82,6%) | n=249 (54,6%) | n=728 (70,6%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Relativamente ao domínio da impulsividade, observa-se a predominância da não ação impulsiva. No entanto, a expressão dos comportamentos impulsivos, visíveis através da amostra de vídeos considerada, revela que houve uma diminuição da frequência dos mesmos da etapa 1 para a 2, denotando-se posteriormente um aumento da etapa 2 para a 3, embora continuem predominantes os comportamentos não impulsivos.

Tabela 14

Percentagem da frequência de comportamentos de impulsividade_Carolina:

| | ETAPA 1 (N= 288) | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|-----------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| I1 | n=18 (7,4%) | n=4 (1,1%) | n=19 (4,1%) | n=41 (3,9%) |
| I2 | n=145 (60,1%) | n=180 (53,8%) | n=134 (29,3%) | n=459 (44,5%) |
| I3 | n=25 (10,3%) | n=43 (12,8%) | n=63 (13,8%) | n=131 (12,7%) |
| I4 | n=53 (22%) | n=107 (32%) | n=150 (32,8%) | n=310 (30%) |
| I1 | n=18 (7,4%) | n=4 (1,1%) | n=19 (4,1%) | n=41 (3,9%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

No que concerne aos comportamentos de desvalorização, podemos observar, na amostra de vídeos considerada, a sua inexistência.

Tabela 15

Percentagem da frequência de comportamentos de desvalorização_Carolina:

| | ETAPA 1 (N= 288) | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| CD1 | N=0 (0,0%) | N=0 (0,0%) | N=2 (0,0%) | N=2 (0,0%) |
| CD2 | N=0 (0,0%) | N=0 (0,0%) | N=0 (0,0%) | N=0 (0,0%) |
| CD3 | N=27 (11,2%) | N=42 (12,5%) | N=69 (15,1%) | N=138 (13,3%) |
| CD4 | N=214 (88,6%) | N=292 (87,4%) | N=385 (84,4%) | N=891 (86,4%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

5.2.5.2. Avaliação formal

Mediante uma análise comparativa dos dados recolhidos inicialmente através do questionário PKBSpt aplicado à cuidadora de referência e à educadora de infância, podemos observar, através da Figura 4 que a Carolina apresenta níveis de avaliação elevados em ambos os contextos em A1, níveis de avaliação elevados em contexto de JI e moderados em contexto de CAT em A3 e níveis moderados, em ambos os contextos, em A2. Contudo, aquando a análise por valores de percentil e género, a Carolina apresenta valores iguais ou superiores à média em todas as dimensões no contexto JI e em A1 em contexto de CAT. Nas dimensões A2 e A3, em contexto de CAT verificam-se valores inferiores à média.

Relativamente às dimensões da subescala dos problemas de comportamento, podemos observar que a Carolina manifestou níveis de avaliação baixos, com valores de percentil abaixo da média em todas as dimensões correspondentes em contexto JI. Contrariamente, em contexto CAT observaram-se níveis de avaliação elevados em B1, B4 e B5 e moderados em B2 e B3, ambos com valores de percentil superiores à média.

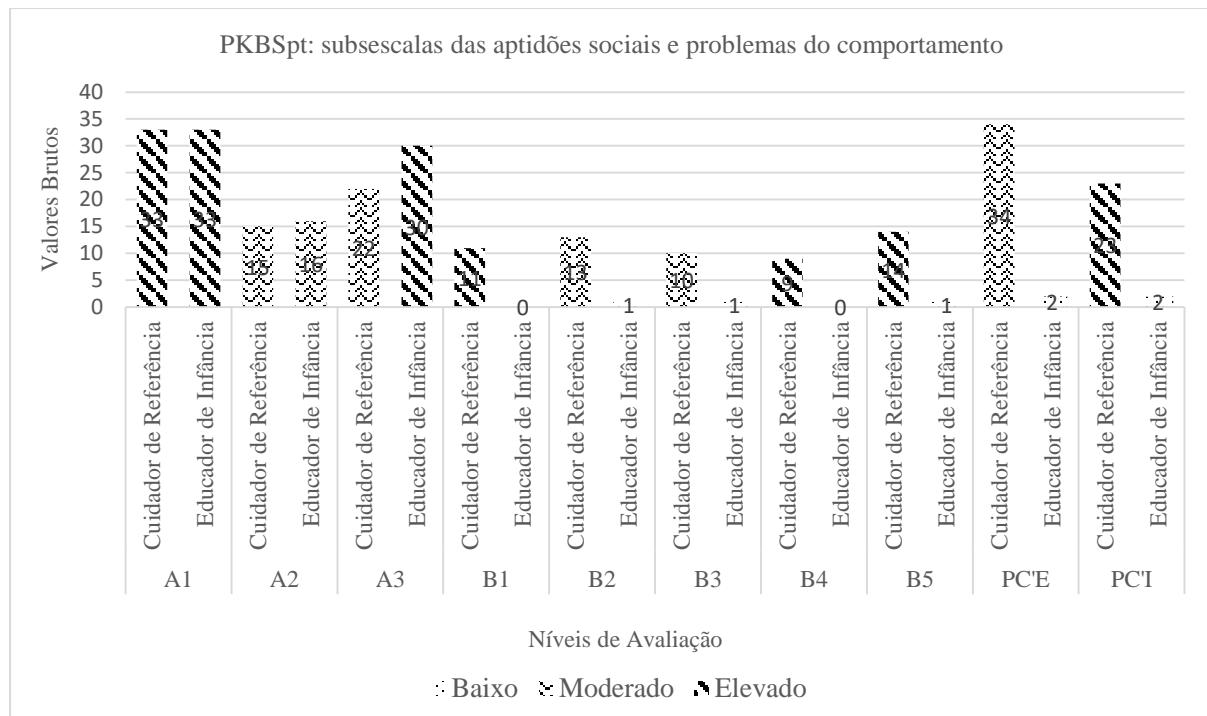


Figura 4. Resultados correspondentes aos níveis de avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Carolina. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.3. Estudo de Caso III: Salvador

5.3.1. Dados anamnésicos

Os dados anamnésicos posteriormente apresentados foram recolhidos a Fevereiro de 2016.

O Salvador nasceu a 30 de Agosto de 2012, tendo, à data da avaliação inicial, aproximadamente 3 anos e 7 meses.

Foi acolhido num CAT em Dezembro de 2014, sob medida de promoção e proteção infantil devido a episódios de negligência parental, estando, aquando o início da intervenção, institucionalizado, há cerca de 1 ano e 3 meses.

Em Fevereiro de 2016 o seu PV encontrava-se em avaliação, embora se colocasse a hipótese da aplicação da medida de retorno à família biológica, sob os cuidados paternais.

Não havendo dados disponíveis que nos permitissem uma construção anamnésica detalhada da criança e das suas relações com a família e o meio envolvente, num período anterior à institucionalização, destacamos apenas que o Salvador tem uma irmã de 11 anos, que se encontra institucionalizada no mesmo CAT.

Relativamente às características e dinâmica da família nuclear do Salvador, observáveis num período pós-institucionalização, foi possível de constatar que o seu pai, embora apresentasse algumas limitações cognitivas, manifestava capacidade de se organizar economicamente e de ser afetivo, responsivo, adequado e assertivo face às necessidades desenvolvimentais da criança. No que concerne à sua progenitora, esta parecia ter desenvolvido com a criança uma relação fusional e de predileção, que revelou características desproporcionais e desadequadas face às necessidades desenvolvimentais da mesma.

Á data do início desta intervenção, o Salvador mantinha um contacto regular com a mãe, através de visitas supervisionadas em contexto de CAT, e com o seu pai, através da pernoita em contexto de habitação parental nos períodos de fim-de-semana e interrupções escolares.

O Salvador foi descrito pelos técnicos e prestadores de cuidados de referência como sendo uma criança muito afetuosa e que, aquando a sua institucionalização, se encontrava muito desenvolto e autónomo relativamente ao esperado para a sua faixa etária. Em contrapartida, no período em que ocorreu a recolha anamnésica, foi referido que a criança apresentava ligeiras regressões relativamente a algumas aquisições anteriormente consolidadas, nomeadamente ao nível do controlo dos esfíncteres.

No que respeita ao historial clínico é referida a presença de problemas respiratórios e a realização de uma intervenção cirúrgica consequente dos mesmos. Não foram descritos outros problemas de saúde ou do desenvolvimento.

Relativamente à sua história educativa, sabe-se que o Salvador esteve sempre inserido em contexto escolar, frequentando atualmente o JI de forma regular.

5.3.2. Avaliação inicial

Para efetuar a avaliação inicial do Salvador foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4..

5.3.2.1. Avaliação informal

A observação psicomotora, para fins de avaliação inicial, decorreu ao longo das 4 primeiras sessões, que tiveram lugar nos dias 29 de Fevereiro e 4, 7 e 11 de Março de 2016.

Através da aplicação da GOP, foi passível de observar que o Salvador apresentava um desenvolvimento estato-ponderal ajustado à sua faixa etária e uma aparência cuidada.

Aquando o primeiro contacto, evidenciou sinais de angústia ao estranho, evitando o contacto com a terapeuta, assumindo uma postura inibida e de observação, procurando constantemente o contacto com a sua cuidadora de referência. No entanto, após este momento inicial, o Salvador procurou a terapeuta para interação, assumindo uma postura desinibida e de cooperação.

Existiram momentos nos quais procurou a atenção da terapeuta, para que esta a observasse e comprovasse/ valorizasse as coisas que conseguia realizar.

Procura constantemente vencer em todas as ideias, embora não tenha manifestado uma atitude competitiva desadequada, parecendo estar esta necessidade mais relacionada com o desejo de valorização das suas capacidades.

No decorrer das sessões de observação inicial, a criança realizou uma exploração espontânea e organizada de todo o espaço envolvente. Revelou interesse e iniciativa na exploração de todos os materiais trazidos para a sessão pela terapeuta, sendo, no entanto, evidente a sua preferência pela interação com determinados objetos como os carros, as bolas e o túnel.

O Salvador revelou curiosidade pela exploração dos materiais trazidos pela terapeuta para a sessão. Manifestou preferência por jogos que lhe permitissem uma exploração sensoriomotora dos objetos e das suas potencialidades de ação, bem como a exploração de sensações vestibular. Importa referir que todas estas vivências tiveram lugar na esfera de uma relação a dois (terapeuta-criança), sendo a terapeuta o agente de suporte da criança, promotor e catalisador das mesmas.

Algumas vezes os jogos assumem intenção de jogo (ex.: corrida de carrinhos, vamos mandar a bola um para o outro), noutras apenas de exploração (ex.: tocar no xilofone, subir para cima do cilindro) sem intenção de jogo aparente.

Foi igualmente passível de observar que a criança ainda se encontrava muito autocentrada nas suas ideias, embora aceitasse as sugestões da terapeuta dirigidas às mesmas. Era capaz de respeitar a vez da terapeuta e demonstrou interesse pela ação da mesma, imitando-a, e permitindo que este imitasse a sua.

A criança manifestou capacidade de permanência numa atividade, por um período de tempo adequado à sua execução, e ainda constância na escolha dos materiais.

Embora tenha explorado diferentes materiais no decorrer destas sessões de avaliação inicial, o Salvador procurou a repetição de algumas atividades em diferentes momentos da mesma sessão e de uma sessão para a outra.

O seu gesto motor revelou-se inconsistente/imaturo. Se, por um lado, a intenção do movimento (planeamento) se observou, por vezes, imatura e noutras aparentemente inexistente (impulsiva, sem planeamento), a qualidade do gesto revelou-se maioritariamente impulsiva/precipitada e descoordenada, conduzindo, assim, a uma carência da eficácia do gesto motor.

Salienta-se ainda que a aparente impulsividade e descoordenação do gesto motor da criança, aliada aos seus momentos de agitação motora, pareciam contribuir para uma falta de controlo dos movimentos que o fazem tropeçar/cair algumas vezes enquanto corre.

O Salvador identificou corretamente os vários segmentos corporais, aparentou uma lateralização definida à direita e dificuldades ao nível da estruturação espacial.

Na representação de si realizada através da expressão gráfica (desenho), destacou-se a representação da cabeça e dos elementos do rosto, embora com algumas dificuldades na sua organização espacial; a inexistência de elementos de ligação e da representação do tronco; e uma representação não bidimensional dos membros superiores e inferiores, efetuada a partir da cabeça.

Apresenta capacidade de focalizar a atenção numa tarefa.

Perante situações de frustração, o Salvador aparentou um padrão inconsistente, evidenciando, por vezes, capacidade de autorregulação e, por outras, comportamentos de fuga, acompanhados, em grande parte, por agitação motora.

Existiram períodos nos quais o Salvador aparenta alguma agitação motora, necessitando da contenção da terapeuta para se autorregular.

Importa referir que as características impulsivas presentes na ação do Salvador pareceram revelar-se apenas em momentos de maior excitabilidade, nos quais as respostas a determinadas situações eram agidas, onde existiam dificuldades em esperar pela sua vez e no controlo dos seus impulsos.

A criança manifestou uma linguagem receptiva e expressiva adequadas, embora com alguma carência no que concerne à organização psicolinguística do discurso, percetível aquando a expressão das suas ideias e partilha de novidades no momento inicial da sessão.

Aceitou e cumpriu todos os rituais/tempos da sessão.

5.3.2.2. Avaliação formal

Mediante uma análise comparativa dos dados recolhidos inicialmente através do questionário PKBSpt aplicado à cuidadora de referência e à educadora de infância, podemos observar que o Salvador apresentou no geral, uma boa capacidade ao nível da cooperação, interação e autonomia social, assim como, níveis de avaliação moderados, ou seja, normativo no que respeita aos problemas de comportamento exteriorizados e interiorizados (Figura 5).

No entanto, aquando uma análise de acordo com o percentil dos resultados obtidos, podemos verificar que o Salvador assinala, em contexto de CAT, valores de percentil inferiores à média nas dimensões A3 e superior nas dimensões B1, B4, B5 e PC'I, correspondentes à autonomia social e aos comportamentos autocentrado/explosivo, evitamento social, ansiedade/problemas somáticos e problemas de comportamento internalizado respetivamente. Assim, embora não sejam estes considerados fatores preocupantes, deveremos ficar alertados para tal.

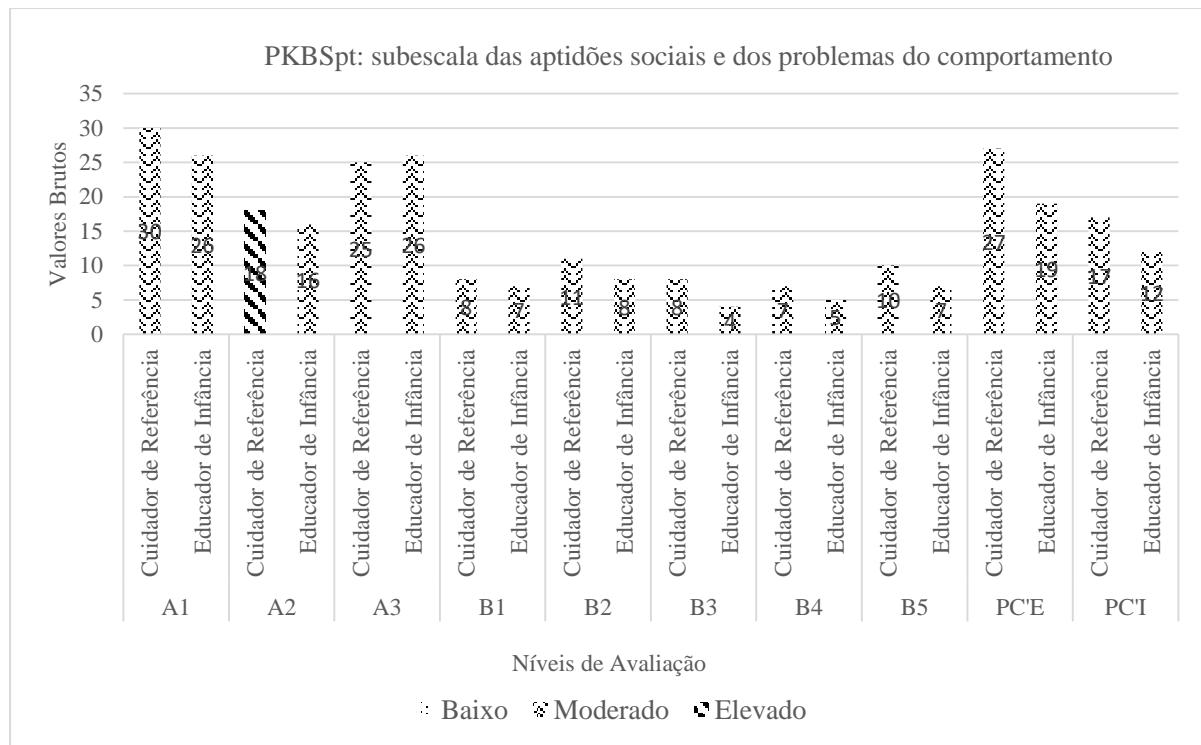


Figura 5. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pré-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Salvador. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antissocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.3.3. Projeto terapêutico

Analisando as características da criança, constituímos inicialmente como base para o seu projeto terapêutico as linhas orientadoras da intervenção descritas em 4.6.2.

5.3.4. Progressão terapêutica

A intervenção com o Salvador teve início a 29 de Fevereiro e terminou a 8 de Junho de 2016, contando com um total de 23 sessões, com frequência bissemanal e de carácter individual, cada uma com uma duração aproximada de 45 minutos.

Para este estudo de caso em concreto, atendendo à variabilidade da progressão terapêutica, considerámos a primeira etapa de intervenção corresponde às sessões de 1 a 8, a segunda às sessões de 9 a 16 e a terceira etapa de 17 à 23.

A primeira sessão, destinada ao estabelecimento do primeiro contato entre a criança e a terapeuta, foi marcada pela resistência do Salvador face à interação com o mesmo, tendo a criança assumido uma postura inibida, de evitamento/recusa da relação, procurando constantemente o contacto com a cuidadora de referência. Perante este acontecimento, a terapeuta procurou assumir uma atitude de compreensão e respeito pelo espaço da criança, solicitando à cuidadora de referência que permanecesse no espaço terapêutico, com vista à construção de um ambiente e de uma relação securizante. Foi realizada uma atividade a três, com uma bola como mediador da relação, que permitiu ao Salvador observar a terapeuta em interação com a sua figura de referência, consentindo à criança a permissão da mesma face à interação com a terapeuta, reforçando assim o seu sentimento de segurança. Salienta-se que nos primeiros momentos desta interação triádica, o Salvador assumiu uma postura de observador recusando ser parte integrante desta interação. Apenas passados alguns ciclos de interação, a criança começou a ser permissiva quanto à aproximação da terapeuta, iniciando-se assim, as trocas da bola entre os três. Posteriormente, o Salvador foi permissivo quanto ao afastamento progressivo da sua cuidadora de referência, que acabou por se ausentar do espaço terapêutico, e passou a assumir uma atitude de procura e interesse pela interação com a terapeuta, mantendo uma postura desinibida e de cooperação para com o mesmo.

Estabelecida a relação terapeuta-criança, pudemos refletir que a *primeira etapa* de intervenção do Salvador, correspondente às primeiras 8 sessões, foi marcada pela exploração sensoriomotora dos materiais e das suas potencialidades de ação, pela relação da criança com o espaço, o seu corpo e a terapeuta, pela emergência da exploração de jogos de fugir/ser

apanhado, esconder/ ser encontrado e por comportamentos de fuga/evitamento face a situações de jogo simbólico.

Apesar da evidente curiosidade do Salvador pela exploração de todos os materiais trazidos para a sessão pela terapeuta, este evidenciou preferência pela interação com bolas e carrinhos, objetos com os quais brincava recorrentemente, quer de sessão para sessão, quer ao longo da mesma sessão, muitas das vezes de forma intercalada com outras descobertas.

Observaram-se momentos de exploração sensoriomotora onde, aparentemente, as ideias não assumiam uma intencionalidade de jogo, apenas um papel de exploração e descoberta a dois - por exemplo, aquando a passagem da bola entre a terapeuta e a criança, executada ora com as mãos, ora com os pés, com a cabeça, de costas entre outras, permitindo à criança descobrir e vivenciar as diferentes formas de lançar a bola, de imitar a ação da terapeuta e de ser imitada – , mas também outros onde a ação desenvolvida pela criança parecia revelar alguma intencionalidade de jogo - por exemplo, com os carros verificou-se a existência de corridas nas quais estes eram lançados contra os móveis, com o intuito de baterem nos mesmos, ou uns contra os outros, enquanto eram, em simultâneo, imitados sons alusivos a lutas/ expressão agressiva; ou no caso do *jogo de futebol*, que embora planeado de forma muito imatura, continha intencionalidade de jogo.

A necessidade da criança em explorar as potencialidades do movimento do seu corpo no espaço foi visível através da procura de sensações propriocetivas e vestibulares como o correr, cair, ser rodado, saltar etc.

Foi ainda nesta etapa que começaram a emergir, com curta duração e alguma resistência, jogos de esconder/ser encontrado, durante os quais o Salvador evidenciava comportamentos impulsivos e ansiosos, fazendo notar-se de imediato, não dando tempo para que o terapeuta o procure e encontre. Tal poderá ser indicativo de sentimentos de abandono. Tem de ter a certeza

de que é encontrado. Aqui a terapeuta procura, respeitando os tempos da criança, promover a segurança e a transformação destes sentimentos.

Os jogos de construção com blocos assumem-se imaturos, necessitando do suporte total da terapeuta para a sua execução. Nesta etapa terapêutica foi construída uma pista para os carrinhos, na qual o Salvador foi colocando peças sem intensão aparente, só por colocar. Perante esta expressão impulsiva/ não planeada da ação, a terapeuta procurou dar significado às peças que iam sendo colocadas pela criança de forma aleatória, e à construção em si mesma, de forma global.

Salienta-se igualmente a aparente dificuldade, ou até mesmo a recusa, do Salvador face ao acesso ao simbólico: sempre que a terapeuta tentou iniciar ou construir uma história em que a criança seria, por exemplo, uma lagartinha que estava escondida no túnel, esta começava a ficar agitada, apresentando comportamentos de fuga, abandonando a ideia.

Nesta primeira etapa de intervenção, o Salvador aparentou estar muito centrado nas suas ideias e, embora tenha aceite com frequência as sugestões da terapeuta para as mesmas, não se revelou muito interessado em experimentar as ideias da mesma.

Nos jogos a dois, a criança demonstrou necessidade de verbalizar, como resposta impulsiva, que ganhou, mesmo quando tal não se verificava, aparentando necessidade de valorização do Eu e das suas capacidades na relação com a terapeuta.

Da mesma forma, ocasionalmente, foram verbalizados sentimentos de desvalorização – “eu não sei fazer”, “eu não sou capaz” – e solicitada a atenção do terapeuta para que este observasse o que a criança conseguia fazer. Tais comportamentos poderiam ser indicativos de baixa autoconfiança e de necessidade de valorização do Eu. Posto isto, a terapeuta procurou ser responsável para com a criança, nutrindo-a de reforço positivo e de incentivos.

O seu desenho aparenta alguma imaturidade, nomeadamente ao nível da organização espacial dos elementos constituintes do corpo e do próprio desenho na folha. Observa-se igualmente a inexistência de diferenciação de género e identidade das figuras representadas.

Aproximadamente a partir da sessão 4, a terapeuta deu início à aplicação de uma estratégia que visa o planeamento e registo das ideias a desenvolver no decorrer da sessão – após o momento inicial das novidades, escrevemos os nossos nomes e as ideias a desenvolver, por ordem, numa folha de papel, que se assume como guia da sessão. Nesta etapa da intervenção, as ideias começaram por ser registadas à medida que iam acontecendo, ou no final da sessão, não havendo, por parte da criança, capacidade de planeamento/antecipação das mesmas.

