



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Psicomotricidade e Saúde Mental Infantil no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia

**Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em
Reabilitação Psicomotora**

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de
Melo

JURI:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato, Professor Associado da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo, Professora Auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Licenciada Dolores Maria Viegas Gamito, Técnica da Casa da Praia – Centro Doutor João dos Santos.

Sara Pacheco Borges

2015

Agradecimentos

Com a finalização do presente relatório de estágio gostaria de dirigir os meus sinceros agradecimentos a todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para que o alcance desta etapa fosse possível.

Em primeiro lugar agradeço a toda a equipa técnica da Casa da Praia, pela receção calorosa que me proporcionaram, por cada segundo da sua disponibilidade, simpatia e carinho. Em especial, agradeço à professora Elisabete Costa pelo acolhimento na sua sala e pelos momentos de partilha de conhecimentos relativos às crianças.

Também não posso deixar de agradecer às estrelinhas que maior contributo tiveram no meu desenvolvimento, quer pessoal quer profissional neste ano letivo - as crianças da instituição. O meu muito obrigada a estes seres que, embora tão pequenos, fazem toda a diferença nas nossas vidas, daí que defendo a velha máxima *«Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só, porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós. Essa é a mais bela responsabilidade da vida e a prova de que as pessoas não se encontram por acaso.»*.

À Professora Doutora Ana Rodrigues pela sua disponibilidade e, especialmente, pelos diálogos que se tornaram fundamentais no desenvolvimento da minha capacidade reflexiva e crítica, que pautou e decerto pautará no exercício da profissão.

À Dra Dolores Gamito por todos os momentos de partilha, aprendizagem, motivação e boa disposição, não descurando de igual modo a confiança que me depositou. Ainda, os seus conselhos foram muito importantes para o meu desenvolvimento profissional, quer presente quer futuro.

À minha professora e amiga, Ana Rita Bodas por todo o apoio, motivação e disponibilidade. No fundo, por ter sido um ombro amigo ao longo destes anos e uma fonte emissora de confiança e desafios à investigação.

Por último, mas não menos importantes, o meu maior agradecimento é dirigido à minha família e ao meu namorado pelo apoio e amor incondicional, foram o meu suporte, o meu porto de abrigo, nas alegrias e nas angústias. Sem eles nada teria sido possível, pois afinal o que somos nós sem a nossa rede de suporte?! Obrigada mãe, pai, Maria João e Carlos.

Resumo

O presente relatório enquadra-se no Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana e remete para as atividades de estágio desenvolvidas no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia. Assim, inserindo-se a intervenção no âmbito da Saúde Mental Infantil, esta instituição apoia crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos com problemas de ordem emocional que se repercutem nas aprendizagens e no comportamento e que se traduzem pelo bloqueio da sua capacidade de comunicar, imaginar, pensar ou num agir constante. O modelo de intervenção preconizado para estas crianças é a Pedagogia Terapêutica, que partindo da relação e privilegiando um trabalho em grupo, procura olhar a criança como um todo, e proporcionar-lhe um espaço contentor e securizante, para que se consiga organizar e resolver os conflitos internos, desenvolvendo os pré-requisitos e o interesse para aprender. Assim sendo, a Psicomotricidade surge nesta instituição, integrada no modelo em vigor. Neste contexto de intervenção foram apoiadas 6 crianças, entre os 7 e os 8 anos, em sessões de 45 minutos, com uma frequência bissemanal.

Palavras-chave: Saúde Mental Infantil; João dos Santos; Pedagogia Terapêutica; Perturbações Emocionais; Problemas de Comportamento; Dificuldades de Aprendizagem; Psicomotricidade

Abstract

This report is part of the maturing branch of Professional Skills Professional Skills from the second year of Psychomotor Rehabilitation Masters from the Faculty of Human Kinetics, and refers to the activities from the internship developed at the Center Doutor João dos Santos – Casa da Praia. Thus, under the scope of Children's Mental Health, this institution supports children aged from 5 to 12 with emotional problems, which have a huge impact on their learning skills and behavior which consequently are transposed by blocking their ability to communicate, imagine, think or in a constant acting. The recommended model of intervention for these children is the Therapeutic Pedagogy, which is based on the relationship and privileges work group, struggles to look at the whole child, and give them a trustable and reassuring space, so that they can organize and resolve internal conflicts, developing the prerequisites and interest to learn. Therefore, the Psychomotor emerges in this institution, in accordance with the existing model. In this intervention context were supported six children, between 7 and 8 years old, in 45 minute sessions, twice a week.

Key-Words: Children's Mental Health; João dos Santos; Therapeutic Pedagogy; Emotional disturbances; Behavior problems; Learning Disabilities; Psychomotor

Índice

I. Introdução.....	1
II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional.....	2
2.1. João dos Santos e a Saúde Mental Infantil.....	2
2.2. A Psicomotricidade.....	5
2.3. A Psicomotricidade e a Saúde Mental Infantil.....	6
2.4. Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.....	8
2.4.1. Objetivos da Instituição.....	9
2.4.2. Funcionamento e Organização da Instituição.....	10
2.4.3. População Atendida.....	12
2.4.4. Modelo de Intervenção – A Pedagogia Terapêutica.....	14
2.4.5. Constituição dos Grupos.....	16
2.4.6. Estratégias de Intervenção.....	17
2.5. Psicomotricidade na Casa da Praia.....	20
III. Realização da Prática Profissional.....	23
3.1. Calendarização das Atividades de Estágio.....	23
3.2. Horário.....	24
3.3. Atividades Desenvolvidas.....	25
3.3.1. Acompanhamento em Contexto de Sala.....	25
3.3.2. Almoços Terapêuticos e Recreios.....	26
3.3.3. Assembleia Geral.....	26
3.3.4. Reuniões e Orientação Local.....	26
3.3.5. Reuniões Psicopedagógicas.....	27
3.3.6. Observação Inicial à Criança.....	27
3.3.7. Entrevista de Acolhimento à Família.....	28
3.3.8. Avaliações Psicomotoras.....	28
3.3.9. Formações Dinamizadas pela Instituição.....	29
3.3.10. Festas.....	29
3.3.10.1. Festa de São Martinho.....	30
3.3.10.2. Festa de Natal.....	30
3.3.10.3. Festa de Carnaval.....	30
3.3.10.4. Festa da Primavera.....	31
3.3.10.5. Festa de Final de Ano Letivo.....	31
3.3.11. Outras Atividades.....	31
3.4. Caracterização dos Grupos Acompanhados.....	32

3.4.1. Caracterização dos Casos Acompanhados em Contexto de Sala.....	33
3.4.2. Caracterização dos Casos de Intervenção Psicomotora.....	39
3.5. Instrumentos Utilizados na Recolha de Dados.....	46
3.5.1. Processos Clínicos.....	46
3.5.2. Instrumento de Avaliação Psicomotora.....	46
3.6. Resultados das Avaliações Psicomotoras Iniciais.....	49
3.6.1. Resultados das Avaliações Psicomotoras Individuais.....	49
3.6.2. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial do Grupo.....	64
3.7. Objetivos Terapêuticos.....	65
3.7.1. Objetivos Terapêuticos do Grupo.....	65
3.7.2. Objetivos Terapêuticos Individuais.....	66
3.8. Fundamentação dos Objetivos dos Domínios Cognitivo, Comportamental/Psicoafetivo e Emocional.....	69
3.9. Contexto de Intervenção Psicomotora.....	70
3.9.1. Modelo de Sessão.....	71
3.10. Estratégias de Intervenção.....	72
3.11. Resultados das Avaliações Psicomotoras Finais.....	73
3.11.1. Resultados das Avaliações Psicomotoras Individuais Finais.....	74
3.11.2. Resultados da Avaliação Psicomotora Final do Grupo.....	80
3.12. Objetivos Alcançados: Intervenção.....	81
3.13. Dificuldades e Limitações.....	82
IV. Reflexão Crítica e Considerações Finais.....	83
V. Referências Bibliográficas.....	85

Índice de Tabelas

Tabela 1. Calendarização das Atividades de Estágio.....	24
Tabela 2. Horário.....	25
Tabela 3. Apresentação das Provas Avaliadas em cada Fator Psicomotor.....	48
Tabela 4. Síntese das Áreas Fracas de cada uma das Crianças.....	63
Tabela 5. Objetivos Terapêuticos para o Grupo de Intervenção Psicomotora.....	65
Tabela 6. 26º Plano de Sessão.....	71