O Salvador revelou-se uma criança muito interessada na exploração espontânea dos materiais, embora reproduza as mesmas ideias de sessão para sessão, o que poderá indicar alguma resistência à mudança ou uma defesa face ao seu padrão ansiogénico – se repetirmos as mesmas coisas há uma previsibilidade possível dos acontecimentos.

Demonstrou ser capaz de focalizar a atenção e permanecer numa atividade por um período de tempo considerável e adequado à realização da mesma (constância na escolha dos objetos e capacidade de permanência na atividade).

Salientamos que, estas ideias desenvolvidas permitiram ao Salvador, tendo a terapeuta como agente promotor e de suporte neste processo, explorar o seu corpo no espaço e em relação com os objetos, integrando vivências necessárias à promoção da autorregulação do seu estado de impulsividade/agitação interno, esperando pela sua vez, respeitando os tempos do jogo etc.

A criança manifesta resistência face ao término da sessão, visível pela tentativa de prolongamento da mesma e pela agitação motora associada.

Na *segunda etapa* desta intervenção, que decorreu entre as sessões 9 e 16 inclusive, foi marcada pela passagem da exploração sensoriomotora para a criação de ideias, pela existência

de movimentos promotores de individualização, por jogos de esconder/ser encontrado (reforço da existência do eu) e pela emergência do jogo simbólico.

Constatou-se uma transformação/passagem progressiva da execução maioritária de jogos sensoriomotores de exploração dos movimentos do corpo na relação com a terapeuta e o meio envolvente e promotores da descoberta das potencialidades de ação dos objetos, para ideias nas quais é notória uma maior complexidade de planeamento e execução – por exemplo, a construção de pistas de carros, o jogar com a bola/futebol, jogar com a bola e o bastão etc., que foram ganhando uma estrutura mais consistente e matura ao longo desta etapa de intervenção - da exploração sensoriomotora passamos para a criação de ideias, com presença de intencionalidade constante.

O Salvador evidenciou necessidade de vivenciar situações que lhe permitissem momentos/movimentos de fusão/individualização, autonomia/dependência, afastamento/aproximação em relação à terapeuta, promotores da sua individualização e possíveis indicadores de uma maior segurança, autoestima e autoconfiança. Tais movimentações, foram observáveis aquando a construção das pistas para os carrinhos - a criança terá solicitado a construção de duas pistas de carrinhos, atribuindo-lhes determinantes possessivos, algo que até então nunca tinha ocorrido dado que a sua construção, até então, tinha sido sempre elaborada em conjunto pela terapeuta e pela criança, existindo apenas uma pista para os dois, ainda que necessite da ajuda da terapeuta para a execução da mesma-; da procura pela imitação da ação da terapeuta e ao mesmo tempo de momentos de exploração individual dos objetos, afastando-se, por breves instantes, do espaço relacional criança-terapeuta, reaproximando-se de seguida; e através da procura pela experimentação sucessiva e repetida de jogos de esconder/ser encontrado.

Destacamos a modificação progressiva nos jogos de esconder/ser encontrado: primeiro nunca havia troca de papéis – a criança esconde-se e a terapeuta procura-a- e que a criança

continuou a manifestar uma atitude impulsiva, não conseguindo esperar para ser encontrado sem fazer barulho ou dizer o seu paradeiro, no momento do reencontro aparentava uma expressão emocional desadequada e, por vezes, exuberante, guinchando, rindo, mostrando-se agitado, ansioso -, depois, sensivelmente a partir da sessão 13, essa troca começa a ser tolerada, embora com necessidade de algum controlo relativo ao local onde o terapeuta se esconde e na segurança de que vai ser encontrado, referindo onde se vai esconder (eu escondo-me aqui, tu escondes-te ali, está bem?).

Importa ainda referir que, perante as atitudes impulsivas e desorganizadas da criança, o terapeuta procurou sempre conte-la e securiza-la, pegando ao colo e afirmado a sua presença/existência. Mais tarde, quando a troca de papéis começa a ser permitida, o terapeuta procura contrariar a necessidade de controlo da criança, escondendo-se em sítios diferentes dos sugeridos pela mesma e dizendo-lhe que não tem de dizer o local onde se vai esconder, porque vai ser encontrado, combatendo a possível angustia face à ideia de não o ser.

Outro ponto que marca esta etapa de intervenção diz respeito à emergência do jogo simbólico, por períodos de tempo muito reduzidos. As representações desenvolvidos foram alusivas a temáticas como a família - o peixinho que está a nadar sozinho e cujos pais estão em casa – a angústia de não ser encontrada - a lagartinha que está escondida e vai ser encontrada pelo terapeuta -, de reparação – a criança morre e a terapeuta repara, o terapeuta morre e a criança repara -, começando também a surgir a procura pela experimentação de papéis agressor/vítima, com troca de papéis – o monstro ou o lobo comem a lagartinha ou o porquinho. Importa acrescentar que, na maior parte das vezes, quando assume o papel de vítima, o Salvador não se deixa ser comido pelo lobo, invertendo o final – às vezes, o personagem dele é mais protetor, mais omnipotente e como o lobo! Não se deixa devorar, procurando devorar o outro primeiro.

No decorrer desta etapa de intervenção, foi relatada, pelas cuidadoras, a existência de episódios de enurese. Estes ganharam expressão no decorrer das sessões, apenas na sequência da exploração sensoriomotora de arroz (nas sessões 15 e 16).

Começou igualmente a emergir, de forma progressiva, a capacidade de planeamento antecipado da sessão, começando a ser registadas, no início da sessão, todas as atividades a desenvolver pela ordem da sua execução.

Nesta etapa de intervenção, a criança continua a tentar prolongar o tempo da sessão, embora tenha substituído os comportamentos de agitação motora pelo abandono do peso do corpo. Nestes momentos a terapeuta procura conter a criança e reforçar a permanência da relação dos dois, mesmo quando não estão juntos no espaço terapêutico.

Na *terceira e última etapa de intervenção*, que compreende as sessões da 17 à 23 inclusive, o Salvador respeita o ritual de entrada, dirigindo-se de forma autónoma para o local onde estão as folhas e as canetas, como o objetivo de escrever o seu nome e de registar o planeamento da sessão.

Esta etapa de intervenção caracteriza-se por experimentações muito similares à anterior, contudo dotadas de uma maior consolidação de todos os fatores/ competências.

Assim sendo, o Salvador começou a manifestar um maior interesse por jogos de construção com blocos e plasticina, experimentando atividades cada vez mais complexas ao nível das capacidades manipulativas e dos processos de simbolização e planeamento.

No entanto, verifica-se uma imaturidade face aos processos de simbolização/construção/representação visível quer na construção da pista de carros, onde as peças são, muitas das vezes, colocadas aleatoriamente, quer nas construções com a plasticina.

Para auxiliar a criança na maturação e descoberta destas competências, a terapeuta procurou verbalizar o planeamento das ações em voz alta, dizendo como se faz para ficar como o

pretendido, dando espaço à criança para experimentar as ações, auxiliando-a ao longo de todo o processo de construção da ideia.

Foram surgindo jogos a dois, dotados de intencionalidade e de uma crescente complexidade: jogámos à bola com o bastão, emergindo a demarcação de balizas no espaço e, com elas, o começo da estruturação espacial e da cardinalidade.

Esta etapa foi igualmente marcada pela resolução/maturação da angústia, que deu lugar/proporcionou o desenvolvimento do jogo das escondidas com respeito pelos tempos de jogo, sem necessidade de observar o local onde o outro se vai esconder e permanecendo escondida e em silêncio até o outro o encontrar. Ainda assim, procurou experimentar os esconderijos utilizados pelo terapeuta e de o imitar na forma de agir aquando o momento de procura pelo outro, procurando fazer uma identificação com a terapeuta.

No que concerne ao jogo simbólico, continuou a observar-se todas as questões referidas na etapa anterior, havendo apenas uma melhoria na pré-disposição relativamente ao desenvolvimento do mesmo. Acrescentamos apenas que houve momentos nos quais o Salvador transformou a sua representação de agressor em super-herói, que em vez de comer a vítima a salvou.

No decorrer do processo terapêutico, aquando o início e o término da sessão, a criança revelou-se frequentemente agitada, procurando o movimento do corpo no espaço, sem intenção aparente. Tal reação deixou de ser verificar, no decorrer da segunda etapa de intervenção, apenas na face inicial da sessão, na qual o Salvador passou, por hábito, a contar as novidades e a efetuar o registo das ideias. Todavia, relativamente ao término da sessão, os comportamentos de resistência foram frequentemente visíveis ao longo de todas as etapas de intervenção, expressando-se quer através de instabilidade motora, quer através da imobilidade - abandono do peso do próprio corpo- fingindo que estava morto ou a dormir. Nestes momentos, o terapeuta procurou proporcionar à criança uma resposta contentora que pudesse

funcionar como agente de autorregulação externo da criança, face à sua agitação/ansiedade. A terapeuta procurou, assim, proporcionar à criança um colo contentor, no qual esta pudesse autorregular-se/reorganizar-se.

No decorrer das etapas 1 e 2, o Salvador, em determinadas situações, aparenta baixa tolerância à frustração, ou até mesmo uma atitude omnipotente: tem de ganhar sempre e podendo ser indicador de uma necessidade de valorização do Eu.

Nas duas primeiras etapas de intervenção, o gesto motor da criança revelou-se inconsistente, na medida em que se, por vezes, pareceu haver intenção do movimento mas falha na sua execução (planeamento), por outras, observou-se uma qualidade do gesto impulsiva/precipitada, embora ambas as situações contribuam para uma carência na eficácia da resposta motora. Apesar de parecerem existir pequenas modificações progressivas a este nível, com a diminuição da impulsividade e, consequentemente, um aumento da capacidade de planeamento e eficácia do gesto motor, no decorrer da terceira etapa de intervenção, pudemos constatar que o Salvador aparenta uma maior capacidade de controlo da impulsividade do gesto aquando a regulação por parte de um mediador externo, neste caso feita através de indicações dadas pela terapeuta.

A representação de si através do desenho e a organização espacial dos seus elementos na folha não é constante ao longo do processo terapêutico, embora se mantenham imatura.

5.3.5. Avaliação final

Para efetuar a avaliação final do Salvador, foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4..

5.3.5.1. Avaliação informal

5.3.5.1.1. GOP. Com base nas últimas quatro sessões de intervenção, destinadas ao preenchimento da GOP, pudemos observar que a criança manteve uma relação de cooperação

para com a terapeuta, utilizou a terapeuta como figura de referência, procurando imitar as suas ações, pedindo-lhe auxílio nas suas descobertas e que revelou uma necessidade/procura pela sua individualização.

O Salvador não só continuou a aceitar as sugestões da terapeuta face às suas ideias, como também começou a aceitar experimentar as ideias sugeridas pela mesma.

Continua a realizar uma exploração do espaço e dos materiais adequadas, com constância na escolha dos materiais e capacidade de permanência na mesma atividade durante um tempo considerável.

Mantém alguma imaturidade ao nível da atribuição simbólica ao objeto, embora tais processos aparentem estar emergentes.

O jogo do esconder/ser encontrado surge de uma forma elaborada e com a presença de regras simples, tal como acontece relativamente a jogos como a bola e os bastões – passamos de a experimentação das potencialidades de ação, para a criação de ideias.

O jogo simbólico surge associado a temáticas como a experimentação do papel agressor/vítima, ligadas à família e a jogos de cuidar/ser cuidada (reparação) experimentar temáticas relacionadas papel agressor/vítima.

Permite a troca de papéis no jogo simbólico, embora tente reproduzir sempre as mesmas histórias ou similares.

O seu gesto motor encontra-se em processo de maturação, ainda que, no decorrer destas quatro sessões de avaliação este se tenha revelado planeado, eficaz e coordenado. Tal pode dever-se à maturação do esquema corporal, da integração das potencialidades de ação do corpo com o meio envolvente.

A imagem do corpo efetuada através do desenho mantém-se imatura.

A noção de cardinalidade e a organização espaço-temporal embora imaturas, parecem encontrar-se em processo de maturação.

No geral, o Salvador evidencia capacidade de autorregulação perante momentos de frustração. Contudo, reações a momentos de frustração são visível aquando o anúncio do término da sessão, perante o qual a criança, abandonava o peso do corpo, verbalizando que está morto, necessitando de momentos de contenção e de reparação.

Por vezes, quando não queria realizar uma atividade, o Salvador revelou comportamentos de fuga ou de agitação motora, estando esta ultima igualmente presente em momentos de transição.

Perante ideias que considera difíceis, verbaliza sentimentos de desvalorização como “não consigo fazer isto”.

Assume capacidade de antecipação, através do planeamento prévio das ideias a realizar no decorrer de toda a sessão, ainda que, por vezes, seja necessária a ajuda do terapeuta para tal.

No geral, mantém uma linguagem não-verbal e verbal adequadas.

5.3.5.1.2.POCC. Relativamente à recolha e análise elaborada através do POCC, pudemos observar que ao nível do domínio da frustração, e apesar do comportamento mais frequente ser F7 (não manifesto) o Salvador evidenciou na segunda etapa de intervenção a presença, pouco discriminativa, de comportamentos de autorregulação perante situações de frustração (F1) e de comportamentos inscritos em F5 (baixa tolerância à frustração_outro).

Tabela 16

Percentagem da frequência de comportamentos de frustração_ Salvador

| | ETAPA 1 (N=288) | ETAPA 2 (N=298) | ETAPA 3 (N=236) | Total da Intervenção |
|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|-----------------------------|
| F1 | n=0 (0,0%) | n=5 (1,6%) | n=1 (0,0%) | n=6 (0,7%) |
| F2 | n=1 (0,4%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=1 (0,0%) |
| F3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| F4 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| F5 | n=0 (0,0%) | n=3 (1,0%) | n=2 (0,8%) | n=5 (0,6%) |
| F6 | n=9 (3,1%) | n=1 (0,3%) | n=6 (2,5%) | n=16 (1,9%) |
| F7 | n=278 (96,5%) | n=289 (96,9%) | n=227 (96,2%) | n=794 (96,6%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos

comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Relativamente à expressão agressiva, não se observam os comportamentos considerados no decorrer da intervenção com a criança.

Tabela 17

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão agressiva_Salvador

| | ETAPA 1 (N= 288) | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| EA1 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=1 (0,0%) | n=1 (0,0%) |
| EA2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| EA3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| EA4 | n=14 (4,8%) | n=0 (0,0%) | n=6 (2,5%) | n=20 (2,5%) |
| EA5 | n=274 (95%) | n=298 (100%) | n=229 (97%) | n=801 (97,4%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Apesar da pouca expressividade que assumem, o Salvador evidenciou, no decorrer da intervenção, um aumento da frequência de comportamentos de oposição/desafio (Tabela 18).

Tabela 18

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de oposição/desafio_Salvador

| | ETAPA 1 (N= 288) | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| OD1 | n=4 (1,4%) | n=10 (3,3%) | n=13 (5,5%) | n=241 (29,3%) |
| OD2 | n=34 (11,8%) | n=15 (5%) | n=6 (2,5%) | n=273 (33,2%) |
| OD3 | n=8 (2,7%) | n=0 (0,0%) | n=10 (4,2%) | n=217 (26,3%) |
| OD4 | n=241 (83,6%) | n=273 (91,6%) | n=217 (91,9%) | n=731 (88,9%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$.

Através da Tabela 19, podemos observar que o Salvador não revela, na maior parte das vezes, uma atitude impulsiva. Contudo, observa-se uma diminuição da frequência de atitudes impulsivas no decorrer das várias etapas de intervenção.

Tabela 19

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de impulsividade_Salvador

| | ETAPA 1 (N= 288) | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|-----------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| I1 | n=27 (9,3%) | n=25 (8,3%) | n=8 (3,4%) | n=80 (9,7%) |
| I2 | n=166 (57,6%) | n=231 (77,5%) | n=181 (76,7%) | n=578 (70,3%) |
| I3 | n=19 (6,5%) | n=9 (3%) | n=7 (3%) | n=35 (4,25%) |
| I4 | n=55 (19%) | n=33 (11%) | n=39 (15,3%) | n=127 (15,4%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

Para terminar, observamos a presença da frequência de alguns comportamentos de desvalorização apenas na primeira etapa de intervenção.

Tabela 20

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de desvalorização_Salvador

| | ETAPA 1 (N= 288) | ETAPA 2 (N= 298) | ETAPA 3 (N=236) | TOTAL (N=822) |
|------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|----------------------|
| CD1 | n=6 (2%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=6 (0,7%) |
| CD2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) |
| CD3 | n=7 (2,4%) | n=0 (0,0%) | n=6 (2,5%) | n=11 (1,3%) |
| CD4 | n=274 (96,1%) | n=298 (100%) | n=231 (97,8%) | n=803 (97,6%) |
| CD1 | n=6 (2%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0,0%) | n=6 (0,7%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

5.3.5.2. Avaliação formal

Mediante uma análise comparativa dos dados recolhidos aquando o término da intervenção, através do questionário PKBSpt aplicado novamente à cuidadora de referência e à educadora de infância, podemos observar que o Salvador apresenta, no geral, uma boa capacidade ao nível de A1 e A2. Relativamente a A3, a criança apresenta um nível de avaliação moderado, com um valor de percentil dentro da média, em contexto de JI, em oposição ao nível de avaliação baixo, e como tal preocupante, assinalado em contexto institucional. Observa-se igualmente um índice normativo no que respeita aos domínios B1, B2, B3, B4 e PC'E em ambos os contextos de avaliação e ao domínio PC'I em contexto escolar. Contrariamente, o fator B5 assume valores preocupantes em ambos os contextos, juntamente com o domínio PC'I em contexto institucional (Figura 5).

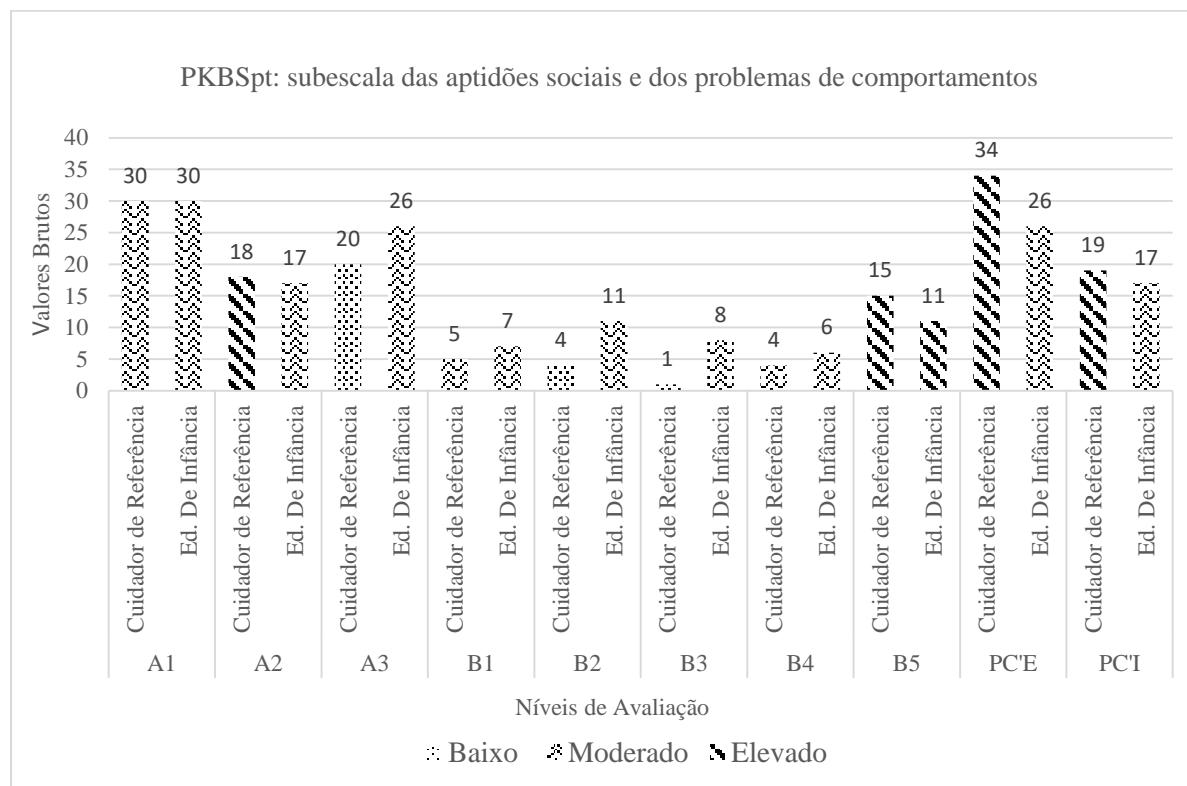


Figura 6. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos no momento de pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Salvador. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3

(antissocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.4. Estudo de Caso IV: João

5.4.1. Dados Anamnésicos

Os dados anamnésicos posteriormente apresentados foram recolhidos, pela primeira, vez em Fevereiro de 2016, tendo sido posteriormente acrescentada informação pertinente que foi surgindo ao longo do processo de intervenção.

O João nasceu a 4 de Junho de 2010, tendo, à data da avaliação inicial, aproximadamente 5 anos e 8 meses.

No primeiro ano de vida o João viveu com a sua progenitora e os seus dois irmãos mais velhos numa Casa-Abrigo. Posteriormente, há registo de ter permanecido primeiramente, juntamente com a fratria, cerca de um ano e meio/dois numa CAT. Atualmente, na tentativa de combater a distância geográfica que separava as crianças dos seus progenitores, o João foi transferido, á cerca de 1 ano e 6 meses para a CAT onde se encontra atualmente.

Em Fevereiro de 2016 o seu PV encontrava-se em avaliação, embora se colocasse a hipótese da aplicação da medida de retorno à família alargada.

Não estando disponíveis dados que nos permitam uma construção anamnésica detalhada da criança e das suas relações com a família e o meio envolvente, num período anterior à institucionalização, destacamos apenas que o pai é descrito como uma figura muito autoritária, que direciona muita da sua atenção para o João, e que, contrariamente, a mãe observa-se uma mulher vítima de violência doméstica, cuja postura se revela totalmente submissa aquando a presença do pai.

A partir de Agosto de 2014, aquando a sua entrada na atual CAT, o João e os seus irmãos passavam os fins-de-semana completo na casa dos seus progenitores. No entanto, devido aos episódios de violência conjugal vivenciados e relatados pelas crianças, esta medida foi interrompida. Na sequência dos acontecimentos, em Dezembro de 2015 os progenitores divorciaram-se e as crianças iniciam a ida de um dia por semana há casa do pai, sem pernoita.

De acordo com os técnicos e prestadores de cuidados de referência, o João é uma criança inteligente, perspicaz e criativa mas que tem revelado um interesse diminuto pelas aprendizagens escolares presentes no currículo de jardim-de-infância. Foi igualmente relatada uma baixa tolerância à frustração, com reações que passaram do deitar-se no chão e chorar, para uma expressão mais agressiva/explosiva e impulsiva.

No que respeita ao historial clínico não são descritos quaisquer problemas de saúde ou do desenvolvimento. Contudo, devido aos comportamentos expressos pela criança, o João foi sinalizado para acompanhamento em pedopsiquiatria e psicologia, tendo iniciado este ultimo em Março de 2016.

Relativamente à sua história educativa, sabe-se que o João frequentou de forma assídua o jardim-de-infância desde o ano letivo de 2014/2015. Importa acrescentar que no ano letivo de 2014/2015 a sua inserção e adaptação decorreu com normalidade, contrariamente ao que se observou no ano letivo de 2015/2016, na sequência da mudança de instalações, no qual o João manifestou alterações no comportamento.

5.4.2.Avaliação Inicial

Para efetuar a avaliação inicial do João foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4..

5.4.2.1.Avaliação informal

A observação psicomotora, para fins de avaliação inicial, decorreu ao longo das 4 primeiras sessões, que tiveram lugar nos dias 29 de Fevereiro e 4, 7 e 11 de Março de 2016.