Índice de Figuras

Figura 1. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial do A.D.....	49
Figura 2. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial do G.C.....	52
Figura 3. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial da L.A.....	54
Figura 4. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial do R.....	56
Figura 5. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial do T.G.....	59
Figura 6. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial do B.S.....	61
Figura 7. Resultados da Avaliação Psicomotora Inicial do Grupo.....	64
Figura 8. Comparação dos Resultados da Avaliação Psicomotora do A.D.....	74
Figura 9. Comparação dos Resultados da Avaliação Psicomotora da L.A.....	76
Figura 10. Comparação dos Resultados da Avaliação Psicomotora do R.P.....	77
Figura 11. Comparação dos Resultados da Avaliação Psicomotora do T.G.....	79
Figura 12. Comparação dos Resultados da Avaliação Psicomotora do Grupo.....	80

I. Introdução

O presente relatório é referente ao trabalho desenvolvido no estágio profissional, enquadrado no Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, do plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa e, cujas atividades desenvolvidas decorreram no ano letivo 2014/2015, mais concretamente de outubro de 2014 a junho de 2015.

Relativamente aos objetivos gerais do Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais destacam-se a estimulação do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológicas, conducentes ao desenvolvimento da competência reflexiva e à estimulação da capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção. Para além disso o mesmo visa, também, o desenvolvimento da capacidade para a prestação de um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, assim como o desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Deste modo, o estágio profissionalizante foi efetuado no âmbito da Saúde Mental Infantil, no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia, Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Esta instituição apoia crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos de idade e que, apesar do seu potencial intelectual de base, apresentam problemas de ordem emocional e social que se traduzem em bloqueios na capacidade de comunicar, imaginar e pensar, ou, por seu turno, num agir permanente que lhes impossibilita toda e qualquer disponibilidade para a aprendizagem formal.

Assim, o presente relatório encontra-se dividido em três partes. A primeira parte, relativa ao enquadramento teórico da prática profissional, inclui uma abordagem à Psicomotricidade e à Saúde Mental Infantil, assim como uma descrição mais detalhada da instituição, sua filosofia orientadora, modelo de funcionamento e população atendida, contemplando ainda referências ao seu fundador – João dos Santos. Na segunda parte - realização da prática profissional – descrevem-se todas as atividades desenvolvidas durante o estágio, os casos acompanhados e todo o processo de avaliação e intervenção. Na terceira e última parte encontram-se a reflexão crítica e as considerações finais, bem como as perspetivas futuras.

II. Enquadramento Teórico da Prática Profissional

2.1 João dos Santos e a Saúde Mental Infantil em Portugal

Considerando o âmbito do presente estágio bem como o local de realização do mesmo, torna-se pertinente uma abordagem inicial à Saúde Mental Infantil e ao percurso de vida do nosso mestre João dos Santos que a introduziu e difundiu em Portugal, segundo uma visão moderna. Para além de ter fundado o atual Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia ficou também conhecido pelos seus inúmeros feitos e atitude revolucionária para a altura.

Nascido a 15 de setembro de 1913, em Lisboa, João dos Santos integra uma família modesta como filho único. Seu pai de nome Augusto Santos era alfaiate de profissão e a sua mãe Justina de Jesus dos Santos era doméstica (Branco, 2013; 2000).

As suas experiências pessoais impulsionaram todo o seu desenvolvimento profissional, suscitando o interesse pela educação e pela pedagogia. O fator dinamizador deste interesse foi a sua problemática escolar - a dislexia que embora ainda não estivesse descrito o seu quadro como entidade nosológica, na altura já lhe causava sofrimento pelas conotações que a ele se associavam, como preguiçoso e malandro (Mendonça, 2003; Branco, 2000). Também a educação e o senso prático transmitido pelo seu pai, que o ensinou a «ler na Natureza, nas pessoas e nas coisas» (Branco, 2013), estiveram na origem das suas motivações, orientando as suas pesquisas sobre a origem das dificuldades de aprendizagem da leitura e escrita, associando-as a falhas precoces relacionais entre a criança, a família e o meio (Branco, 2013).

Em 1929, ingressou no Instituto Superior de Educação Física, permitindo-lhe o curso aliar o seu gosto pelo desporto e pela pedagogia (Branco, 2010; 2000). Assim, ao iniciar-se na vida profissional como professor de Educação Física trabalhou em escolas do ensino privado e, simultaneamente, com crianças dos bairros pobres de Lisboa e colaborou na reeducação de crianças com problemas de desenvolvimento. Porém, a sua insatisfação com o conhecimento de que dispunha na altura e a busca pela melhor compreensão do que se passava com estas crianças conduziu-o novamente à faculdade, desta vez licenciando-se em Medicina pela Faculdade de Lisboa, em 1939 (Branco, 2013; Mendonça, 2003).

No período de 1940 a 1945, João dos Santos foi assistente no Instituto António Aurélio da Costa, sob a direção do professor Vítor Fontes. Nesta mesma altura faz a sua especialização em Psiquiatria Geral, primeiramente no Hospital Miguel Bombarda e mais tarde prossegue para o Hospital Júlio de Matos, sendo aí orientado pelo professor

Barahona Fernandes. Apesar de todo o trabalho desenvolvido no Instituto, João dos Santos visionava outras formas de observação e investigação dos sintomas da criança, que permitissem a compreensão da sua génese, daí que em 1945 demite-se do cargo que ocupava pois a burocracia aí vigente não lhe permitia outras iniciativas no campo da psiquiatria infantil, passando a dedicar-se exclusivamente à psiquiatria (Branco, 2013; 2000).

Após a sua demissão do instituto, João dos Santos desempenhou inteiramente as suas funções no Hospital Júlio de Matos, sendo-lhe atribuída a responsabilidade de organizar dois pavilhões infantis. No entanto esta tarefa não se concluiu, uma vez que pouco tempo depois, por motivos de ordem política vivida na época da ditadura, João dos Santos foi afastado das suas funções oficiais, sendo-lhe mesmo proibida a entrada em qualquer hospital de Lisboa (Branco, 2013).

Assim sendo, partiu para o exílio em Paris, no ano de 1946, onde conseguiu o estatuto de funcionário público e de investigador de psicologia. Nesta cidade centra a sua formação na visão dinâmica da Psiquiatria Geral e Infantil, alicerçada na Psiquiatria e na Pedopsiquiatria Psicanalítica, trabalhando com grandes nomes da psiquiatria e da psicologia infantil como Henri Wallon, Julian de Ajuriaguerra, Donald Winnicott e André Berge. Com eles aprofundou os conhecimentos relativos à importância das emoções na construção do carácter das crianças, dos fatores psicodinâmicos na análise subjacente às manifestações da criança e, ainda, sobre o trabalho de reeducação com crianças portadoras de deficiência e com historial de delinquência (Branco, 2000). A estadia de João dos Santos em Paris permitiu-lhe o contacto com outras realidades e a aquisição de conhecimentos que o seu próprio país não lhe possibilitou, abrindo-lhe novos horizontes e despertando, também, o seu interesse pela Psicanálise (Mendonça, 2003).

De regresso a Portugal, em 1950, revigorado com as experiências adquiridas em Paris, inicia aquela que ficou conhecida como a nova era da Psiquiatria Infantil, que parte do pressuposto de que a criança deve ser compreendida e tratada em função de si própria, respeitando sempre a sua individualidade, particularidades e suas circunstâncias (Mendonça, 2003). Porém, João dos Santos depara-se com o problema de falta de pessoal técnico especializado, como psiquiatras infantis e psicoterapeutas, pelo que imediatamente começa a preparar os seus colaboradores (Branco, 2013; 2000).

Em 1952, funda uma seção de Higiene Mental no Centro de Assistência Materno-Infantil de Campo de Ourique, atualmente conhecido de Sofia Abecassis (Branco, 2013; 2010), cujo objetivo era observar futuras mães no que respeita às suas reações perante a gravidez, à relação com o recém-nascido e a sua atitude perante o desenvolvimento do

bebé, com vista a prevenir perturbações relacionais precoces e, por conseguinte, desequilíbrios emocionais futuros (Mendonça, 2003). No ano seguinte, João dos Santos funda dois centros psicopedagógicos - a Voz do Operário e o Colégio Moderno - com o intuito de dar continuidade ao trabalho anteriormente desenvolvido, mas neste caso já com a criança integrada na escola, atuando também na relação com os pais e professores (Mendonça, 2003).

Mais tarde, em 1955, é readmitido no Hospital Júlio de Matos e retoma o trabalho desenvolvido antes de partir para Paris, assumindo novamente o lugar na direção da Seção de Psiquiatria Infantil (Branco, 2010; 2000).