Através da aplicação da GOP, foi possível de observar que o João apresentava um desenvolvimento estato-ponderal ajustado à sua faixa etária e uma aparência cuidada.

Aquando o primeiro contacto, o João procurou de imediato estabelecer uma relação com a terapeuta, assumindo uma postura interativa e de cooperação.

Revelou iniciativa e uma grande capacidade criativa aquando a exploração dos materiais trazidos para a sessão pela terapeuta. Assim, numa primeira abordagem, a criança experimentou os materiais, explorando as suas várias formas de utilização, imitando o terapeuta e fazendo as suas próprias descobertas. Depressa os jogos ganharam regras, que foram aumentando progressivamente o seu grau de complexidade ao longo destas quatro sessões.

Nas situações de jogo, respeita a vez do outro e apresenta uma baixa tolerância à frustração.

Aparenta capacidade de realizar atribuição simbólica ao objeto e de desenvolver jogo simbólico, demonstrando particular interesse pela representação da história do *Lobo Mau e dos três Porquinhos*, através da utilização de fantoches, na qual assume o papel de agressor, embora não o desempenhe com concordância.

As atividades realizadas nestas quatro sessões repetiram-se, permanecendo a criança, em cada uma delas, um período de tempo adequado ao desenvolvimento das mesmas.

Conseguiu focalizar a atenção nas atividades, embora parecesse, por vezes, assumir uma postura mais hipervigilante, privilegiando a atenção periférica.

O João aparentou capacidade de planeamento da ação motora e consequentemente, um gesto motor adequado e eficaz.

Revelou ligeiras oscilações ao nível do equilíbrio dinâmico e estático unipodal, uma lateralidade definida à direita e dificuldades no reconhecimento da direita/esquerda em si. Identificou corretamente as várias partes do corpo, demonstrando um bom sentido somatognosico.

O desenho da representação de si mesmo evidenciou-se imaturo e desinvestido. Nele são representados apenas a cabeça, com alguns elementos da face (olhos e boca) posicionados corretamente e as pernas que, embora representadas bidimensionalmente encontram-se ligadas à cabeça, e os pés. Não se verificou a presença de elementos de ligação, do tronco nem dos

membros superiores. Importa ainda referir que o João referiu ter escolhido desenhar-se a ele mesmo no banho, sem roupa.

Manifestou uma boa organização psicolinguista, expressando, de um modo geral, as suas ideias de forma adequada e percepçável.

5.4.5.2. Avaliação formal

Observando (Figura 7) os dados recolhidos inicialmente através do questionário PKBSpt aplicado à cuidadora de referência (que conhece a criança à cerca de 18 meses), podemos constatar que esta assinalou, na EAS, a presença de valores com um nível de avaliação baixo em A1 e A2 e um nível de avaliação moderado, ainda que com valores de percentil ligeiramente abaixo da média, em A3. Por outro lado, a educadora de infância (que conhece a criança à cerca de 7 meses), associou níveis de avaliação moderados, com um percentil normativo, a A1 e A3, e um nível de avaliação elevado a A2.

No que concerne à EPC, é visível a predominância, em ambos os contextos, de níveis elevados, e como tal, preocupantes, nas várias dimensões (comportamento autocentrado/explosivo, problemas de atenção/atividade excessiva, antissocial/agressivo) e de níveis moderados, embora com valores de percentil superiores à média, em dimensões como o evitamento social e sinais de ansiedade. Em suma, de acordo com o instrumento de avaliação utilizado, o João demonstrou, em ambos os contextos, níveis elevados de expressão de comportamentos exteriorizados e interiorizados.

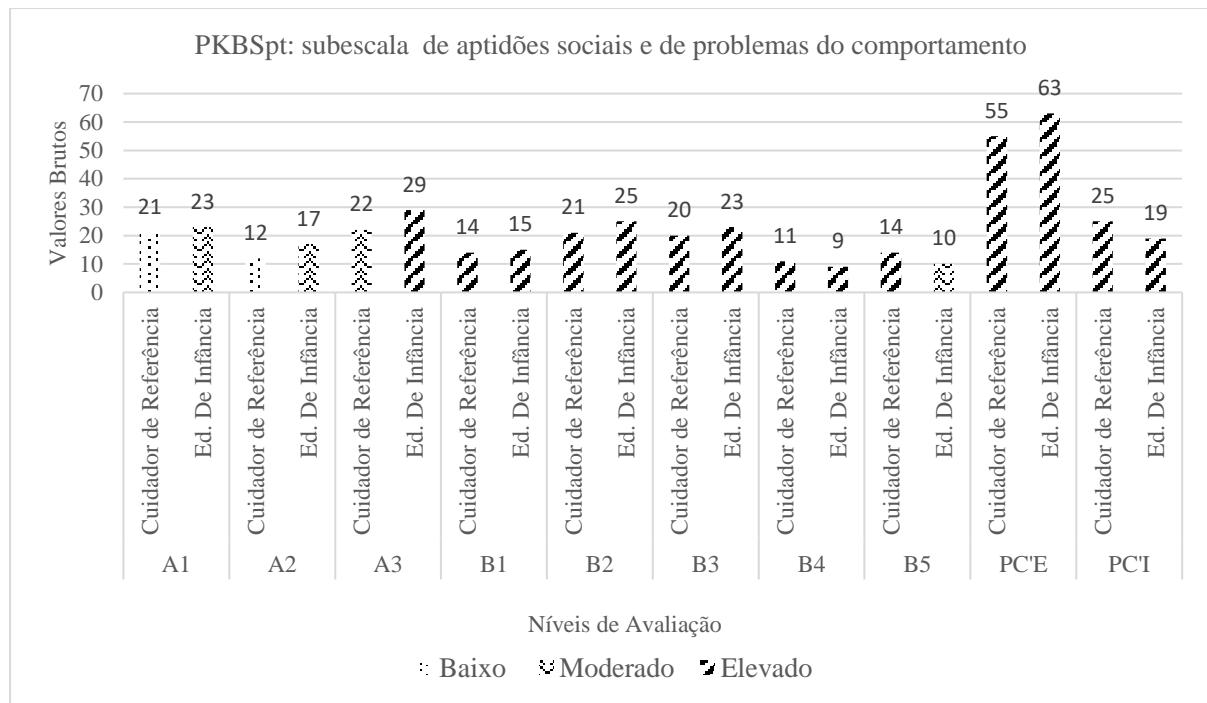


Figura 7. Comparação dos resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpT, recolhidos nos momentos pré -intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_João. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (auto centrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.4.3. Projeto Terapêutico

Analizando as características da criança, constituímos inicialmente como base para o seu projeto terapêutico as linhas orientadoras da intervenção descritas em 4.6.2.

5.4.4. Progressão Terapêutica

A intervenção com o João teve início a 29 de Fevereiro e terminou a 7 de Junho de 2016, contando com um total de 23 sessões de frequência bissemanal e de carácter individual, cada uma com uma duração aproximada de 45 minutos.

A primeira fase de intervenção, composta pelas primeiras 10 sessões, foi marcada pela exploração das potencialidades de ação dos objetos na relação com o terapeuta, sempre com intencionalidade de jogo aparente e geralmente com a introdução de regras simples.

Denotou-se uma persistência pelos jogos de carros através da ideia da corrida de carros que, sendo originalmente, uma corrida simples na qual os carros tinham de bater nos móveis, se transformou numa ideia mais elaborada com a introdução de pistas e de obstáculos. Da mesma forma, com a bola vermelha através da qual o João explorou, em primeira instância, as várias formas possíveis de lançar a bola criando movimentos novos, imitando os da terapeuta e permitindo que esta o imite, num diálogo constante de conhecimento do outro e de construção da relação, se torna mais complexo com a introdução de novos objetivos, regras e pontos.

O João manifestou também interesse pela história do lobo mau e dos três porquinhos pedindo à terapeuta para a ler. Posteriormente, foi sugerida a elaboração/construção de deboches alusivos à história, elaborada a lista do material necessário para a mesma e iniciada a sua criação. Apesar de aparentar entusiasmo com esta ideia, o João procura não permanecer demasiado tempo em atividades que não exijam o movimento global do corpo, tendo demorado algumas sessões até ao término dos dedoches.

No decorrer desta etapa de intervenção, a passividade /aceitação do João face à perda (nas ideias com pontos), depressa se desvaneceu, revelando a sua baixa tolerância à frustração, Nestas situações o João procurava fazer batota, modificando as regras para seu próprio benefício, (esta não valeu, sou eu!) embora o assuma e verbalize de imediato (“eu sou um batoteiro”). Nestas situações a terapeuta procurou constantemente a valorização da criança quando esta ganha. No entanto, nem sempre a deixa vencer.

A batota pareceu surgir como uma estratégia de resolução de problemas, como uma defesa face à sua necessidade de se sentir o melhor, o vencedor. A terapeuta reforça a sua vitória, procurando não dar relevância à batota.

Por vezes, experimentámos realizar ideias sem pontuação, onde o fator da competitividade desaparece e podemos apenas jogar os dois.

Na sessão 7, quando o terapeuta perdeu no jogo o João manifestou uma atitude de compaixão, oferecendo-se para dar algumas peças à terapeuta (pois este não tinha nenhuma), passando-lhe a mãe na cabeça e dizendo “não faz mal perder” - esta situação pareceu-me uma projeção completa, uma troca de papéis entre a terapeuta e a criança. A terapeuta devolve um sentimento de tristeza mas ao mesmo tempo de tranquilidade: estou triste por ter perdido, mas não faz mal, não posso ganhar sempre.

Entre as sessões 6 e 10, quando o João se encontra a perder no decorrer das ideias, começa a evidenciar sinais de desagrado, suspirando e reclamando, havendo vezes nas quais se atira para o chão batendo com as mãos, dá socos no armário, chora, frustra e faz fuga à situação, passando para outra. Na sessão 10, quando faz algo menos bem, bate com a mão na testa e diz que é totó.

Importa referir que no decorrer destas sessões, procurámos sempre a verbalização das situações e dos sentimentos/emoções associadas. Houve momentos em que o terapeuta ganhava e outros em que perdia, sendo que nestes a criança festejava e era valorizada pelo terapeuta.

Nesta primeira etapa de intervenção surgiram também jogos de fugir/ ser apanhada, nos quais o terapeuta assume sempre o papel daquele que apanha e momentos de exploração sensorial, nomeadamente vestibular.

Aparentou resistência ao jogo simbólico, fazendo fuga: há uma parte da sessão 9 na qual estávamos a brincar com o túnel, aproximei-me e disse “olha uma lagartinha aqui perdida” ao que ele respondeu de imediato “ não sou uma lagartinha, sou o teu amigo João, aquele que costuma brincar contigo”.

Perlonga o tempo da sessão, solicitando à terapeuta que este veja o que sabe fazer.

Na segunda etapa de intervenção, composta pelas sessões de 11 a 18, realizamos a representação da história dos três porquinhos e do lobo mau. O João procura ser sempre os porquinhos que por sua vez, são sempre mais espertos que o lobo e nunca se deixam comer.

Se nas primeiras duas sessões desta etapa o João demonstrou-se indiferente ao facto de o terapeuta lhe ganhar em alguns jogos, nas sessões seguintes adotou uma atitude de omnipotência em relação ao mesmo “é uma fraquinha, eu sou forte – procura desvalorizar totalmente o terapeuta. Podemos refletir este comportamento talvez como uma projeção dos seus sentimentos.

Na sessão 15 disse para a terapeuta “é má a jogar futebol, não sabes jogar” ao que o terapeuta responde que não faz mal, voltando a dizer, num momento posterior, o contrário.

Na sessão 17 o João demonstrou capacidade de identificação de estados internos associados a emoções e à expressão facial respetiva, referindo que se sente feliz quando joga à bola, fica zangado quando dizem para ele se despachar porque faz as coisas muito devagar, que se sente triste quando o pai diz que lhe compra um gelado e depois não compra e aborrecido quando dizem que ele perdeu e é mentira.

Nestas sessões observou-se a predominância do tipo de jogos, havendo contudo algumas alterações como a bola que passa a ser driblada, ou o jogo do tira-me a bola. A atitude da criança revelou-se extremamente competitiva.

Perante este comportamento da criança, a terapeuta procurou continuar a reforçar as suas capacidades, a promover momentos de valorização da criança para que ela se sinta segura e aumente a sua autoestima, que aparenta estar danificada.

Assim a terapeuta recebeu as atitudes omnipotentes da criança, aceitando-as e devolvendo uma atitude de compreensão e de apaziguamento relativamente ao perder.

Por fim, na terceira e última etapa de intervenção, correspondente às sessões 19-23, demos continuidade e preferência aos jogos concretos e competitivos, tal como nas etapas anteriores. Apesar do desaparecimento da atitude de omnipotência, o João retomou a procura pela manipulação das regras de modo a sair beneficiado. Nos jogos, às vezes ganha o João, outras vezes ganha a terapeuta, estando ausentes as manifestações de frustração presentes nas fases

anteriores. A terapeuta tenta prolongar o tempo de jogo antes da vitória estar definida, não havendo manifestações impulsivas por parte do João aquando estas situações.

Foi igualmente visível a procura de momentos de exploração de alguns materiais como a plasticina e de jogos como as escondidas, durante o qual o João procurou esconder-se em locais diferentes da terapeuta, esperando que esta o encontre, sem evidenciar uma atitude impulsiva.

No entanto, perante o jogo do Mikado, o seu gesto revelou-se impreciso e impulsivo.

Na última sessão, quando o João se encontrava a modificar as regras, anulando os golos da terapeuta, esta disse-lhe que “não era justo e que não ia continuar a jogar assim, porque ele já não precisava de fazer aquelas coisas. Às vezes eu ganho, outras ganhas tu, não faz mal e não quer dizer que não somos bons.” O João aceitou a derrota sem frustrar.

No decorrer do processo terapêutico observou-se que o João procura realizar jogos concretos, de regras, sempre com intencionalidade de jogo.

Assumiu uma atitude competitiva para com a terapeuta aquando os momentos de jogo. Nos restantes momentos mantém uma postura de cooperação.

Evidenciou capacidade de antecipar as ideias, planeando o que vamos fazer no decorrer de toda a sessão.

Manifestou uma grande capacidade criativa e de criação de estratégias para a resolução de problemas

A sua resposta motora revelou-se adequada e eficaz, evidenciando alguma dificuldade no controlo e fluidez dos movimentos apenas quando estes exigem maior minuciosidade.

Aceitou e cumpriu todos os rituais da sessão. Muitas da vezes tentou prolongar o tempo da mesma, requerendo a atenção da terapeuta para ver o que sabia fazer, demonstrando necessidade de valorização, de ser nutrido.

5.4.5. Avaliação final

5.4.5.1. Avaliação informal

5.4.5.1.1. GOP. A observação psicomotora, para fins de avaliação inicial, decorreu ao longo das 4 primeiras sessões, que tiveram lugar nos dias 27 de maio e 1, 3 e 7 de junho de 2016.

O João apresenta uma relação de cooperação com o terapeuta, procurando-o como um agente ativo na interação. Contudo, aquando a introdução de jogos de regras, a criança assume uma atitude competitiva perante o mesmo.

Aceita as ideias e as sugestões do terapeuta.

Manifesta maior interesse por jogos de regras, procurando modifica-las apenas no jogo de futebol.

Evidencia capacidade de antecipação, planeando com antecedência tudo o que irá realizar ao longo da sessão.

A sua resposta ao estímulo motor é adequada, assim como a qualidade do gesto e a intenção do movimento.

O seu desenho do corpo já se encontra mais investido do que aquele realizado numa fase inicial da intervenção.

Nestas sessões de observação foi possível de observar que o João manifesta atitudes inconsistentes face à autorregulação da frustração. Importa referir que, de um modo geral, ele manifesta baixa tolerância à frustração em situações de competição, principalmente no jogo do futebol. Nestas sessões o João não demonstrou comportamentos impulsivos, expressando o seu desagrado embora com uma expressão corporal desadequada e exuberante (atira-se para o chão), acompanhado com uma expressão verbal assertiva e regulada.

Respeita sempre a vez do terapeuta em situações de jogo.

No geral consegue focar a sua atenção na atividade, embora, por vezes, se verifiquem momentos de alguma distratibilidade.

5.4.5.1.2. POCC. Relativamente aos dados recolhidos referentes à expressão de comportamentos de frustração, observamos, embora que com pouca frequência relativamente

à não manifestação dos mesmos (F7), a presença de momentos de autorregulação e de baixa tolerância à frustração (F5), que deixam de ter expressão na segunda etapa de intervenção, reaparecendo com menos expressão na terceira etapa (que também é de menor duração).

Tabela 21

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de frustração_João

| | ETAPA 1 (N=408) | ETAPA 2 (N=279) | ETAPA 3 (N=108) | TOTAL (N=795) |
|-----|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| EA1 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) |
| EA2 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) |
| EA3 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) |
| EA4 | N=3 (0%) | N=14 (5%) | N=5 (5%) | N=22 (3%) |
| EA5 | N=405 (99%) | N=265 (95%) | N=103 (95%) | N=773 (97%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

Nos segmentos de vídeo considerados, não forma observados comportamentos de expressão agressiva.

Tabela 22

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de expressão agressiva_João

| | ETAPA 1 (N=408) | ETAPA 2 (N=279) | ETAPA 3 (N=108) | TOTAL (N=795) |
|----|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| F1 | n=7 (1,7%) | n=0 (0%) | n=3 (3%) | n=10 (1%) |
| F2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) |
| F3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) |
| F4 | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) |
| F5 | n=5 (1,2%) | n=0 (0%) | n=3 (3%) | n=8 (1%) |
| F6 | n=0 (0,0%) | n=9 (3%) | n=17 (16%) | n=26 (3%) |
| F7 | n=396 (97%) | n=270 (97%) | n=85 (79%) | n=751 (94%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

Por sua vez, apesar de não manifestar comportamentos de oposição/desafio na maior parte das vezes, observa-se uma diminuição da frequência das situações em que o demonstrou no decorrer do percurso de intervenção.

Tabela 23

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de oposição/desafio_João

| | ETAPA 1 (N=408) | ETAPA 2 (N=279) | ETAPA 3 (N=108) | TOTAL (N=795) |
|----|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| I1 | n=3 (0%) | n=2 (0%) | n=0 (0%) | n=5 (0%) |
| I2 | n=390 (96%) | n=264 (95%) | n=86 (80%) | n=742 (93%) |
| I3 | n=0 (0%) | n=10 (4%) | n=18 (17%) | n=28 (4%) |
| I4 | n=15 (4%) | n=3 (0%) | n=4 (4%) | n=22 (3%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

O mesmo se observa com os comportamentos impulsivos, que, apesar de na maior parte do tempo não se verificarem (I2), se olharmos para a sua frequência de ocorrência, observamos uma diminuição da mesma no decorrer das etapas de intervenção.

Tabela 24

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de impulsividade_João

| | ETAPA 1 (N=408) | ETAPA 2 (N=279) | ETAPA 3 (N=108) | TOTAL (N=795) |
|-----|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| OD1 | n=2 (0%) | n=3 (0%) | n=0 (0%) | n=5 (0%) |
| OD2 | n=26 (6%) | n=14 (5%) | n=9 (8%) | n=49 (6%) |
| OD3 | n=0 (0%) | n=15 (5%) | n=17 (16%) | n=32 (4%) |
| OD4 | n=380 (93%) | n=247 (89%) | n=82 (76%) | n=709 (89%) |
| OD1 | n=2 (0%) | n=3 (0%) | n=0 (0%) | n=5 (0%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das

etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação % = $\frac{n}{N} \times 100$

Não se manifesta a presença comportamentos de desvalorização no decorrer da intervenção terapêutica.

Tabela 25

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de desvalorização_João

| ETAPA 1 (N=408) | ETAPA 2 (N=279) | ETAPA 3 (N=108) | TOTAL (N=795) |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| CD1 n=0 (0%) | n=0 (0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) |
| CD2 n=0 (0%) | n=0 (0%) | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) |
| CD3 n=1 (0%) | n=11 (4%) | n=17 (16%) | n=29 (4%) |
| CD4 n=407 (99%) | n=268 (96%) | n=91 (84%) | n=766 (96%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação % = $\frac{n}{N} \times 100$

5.4.5.2. Avaliação formal

De acordo com os dados recolhidos no momento prós-intervenção junto do cuidador de referência e do educador de infância (Figura 8), pudemos constatar que o João apresenta, em contexto institucional, um nível de avaliação moderado em A1 e elevado em A2 e A3. Em contexto de JI, foi assinalado um nível de avaliação elevado a A2 e moderado, com valores de percentil dentro da média, em A1 e A3.

Relativamente aos domínios da EPC, foram referidos em contexto institucional e de JI níveis de avaliação elevados em B1, B2, B3; baixo em B4 e em B5 baixo em contexto institucional e moderado, com valores de percentil dentro da média, em contexto de JI

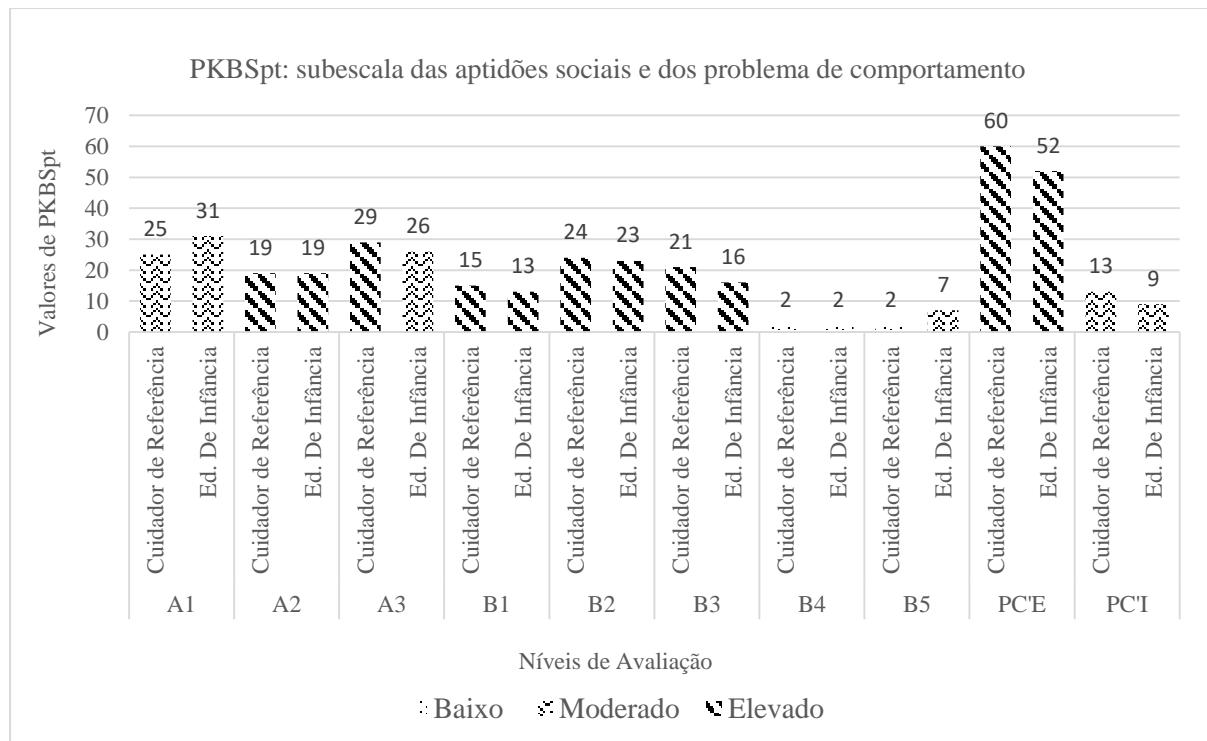


Figura 8. Comparação dos resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento do PKBSpt, recolhidos nos momentos pós -intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_João. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

Acrescentamos que houve uma variação relativamente ao cuidador de referência que preencheu os questionários iniciais e finais, o que poderá ter tido influência nos resultados apresentados.

5.5. Estudo de Caso V: Alice

5.5.1. Dados anamnésicos

Os dados anamnésicos posteriormente apresentados foram recolhidos, pela primeira vez, em Fevereiro de 2016, tendo sido posteriormente acrescentada informação pertinente que foi surgindo ao longo do processo de intervenção.

A Alice nasceu a 4 de Janeiro de 2010, tendo, à data da avaliação inicial, aproximadamente 6 anos e 2 meses.

Foi acolhida numa Casa de Acolhimento Temporário (CAT) a 17 Agosto de 2015, sob medida de promoção e proteção de menores devido a situações de negligência parental, estando, aquando o início da intervenção, institucionalizada, há cerca de 6 meses.

Em Fevereiro de 2016 o seu Projeto de Vida (PV) encontrava-se em avaliação. Atualmente, como resultado da inserção, à data de 24 de Janeiro de 2016, da Alice e da sua irmã Carolina numa Família Amiga (FA), o PV definido passará pela aplicação da medida de apadrinhamento civil, com a qual se pretende uma integração permanente da criança numa família de apadrinhamento, através da qual serão mantidos os laços com a família biológica.

Não estando disponíveis dados que nos permitam uma construção anamnésica detalhada da criança e das suas relações com a família e o meio envolvente, num período anterior à institucionalização, destacamos apenas que a Alice é o terceiro membro de uma fratria de quatro irmãos, todos eles até à data institucionalizados, sendo que o quarto elemento, a Carolina, se encontra na mesma instituição que ela.

Relativamente às características e dinâmica da família nuclear da Alice, foi possível de constatar, através de informação recolhida junto do gestor familiar da criança, que a sua mãe aparenta baixa capacidade de mudança, uma postura depressiva, pouca capacidade de iniciativa e passividade, assim como indícios de baixa autoestima e autoconfiança. O seu pai, aparenta

indicadores de desequilíbrio emocional e agressividade, revelando-se um indivíduo manipulador, autocentrado, exigente e que procura passar uma boa imagem de si aos outros.

No decorrer do período de institucionalização, foi descrita a existência de uma ligação de vinculação progenitores-criança. Os progenitores da Alice mantêm um plano de visitas às filhas, elaborado pela CAT em conjunto com os mesmos, embora não o cumpram com a regularidade definida. Quando comparecem às visitas agendadas, os progenitores fazem-no em conjunto ou individualmente, fazendo-se acompanhar, frequentemente, pela presença da irmã mais velha.

Na interação com os progenitores, aquando os períodos de visita, a Alice assumia uma postura de omnipotência, captando toda a atenção para si.

De acordo com os técnicos e prestadores de cuidados responsáveis, nos primeiros dias aquando a sua institucionalização, a Alice demonstrou ser uma criança tímida, com uma postura observadora e que interagia pouco verbalmente, sendo que quando o fazia era num tom de voz muito baixinho. Num primeiro momento, não evitava as outras crianças, embora preferisse brincar sozinha.

Com o tempo foi interagindo mais com as outras crianças, embora requeira com frequência a presença próxima de um adulto. A Alice é descrita como uma criança alegre e divertida que interage de forma positiva com os pares e com os adultos, mantendo, no entanto, uma postura reservada aquando uma primeira abordagem.

No que respeita ao historial clínico não são descritos quaisquer problemas de saúde ou do desenvolvimento.

Relativamente à sua história educativa, sabe-se que a Alice já frequentava o jardim-de-infância (JI) num período pré-institucionalização, embora apenas o tenha começado a fazer de forma assídua desde o início do período letivo de 2015/2016, depois de ter sido

institucionalizada. Na escola, a educadora referiu a presença de comportamentos agressivos para com os pares.

5.5.2. Avaliação inicial

Para efetuar a avaliação inicial da Alice foram utilizados instrumentos formais e informais, tal como descrito no ponto 4.4.

5.5.2.1. Avaliação informal

A observação psicomotora, para fins de avaliação inicial, decorreu ao longo das 4 primeiras sessões, que tiveram lugar nos dias 4,6, 18 e 20 de Fevereiro de 2016.

Assim, através da aplicação da GOP, foi possível de observar que no primeiro contacto com o terapeuta revelou uma postura desinibida, mostrando-me de imediato como conseguia atar os atacadores do seu sapato. Na primeira das quatro sessões destinadas à observação e ao estabelecimento de uma relação empática com a criança, a Alice revelou uma atitude competitiva, de oposição e desafio perante o terapeuta, algo que se foi modificando ligeiramente ao longo das restantes sessões. No entanto, importa referir que apesar de serem visíveis alguns momentos de cooperação com o adulto, a sua atitude perante o mesmo revelou-se maioritariamente competitiva.

Foi possível de observar que, frequentemente, a Alice não aceita as sugestões do adulto, apesar de, com alguma frequência, as experimentar num momento posterior.

Solicita a ajuda do terapeuta quando não consegue fazer algo que quer, nomeadamente ao nível do desenho.

Por vezes aparenta evidenciar uma atitude de omnipotência e uma expressão exuberante dos sentimentos.

Explora o espaço de forma organizada, procurando, num primeiro instante, explorar/experimentar todos os materiais trazidos para a sessão pelo terapeuta.

Embora realize algum jogo sensoriomotor, o seu jogo é maioritariamente de construção e simbólico. O jogo de regras está emergente, embora a Alice manifeste dificuldade no estabelecimento e cumprimento de regras. Nas situações de jogo evidencia uma postura muito competitiva face ao adulto.

Frequentemente revela um tempo de permanência reduzido na mesma atividade.

Quando não consegue realizar uma atividade à primeira, apesar de verbalizar de imediato que não o consegue fazer, observou-se que, na maior parte das vezes, a Maria é persistente na sua execução.

Foi observável uma baixa tolerância à frustração.

No que concerne às condutas motoras de base, a criança revela uma boa capacidade de planeamento, coordenação e agilidade motora, que traduzem a eficácia do seu gesto motor.

Denotam-se algumas dificuldades ao nível do equilíbrio estático e do reconhecimento direita/esquerda. Apresenta uma lateralidade definida à direita e um correto reconhecimento das várias partes do corpo.

O desenho da representação de si mesma evidenciou-se geometrizado, pouco investido e fantasiada (a sua cara é um coração), com uma representação dos membros não bidimensional e sem a presença de pormenores ao nível das extremidades distais, com o tronco em triângulo, carência de elementos de ligação e uma correta representação dos elementos base constituintes do rosto.

Ao longo desta observação, a Alice manifestou uma boa organização psicolinguística, expressando, de um modo geral, as suas ideias de forma adequada e percepção.

No decorrer destas sessões iniciais, a Alice manifestou necessidade de prolongar o tempo de sessão, manifestando comportamentos de resistência face ao término da mesma.

5.5.2.2. Avaliação formal

Mediante uma análise dos dados recolhidos inicialmente através do questionário PKBSpt aplicado à cuidadora de referência e à educadora de infância, podemos observar, através da Figura 9 que a Alice apresenta, ao nível da EAS, uma boa capacidade de cooperação e interação social e uma capacidade considerável na autonomia social.

Relativamente à EPC, foi observável uma grande divergência face às respostas dadas pelo Cuidador de Referência e pelo Educador de Infância. Assim, no contexto de instituição, a Alice parece manifestar alguns comportamentos autocentrados/explosivos (B1), de atenção/atividade excessiva (B2), antissociais/agressivos (B3), de evitamento social (B4) e de ansiedade/problemas somáticos (B5). Por outro lado, no espaço de JI, somente o evitamento social (B4) foi assinalado.

Em suma, enquanto que em contexto institucional são manifestos níveis moderados de problemas de comportamentos exteriorizados e interiorizados (PC'E e PC'I), na escola estes não se manifestam em valores superiores à média esperada.

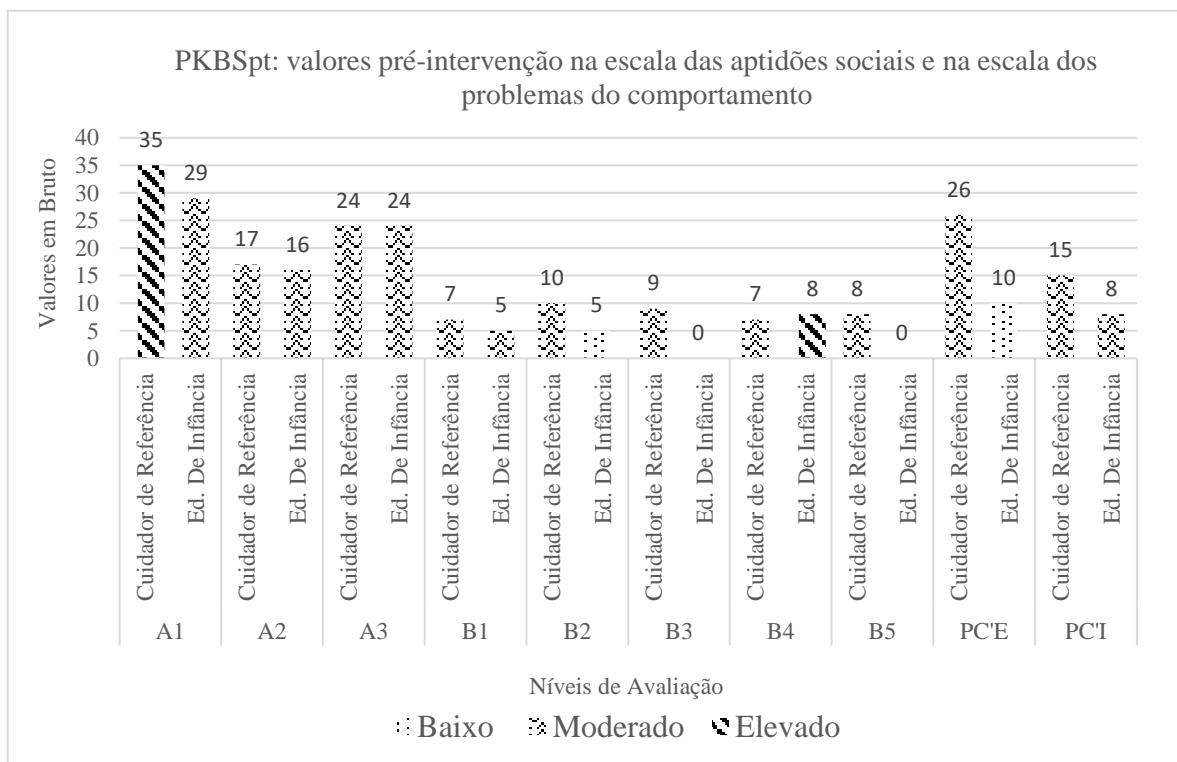


Figura 9. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais e problemas do comportamento das PKBSpt, recolhidos num momento pré-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Alice. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antissocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

5.5.3. Projeto terapêutico

Analisando as características da criança, constituímos inicialmente como base para o seu projeto terapêutico as linhas orientadoras da intervenção descritas em 4.6.2.

5.5.4. Progressão terapêutica

Neste estudo de caso, as etapas da intervenção desenvolvida iniciam-se com as sessões da 1 à 10, posteriormente da etapa 2 fazem parte as sessões 11-18 e, por fim, correspondem à terceira etapa as sessões da 19 à 31. Nas primeiras interações constituintes da primeira etapa de intervenção, a Alice adotou uma postura autoritária, procurando afirmar-se, mostrando ao terapeuta o que consegue fazer sozinha, numa atitude de oposição e desafio a tudo o que dele provinha. Contudo, a partir da terceira sessão desta etapa, essa postura de afirmação bastante marcada, deu lugar a outra mais permissiva relativamente à aceitação da ajuda e das sugestões da terapeuta, embora a criança ainda permaneça muito centrada nas suas ideias (só contávamos as suas novidades, só fazíamos as suas ideias).

A terapeuta pareceu assumir uma função de agente de suporte às suas explorações que, nesta etapa, se revelaram através da curiosidade pela exploração sensoriomotora dos materiais, com intencionalidade de jogo, observando-se até, por vezes, o surgimento de regras simples, pelo desenho e pelas representações de faz-de-conta.

Perante o desenho que terá sido, aparentemente, lugar de projeção de algumas emoções relativas à sua institucionalização (a menina do desenho está sozinha porque o pai e a mãe

foram embora. É bem-feita porque a mãe é má para a filha), a Alice evidenciou uma necessidade/desejo da opinião da terapeuta face ao mesmo (procurou saber se esta o achava bonito), deixando transparecer a sua necessidade de valorização narcísica.

Os jogos de faz-de-conta foram marcados pela construção de uma Casa (primeiramente apenas construída por si, e depois, mais tarde, noutras sessões, com implicação da terapeuta, passando de uma construção individual para uma construção a dois), utilizada na exploração dos materiais e na representação de rotinas diárias, muito focado no concreto (acordar, comer, vestir, duas amigas encontram-se e vão jantar). Houve um investimento progressivo quer ao nível dos materiais utilizados para a construção da Casa, como nos adereços utilizados para a caracterização das personagens.

Apesar de ter procurado estar em constante interação com a terapeuta, nem sempre assumiu uma atitude de cooperação perante a mesma. Nos jogos a dois, com ou sem a emergência de regras simples, foi recorrente a sua atitude competitiva, bastante vincada, não se permitindo experimentar a perda, modificando as regras para seu benefício. Foi frequente a Alice, quando não vencia, atirar-se para o chão, fingindo que estava magoada e, quando a terapeuta se aproximava dela, reagia de forma exuberante manifestando o seu contentamento por me ter enganado (logo ganhei! ganhei em último porque te enganei).

Salientamos a sua aparente dificuldade em perspetivar, uma vez que procurava fazer todas as coisas que queria na mesma sessão, fazendo resistência à continuidade das ideias na sessão seguinte (tínhamos de fazer muitas coisas, isso é que importava!).

As reações da Alice face ao término da sessão revelaram-se inconsistentes. Por vezes aceitou o término da sessão, noutras tentou prolongá-lo, embora acabasse por o aceitar sem evidenciar uma atitude desajustada, havendo ainda outras em que, não aceitando o término da sessão, expressou o seu desagrado através de comportamentos explosivos/impulsivos (frustra,

fugindo/evitando o contacto com a terapeuta, numa atitude megalómana, agida, um air desesperado e descontrolado, com ausência de limites).

Na *segunda etapa* desta intervenção, apesar de haver momentos nos quais a Alice assumiu uma postura desafiante face ao terapeuta, observou-se um aumento dos períodos em que esta é mais cooperativa.

Apesar da contínua exploração dos materiais existentes na sessão, o desenho representou, nesta segunda etapa de intervenção, um papel central. Começou por ser realizado em folhas separadas, uma para a terapeuta, outra para ela. Com frequência a criança solicitava a ajuda da terapeuta para desenhar alguns elementos no seu desenho e acrescentava no desenho do mesmo outros elementos, sem pedir permissão (Poderemos estar a observar uma procura de identificação ou de fusionalidade com o terapeuta?). No final, a Alice solicitava a troca dos desenhos e escrevia, com ajuda, o nome de todos os membros da sua família na parte de trás da folha. Dizia que ia dar o desenho da terapeuta à mãe como presente, porque era mais bonito que o dela. Perante esta situação, a terapeuta procurou narcisar a criança relativamente às suas capacidades, enaltecedo o desenho da criança.

Nesta fase, a gestão das expectativas face à execução no desenho foram potenciadoras de momentos de frustração e de zanga, nas quais a Alice evidenciou dificuldade na regulação das emoções e dos comportamentos. Aqui o terapeuta procurou verbalizar os sentimentos, dando-lhes corpo, promovendo a sua expressão pela palavra.

No desenho, a Maria representa-se sempre de forma fantasiada, misturando características de princesa, cara em forma de coração ou com a presença de características que não são dela, mas que estão presentes na terapeuta (como o cabelo liso) – faz-se como gostava de ser e não como é, procurando identificar-se com a terapeuta.

Observaram-se sentimentos de inferioridade e desvalorização visíveis aquando a partilha pela criança, de que os amigos lhe disseram que desenha mal. Perante esta afirmação (que pode

ser real ou não), a terapeuta procura, mais uma vez, dar-lhe segurança, nutrindo-a nas suas capacidades de autoconfiança e autoestima.

Nesta segunda etapa de intervenção, o jogo simbólico foi marcado por situações nas quais a criança pareceu exteriorizar a sua aparente culpabilidade face à situação de institucionalização: a Alice era uma velhinha que vivia sozinha em casa, pois toda a gente tinha ido embora porque ela era feia. Mediante este cenário, a terapeuta assumiu também o papel de uma velhinha que (ao contrário de todos) gostava da Alice e que lhe fazia companhia.

No decorrer da exploração de materiais como os arcos e os bastões de espuma, verificou-se uma aparente omnipotência ou necessidade em se afirmar (expressa de forma exuberante e desajustada):

Nos arcos, diz para a terapeuta “não consegues rodar na cintura como eu,” e quando esta lhe respondeu que não fazia mal, porque sabia fazer de outras maneiras, a Alice reagiu chamando-a de má. Posteriormente, a criança tentou rodar o arco como a terapeuta, sendo que, perante o insucesso, desiste, afirmando que nunca mais vai voltar a brincar com aquilo, fazendo uma fuga, evitando o que a faz sentir sentimentos de inferioridade.

Esta incapacidade de aceitação da perda (deitava-se no chão a resmungar e a verbalizar que assim não valia) e a aparente fuga por sentimentos de inferioridade observou-se também aquando o jogo das lutas com os bastões. Nesta ideia, a criança assumiu uma postura agressiva, parecendo identificar-se com o papel do agressor.

Contrapondo, nas últimas sessões desta etapa, a Alice revelou aceitação pelas ideias da terapeuta, desenvolvendo, numa atitude de cooperação e não competição, jogos a dois com intencionalidade. A criança aceitou não conseguir/não ter de efetuar as experimentações/ações/movimentos de forma igual à da terapeuta (estará pronta para se individualizar, autonomizar?) e, embora com alguma resistência, experimentar o papel de vítima/submisso, aceitando perder no jogo das lutas.

Quando digo que está na hora de ir embora, reage impulsivamente, agindo sem pensar ou procurando fazer as ideias que queria ter feito nesta sessão e não tivemos tempo. Ainda aparenta dificuldade em deixar ideias de uma sessão para a outra, em aceitar o sentido de continuidade das sessões.

Progressivamente começaram a diminuir o número de ideias que têm de ser realizadas em cada sessão.

Salientamos ainda a postura desafiante e de dificuldade na autorregulação, da Alice, face ao “não”.

Na *terceira* e última etapa de intervenção, a Alice continua a manifestar interesse pelo desenho e por jogos a dois, adotando perante os mesmos, uma atitude cooperativa ou de competitividade adequada. Os seus centros de interesse cingiram-se ao saltar para a piscina de bolas, desenho e o jogar com a bola vermelha e com os balões.

Explorou alguns materiais de forma estruturada, com um fim, um objetivo (como as corridas de bolas); outros explorou primeiro com uma curiosidade sensorial, como é o caso do arroz, dando-lhe, posteriormente, um corpo, transformando-o num jogo de faz-de-conta: os cozinheiros.

Embora tenha começado a permitir-se experimentar o papel de vítima/ ou aceitar a derrota, ainda se observaram momentos nos quais a Alice, perante a gestão das expectativas, frustra, desistindo de realizar a atividade em questão.

Denotou dificuldades na reação face à expressão dos sentimentos da terapeuta em relação a si própria.

Relativamente ao desenho, foi iniciada a construção de uma capa onde todos os desenhos elaborados na sessão seria guardados.

Quando lhe foi sugerido, pela primeira vez, que iríamos deixar de trocar de desenhos, a Alice frustrou, sendo evidente uma atitude explosiva de agressividade dirigida ao meio, um

acesso de raiva: parte os bicos dos lápis, risca a folha, diz que sou má e feia e que nunca mais vai voltar. Quando a terapeuta tentou aproximar-se, ela afastou-se ficando no outro canto da sala a bater com uma peça de lego no vidro. A terapeuta toma a decisão de não perpetuar aquele estado de expressão agressiva, arrumando as suas coisas, anunciando o término da sessão e indo embora (deixando uma cuidadora ir buscar a Alice ao interior da sala). Os desenhos passaram, assim, de individuais a desenhos conjuntos. Fazemos um único desenho que ela pode levar para a mãe. Pede sempre ao terapeuta para escrever os nomes dos elementos da sua família na parte detrás da folha

Os elementos dos desenhos feitos pela terapeuta continuam a ser mais bonitos que os dela, evidenciando sentimentos de inferioridade e baixa autoestima, apesar de a terapeuta procurar de forma constante a valorização dos seus desenhos, realçando as suas formas, cores e elementos. Continua a escrever o nome da família, na parte de trás do desenho.

Na sessão 30 experimenta fazer, pela primeira vez, um desenho sozinha, que não foi igual nem trocado pelo da terapeuta e no qual não escreveu o nome da família na parte de trás da folha. Contudo, apesar da sua maior capacidade de resiliência, de pedido de auxílio de forma assertiva e de autorregulação perante as questões inerentes ao desenho, a Alice ainda tem momentos em que o desenho não está nada bem, não gosta, não quer assim, não consegue fazer, culpando o material.

Perante a frustração de não termos tempo para terminar ou realizar as ideias todas que foram planeadas, a Alice apesar de evidenciar sinais de frustração com expressão agressiva direcionada para os objetos, tem evidenciado capacidade de se autorregular antes de tal ocorrer.

Nas últimas sessões a criança e a terapeuta começaram a ter ideias comuns, planeando em conjunto a sessão. A Alice aceita e solicita a ajuda da terapeuta, revelando também algum interesse pelas suas novidades.

Trocamos uma prenda com o nosso nome para não nos esquecermos nunca uma da outra. Digo que ela está no meu coração e que por isso não me esqueço, mas ela tem medo de ser esquecida – pode acontecer alguma coisa e tu te esqueceres, por isso leva o meu nome. Será o seu nome a sua única identidade agora?

5.5.5. Avaliação final

5.5.5.1. Avaliação informal

5.5.5.1.1. GOP. Através da GOP preenchida nas quatro últimas sessões de intervenção, pudemos observar que a Alice evidenciou, de um modo geral, uma relação de cooperação e entreajuda para com o terapeuta, aceitando as suas sugestões e demonstrando-se disponível para a construção de ideias em conjunto, ainda que possam ser visíveis alguns momentos nos quais assume uma atitude competitiva face ao mesmo (normalmente aquando a realização de jogos de regras).

Nestas ultimas sessões destinadas ao preenchimento da GOP, a Alice procurou desenvolver preferencialmente jogos com regras simples e, portanto, com um caráter competitivo, durante os quais não aceita perder, manipulando as regras a seu favor. Da mesma forma, revelou interesse pelo desenho e por outras atividades de expressão plástica, no decorrer das quais se observou uma melhor capacidade de autorregulação face a situações de frustração (geralmente provocadas pela incapacidade de gestão das expectativas) e uma menor frequência da verbalização de sentimentos de desvalorização face às suas criações.

Quando não consegue executar uma atividade à primeira, persiste na sua execução. Permaneceu na mesma atividade por um período de tempo adequado à execução da mesma.

Demonstrou capacidade de resolução de problemas simples relacionados com a execução das suas ideias.

O seu gesto aparentou uma boa capacidade de planeamento e coordenação, revelando-se eficaz.

A criança cumpriu os rituais da sessão, evidenciando prazer na partilha das novidades e por ouvir as novidades da terapeuta; capacidade de planeamento de todas as ideias que irá realizar ao longo da sessão (capacidade de antecipação) e ainda uma tentativa constante em prolongar o tempo da sessão, sem resistência face à saída da mesma.

A sua expressão emocional denotou-se mais ajustada e menos exuberante. No decorrer destas ultimas quatro sessões, foi passível de observar a capacidade de regulação face a situações de frustração, reagindo de uma forma menos explosiva, procurando estratégias mais ou menos adaptativas para a situação, autorregulando-se para uma resposta menos agida e mais pensada.