Nos anos subsequentes envolve-se na fundação de vários centros, associações e instituições como o Centro Infantil Helen Keller, destinado a cegos e amblíopes, a Liga Portuguesa dos Deficientes Motores, a Associação Portuguesa de Surdos, a Sociedade Portuguesa de Psicanálise e, cria ainda, uma seção de Saúde Mental no Centro Materno-Infantil José Domingos Barreiros e o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa (Branco, 2010).

Em 1975, com um pequeno grupo de discípulos funda a, na altura conhecida por Casa da Praia – Externato de Pedagogia Terapêutica, com o intuito de estudar e dar resposta a crianças com problemas de aprendizagem escolar. A esta instituição João dos Santos dedicou grande parte do seu tempo, desempenhando as suas funções até à data da sua morte, no dia 16 de abril de 1987 (Branco, 2013; 2000; Mendonça, 2003).

No entanto, ainda antes do seu falecimento, em 1984, o Presidente da República condecorou-o com o grau de Comendador da Ordem de Benemerência. No ano seguinte, em 1985 o Instituto Português de Educação Física da Universidade Técnica de Lisboa conferiu-lhe o título de Doutor Honoris Causa (Branco 2013; 2010).

Deste modo, o nome de João dos Santos ficará para sempre associado à renovação da Saúde Mental Infantil em Portugal, que passou de uma Psiquiatria Infantil Clássica, onde vigoravam os rígidos diagnósticos e o tratamento farmacológico para uma Pedopsiquiatria de Orientação Psicodinâmica com implicação direta da família, da escola e da comunidade e, acima de tudo da própria criança (Branco, 2013). Esta Saúde Mental Infantil Moderna preconiza, então, que a saúde mental e a educação são inseparáveis, na medida em que a educação precoce contribui para o desenvolvimento global do bebé, assim como da sua racionalidade e espiritualidade, sem a qual o ser humano não poderá disfrutar de plena saúde mental (Branco, 2010).

2.2 A Psicomotricidade

Para João dos Santos a Psicomotricidade «é a vida psíquica expressa em comportamento. O conjunto de fenómenos que constituem o substrato da vida psíquica – impulsos, emoções, sentimentos, pensamentos – exprime-se através da motricidade» (Branco, 2000).

Assim, por motricidade entende-se o conjunto de expressões mentais e corporais, ou seja, todas as expressões verbais e não-verbais que sustentam e dão suporte às manifestações do psiquismo. Por seu turno, a componente psíquica é tida como o funcionamento mental associado às sensações, perceções, emoções, afetos, projeções, conceptualizações e construções mentais, para além de compreender, também, a totalidade dos processos cognitivos. Estas duas componentes não podem ser compreendidas isoladamente, sendo a organização motora indissociável da organização psíquica, na medida em que a motricidade expressa pelo indivíduo provém das motivações e significações do psiquismo (Fonseca, 2005; 2001).

Considerada uma prática de mediação corporal e expressiva, o instrumento de trabalho da Psicomotricidade é o corpo, pois este é um grande veículo de informação que permite ao psicomotricista, mediador por excelência, alcançar as funções psíquicas ou, por outro lado, compreendê-las pela motricidade expressa. Porém, para que esta intervenção ocorra de forma eficaz torna-se imprescindível a criação de um ambiente securizante, para que o indivíduo se expresse livremente, sem qualquer bloqueio ou inibição. Assim sendo, é através da motricidade que o indivíduo aprende e se desenvolve (Fonseca, 2001; Martins, 2001).

A intervenção do psicomotricista ocorre em três vertentes, designadamente, preventiva ou educativa, reeducativa e terapêutica. Na vertente preventiva ou educativa, que decorre junto de indivíduos sem perturbações ou patologia, objetiva-se a estimulação do desenvolvimento psicomotor e do potencial de aprendizagem, bem como a autonomização do indivíduo. Por seu turno, a vertente reeducativa destina-se a situações em que as questões desenvolvimentais e de aprendizagem já se encontram comprometidas, enquanto a vertente terapêutica é utilizada quando se pretende ultrapassar problemas relacionais que estão a comprometer a adaptação do indivíduo ao meio. Nestas duas últimas vertentes, o psicomotricista pretende compensar condutas inadequadas ou inadaptadas (APP, 2011; Martins, 2001).