5.5.5.1.2. POCC. Relativamente ao fator da frustração, observamos que, apesar da maior incidência de F7 (não manifestado), a Alice demonstrou na segunda etapa de intervenção um aumento dos comportamentos de frustração F4 e F5, cuja incidência voltou a diminuir na terceira etapa de intervenção, com um ligeiro aumento das situações de autorregulação.

Tabela 26
Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de frustração_Alice

| ETAPA 1 (N=373) | | ETAPA 2 (N=178) | ETAPA 3 (N=363) | TOTAL (N=914) |
|------------------------|-------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| F1 | n=2 (1%) | n=5 (3%) | n=8 (2%) | n=15 (1%) |
| F2 | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) | n=0 (0%) |
| F3 | n=0 (0,0%) | n=0 (0%) | n=2 (0%) | n=2 (0%) |
| F4 | n=3 (1%) | n=10 (7%) | n=0 (0%) | n=13 (0%) |
| F5 | n=3 (1%) | n=9 (5%) | n=5 (1%) | n=17 (1%) |
| F6 | n=48 (13%) | n=12 (7%) | n=60 (17%) | n=120 (3%) |
| F7 | n=317 (85%) | n=142 (80%) | n=288 (79%) | n=751 (94%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

Relativamente à expressão da agressividade, pudemos observar que não se manifestaram os comportamentos considerados no decorrer dos intervalos de tempo visualizados.

Tabela 27

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de expressão agressiva_Alice

| | ETAPA 1 (N=373) | ETAPA 2 (N=178) | ETAPA 3 (N=363) | TOTAL (N=914) |
|------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| EA1 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=1 (0%) | N=0 (0%) |
| EA2 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) |
| EA3 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=0 (0%) |
| EA4 | N=48 (0%) | N=12 (7%) | N=59 (16%) | N=119 (13%) |
| EA5 | N=325 (99%) | N= 166 (93%) | N=303 (83%) | N=794 (87%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

Por sua vez, no que concerne aos comportamentos de oposição, apesar da sua maior ocorrência ser o OD4 (não manifesto), observámos na terceira etapa, um aumento ligeiro em OD1 (manifesta comportamentos de oposição/desafio)

Tabela 28

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de expressão oposição/desafio_Alice

| | ETAPA 1 (N=373) | ETAPA 2 (N=178) | ETAPA 3 (N=363) | TOTAL (N=914) |
|-----|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| OD1 | N=6 (0%) | N=3 (0%) | N=9 (2%) | N=18 (2%) |
| OD2 | N=4 (6%) | N=3 (5%) | N=4 (1%) | N=11 (0%) |
| OD3 | N=48 (13%) | N=12 (7%) | N=60 (17%) | N=120 (13%) |
| OD4 | N=315 (85%) | N=160 (90%) | N=290 (80%) | N=765 (84%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

Tendo em conta os dados apresentados, verificamos que a Alice sofre um ligeiro decréscimo na sua impulsividade ao longo das várias etapas da intervenção, mantendo, no entanto, como fator mais frequente o não agir de forma impulsiva.

Tabela 29

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de impulsividade_Alice

| | ETAPA 1 (N=373) | ETAPA 2 (N=178) | ETAPA 3 (N=363) | TOTAL (N=914) |
|-----------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| I1 | N=44 (12%) | N=12 (7%) | N=25 (7%) | N=81 (9%) |
| I2 | N= 269 (72%) | N=138 (78%) | N=273 (75%) | N=680 (74%) |
| I3 | N=48 (13%) | N=13 (7%) | N=49 (13%) | N=110 (12%) |
| I4 | N=12 (3%) | N=15 (8%) | N=16 (4%) | N=43 (5%) |
| I1 | N=44 (12%) | N=12 (7%) | N=25 (7%) | N=81 (9%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

Com base na tabela 30, não se observam a presença significativa de comportamentos de desvalorização.

Tabela 30

Percentagem da frequência de comportamentos de expressão de comportamentos de desvalorização_Alice

| | ETAPA 1 (N=373) | ETAPA 2 (N=178) | ETAPA 3 (N=363) | TOTAL (N=914) |
|-----|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| CD1 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=2 (0,0%) | N=0 (0%) |
| CD2 | N=1 (0%) | N=6 (3%) | N=1 (0,0%) | N=8 (0%) |
| CD3 | N=48 (13%) | N=12 (7%) | N=59 (16%) | N=119 (13%) |
| CD4 | N=324 (87%) | N=160 (90%) | N=301 (83%) | N=785 (86%) |
| CD1 | N=0 (0%) | N=0 (0%) | N=2 (0,0%) | N=0 (0%) |

Nota: N corresponde ao total de segmentos de vídeo assinalados por etapa de intervenção (Etapa 1, Etapa 2, Etapa 3) e no total do processo terapêutico (Total), recolhidos por contagem através do *observideo*. n corresponde ao total de ocorrência de cada uma das variáveis consideradas, por etapa de intervenção ou no decorrer de todo o processo terapêutico. Os valores (%) correspondem à percentagem da frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos assinalados em cada uma das etapas de intervenção e no total de todo o processo terapêutico. A percentagem da frequência foi calculada de acordo com a equação $\% = \frac{n}{N} \times 100$

5.5.5.1. Avaliação formal

Ao analisarmos os dados recolhidos através das PKBSpt num momento pós-intervenção intervenção, pudemos verificar que, no geral a criança apresentou, de acordo com o cuidador de referência e com o educador de infância níveis adequados nos domínios da cooperação (A1) e interação social (A2), tendo havido valores discrepantes das diferentes perspetivas apenas no

que respeita à autonomia social (A3), que se revelou com um nível de avaliação baixo de acordo com o educador de infância.

No que concerne à escala dos problemas do comportamento, observamos que a Alice apresentou níveis de avaliação elevados em B1 (autocentrado/explosivo), B2 (Problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo) e PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) de acordo com a perspetiva do cuidador de referência, contrapondo com a do educador de infância. Relativamente aos restantes domínios, foram assinalados, por ambos os intervenientes, valores não preocupantes.

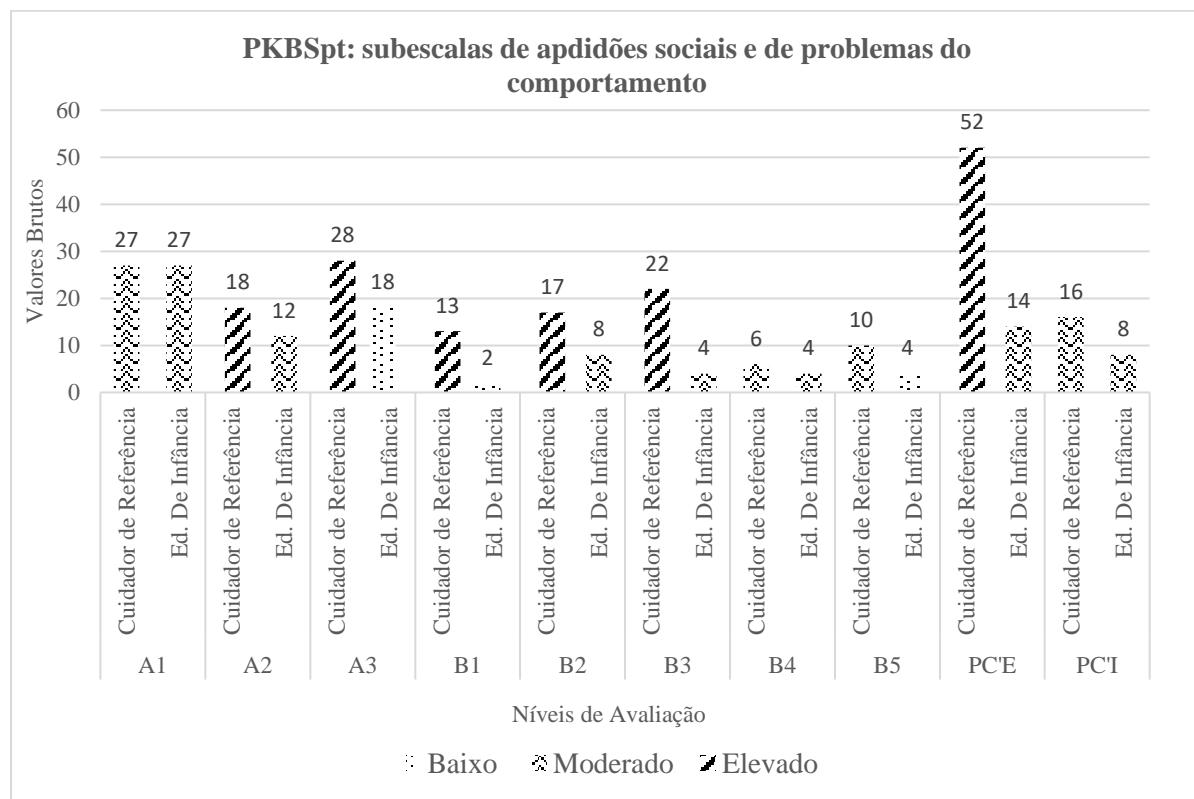


Figura 10. Resultados da avaliação das subescalas de aptidões sociais das PKBSpt, recolhidos num momento pós-intervenção, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança_Alice. Legenda: A1 (cooperação social), A2 (interação social), A3 (autonomia social), B1 (autocentrado/explosivo), B2 (problemas de atenção/atividade excessiva), B3 (antisocial/agressivo), B4 (evitamento social), B5 (ansiedade/problemas somáticos), PC'E (problemas de comportamento exteriorizados) e PC'I (problemas de comportamento interiorizados).

6. Discussão de Resultados

Dada a metodologia de estudos de casos de acordo com a qual este estudo se desenvolveu e atendendo à singularidade de cada um dos participantes do estudo, iremos apresentar a discussão dos resultados de forma individualizada para cada um dos casos, refletindo, posteriormente de uma forma global sobre algumas questões inerentes a todo o processo desenvolvido.

6.1. Estudo de Caso I: Niara

Numa fase de pré-intervenção foram recolhidos, através das PKBSpt, junto do cuidador de referência e do educador de infância da criança, dados discrepantes nomeadamente ao nível da cooperação social (A1), do domínio antissocial/ agressivo (B3), da ansiedade/problemas somáticos (B5) e dos domínios dos problemas externalizados (PC'E) e internalizados (PC'I), que adquiriram valores mais elevados sob o olhar do cuidador de referência.

Contudo, indo ao encontro da observação efetuada pelo cuidador de referência, constatámos, através dos dados iniciais do preenchimento da GOP, a presença de reações de evitamento da relação perante situações de frustração, alertando-nos para a sua aparente baixa tolerância à mesma, de comportamentos impulsivos e dificuldade/imaturidade ao nível da autorregulação emocional.

Da mesma forma, e apesar dos intervenientes acima mencionados fazerem referência a níveis adequados no que respeita ao domínio das aptidões sociais, através da GOP foi-nos possível constatar a aparente dificuldade da criança em descentralizar-se das suas ideias e em experimentar/aceitar/respeitar as da terapeuta e em fazer a gestão da aproximação/afastamento face à terapeuta (gestão do espaço interpessoal) devido à sua necessidade de contenção e de procura pelo contacto corporal com a mesma.

Ao analisarmos a progressão terapêutica da Niara, construída com recurso aos dados inseridos nos Relatórios de Sessão, sugerimos que a Niara passou por um processo terapêutico

helicoidal, de evoluções e recaídas, onde “perdemos para ganhar”. Fez um caminho que passou pela exploração da sua sensorialidade, construção/consciencialização corporal, investimento narcísico, projeção/identificação, experimentação de papéis, expressão de conflitos internos, reparação/reasseguramento, maturação psicomotora, exteriorização de emoções, afirmação do eu e interesse e respeito pelo espaço do outro na relação.

Mediante os dados de avaliação final das PKBSpt, atentámos novamente uma discrepância relativamente aos dados selecionados pelo cuidador de referência e o educador de infância, pois, tal como acontecera no momento inicial da intervenção, foram assinalados com um nível de avaliação elevado a presença de comportamentos inscritos no subdomínio autocentrado/explosivo (B1), antissocial/agressivo (B3), evitamento social (B4), da ansiedade/problemas somáticos (B5) e nos domínios dos problemas externalizados (PC'E) e internalizados (PC'I), apenas pelo cuidador de referência.

Concordantemente, através da POCC pudemos observar que a Niara evidenciou um aumento da frequência da expressão da frustração ao longo das várias etapas de intervenção (ainda que com uma maior expressão dos comportamentos de evitamento/isolamento, comparativamente aos de expressão agressiva), da expressão agressiva, dirigida ao terapeuta e aos objetos, e de comportamentos de oposição/desafio que vai de encontro ao descrito pelo cuidador de referência.

Refletimos que o aumento dos comportamentos de frustração, da expressão da agressividade e de comportamentos de oposição/desafio poderá dever-se à fase do processo terapêutico em que se encontra, uma vez que com a sua maior capacidade de afirmação, autonomia, a maior experimentação de diferentes papéis, correspondendo, neste caso, a um possível indicador positivo de evolução terapêutica da criança; e a participação mais ativa do terapeuta na elaboração das ideias, há um aumento das situações que podem despoletar a baixa tolerância à

frustração, dado que, apesar de aceitar as ideias da terapeuta, ainda não se encontra preparada, por exemplo, para perder, frustrando quando tal acontecia.

Por sua vez, o preenchimento final da GOP vem dar-nos outra visão da observação final da criança, na medida em que pudemos observar a permanência de momentos de baixa tolerância à frustração que, ao invés de serem apenas expressos através do evitamento do contacto/isolamento, a fuga do conflito, começam a ser acompanhados, ainda que de uma forma pouco assertiva, pela expressão verbal de descontentamento; a existência de capacidade de antecipação e planeamento, um maior controlo dos comportamentos impulsivos.

Da mesma forma, ao analisar estes dados, devemos refletir sobre o estado do PV desta criança que, dada a sua natureza, poderá ter influenciado o aumento dos comportamentos observados pelo cuidador de referência.

Não obstante, apesar de itens relativos aos subdomínios autocentrado/explosivo (B1), antissocial/agressivo (B3), evitamento social (B4), da ansiedade/problemas somáticos (B5) e nos domínios dos problemas externalizados (PC'E) e internalizados (PC'I) das PKBSpt terem sido assinalados com níveis de avaliação elevados por parte do cuidador de referência, aquando uma análise dos valores brutos, foi-nos passível de observar uma diminuição dos mesmos em B3 e PC'E. Tal modificação de valores, mesmo que não significativa para a escala em questão poderá refletir o início ou uma tentativa de transferência das ações do ambiente terapêutico para o exterior.

Relativamente aos itens da escala de aptidões sociais do PKBSpt, observou-se um aumento concordante nos subdomínios como a cooperação social e interação social, havendo valores discrepantes entre a perspetiva do cuidador de referência e do educador de infância apenas ao nível da autonomia social, que diminuiu no seu nível de avaliação de acordo com o olhar do segundo. Estes aumentos vão de encontro aos adquiridos através da aplicação da GOP no

momento final da intervenção, onde foi possível de observar uma evolução na capacidade de aceitar as ideias do outro.

6.2. Estudo de Caso II: Carolina

Num momento pré-intervenção, através dos dados recolhidos pelas PKBSpt, observámos uma discrepância entre o parecer do educador de infância e do cuidador de referência relativamente a todos os subfactores implícitos na subescala de problemas de comportamento (EPC), observando-se uma maior sinalização dos mesmos por parte do cuidador de referência.

Contudo, aquando a análise dos dados resultantes do preenchimento inicial da GOP, pudemos constatar, por exemplo, momentos de baixa tolerância à frustração expressa através de um padrão de desistência/abandono da atividade, acompanhado, por vezes, por verbalizações de sentimentos de incapacidade e uma postura corporal de abandono e de contacto como chão e pela necessidade de valorização das suas capacidades por parte do terapeuta (o que poderá ser indicativo de baixa autoestima). Esta observação aparenta ir ao encontro do observado e assinalado nas PKBSpt pelo cuidador de referência da criança.

Relembrando, através da progressão terapêutica elaborada através das informações contidas nos relatórios de sessão, pudemos observar um percurso que foi ocorrendo desde a experimentação sensoriomotora dos materiais, à expressão de conflitos internos através do jogo e à criação de ideias de forma autónoma (criatividade); da expressão submissa face a situações de frustração para uma expressão ativa do seu descontentamento, que embora tenha ficado num estado de expressão corporal, com a continuidade do trabalho poderia ser trabalhado no universo da palavra; do aumento da autoconfiança e autoestima, embora ainda se observe uma necessidade de se sentir valorizada.

Sumariamente, poderemos refletir que a Carolina se encontrava num processo de evolução positivo, a experimentar vários papéis, posturas e atitudes e a procurar a sua identidade, a sua

individualidade. Passou de uma menina sem voz, pouco autónoma e confiante nas suas capacidades, para uma criança com voz, autónoma, capaz de iniciativa e de ter ideias.

Analizando os resultados obtidos num momento pós-intervenção através das PKBSpt, de acordo com o cuidador de referência, a Carolina manteve os níveis de avaliação implícitos na escala de aptidões sociais, contrariamente ao parecer do educador de infância que assinalou um aumento nos níveis e avaliação da cooperação e autonomia social.

Neste sentido, os valores obtidos através da GOP parecem ir ao encontro do parecer do educador de infância dado que refletem um maior interesse pelas ideias do outro e pelo respeito da vez do outro. Tal poderá ser um indicador de aquisição de competências relacionais mais adequadas, nomeadamente ao nível da capacidade de descentralização, aceitação pela ideia e pela vez do outro, como observável no decorrer do processo terapêutico.

No que concerne à escala dos problemas do comportamento, a inconsistência observada entre o parecer do prestador de cuidados e do educador de infância manteve-se. Enquanto que, na perspetiva do educador de infância não foram assinalados níveis preocupantes de comportamentos exteriorizados e interiorizados, na do prestador de cuidados verificou-se uma constância nos níveis de avaliação preocupantes dos comportamentos autocentrados/explosivos (B1) e evitamento social (B4), verificando-se um aumento do mesmo ao nível ansiedade/problemas somáticos (B5) e problemas de comportamento internalizados (PC'I).

Contudo, atendendo ao percurso terapêutico da Carolina, no qual foi observável uma afirmação/procura da criança pela experimentação de vários papéis que foram adquirindo posturas menos submissas ao longo do tempo, constatável quer através dos registos das sessões, quer dos indicadores do POCC, com um aumento de comportamentos de frustração, de respostas impulsivas – na sequência de momentos de frustração- ; uma procura pela experimentação da expressão das emoções pelo corpo; a adoção de uma postura menos

submissa na interação com o outro e um aumento da autoestima e autoconfiança e capacidade criativa, seriam de esperar aumentos ao nível dos comportamentos exteriorizados mas não interiorizados, levando-nos a questionar se este aumento poderá ter sido influenciado pelo momento de vida da criança perto do período de avaliação final (que poderá ter proporcionado a ocorrência de mais indícios de PC'I) e remetendo-nos para a posterior reflexão acerca da avaliação em psicomotricidade.

6.3. Estudo de Caso II: Salvador

Num momento de avaliação inicial através do PKBSpt notámos uma congruência de valores normativos na subsescala dos problemas do comportamento do PKBSpt, assinalados quer pelo cuidador de referência, quer pelo educador de infância, em todas as dimensões do instrumento. Contudo, através da GOP foi passível de se observarem inicialmente comportamentos impulsivos e agitação/instabilidade motora. Mediante esta inconcordância procedeu-se à análise dos dados do PKBSpt de acordo com o percentil, através da qual, de acordo com o cuidador de referência, o Salvador apresentou valores superiores à média nos comportamentos autocentrado/explosivo, evitamento social, ansiedade/problemas somáticos e comportamentos internalizados no geral. Esta ocorrência fez-nos questionar a sensibilidade das PKBSpt às características da criança e a importância de considerar/ analisar a possibilidade da existência destas manifestações do comportamento como algo associado ao decurso normativo do desenvolvimento da criança.

No decorrer da intervenção terapêutica pudemos constatar que o Salvador realizou um percurso que passou pela exploração sensoriomotora dos materiais, sem intencionalidade de jogo, para uma dotada de ideias e de intenção de jogo com a terapeuta. Passou igualmente por uma face de jogos de experimentação e edificação da identidade, de separação-individuação, da gestão de angústias; e da resistência face a momentos de jogo simbólico para a sua aceitação. Da mesma forma, foi revelando menos agitação motora e uma diminuição da impulsividade

outrora característica das suas respostas motoras, o que vai de encontro aos resultados aferidos pela POCC neste sentido.

Não obstante, pensamos que a progressão terapêutica do Salvador terá sido condicionada pelo número reduzido de sessões relativamente ao que era inicialmente expectável.

Num momento pós-intervenção, observámos, pela análise dos dados recolhidos através das PKBSpt do cuidador de referência e do educador de infância, uma constância e congruência nos resultados relativos às competências sociais. Contudo, se considerarmos a análise dos valores brutos, num momento pós-intervenção foi possível de observar uma diminuição da autonomia social, descrita por parte do cuidador de referência da criança. Não sendo esta observação congruente com a do educador de infância, alertamos para o facto de que não tendo a avaliação final do PKBSpt ter sido preenchida pelo mesmo cuidador que preencheu a inicial, esta possa estar comprometida devido à subjetividade de cada sujeito.

Ademais, de acordo com a observação da terapeuta feita através da GOP é referida a procura da criança pela sua individualização na relação, o que aparentemente seria de esperar ir ao encontro de uma maior autonomia social. Acrescentando, o Santiago demonstrou também, reciprocidade na relação, sendo capaz de aceitar as ideias propostas pelo terapeuta e de respeitar os vários momentos da sessão, o que vai de encontro aos dados referenciados pelo cuidador e pelo educador ao nível da cooperação e interação social.

Perante o momento de avaliação final, o Santiago evidenciou, de acordo com os dados das PKBSpt do prestador de cuidados, uma diminuição dos comportamentos exteriorizados e o aumento dos interiorizados, contrapondo com o aumento de ambos de acordo com o parecer do educador de infância. Contudo, verificámos através da POCC, um aumento, embora com pouca expressão, dos comportamentos de oposição o que poderá estar relacionado com a sua afirmação perante outro e ainda de comportamentos resultantes da baixa tolerância à frustração,

algo que, podendo ser característico desta faixa etária, remete para uma análise positiva da sua progressão terapêutica.

6.4. Estudo de Caso IV: João

O processo de intervenção do João foi essencialmente marcado pelas questões relativas à competitividade e necessidade de gestão da frustração e da autorregulação emocional e comportamental face à mesma.

Através das PKBSpt pudemos constatar uma evolução positiva ao nível das competências sociais, que poderá ser reforçada também pela emergência da capacidade de autorregulação perante a perda, ou seja, por uma gestão positiva da sua competitividade, dado que manteve ao longo do processo de intervenção o interesse e aceitação pelas ideias propostas pelo terapeuta.

Relativamente aos domínios da escala dos problemas de comportamento das PKBSpt, observou-se uma diminuição dos valores referentes aos domínios dos comportamentos interiorizados e a constância de níveis de avaliação elevados, quer por parte do cuidador de referência, quer do educador de infância. Contudo, em contexto terapêutico, através da GOP e das informações inscritas nos relatórios de sessão, foi possível de se verificar uma maior permissividade face ao ganhar os jogos, começando a autorregular-se perante a frustração produzida pelos sentimentos de perda, que vão também ao encontro dos dados retirados através da POCC que indicam, ainda que numa frequência mínima, a expressão de comportamentos de baixa tolerância à frustração numa primeira fase de intervenção, que deixaram de se manifestar na segunda etapa, correspondente ao período marcado pela atitude de omnipotência, e voltaram a ter expressão, embora que com menos frequência que na primeira etapa, na terceira etapa de intervenção; e uma a diminuição da expressão da impulsividade e dos comportamentos de oposição.

Neste caso, questionamos a durabilidade da intervenção, pois sendo esta diminuta poderá ter condicionado a consolidação e a transposição para os outros contextos do observável em ambiente terapêutico.

6.5. Estudo de Caso V: Alice

Num momento pré-intervenção, através das PKBSpt, pudemos observar, num momento de avaliação inicial a indicação de aptidões sociais de níveis de avaliação moderados quer de acordo com o cuidador de referência, quer com o educador de infância, há exceção da cooperação social que se evidenciou elevado apenas no parecer do primeiro.

Tal poderia ter sido questionado através dos dados da GOP que revelaram, numa fase inicial, a existência da não aceitação da ideia do outro e da atitude de desafio perante a terapeuta.

De uma forma resumida, ao longo desse período de intervenção pudemos observar que a Alice realizou um percurso que passou da exploração não antecipada dos materiais ao planeamento da sessão; de uma atitude constante de desafio perante a terapeuta, para uma atitude de colaboração e entreajuda, de curiosidade pelas questões do outro; da centralização nas suas ideias para o interesse pelas ideias da terapeuta; da baixa tolerância à frustração ao início da autorregulação perante o *não*, da verbalização de sentimentos de desvalorização ao aumento da autoestima e autoconfiança, adotando uma postura que variou de uma mais dependente para uma mais autónoma (principalmente no que respeita ao desenho). Em suma, a Alice encontrava-se num processo de evolução no qual começava a admitir relações hierarquizadas, a aceitar uma posição subjugada e no qual parecia emergente a gestão da raiva/da exteriorização dos sentimentos.

Num momento de pós-intervenção, através da PKBSpt observamos, de acordo com o cuidador de referência um aumento do nível de avaliação na interação e autonomia social e uma diminuição do mesmo na cooperação social. Relativamente ao parecer do educador de infância, os valores mantiveram-se constantes nos momentos pré e pós intervenção.

Contudo, através da GOP, constatamos que, num momento de avaliação final a Alice evidenciou uma relação de cooperação e entreajuda para com o terapeuta, aceitando as sugestões do mesmo e demonstrando-se disponível para a construção de ideias em conjunto (descentralizou). Tais observações vão, em parte, de encontro ao referido pelo cuidador de referência.

Relativamente aos domínios da escala de comportamentos exteriorizados, contrariamente ao que ocorreu no momento de avaliação inicial em que não foram relatados níveis de avaliação elevados na maioria das variáveis, quer da parte do cuidador de referência, quer da do educador, no momento final observou-se a sinalização, apenas por parte do cuidador de referência, de níveis elevados nos fatores autocentrado/explosivo (B1), problemas de atenção/atividade excessiva (B2), antissocial/agressivo (B3) e problemas de comportamento exteriorizados (PC'E).

Tendo em conta os dados apresentados pela POCC, verificamos que a Alice sofreu um ligeiro decréscimo relativamente à sua impulsividade e baixa tolerância à frustração ao longo das várias etapas da intervenção (algo também observável através da GOP e da progressão terapêutica), podendo entrar em discrepância com os aumentos verificados pelo cuidador de referência ao nível dos problemas de comportamento exteriorizados, contrariamente ao que acontece com o ligeiro aumento na terceira etapa dos comportamentos de oposição/desafio, congruentes com a visão do cuidador de referência.

Posto isto, poderemos refletir sobre a influência que a etapa do projeto de vida da Alice teve no seu comportamento dentro da instituição, potenciando os comportamentos assinalados na relação com os cuidadores.

6.6. Reflexão Geral

A procura pela compreensão da relevância de uma intervenção em psicomotricidade de base relacional em contexto de institucionalização, junto de crianças vítimas de maus-tratos, obriga-

nos a refletir sobre várias questões que se prendem quer com características da atitude do psicomotricista, quer da avaliação da criança, do ambiente terapêutico e das características da própria intervenção.

Ao intervirmos junto de crianças vítimas de maus-tratos desde cedo compreendemos a importância da capacidade empática, responsiva, de se permitir ser observado, de gestão de transferências e contratransferências, de espera e escuta ativa e da disponibilidade corporal e relacional que o terapeuta tem de possuir.

Creio que, apesar do ambiente terapêutico adquirir um papel fundamental de apoio à prática psicomotora de base relacional, daí a importância de este se apresentar como um meio securizante e contentor, com materiais promotores da relação e da expressão da criança através do corpo, o instrumento principal de destaque é, sem dúvida, o corpo do terapeuta e o corpo da criança em relação, consciencializando-nos de todas as trocas relacionais implícitas na mesma. Neste estudo observámos a existência de dois espaços terapêuticos diferentes e, possivelmente, em parte condicionantes do decorrer do processo de intervenção principalmente, no meu parecer, pelo sentimento de individualidade que um deles potenciava, por ser numa sala fechada, onde aquele momento destinado apenas às trocas relacionais terapeuta-criança, não era partilhado involuntariamente com ninguém, sendo, portanto, um espaço protegido, contrariamente ao outro que, por ser um espaço comum da casa, se pode ter tornado um ambiente menos contentor e potencializador de todo o processo terapêutico.

A prática em psicomotricidade relacional presa um olhar holístico para a criança com o intuito de adquirir uma compreensão da mesma em todas as suas vertentes e na relação com todos os intervenientes do seu meio envolvente, sendo, para tal, necessária uma recolha de dados o mais minuciosa e completa possível. Contudo, apesar de termos procurado incluir, neste estudo, os vários momentos de avaliação da criança sugeridos no ponto 2.3.1., podemos, agora, refletir sobre a necessidade da recolha anamnésica inicial, que, neste contexto, nem

sempre é possível de efetuar e, quando o é, nem sempre existem informações precisas e completas sobre a história da criança; a importância dos instrumentos de observação da criança utilizados pelo terapeuta, neste caso a GOP, a POCC e os Relatórios de Sessão que permitem um olhar cuidado, holístico e terapêutico promotor do entendimento da criança e sustentador da orientação do projeto terapêutico; e dos instrumentos padronizados, a PKBSpt.

Relativamente à utilização da GOP esta revelou-se uma ferramenta útil para o registo e reflexão dos comportamentos e características da criança em ambiente terapêutico, sensível às pequenas variações do mesmo, levando-nos a questionar a utilidade que poderá ter em estudos futuros a aplicação da mesma num momento intermédio da intervenção e a sua condicionante pelo facto de ser preenchida de acordo com a percepção do terapeuta.

A utilização do POCC, fez-nos pensar sobre o facto de, tendo os vídeos analisados serem apenas representativos de cada etapa de intervenção, que a observação da evolução da criança face aos domínios considerados possa ter ficado comprometida. Para contrariar este fator, em investigações futuras, deveremos procurar analisar os vídeos na integra. Será igualmente importante verificar a viabilidade deste instrumento no que concerne à identificação dos comportamentos da criança.

Dando principal destaque aos Relatórios de Sessão que se revelaram uma ferramenta crucial não só na construção da progressão terapêutica de cada estudo de caso, que contribuiu para um entendimento do processo terapêutico individual de cada um, mas também para a reflexão pessoal do terapeuta acerca das suas ações/atitudes/respostas para com a criança, tão necessária nesta profissão. Não obstante, refletimos sobre a ligação que poderá (e deverá) haver entre os relatórios de sessão e a utilização dos parâmetros da GOP como guia de observação da criança.

Relativamente à utilização das PKBSpt alertamos para o facto de em todos os participantes se terem verificado divergências em determinados domínios, o que nos pode levar a questionar acerca da subjetividade implícita na visão de cada cuidador de referência e educador de infância

que o preencheu, da possibilidade de cuidadores e educadores estarem mais atentos diariamente a diferentes domínios do desenvolvimento da criança ou ainda da existência de um comportamento diferenciado por parte da criança mediante o contexto; bem como para o facto de este instrumento poder ser pouco sensível às pequenas variações de comportamento das crianças. Alertamos ainda para a necessidade de uma interpretação não linear dos dados provenientes deste tipo de testes padronizados na medida em que evoluções consideradas pelos mesmos como negativas, como por exemplo, o aumento de comportamentos externalizados, poderão significar para determinada criança, de acordo com a sua progressão terapêutica, uma evolução positiva (tal como o observado, por exemplo, nos estudos de caso da Carolina e da Niara); e de uma ponderação acerca da normalidade ou não de determinadas manifestações de comportamento na criança feita não apenas de acordo com resultados normativos, mas também integrada no seu contexto e momento de vida.

Relativamente à intervenção com estas crianças, ao longo do estudo foi-nos possível ir conferindo a potencialidade da intervenção em psicomotricidade de base relacional, descrita no ponto 2.3.2., fazendo-nos pensar sobre a essencialidade de estabelecer uma relação terapêutica segura com a criança; permitir que esta seja co-gestora da sessão, que sugira as suas ideias, que experimente e atue movida pela sua própria motivação; respeitar o tempo e ritmos da criança; permitir a sua expressão espontânea; funcionar como parceiro ativo nas suas descobertas; de possuir as características do psicomotricista referidas anteriormente; de criar um espaço contentor onde possam ser expressos os conflitos internos da criança e ainda da capacidade do terapeuta em provocar e gerir esses conflitos, sendo todas estas características que parecem fazer desta uma prática terapêutica ajustada às necessidades desta população heterogénea. Ao longo deste processo, pareceu-nos essencial trabalhar na base da descoberta da sensorialidade, da descoberta/construção da identidade, do conflito interno, da expressão e regulação dos comportamentos e das emoções e das competências relacionais, pois estas serão

essenciais para a construção e consolidação de um eu-corpo capaz de se relacionar com o mundo.

Consciente da impossibilidade de generalizações do resultados obtidos, quer pelo número da amostra, quer pela singularidade que cada estudo de caso apresentou, sugerindo uma reflexão global de cada um dos estudos de caso apresentados, pudemos constatar que dentro da variabilidade evidente de cada um, houve uma progressão, de certa forma idêntica, na maioria das crianças que consistiu na experimentação sensoriomotora dos materiais, passando pela experimentação de vários papéis, nomeadamente de agressor/vítima, pela expressão dos conflitos internos através do jogo, descentralização e permissão relativamente às sugestões da terapeuta, pela emergência do controlo dos comportamentos impulsivos e regulação da expressão da frustração ou afirmação de si.

Não obstante, apesar das características comuns ao nível dos problemas de comportamento e das competências relacionais observadas nestas crianças, que nos permitiram traçar linhas orientadoras da intervenção comuns, refletimos para a necessidade da adequação das mesmas face à individualidade de cada criança, procurando ir ao encontro das necessidades de cada uma.

Questionamo-nos ainda sobre o tempo de intervenção poder ter sido insuficiente para sedimentar as competências adquiridas e promover outras que se encontravam emergentes em cada um dos estudos de caso.

Concluindo, a intervenção terapêutica em psicomotricidade de base relacional pode assumir um caráter fundamental na promoção da sensorialidade, da construção da identidade corporal, da promoção da autorregulação emocional e comportamental, nomeadamente na regulação da tolerância à frustração, dos comportamentos impulsivos, da autoestima e autoconfiança, da expressão agressiva, das competências relacionais, como o interesse pelo outro, a compreensão das emoções do outro, o respeito pelas normas sociais, construção de relações verticais e a

utilização e gestão adequadas do olhar e do espaço relacional e ainda na expressão e gestão de conflitos internos/ angústias da criança.

Remetendo para os domínios dos comportamentos exteriorizados e interiorizados e das competências relacionais, foco deste estudo, e atendendo à análise das progressões terapêuticas de cada caso, observámos diferenças relativamente à impulsividade, à gestão da frustração, à autoestima e autoconfiança e à autorregulação das emoções e dos comportamentos.

Com o término do processo de intervenção, surgiram igualmente questões relativamente à influência que a família e as mudanças do PV da criança poderão assumir perante todo o processo de intervenção. Por exemplo, no estudo de caso da Carolina, terão os sucessivos incumprimentos nos contactos com a família e a própria dinâmica dos encontros com a mesma continuado a potenciar episódios de grande tristeza, desistência e apatia, mesmo aquando o período de afirmação da criança?

Similarmente, outra questão surgiu relacionada com a perseverança dos resultados observados ao longo do tempo e com a capacidade de transferência dos mesmos para contextos exteriores ao terapêutico, levando-nos a refletir sobre qual a possibilidade da construção de mecanismos de resiliência que, mesmo não estando aparentemente ativos durante o período de institucionalização e/ou em contexto de institucionalização, permanecem e serão ou são utilizados pela criança aquando o contexto de vida se altera.

Para terminar, surge a necessidade de refletir acerca da implicação do papel do psicomotricista no funcionamento das instituições de acolhimento infantil. No decorrer do tempo de intervenção deste estudo, penso que a maior implicação do trabalho desenvolvido fora do contexto da intervenção individual com a criança, se prendeu com a mudança do olhar para a mesma e para as suas manifestações comportamentais por parte dos cuidadores, bem como a sua procura, junto da terapeuta, por estratégias de ação e de momentos de reflexão relativamente à sua forma de agir com as crianças, perante determinadas situações.

7. Conclusão

A intervenção terapêutica em psicomotricidade de base relacional pode assumir um caráter fundamental na promoção da sensorialidade, da construção da identidade corporal, da promoção da autorregulação emocional e comportamental, nomeadamente na regulação da tolerância à frustração, dos comportamentos impulsivos, da autoestima e autoconfiança, da expressão agressiva, das competências relacionais, como o interesse pelo outro, a compreensão das emoções do outro, o respeito pelas normas sociais, construção de relações verticais e a utilização e gestão adequadas do olhar e do espaço relacional e ainda na expressão e gestão de conflitos internos/ angústias da criança.

Com base nos dados observados, poderemos referir que a intervenção em psicomotricidade de base relacional com estas crianças, revelou algumas melhorias, mais facilmente identificadas através dos instrumentos de avaliação informal e da progressão terapêutica, ao nível dos comportamentos exteriorizados e interiorizados e das competências relacionais, alertando para a necessidade de um acompanhamento continuo como forma de desenvolver e sedimentar as aquisições emergentes ao longo deste período de intervenção.

8. Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV). (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir.*

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP). (2011). Regulamento profissional dos psicomotricistas portugueses.

Achenbach, T. (1991). *Manual for the child behavior checklist 4-18 ans 1991 profile.*

Departamment of Psychiatry: University of Vermont.

Allen, B., Gharafozloo, L., & Johnson, J. (2012). Clinician knowledge and utilization of empirically-supported treatments for maltreated children. *Child Maltreatment, 17(1)*, 11-21.
doi:10.1177/1077559511426333

Almeida, J., Costa, J., Gonçalves, N., Mendonça, D., Sanchez, J., & Talina, M. (2005). Grupo psicoterapêuticos de adolescentes com perturbações do comportamento. Em M. J. Vidigal, *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes: aprender a pensar* (pp. 238-266). Trilhos editores.

Arseneault, L., Cannon, M., Fisher, L., Polanczyk, G., Moffit, T., & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study. *American Journal of Psychiatry, 168(1)*, 65-72.
doi:10.1176/appi.ajp.2010.10040567

Aucouturier, B. (2007). *O método aucouturier: fantásias de ação e prática psicomotora.* Idéias & Letras.

Ball, B. (2002). Moments of change in the art therapy process. *The Arts in Psychotherapy, 29*, 79-92. doi:10.1016/S0197-4556(02)00138-7

Ballouard, C. (2008). *L'aide-mémoire Psychomotricité.* Dunod.

Betty, A. (2013). Taming tidal waves: a dance/movement therapy approach to supporting emotion regulation in maltreated children. *American Journal Dance Therapy*, 35, 39-59. doi:DOI 10.1007/s10465-013-9152-3

Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 132-162). Manole.

Branco, M. E. (2013). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Coisas de Ler.

Bratton, S., & Rhine, T. (2005). The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology Research and Practice*, 36(4), 376-390. doi:10.1037/0735-7028.36.4.376

Britt, H., & Janus, Q. (1940). Criteria of Frustration. *Psychological review*, 47 (5), 451-470. doi:10.1037/h0061381

Campbell, S. (1995). Behavior problems in preschool children: a review of recent research. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 36 (1), 113-149. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb01657.x

Camps, C. (2008). La especificidad de la psicomotricidad: un arte para la estructuración de la persona. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 33(9), 5-20.

Carr, M., & Vandiver, T. (2011). Effects of instructional art projects on children's behavioral responses and creativity within an emergency shelter. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 157-162. doi:10.1080/07421656.2003.10129576

Cicchetti, D., & Toth, S. (2005). Child Maltreatment. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 409-438. doi:0.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029

Cohen, J., & Mannarino, A. (2006). Psychosocial interventions for maltreated and violence-exposed children. *Journal of Social Issues*, 62(4), 737-766. doi:10.1111/j.1540-4560.2006.00485.x

Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional*. Lisboa: Trilhos.

- Costa, J. (2015). Intervenção psicomotora de âmbito clínico. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Atualidades da Prática Psicomotora* (pp. 139-161). Rio de Janeiro: Wak editora.
- Crosson-Tower, C. (2014). *Understanding child abuse and neglect* (9 ed.). Pearson.
- Crozier, J., & Barth, R. (2005). Cognitive and academic functioning in maltreated children. *Children & Schools*, 27(4), 197-206. doi:doi.org/10.1093/cs/27.4.197
- Cyr, C., Euser, M., Bakermans-Kranenburg, M., & van IJzendoorn, M. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: a series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, pp. 87-108. doi:10.1017/S0954579409990289.
- Decreto-Lei nº 142/2015 de 8 de Setembro. *Diário da República nº 175/2015 - I Série*. Lisboa: Assembleia da República.
- Decreto-Lei nº 147/99 de 1 de Setembro. *Diário da República nº 204/1999 - I Série*. Lisboa: Assembleia da República
- Decreto-Lei nº 31/2003 de 22 de Agosto. *Diário da República nº 193/2003 - I Série -A*. Lisboa: Assembleia da República
- Demarchi, J. (2012). Formação corporal do psicomotricista- uma necessidade impostergável. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 123-131). Manole.
- DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessment, and Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Dodge, K., Coie, J., & Lynam, D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. Em N. Eisenberg, *Handbook of child psychology: social, emotional and personality development* (pp. 720-771). Wiley.
- Doellinger, O., & Coelho, R. (2008). Corpo e identidade. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 28(1), 43-58.

- Dozier, M., Peloso, E., Lewis, E., Laurenceau, J.-P., & Levine, S. (2008). Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Development and Psychopathology*, 20, 845-859. doi:10.1017/S0954579408000400
- Dubowitz, H., Papas, M., Black, M., & Star, R. (2002). Child neglect: outcomes in high-risk urban preschoolers. *Pediatrics*, 109 (6), 1100-7.
- Eaton, L., Kimberly, L., Doherty, B., Rebekah, M., & Widrick, B. (2007). A review of research and methods used to establish art therapy as an effective treatment method for traumatized children. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 256-262. doi:10.1016/j.aip.2007.03.001
- Fernandes, J. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 1-12). Manole.
- Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 19-28). Wak editora.
- Fonseca, V. d. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Frick, P., & Kimonis, E. (2008). Externalizing disorders of childhood. Em J. Maddux, & B. Winstead, *Psychopathology: foundations for a contemporary understanding* (pp. 349-374). Routledge.
- Gatecel, A., Massoutre-Denis, B., Giromini, F., Moyano, O., Scialom, P., & Corraze, J. (2011). La Relation en Psychomotricité. Em P. Scialom, F. Giromini, & J. Albaret, *Manuel d'enseignement de psychomotricité* (pp. 287-307). de boech solal.
- Geeraert, L., Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical abuse and neglect: a meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9(3), 277-291. doi:10.1177/1077559504264265

- Glaser, D. (2002). Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse & Neglect*, 26, 697-714. doi:0.1016/S0145-2134(02)00342-3
- Goldstein, S., Naglieri, J., Princiotta, D., & Otero, T. (2014). Introduction: a history of executive functioning as a theoretical and clinical construct. Em S. Goldstein, & J. Naglieri, *Handbook of executive functioning* (pp. 3-12). Springer.
- Goodill, S. (1987). Dance/Movement therapy with abused children. *The Arts in Psychotherapy*, 14, 59-68. doi:10.1016/0197-4556(87)90035-9
- Grogan-Kaylor, A. (2005). Relationship of Corporal Punishment and Antisocial Behavior by Neighborhood. *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 159 (10), 938-942. doi:10.1001/archpedi.159.10.938
- Gueniche, K. (2005). *Psicopatologia descritiva e interpretativa da criança*. Climepsi editores.
- Hildyard, K., & Wolfe, D. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, pp. 679-695. doi:10.1016/S0145-2134(02)00341-1
- IOM, & NRC. (2014). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. The National Academies Press. doi:10.17226/18331
- Iwaniec, D. (2006). *The Emotionally Abused and Neglected Child: identification, assessment and intervention. A practice handbook*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Jianghong, L. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *J. Child Adolesc Psychiatr Nurs.*, 17(3), 93-103. doi:10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x
- Kauffman, N., & Kinnealey, M. (2015). Comprehensive social skills taxonomy: development and application. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 1-10. doi:<http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.013151>
- Kolko, D., & Kolko , R. (2011). Psychological impact and treatment of physical abuse of children. Em C. Jenny, *Child Abuse and Neglect: diagnosis, treatment, and evidence* (pp. 476-489). Elsevier Saunders.

- Landreth, G., & Bratton, S. (2006). *Children Parent Relationship Therapy: a 10-session filial therapy model*. Routledge.
- Landreth, G., Homeyer, L., & Morrison, M. (2006). Play as the language of children's feelings. Em D. Fromberg, & D. Bergen, *Play from birth to twelve: contexts, perspectives and meanings* (pp. 47-52). Routledge.
- Lima, G., Fernandes, J., & Araújo, L. (2015). Psicomotricidade e psicanálise: a linguagem faz corpo. Em J. Fernando, & P. Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 105- 121). Wak editora.
- Llinares, M. (2006). El juego: recurso básico en psicomotricidad. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 21(6), 153-164.
- Lopes, J., Rutherford, R., Quinn, M., Mathur, S., & Cruz, M. (2006). *Competências sociais: aspectos comportamentais, emocionais e da aprendizagem*. Psiquilíbrios .
- Macfie, J., Cicchetti, D., & Toth, S. (2001). Dissociation in maltreated versus nonmaltreated preschool-age children. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1253-1267. doi:10.1016/S0145-2134(01)00266-6
- Maclean, K. (2003). The impact of institutionalization on child development. *Development and Psychopathology*, 15, 853-884. doi:10.1017.S0954579403000415
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - as práticas entre o Instrumental e o Relacional. Em V. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e hiperatividade (PHDA). Em M. J. Vidigal, *Intervenção terapêutica em grupos de crianças e adolescentes: aprender a pensar* (pp. 183-214). Trilhos Editora.
- Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Wiley-Blackwell.

McCoy, M., & Keen, S. (2014). *Child Abuse and Neglect* (2º ed.). New York: Psychology Press.

Moutinho, G. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 45-57). Manole.

Nadeau, M., Nolin, P., & Chartrand, C. (2013). Behavioral and Emotional Profiles of Neglect Children. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11-24.
doi:10.1080/19361521.2013.732202

Noor, K. (2008). Case study: a strategic research methodology. *American Journal of Applied Sciences*, 5(11), 1602-1604.

Ollendick, T., Shortt, A., & Sander, J. (s.d.). Internalizing disorders in children and adolescents. Em J. Maddux, & B. Winstead, *Psychopathology: foundations for a contemporary understanding* (pp. 375-399).

Pears, K., Hyoun, K., & Fisher, P. (2008). Psychosocial and cognitive functioning of children with specific profiles of maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32, 958-971.
doi:10.1016/j.chabu.2007.12.009

Potet, C. (2013). *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir*. érès.

Proctor, L., & Dubowitz, H. (2014). Child Neglect: Challenges and Controversies. Em J. Korbin, & R. Krugman, *Handbook of Child Maltreatment* (pp. 27-61). Springer. doi:10.1007/978-94-007-7208-3_2

Raynaud, J., Danner, C., & Inigo, J. (2007). Psychothérapies et thérapies psychomotrices avec les enfants et adolescents: indications, spécificités, différences. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescence*, 55, 113-119. doi:10.1016/j.neurenf.2007.02.002

Reams, F., & Friedrich, W. (1994). The efficacy of time-limited play therapy with maltreated preschoolers. *Journal of Clinical Psychology*, 50(6), 889-899. doi:10.1002/1097-4679(199411)50:6<889::AID-JCLP2270500613>3.0.CO;2-B

Reebye, P. (2005). Aggression during early years-infancy and preschool. *The Canadian child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1).

Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento , D. (2001). Ecos e espelhos de mim: a psicomotricidade em saúde mental infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 2, pp. 49-58.

Rodríguez, J., & Llinares, M. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. ALJIBE.

Rothbart, M., Ahadi, S., & Evans, D. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (1), 122-135. doi:10.1037/0022-3514.78.1.122

Santos, M. d. (2015). *Problemas de saúde mental em crianças e adolescentes: identificar, avaliar e intervir*. Edições Sílabo.

Saunders, E., & Saunders, J. (2000). Evaluating the effectiveness of art therapy through a quantitative, outcomes-focused study. *The Arts in Psychotherapy*, 27(2), 99-106. doi:10.1016/S0197-4556(99)00041-6

Schaefer, C., & Drewes, A. (2012). Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego. Em C. Schaefer, *Fundamentos de terapia de juego* (pp. 15-26). Manual Moderno.

Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. Springer.

Schaefer, C., & Drewes, A. (2012). Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego. Em C. Schaefer, *Fundamentos de Terapia de Juego* (pp. 15-26). Manual Moderno.

Sheridan, M. (2002). *Play in early childhood: from birth to six years*. Taylor & Francis Group.

Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental Maltreatment and Emotion Dysregulation as Risk Factors for Bullying and Victimization in Middle Childhood. *Journl of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30 (3), 349-363. doi:10.1207/S15374424JCCP3003_7

- Smith, A., & Flannery-Schroeder, E. (2013). Childhood Emotional Maltreatment and Somatic Complaints: the mediating role of alexithymia. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 6*, 157-172. doi:10.1080/19361521.2013.811456
- Spann, M., Mayes, L., Kalmar, J., Guiney, J., Womer, F., Pittman, B., . . . Blumberg, H. (2012). Childhood abuse and neglect and cognitive flexibility in adolescents. *Child Neuropsychology, 18*(2), 182-189. doi:10.1080/09297049.2011.595400
- Spiegel, D., Loewenstein, R., Lewis-Fernández, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., . . . Dell, P. (2011). Dissociative Disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*, E17-E19. doi:10.1002/da.20923
- Strecht, P. (2012). *Crescer vazio: repercussões psíquicas do abandono, negligência e maus tratos em crianças e adolescentes*. Assírio & Alvim.
- Thomas , D., Leicht, C., Hughes, C., Madigan, A., & Dowell, K. (2003). Emerging Practices in the Prevention of Child Abuse and Neglect. 4-5.
- Thomlison, B. (2003). Characteristics of evidence-based child maltreatment interventions. *Child Welfare, 541-569*.
- Toth, S., Gravener-Davis, J., Guild, D., & Cicchetti, D. (2013). Relational interventions for child maltreatment: past, present and future perspectives. *Development and Psychopathology, 25*, 1601-1617. doi:10.1017/S0954579413000795
- Veiga, G., & Rieffe, C. (2015). Ligar o corpo à emoção- intervenção psicomotora na promoção de crianças emocionalmente competentes. Em J. Fernandes, & P. Filho, *Atualidades da prática psicomotora* (pp. 67-80). Wak editora.
- White, J., & Allers, C. (1994). Play therapy with abused children: a review of literature. *Journal of Counseling & Development, 72*, 390-394. doi:10.1002/j.1556-6676.1994.tb00955.x
- Wilmhurst, L. (2005). *Essentials of child psychopathology*. John Wiley & Sons, Inc.

9. Anexos

Anexo I – Exemplo de Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Instituição: Universidade de Évora

Título da Investigação: Intervenção Psicomotora em Crianças de Idade Pré-escolar Vítimas de Maus-tratos e Negligência; um estudo sobre os relacionamentos sociais e os problemas de comportamento

Responsável: Psicomotricista Teresa Cardoso

Orientador Responsável: Professora Doutora Graça Duarte Santos

No âmbito do Mestrado em Psicomotricidade Relacional da Universidade de Évora, pretende-se realizar um estudo de investigação sobre a influência da Psicomotricidade Relacional junto de crianças institucionalizadas, com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos.

A Psicomotricidade Relacional é uma prática terapêutica de mediação corporal que privilegia a criatividade e espontaneidade da criança, procurando assim, incidir sobre aspectos psicomotores, afetivos, cognitivos e psicológicos da mesma.

As sessões de Psicomotricidade Relacional serão realizadas duas vezes por semana, no espaço interior da instituição na qual a criança se encontra. Estas são de caráter individual, têm uma duração aproximada de 45 minutos e serão desenvolvidas num horário posterior ao escolar, não interferindo assim no normal decorrer do dia-a-dia da criança.

Este projeto terá a duração aproximada de 4 meses.

Como forma de avaliar a influência da intervenção em Psicomotricidade Relacional, serão aplicados questionários aos cuidadores da criança na instituição num momento inicial, intermédio e final da intervenção. Serão igualmente filmadas as sessões de Psicomotricidade Relacional como forma de proceder à avaliação do seu conteúdo através do formato de vídeo, sendo sempre a confidencialidade e a integridade da criança respeitada.

A participação no presente estudo não trará qualquer investimento da sua parte ou do seu educando, nem nenhum risco associado.

O responsável pela investigação estará sempre disponível para qualquer esclarecimento sobre a mesma.

Nesse sentido, vimos solicitar a participação do seu educando no presente estudo, nas condições acima mencionadas.

Eu, _____, portador do CC com o nº _____
na qualidade de representante legal da criança SL

confirmo que fui informado(a) sobre o estudo de investigação acima descrito. Compreendi toda a informação que me foi dada, tive oportunidade de perguntar e declaro que sou portador do CC com o nº. _____ Is. Desta forma, autorizo de livre vontade a participação de _____ (Nome da criança) no estudo acima mencionado.

Eu, Teresa, _____, portador do CC com o nº. _____ na qualidade de representante legal da criança _____, autorizo a recolha de imagens do meu educando apenas e só apenas para fins da investigação acima referida e sempre que seja respeitada a confidencialidade e integridade do mesmo.

Tomei conhecimento do requerido,

Teresa

(o responsável legal da criança)

Infantado, 10 / 02 / 16.

Em caso de dúvida contactar:

Teresa Cardoso | Telf.: 913394572 | E-mail: t.junceira@gmail.com

Anexo II – Variações por itens de resposta das PKBSpt

| | | | | |
|----|---|---|---|---|
| | 32. Destroi objetos que são dos colegas | ● | ⬇ | |
| | 36. Diz mentiras | | ⬆ | ● |
| | 38. Incomoda e irrita as outras crianças | ■ | | |
| B4 | 4. Não responde às situações de afeto | | ● | ⬇ |
| | 11. Evita brincar com as outras crianças. | ● | ⬇ | |
| | 16. Tem dificuldade em fazer amigos. | ■ | | |
| | 26. Afasta-se da companhia das outras crianças | ● | ⬇ | |
| | 28. Mostra-se infeliz ou depressiva. | | ⬆ | ● |
| | 31. Apresenta um comportamento desajustado em relação à idade | ■ | | |
| | | | | |
| B5 | 2. Quando é contrariado ou está com medo mostra-se doente | | ⬆ | ● |
| | 8. É ansiosa ou tensa | | ● | ⬇ |
| | 17. Manifesta medo | | | ■ |
| | 21. Queixa-se de dor de cabeça, de dor de barriga ou de outras indisposições. | | ■ | |
| | 22. Resiste na hora de ir para o jardim-de-infância. | ■ | | |
| | 25. É difícil de consolar quando está aborrecida. | | ■ | |
| | 34. É muito sensível às críticas ou repreensões | | | ■ |

| Fator | Item | Evolução |
|-------|---|---|
| PC'E | Conjunto de itens de B1-B5: 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 23, 24, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 38. |  |
| PC'I | Conjunto de itens de B1-B5: 2, 4, 8, 11, 16, 17, 21, 22, 28, 31, 34 |  |

GOP

Grelha para a Observação Psicomotora

Nome da criança: *Niara*

Data de nascimento: *25 de Novembro de 2011*

Idade: *4a*

Observador: *Teresa Cardoso*

Contexto de Observação: *sessões individuais de Psicomotricidade*

Data de Observação: *4, 6, 13 e 18 de fevereiro de 2016*

Grelha para a Observação Psicomotora (GOP)

A GOP foi construída com base na *Grelha de Observação Psicomotora* de Costa (2008), no *Guião de Observação do Psicomotricista* de Rodríguez & Llinares (2008) e na *Grelha de Observação do Comportamento* desenvolvida no Núcleo de Estágio de Psicomotricidade em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, adaptada por Marques, J, Gonçalves, P. e Martins, R. sob orientação de Martins, R (2011).

A Grelha para a Observação Psicomotora (GOP) é um instrumento que se destina ao registo qualitativo de critérios de presença, ausência e frequência de comportamentos observáveis aquando os momentos de intervenção.

Esta pretende registar comportamentos observados num dado momento, permitindo uma posterior comparação dos mesmos num período intermédio e/ou final de intervenção, auxiliando o terapeuta no processo de observação da criança. É um instrumento aplicado de acordo com o critério do observador, pelo que deve ser utilizado apenas quando se pretende aferir a evolução comportamental do individuo.

É composta por dez domínios, sendo eles a apresentação, relação com o terapeuta, relação com o meio envolvente, jogo/atividade espontânea, funções executivas, comportamentos exteriorizados e interiorizados, linguagem não-verbal e linguagem verbal.

A GOP não exige material específico de aplicação e pode ser aplicada em qualquer faixa etária, junto da população para a qual foi construída.

Instruções de preenchimento:

- Os parâmetros da grelha deverão ser assinalados com um X sempre que se verifiquem.
- Quando a presença de respostas multiplas relativas à mesma alínea, deverá ser destacada a resposta pertendida.
- Um item não preenchido significa que o parâmetro não se verifica ou que não foi possível a sua observação, devendo tal encontrar-se especificado no campo das observações.
- Em cada categoria poderão ser assinalados mais do que um item.
- Sempre que seja necessário especificar aspectos relevantes associados a algum dos parâmetros da grelha, estes deverão ser indicados no campo de *Observações*.

| Apresentação | | | Observações |
|--|--------------------------------|---|---|
| Aspetto Morfológico | Ectomorfo | | |
| | Mesomorfo | X | |
| | Endomorfo | | |
| Aparência Física/Imagen | <u>Cuidada/investida</u> | X | |
| | <u>Descuidada/desinvestida</u> | | |
| Postura | Hipertónica | | |
| | Hipotónica | | |
| | Eutónica | X | |
| Desenvolvimento Estato-ponderal | Adequado | X | |
| | Desadequado | | |
| Forma de Apresentação no Primeiro Contacto | <u>Inibida/Desinibida</u> | X | A Niara demonstrou uma postura desinibida e interativa aquando o primeiro contacto, procurando relacionar-se de imediato com o terapeuta. É uma criança muito curiosa e vivaça. |
| | Calma/Ansiosa/Agirada | | |
| | <u>Resistência/Interativo</u> | X | |
| | Evitante | | |
| | Inconsistente | | |

| Relação com o Terapeuta | | | Observações |
|-------------------------|---|---|--|
| Tipo de Relação | <u>Cooperação/Desafio/Oposição</u> | X | Ao longo destas primeiras sessões, a Niara evidenciou uma atitude de cooperação face ao adulto. A Niara pergunta ao terapeuta várias vezes se pode ser a primeira a vir para a sessão para sempre, parecendo haver uma necessidade de valorização e diferenciação em relação aos demais. Este fator adquire uma extrema importância. |
| | Dependência/autonomia/Fusional | | |
| | <u>Inibida/Desinibida</u> | X | |
| | Passividade/aceitação/controlo | | |
| | Indiferença/Evitamento/Resistência | | |
| | <u>Reconhece/Não reconhece as diferenças hierárquicas</u> | X | |
| | <u>Agressividade/Afetuosa</u> | X | |
| | <u>Competitividade/Necessidade de valorização</u> | | |
| | Postura de sedução/Omnipotência | | |
| Interação | Aceita as sugestões do terapeuta | X | Manifesta uma procura constante pelo contacto corporal/contentor com o mesmo. |
| | Não aceita as sugestões do terapeuta | | |
| | Ignora as sugestões do terapeuta | | |

| | | |
|---|---|---|
| Iniciativa no estabelecimento da interação | X | Apesar de concordar em experimentar algumas das ideias propostas pelo terapeuta, a criança abandona-as quando não as consegue realizar com êxito. |
| Não procura/não toma iniciativa no estabelecimento da interação | | Inicia e procura a interação com o terapeuta, havendo períodos de jogo a dois. |
| Procura o terapeuta apenas para satisfazer as suas necessidades/atingir objetivos | | Há momentos em que o terapeuta assume um papel de agente de suporte na exploração do espaço, dos materiais e da sensorialidade. |
| Permanece na interação com o terapeuta | X | |
| Evita a interação com o terapeuta | | |
| Recusa/faz resistência na interação com o terapeuta | | |
| Momentos de fuga na interação | | |
| Alheamento | | |
| Solicita a ajuda do terapeuta quando necessário | X | |
| Revela empatia | X | |
| <u>Procura contenção/ Evitamento ao toque</u> | X | |

| Relação com o Meio Envolvente | | Observações |
|-------------------------------|--|-------------|
| Exploração do Espaço | Explora todo o espaço de forma espontânea | X |
| | Próximo de si/objetos/terapeuta | |
| | Exploração num local espacial específico (centro, lateral, canto da sala etc.) | |
| | Delimita o seu espaço | |

| | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| Exploração dos Materiais | Explora o espaço apenas quando incitado pelo terapeuta | | <p>A Niara explora maioritariamente o material trazido para a sessão pela terapeuta em prol do já existente na sala, com o qual está familiarizada.</p> <p>Por vezes explora os objetos sem intenção de jogo ou significado simbólico, explorando apenas as potencialidades de ação de cada um.</p> <p>Verificou-se capacidade de atribuição simbólica ao objeto.</p> |
| | Não explora | | |
| | Desorganizada/ <u>Organiza</u> <u>da</u> | X | |
| | Explora todos os objetos de forma espontânea | X | |
| | Preferência por um objeto ou mais objetos específicos | | |
| | Apenas objetos específicos | | |
| | Não explora espontaneamente, mas demonstra desejo de exploração | | |
| | Não explora o material | | |
| | Explora o material apenas quando incitado pelo terapeuta | | |
| | Apresenta constância na utilização | X | |
| | Não apresenta constância na utilização (especificar se a criança pega e larga com ou sem exploração do mesmo) | | |
| | Uso estereotipado | | |
| | Utilização/exploração funcional | X | |

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Exploração/utilização desadequada | | |
| Atribuição simbólica | X | |
| Investimento Afetivo | | |
| Mediador de comunicação/relação/outro | | |

| Jogo/Atividade Espontânea | | Observações | |
|---------------------------|---|-------------|--|
| Jogo | Experimentação do movimento e potencialidade de ação | X | No decorrer destas sessões iniciais foi possível de observar a presença de jogos sensoriomotores e de exploração dos materiais. A Niara é uma criança que tem ideias e muito curiosa relativamente aos materiais, procurando explorar as suas opções de ação. É visível uma procura por jogos de fugir/ser puxada, esconder/encontrar e de ideias que lhe permitam vivenciar sensações vestibulares. |
| | Construir/destruir | | Por vezes, observam-se períodos de jogo a dois pouco estruturado (não tem um objetivo final concreto), assumindo este uma vertente relacional/de interação com o terapeuta. |
| | Unir/afastar | | Procura com muita frequência o contacto corporal com o chão. Entre as ideias é frequente deitar-se no chão, rebolar no chão. Às vezes atirar-se para o chão. Procura muito o chão como zona de ação/interação/relação com o terapeuta. |
| | Perseguição | X | Nos jogos de esconder/ser encontrada é notória a sua incapacidade de esperar que poderá traduzir a sua impulsividade, ansiedade, ou até medo de não ser encontrada, antecipando, assim, o momento de ser encontrada. |
| | Esconder/encontrar | X | |
| | Existente (especificar o tipo de representações elaboradas) | X | A Niara tem capacidade de atribuição de valor simbólico ao objeto, ou seja, faz de conta que um objeto é outro. Verifica-se a presença de jogo simbólico com temáticas relacionadas com a família (a existência/não existência da família) e com a experimentação dos papéis agressor/vítima. |
| Jogo Simbólico | Inexistente | | |

| | | | |
|--|---|----------------------------------|---|
| | Resistência/evitamento | | <p>Numa das sessões houve representação de um momento do quotidiano: momento de refeição da família em que ela assumia o papel de mãe. Nas restantes sessões ela assumiu sempre o papel da lagartinha, do porquinho ou do lobo mau.</p> |
| | o | | |
| | Equação simbólica | | |
| | Pensamento simbólico | | |
| | evasivo (com fugas) | | |
| | | | |
| | Existente | | <p>Quando jogámos ao jogo da memória, a Niara espreitava os cartões como forma de saber onde estava o seu par e, assim, não perder.</p> |
| | Não existente | X | |
| | Cumpre as regras do jogo previamente definidas | | |
| | Adequa as regras do jogo de forma a sair beneficiado | X | |
| | | | |
| | Jogo de Construção | | |
| | Jogo Estereotipado | | |
| | Imitação | X | Procura imitar o terapeuta nas suas ações, permitindo igualmente que este imite as suas. |
| | Participa | Em colaboração | X |
| | | Em imposição | |
| | | Contrariado | X |
| | Perante as Tarefas | Por oposição | |
| | Não Participa | Por dizer que não consegue fazer | |
| | | | |
| | Permanece na atividade até ao fim | X | <p>De um modo geral, ao longo destas sessões, a Niara conseguiu permanecer em cada atividade um tempo considerável. Há claramente um fecho de ciclo aquando o término da ideia.</p> <p>Nas transições revela necessidade de contato com o chão, talvez para se reassegurar.</p> |
| | Salta de atividade para atividade rapidamente | | |
| | Resistência face à mudança/introdução de novas ideias/elementos | | |

| | | |
|---|---|--|
| Procura a repetição das mesmas atividades dentro da própria sessão e/ou de sessão para sessão | | |
| Dificuldade nas transições | X | |

| Aspectos Psicomotores | | Observações |
|----------------------------|---|-------------|
| Resposta ao Estímulo Motor | Adequada | X |
| | Lentificada | X |
| | Precipitada | |
| Qualidade do Gesto | Adequada | |
| | Impulsivo/ Precipitado | X |
| | Retraído | |
| | Inábil | X |
| | Sincinésias | |
| | Coordenado | |
| Intenção do Movimento | Descoordenado | X |
| | Eficaz/Eficiente | |
| | Imatura | X |
| Regulação do Esforço | Sem planeamento | X |
| | Adequado | |
| | Atinge o objetivo com muito esforço | X |
| Perturbações do Movimento | Não atinge o objetivo | |
| | Estereotipias | |
| | Presença de movimentos involuntários/tiques | |
| Equilíbrio | Equilíbrio Adequado | |
| | Estático Oscilações | X |

| | | | | |
|----------------------|--|-------------------------------|---|--|
| | | Não adquirido | | |
| | | Adequado | | |
| Equilíbrio | Dinâmico | Oscilações | X | |
| | | Não adquirido | | |
| | | Direita | X | |
| Preferência manual | | Esquerda | | |
| | | Ambidextria | | |
| | | Inconsistente/não consolidada | | |
| | | Direita | X | |
| | | Esquerda | | |
| Lateralidade | Preferência podal | Ambidextria | | |
| | | Inconsistente/não consolidada | | |
| | | Direita | X | |
| | | Esquerda | | |
| | | Ambidextria | | |
| d-e | Reconhecimento | Inconsistente/não consolidada | | |
| | | Em si | | Imaturidade no reconhecimento da D/E em si (o reconhecimento no outro não foi considerado) |
| | | No outro | | |
| Cardinalidade | Adequada | | X | |
| | | Imatura | | |
| Noção do Corpo | Reconhece e identifica as várias partes do corpo | | X | A representação gráfica de si através do desenho do corpo revelou-se investida e adequada. São representados elementos como a cabeça, juntamente com os elementos pertencentes (olhos, boca, nariz e cabelo), o tronco bidimensional e os membros superiores e inferiores, unidimensionais, com a presença de um círculo nas extremidades distais superiores e inferiores. |
| | | Imaturo/Inexistente | | |
| | | Imagem do Corpo Adequada | X | |
| | | Imagem do Corpo Imatura | | |
| | | Fragmentação | | |
| | | | | |
| Coordenações motoras | Oculo-manual | Adequada | | |
| | | Imatura | | |
| | Oculo-pedal | Adequada | | |
| | | Imatura | | |
| Tonicidade | Adequada | | X | |

| | | | |
|-------------------------------|--|---|---|
| | Hipertónico | X | A Niara revelou algumas dificuldades iniciais na descontração voluntária do corpo. Por vezes o seu tônus parece ligeiramente rigidificado. |
| | Distónico | | |
| | Hipotónico | | |
| | Reações Tónico-emocionais | X | Observam-se algumas reações tónico-emocionais como risos e vocalizações. |
| Estruturação Rítmica | Adequada | X | |
| | Imatura | | |
| | Arrítmica | | |
| Estruturação Espacio-temporal | Adequada | | Imaturidade na localização no espaço e no tempo. |
| | Desadequada | | |
| | Imatura | X | |
| Praxia Fina | A criança <u>realiza</u> /não realiza tarefas que exijam destreza manual | X | A criança realiza uma pega adequada do instrumento de escrita, embora a pressão seja imatura, condicionando a fluidez do traço. |
| | Imaturidade | | |
| | Realiza uma pega e pressão <u>adequada</u> / <u>desadequada</u> / <u>imatura</u> do instrumento de escrita | X | |
| Aceitação de Rituais | Cumpre os vários momentos da sessão | X | Apesar de ter cumprido sempre todos os rituais presentes na sessão, a criança começou gradualmente a evidenciar tentativas em prolongar o término da mesma, chegando a manifestar resistência face à saída da sala. |
| | Aceita o término da sessão | | |
| | Tenta prolongar o tempo da sessão, observando-se resistência na saída | | Ainda não há planeamento das ideias que vamos desenvolver ao longo da sessão. Recordámos as ideias desenvolvidas no final de cada sessão, sendo que a criança apresentou alguma dificuldade na evocação das memórias. |
| | Tenta prolongar o tempo da sessão mas não se observa resistência na saída | X | |

| Funções Executivas | | Observações |
|------------------------|--|---|
| Atenção | Focalização da atenção | X No geral aparentou capacidade de focalização da atenção nas ideias. |
| | Distratibilidade | X Contudo, existem momentos de distratibilidade, nomeadamente aquando a presença de estímulos do exterior. |
| | Periférica (hipervigilância) | |
| | Atenção conjunta | X |
| Planificação | Antecipação das ações ou ideias | A Niara necessita da ajuda do terapeuta para planejar as suas ideias de uma forma clara/ para lhes dar estrutura. Não antecipa as ideias a realizar ao longo de toda a sessão. |
| | Espontânea | |
| | Elaborada | |
| | Semi-estruturada | X |
| | Ausente | |
| Resolução de Problemas | Capacidade de dar sugestões para a resolução de um problema | |
| | Procura a ajuda do terapeuta para a resolução de um problema | |
| | Reage de forma desadequada/imatura perante a necessidade de resolução de um problema | |
| Memória | Capacidade de retenção de informação a curto e médio prazo | Revelou dificuldades na evocação das memórias relativas às ideias desenvolvidas ao longo da sessão. |
| | Capacidade de retenção de informação a longo prazo | |
| Cognição | Rigidez do pensamento | |

| | | |
|---|--|--|
| Flexibilidade do pensamento | | |
| Entendimento/não entendimento de duplos conceitos | | |

| Comportamentos Exteriorizados e Interiorizados | | | Observações |
|--|-------------------------------|--|---|
| Tolerância à Frustração | Baixa tolerância à frustração | Autorregulação perante situações de frustração | x Expressa verbalmente de forma adequada o seu desagrado perante determinada situação. No entanto se esta persistir a Niara reage evitando o contacto ocular com o terapeuta, procurando esconder-se ou afastar-se do mesmo. |
| | | Abandono/substituição | |
| | | Comportamentos agressivos | |
| | | Isolamento/evitamento | x Houve momentos em que se atirou para o chão tapando a cara e/ou os ouvidos. |
| Persistência | | Outro | |
| | | Quando não consegue executar uma atividade à primeira tentativa, não desiste e continua a tentar | |
| Impulsividade | | Quando não consegue executar uma atividade à primeira tentativa, desmotiva e desiste | x |
| | | Comportamentos agidos | x |
| | | Reatividade Emocional | x |
| | | Impulsividade Cognitiva | x |
| Agressividade | Física | Inconsequente | |
| | | Dirigida ao outro | |
| | | Dirigida aos objetos | |

| | | | | |
|---|--------|--|--|--|
| | Verbal | Dirigida ao outro | | |
| Oposição | | Oposição/desafio | | |
| | | Omnipotência | | |
| Agitação | | Evidencia | | |
| | | Não evidencia | | |
| Comportamentos de Incapacidade e Desvalorização | | Verbaliza sentimentos de incapacidade e/ou desvalorização | | |
| | | Não verbaliza sentimentos de incapacidade e/ou desvalorização | | |

| Linguagem Não-verbal | | | Observações |
|-----------------------|--|---|-------------|
| Olhar/Contacto Ocular | Dirige o olhar | X | |
| | Não dirige o olhar | | |
| | Olhar evitante | | |
| Espaço Interpessoal | Distância interpessoal adequada | X | |
| | Distância interpessoal invasiva | | |
| Expressão das Emoções | Distância interpessoal evasiva | | |
| | <u>Reconhece/dificuldade no</u> reconhecimento das emoções expressas não-verbalmente pelo outro | X | |
| | <u>Capacidade/dificuldade de</u> expressão não-verbal das emoções, de forma concordante | X | |
| | Revela apatia | | |

| | | |
|---|---|--|
| Capacidade/dificuldade de expressão dos afetos, de forma concordante e adequada | X | |
| Expressa as emoções de forma exuberante | | |

| Linguagem Verbal | | Observações |
|-------------------------|--|--|
| Organização do Discurso | Capacidade de expressar as ideias de forma clara | Aparenta dificuldade na organização do discurso visível aquando a expressão das suas ideias |
| | Dificuldades na organização psicolinguística do discurso | |
| Linguagem Expressiva | Adequada | Embora tenha uma linguagem adquirida que lhe permita expressar todas as suas ideias, esta revelou-se, por vezes, imatura/abebezada |
| | Insuficiente | |
| | Imatura (fala abebezada) | |
| | Excessiva | |
| | Demasiado elaborada para a idade | |
| | Presença de ecolália | |
| Linguagem Recetiva | Alheada | |
| | Adequada | |
| | Desinteressada | |
| | Com compreensão | |
| Semântica | Sem compreensão | |
| | Adquirida | |
| | Concordante | |
| | Desorganizada | |
| | Imatura | |
| Sintaxe | Não adquirida | |
| | Adquirida | |
| | Concordante | |

| | | | |
|------------|---|---|--|
| | Desorganizada | | |
| | Imatura | X | |
| | Não adquirida | | |
| Pragmática | Compreende a intenção do discurso | X | |
| | Compreende parcialmente a intenção do discurso | | |
| | Não comprehende parcialmente a intenção do discurso | | |

| Observações |
|--|
| A Niara é uma criança que aparenta um desenvolvimento estato-ponderal adequado para a sua faixa etária e com uma imagem cuidada e investida. |
| Aquando o primeiro contacto com o terapeuta adotou uma postura desinibida, sendo evidente o seu desejo pela interação com o terapeuta. |
| No decorrer destas sessões de observação inicial, a Niara procurou a interação com o terapeuta, mantendo uma atitude de cooperação e manifestando uma procura constante pelo contacto corporal/de contenção com o mesmo. |
| Realizou uma exploração do espaço de forma espontânea e organizada. Revelou curiosidade e criatividade na exploração dos materiais trazidos para a sessão pelo terapeuta, observando-se constância na sua utilização. |
| Foram observáveis momentos de exploração sensoriomotora dos materiais e das suas potencialidades de ação, explorando-os, por vezes, sem intenção de jogo ou significado simbólico aparente, apenas pelo prazer de exploração dos mesmos. Nestes momentos, o terapeuta pareceu assumir, para com a criança, apenas um papel de agente de suporte na exploração do seu corpo na relação com o espaço e os objetos e da sua sensorialidade. |
| Foi igualmente visível uma procura por jogos de fugir/ser apanhada, esconder/ser encontrada e de ideias que lhe permitissem vivenciar sensações vestibulares. Importa referir que nos jogos de esconder/ser encontrada foi notória a sua incapacidade de esperar que poderá traduzir a presença de impulsividade, ansiedade, ou até medo de não ser encontrada, antecipando, assim, esse momento. |
| Por vezes foram evidentes períodos de jogo a dois, pouco estruturados, que pareciam assumir uma vertente relacional/de promoção da interação com o terapeuta. |
| A Niara encontra-se mais centrada nas suas próprias ideias e, embora aceite, por vezes, as sugestões do terapeuta, revelou dificuldade em realizar as ideias sugeridas pelo mesmo. |
| A Niara demonstrou capacidade de atribuição de valor simbólico ao objeto. Foi possível de observar a presença de jogo simbólico com temáticas relacionadas com a família (a existência/não existência da família) e com a experimentação dos papéis agressor/vítima. |
| Salienta-se que a criança procurou constantemente o contacto corporal com o chão em momentos de ação/relação e de transição entre ideias. |
| Relativamente às condutas motoras de base, a criança revelou uma resposta ao estímulo motor inconsistente, que por vezes aparentou ser adequada e, noutras, lentificada, imaturidade ao nível do planeamento motor e um gesto impulsivo/precipitado, inábil e aparentemente descoordenado, comprometendo, assim, a eficácia/qualidade da resposta motora. |
| Aparentou imaturidades ao nível da equilibração, da organização espaço-temporal, do reconhecimento da direita/esquerda, da pressão exercida no instrumento da escrita, condicionando, assim, a fluidez do traço e algumas dificuldades iniciais na descontração voluntária do corpo. |
| Evidenciou igualmente uma noção de cardinalidade, estruturação rítmica, noção do corpo e uma pega do instrumento de escrita adequadas. |

A representação gráfica de si através do desenho do corpo revelou-se investida e adequada. Foram representados elementos como a cabeça, juntamente com os elementos pertencentes (olhos, boca, nariz e cabelo), o tronco bidimensional e os membros superiores e inferiores, unidimensionais, com a presença de um círculo nas extremidades distais superiores e inferiores.

Expressa verbalmente de forma adequada o seu desagrado perante determinada situação. No entanto, se esta persistir, a Niara reage evitando o contacto ocular com o terapeuta, procurando esconder-se ou afastar-se do mesmo, atirando-se para o chão e tapando a cara e/ou os ouvidos, revelando baixa tolerância à frustração.

Da mesma forma, foi notória a sua falta de persistência, desistindo/abandonando determinada ideia, depois de não a conseguir executar com sucesso.

Niara evidenciou capacidade de focalizar a sua atenção, apresentando sinais de distratibilidade apenas perante a presença de estímulos externos. No geral, permaneceu nas atividades um período de tempo adequado à sua execução.

Apesar de ter cumprido sempre todos os rituais presentes na sessão, a criança começou gradualmente a evidenciar tentativas em prolongar o término da mesma, chegando a manifestar resistência face à saída da sala.

Ao longo destas sessões, a criança revelou uma linguagem não-verbal e uma linguagem verbal recetiva adequadas, contrariamente à linguagem verbal expressiva que, embora lhe permita expressar todas as suas ideias, revelou-se, por vezes, imatura/abebezada e com dificuldades na organização psicolinguística do discurso.

Salienta-se ainda que ao longo destas sessões foi frequente a emissão de vocalizações, guinchos, sem qualquer significado aparente.

A Niara pergunta ao terapeuta várias vezes se pode ser a primeira a vir para a sessão para sempre, parecendo haver uma necessidade de valorização e diferenciação em relação aos demais. Este fator adquire uma extrema importância.

Anexo IV - POCC

Protocolo de Observação dos Comportamentos da Criança – POCC

Objetivo: observar, de forma sistemática, baseada na frequência do evento, parâmetros implícitos nos problemas do comportamento, como a frustração, expressão agressiva, oposição/desafio, impulsividade, agitação psicomotora e comportamentos de desvalorização.

Setting de aplicação: A observação deverá ser realizada numa sala ampla, com a presença de materiais terapêuticos como bolas, cordas, brinquedos potenciadores do faz-de-conta, material de desenho, colchões, espelho, piscina de bolas, instrumentos e aparelhos musicais entre outros que se considerem pertinentes e cuja existência de interrupções por parte de terceiros seja controlada/evitada.

Será nosso objetivo observar as crianças, inseridas no presente estudo, no decorrer da sessão de psicomotricidade e em interação com o terapeuta, o espaço e os objetos.

A recolha audiovisual será efetuada através de uma câmara suportada por elementos presentes na sala (ex.: os móveis) ou por um tripé e posicionada intencionalmente num local estratégico, de modo a que seja privilegiada a visualização total da área da sala. Serão filmados interruptamente os 45 minutos da sessão.

Posteriormente, serão registados na tabela em anexo, os comportamentos observados em cada vídeo, de acordo com a frequência em que ocorrerão nos seguintes intervalos de tempo (em minutos): 00-03; 10-13; 20-23; 30-33; 40-43 e, sempre que o tempo de sessão exceda o tempo previsto, 50-53. O registo elaborado em cada intervalo de tempo, será efetuado com paragens de 15 em 15 segundos.

O preenchimento da tabela será efetuado através do programa *observideo*. Por fim, proceder-se-á à análise estatística dos dados recolhidos.

Descrição das categorias: Com base nos objetivos do estudo em desenvolvimento e tendo em conta as variáveis integradas no instrumento de avaliação quantitativo utilizado no mesmo – as *Escalas Comportamentais para Crianças em Idade Pré-escolar (PKBSpt)*, na versão portuguesa traduzida e adaptada por Gomes e seus colaboradores (2004) – considerámos relevante, para um estudo mais aprofundado da criança, a elaboração e posterior aplicação de um Protocolo de Observação dos Comportamentos da Criança (POCC). Este POCC foi elaborado a partir de uma revisão da literatura aprofundada acerca dos problemas do comportamento exteriorizados e interiorizados e ainda através da incorporação de parâmetros que se encontram em consonância com as variáveis do PKBSpt.

Segue a descrição e a definição pormenorizada dos fatores considerados.

DOMINIO “COMPORTAMENTO”

Para o desenvolvimento dos parâmetros integrados no domínio “Comportamento”, considerámos, como na *Escala Problemas de Comportamento da PKBSpt*, a designação de comportamentos exteriorizados e interiorizados.

O termo comportamentos exteriorizados integra, de acordo com vários autores, comportamentos agidos, disruptivos, desafiantes/de oposição e agressivos, manifestações como birras e irritabilidade e ainda a hiperatividade, impulsividade e dificuldades de atenção (Merrell, 2003; Frick & Kimonis, 2008; Wilmshurst, 2005).

Por sua vez, os comportamentos interiorizados remetem para problemas associados com a ansiedade, depressão, queixas somáticas, isolamento social, timidez e inibições, baixa auto-estima, preocupações e medos (Achenbach & Rescorla, 2001 citado por Nezhad et al., 2011; Wilmshurst, 2005; Ollendick, Shortt, & Sander, 2008).

Assim, considerámos para parâmetros do domínio “Comportamento”:

1. Frustração

Rothbart, Ahadi, & Evans (2000) defendem que a frustração tem a sua origem em situações nas quais a criança é impedida de atingir os seus objetivos. Autores como Golnick et al. (1996, citado por Stansbury & Sigman, 2000) salientam que as respostas das crianças em idade pré-escolar à frustração podem apresentar-se sob a forma de comportamentos de reconforto, comportamentos instrumentais – que procuram eliminar a fonte da frustração-, distração – deslocar a atenção em algo fora da fonte de frustração-ou de reavaliação cognitiva. Outros como Briitt & Janus (1940) afirmam a existência de várias reações possíveis face a situações de frustração, sendo elas a agressividade, o isolamento, a regressão, a resistência, a zanga e sentimentos de culpabilidade ou vergonha.

Foram considerados os seguintes subparâmetros de observação:

1.1. *Auto-regulação face a situações de frustração*: quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança manifesta um padrão adequado de reação face à frustração, expressando a sua opinião assertivamente, negociando as regras, procurando soluções alternativas, demonstrando capacidade de resolução de problemas, entre outros similares.

1.2. *Baixa tolerância à frustração_ abandono/substituição da atividade*: quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança abandona a atividade em desenvolvimento ou objeto pretendido, podendo ou não substitui-la/o por outro.

1.3. *Baixa tolerância à frustração_ comportamentos agressivos*: quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança manifesta comportamentos agressivos/expressão agressiva (parte coisa, manda objetos para o chão, chama nomes ao outro entre outros similares).

1.4. *Baixa tolerância à frustração_ isolamento/evitamento de contacto*: quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança isola-se, evita o contacto com o terapeuta.

1.5. *Baixa tolerância à frustração_ outro*: quando é contrariada ou impedida de atingir um objetivo no momento desejado, a criança manifesta outro tipo de comportamentos diferentes dos assinalados anteriormente.

1.6. *Inobservável*: assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

1.7. *Não Manifestado (NM)*: não foram manifestadas/visualizadas nenhuma das situações descritas por inexistência de contexto/situações que pudessem conduzir à expressão das mesmas.

2. Expressão Agressiva:

A agressividade/expressão agressiva consiste em comportamentos verbais ou físicos que prejudicam ou procuram prejudicar o outro (APA, 1994 citado por Liu, 2004) ou o próprio (Ferris & Grisso, 1996 citado por Liu 2004). Shaw (2000 citado por Reebye, 2005) descreve o comportamento agressivo em idades precoces como um ato dirigido a outra pessoa ou objeto específico com a intenção de ferir ou assustar.

O registo destes subparâmetros na tabela deve fazer-se acompanhar, no espaço destinado para as observações, com a indicação da origem da expressão agressiva, ou seja, do que a terá despoletado (ex.: um momento de frustração, se a resistência ao termo da sessão entre outras).

Foram considerados os seguintes subparametros de observação:

2.1. *Expressão física da agressividade dirigida ao outro*: quando a criança agride o outro fisicamente, dando-lhe pontapés, socos, arranhando-o e/ou outros similares.

2.2. *Expressão física da agressividade dirigida aos objetos*: quando a criança parte, chuta ou arremessa objetos aquando um momento de expressão agressiva.

2.3. *Expressão verbal da agressividade*: quando a criança expressão a sua agressividade insultando o outro (“é feia”, “é uma burra parva”) ou dizendo-lhe “não gosto de ti”, “não venho mais ter contigo”, “não te quero ver mais”, ou similares.

2.4. *Inobservável*: assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

2.5. *Não Manifestado (NM)*: não foram manifestadas nenhuma das situações descritas.

3. Oposição/desafio:

Os comportamentos de oposição/desafio surgem como resistência face ao indicado pelo adulto, resistências essas que podem ocorrer de forma passiva, quando uma ordem/pedido/regra é ignorada, ou de forma ativa, através da recusa direta de uma ordem/pedido/regra (Matthys & Lochman, 2010).

Foram considerados os seguintes subparametros de observação:

3.1. *Manifesta comportamentos de oposição/desafio*: quando em interação com o adulto, são observáveis comportamentos de oposição face ao mesmo, nos quais a criança não aceita o que este lhe sugere, sendo evidentes expressões verbais como “não faço” ou “não quero fazer” e comportamentos como o virar as costas ou o ignorar o que lhe é solicitado.

Aquando a presença de comportamentos de oposição é importante, sempre que possível, registar nas observações, a situação que despoletou a sua ocorrência.

3.2. *Não manifesta comportamentos de oposição/desafio*: quando, em interação com o adulto, são observáveis comportamentos de cooperação/colaboração face ao mesmo, nos quais a criança aceita com mais ou menos agrado o que lhe é solicitado ou, não aceitando, procura chegar a um equilíbrio de ideias.

3.3. *Inobservável*: assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

4. Impulsividade:

A impulsividade pode ser definida como uma predisposição para reações rápidas e não planejadas, perante estímulos internos ou externos, independentemente das consequências negativas das mesmas para o próprio indivíduo e para os outros. Patton et al. (1995 citado por Whiteside & Lynam, 2001), sugerem que a impulsividade consiste em três fatores comportamentais distintos, sendo eles a *impulsividade cognitiva* (incapacidade em focar a atenção ou em concentrar-se), *impulsividade motora* (agir sem pensar) e a *impulsividade de não-planeamento* (relacionada com a falta de antecipação/previsão/premeditação). Por outro lado, Whiteside & Lynam (2001) defendem, no seu modelo, conceptualizam a impulsividade subdividindo-a em falta de premeditação, descrita como a dificuldade em pensar e refletir sobre as

consequências de um ato, falta de perseverança, ou seja, incapacidade de permanecer focado em uma tarefa, e procura de sensações – tendência para experimentar e apreciar atividades perigosas.

Foram considerados os seguintes subparametros de observação:

4.1. *Age impulsivamente sem pensar*: quando a criança interrompe o outro, não consegue esperar pela sua vez ou manifesta gestos ou atitudes impulsivas que são agidas e não pensadas (por exemplo, evidencia comportamentos agidos, resposta motora não planeada entre outros).

4.2. *Não age de forma impulsiva*: quando a criança é capaz, perante situações que o exijam, de responder a uma situação de stress de forma planeada e adequada, de esperar pela sua vez, de reproduzir uma resposta motora planeada e consistente entre outras.

4.3. *Inobservável*: assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara, ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

4.4. *Não Manifestado (NM)*: não foram manifestadas/visualizadas nenhuma das situações descritas por inexistência de contexto/situações que pudessem conduzir à expressão das mesmas.

5. Comportamentos de Desvalorização

Foram considerados os seguintes subparametros de observação:

5.1. *Sentimentos de incapacidade verbalizados*: quando a criança diz de imediato que não consegue fazer algo, mesmo antes de tentar ou quando depois de tentar fazer uma coisa e não obter sucesso à primeira, diz de imediato que não consegue ou sabe fazer.

5.2. *Sentimentos de desvalorização verbalizados*: quando a criança desvaloriza algo que fez ou a sua própria aparência ou características. Por exemplo, diz “o teu desenho é melhor que o meu”, “não sou boa a fazer as coisas” entre outras similares.

5.3. *Inobservável*: assinalar em situações em que o vídeo, por questões de posicionamento da câmara ou avarias técnicas não permita a observação dos subparâmetros.

5.4. *Não Manifestado (NM)*: não foram manifestadas/visualizadas nenhuma das situações descritas por inexistência de contexto/situações que pudessem conduzir à expressão das mesmas.

Referências Bibliográficas

- Britt, H., & Janus, Q. (1940). Criteria of Frustration. *Psychological review*, 47 (5), 451-470. doi:10.1037/h0061381
- Lui, J. (2004). Childhood externalizing behavior: theory and implications. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*, 17(3), 93-103.
- Matos, M., & Carvalhosa, S. (1997). Promoção de competencias de relacionamento interpessoal nos jovens: comunicação interpessoal, resolução de problemas, competências sociais, assertividade. Em M. Matos, *Comunicação e gestão de conflitos na escola* (pp. 149-177). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matthys, W., & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Wiley-Blackwell.
- Reebye, P. (2005). Aggression during early years-infancy and preschool. *The Canadian child and Adolescent Psychiatry Review*, 14(1).
- Rothbart, M., Ahadi, S., & Evans, D. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78 (1), 122-135. doi:10.1037/0022-3514.78.1.122
- Stansbury, K., & Sigman, M. (2000). Responses of preschoolers in two frustrating episodes: emergence of complex strategies for emotion regulation. *The journal of genetic psychology*, 161 (2), 182-202. doi:10.1080/00221320009596705
- Whiteside, S., & Lynam, D. (2001). The five factor model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30, 669-689. doi:10.1016/S0191-8869(00)00064-7

TABELA DE REGISTO

| Frustração | Expressão Agressiva | Oposição/Desafio | Impulsividade | Comportamentos de Desvalorização |
|---|---|--|-------------------------------|--|
| Auto-regulação perante situações de frustração | Expressão física da agressividade, dirigida aos objetos | Manifesta comportamentos de oposição/desafio | Age impulsivamente sem pensar | Sentimentos de incapacidade verbalizados |
| Baixa Tolerância à Frustração_abandono/substituição da atividade | Expressão física da agressividade, dirigida ao outro | Não manifesta comportamentos de oposição/desafio | Não age de forma impulsiva | Sentimentos de desvalorização verbalizados |
| Baixa Tolerância à Frustração_comportamentos de expressão agressiva | Expressão verbal da agressividade, dirigida ao outro | Inobservável | Inobservável | Inobservável |
| Baixa Tolerância à Frustração_isolamento/evitamento do contacto | Inobservável | NM | NM | NM |
| Baixa Tolerância à Frustração_outro | NM | | | |
| Inobservável | | | | |
| NM | | | | |

Anexo V- Exemplo de Relatório de Sessão

FOLHA INDIVIDUAL PARA O REGISTO DE SESSÕES

| | | |
|---|---|---------------------------|
| Nome: | | |
| Número de Sessão: | 4 | Data da Sessão: 4-02-2016 |
| Código de Vídeo: R-01 | | |
| Observações Pessoais | | |
| <p>No primeiro sessão, o "não" reagiu muito ao estranho. Procurou deitado logo intragir comigo. Quando lhe perguntei o que queria fazer ele deitado que queria brincar com o bolo e daí disse: "É cooperativa com o adulto".</p> <p>O <u>jogo motriz</u> é atabalhulado. Parece não ser plenamente. Por vezes manda a bola só por momentos, manda a bola "acidental", esquecendo o como jogar.</p> <p>Procura <u>jogo generalizadores</u>, de pelo preterir do menor.</p> <p>Quase é só jogar o bolo. Procura muito contacto visual. Faz jogos de perseguição (jogo e em perseguição com golos pés).</p> <p>Tem uma <u>linguagem</u> vagamente atabalhada.</p> <p>O <u>brincar com a bola</u> não se faz por turnos recíprocos. A maior parte das vezes esconde a bola por momentos.</p> <p>Acorda e tem acesso ao <u>jogo subtil</u>.</p> <p>Regressa ao brincar com a bola.</p> <p>As noites, mordeduras parecem hiperativadas por vezes.</p> <p>Sempre que manda a bola, procura o olhar.</p> <p>Parece ter um <u>perfil tóxico</u> rigidificado.</p> <p>Está constantemente a emitir sons.</p> <p><u>Linguagem</u>: o <u>síncrono das linguagens</u> é muito perfeita, temos contacto por boca-bolha.</p> <p>Tenta explicar as suas ideias, embora com muita dificuldade.</p> <p>Psicodramática confusa.</p> <p>Olha para o adulto respeitado.</p> <p>Parece que a criança manda e muito celermente. É cooperativa e aceita as sugestões do adulto.</p> <p>O <u>jogo com regras</u> não produz muito tempo.</p> | | |