De um modo genérico, em psicomotricidade não há restrições em termos de idades da população alvo, destinando-se a sua intervenção a todas as faixas etárias, desde crianças, a adolescentes, adultos e até mesmo idosos. Para além disso, relativamente às

problemáticas não se verificam quaisquer restrições, estando o psicomotricista habilitado a intervir nas mais diversas situações, desde indivíduos cujas problemáticas são de incidência corporal, relacional e cognitiva (APP, 2011).

Como objetivos gerais de intervenção, a psicomotricidade pretende contribuir para o desenvolvimento global e harmonioso do indivíduo, com conseqüente aumento da sua qualidade de vida, compensar problemáticas que se situam na convergência do psiquismo e do somático e, ainda, potenciar as competências cognitivas, linguísticas, psicoafetivas, motoras e sociais. Todavia, para o alcance destes objetivos, o psicomotricista recorre a diversas metodologias, que se estendem desde as técnicas de relaxação terapêutica e de consciencialização corporal, técnicas de educação e reeducação gnoso-prática, técnicas de recreação terapêutica até técnicas expressivas e lúdico-terapêuticas (APP, 2011).

Em síntese, a intervenção psicomotora visa potenciar e maximizar as características funcionais do indivíduo, para que este se adapte aos contextos em que se encontra inserido, partindo sempre de uma mediação corporal (APP, 2011).

2.3 A Psicomotricidade e a Saúde Mental Infantil

Nos anos 30, quando dava aulas de Educação Física às crianças dos bairros pobres de Lisboa, João dos Santos, verificou que os comportamentos desajustados, o insucesso escolar e as perturbações emocionais, manifestas pelas crianças, tinham uma relação direta com as condições familiares e socioeconómicas em que viviam. Todavia, estas questões eram passíveis de serem reparadas pela criação de um ambiente securizante, facilitador da livre e harmoniosa expressão corporal, partindo sempre de trocas relacionais entre o professor/terapeuta e os alunos/utentes (Branco, 2010; 2000).

À semelhança do que João dos Santos constatou na altura continua a acreditar-se que o pleno desenvolvimento da criança está dependente da existência do suporte familiar que deve ser equilibrado, consistente e com capacidade de suprir as necessidades psicossociais e afetivas da primeira infância, que serão condições essenciais para que as aprendizagens escolares futuras se processem com sucesso. Partindo assim do pressuposto de que a família é o pilar imprescindível para a formação do indivíduo, a criança não pode ser isolada do seu contexto familiar devendo, então, a verdadeira prevenção em Saúde Mental ocorrer a partir do período pré-natal e, mais intensivamente na primeira e segunda infância (Santos, 2013; Branco, 2010).

Segundo Branco (2010), o comportamento e a motricidade são o reflexo da vida psíquica, pelo que estas duas componentes, psiquismo e motricidade, relacionam-se

intimamente, sendo o corpo o ponto de ligação desta interdependência recíproca. Por intermédio do corpo ocorre o desenvolvimento das estruturas emocional, psíquica e mental e a expressão e exteriorização das emoções, afetos, sentimentos, vivências, fantasias, pensamentos (Branco, 2010; Santos, 2007b) e sintomas de mal-estar da criança (Rodrigues, Gamito, & Nascimento, 2001).

Deste modo, e considerando a pertinência de uma intervenção de mediação corporal, os serviços de Saúde Mental são compostos por equipas multidisciplinares nas quais o psicomotricista se constitui como parte integrante, na medida em que pretende compensar problemáticas que se situam na convergência do psiquismo e do somático (APP, 2012).

A intervenção psicomotora no âmbito da Saúde Mental é então uma ferramenta essencial, pois para além de poder ter um cariz preventivo ou terapêutico, atuando ao nível do desenvolvimento psicomotor, da regulação tónica, da autorregulação do comportamento, da gestão dos processos de atenção, da gestão de emoções e ao nível da comunicação verbal e não-verbal, utiliza o corpo como instrumento preferencial de trabalho (APP, 2012).

Rodrigues *et al.* (2001) referem que, em Saúde Mental Infantil, a prática psicomotora deve debruçar-se na observação e compreensão das dificuldades das crianças, no olhar para a psicomotricidade enquanto expressão dos conflitos internos e, por conseguinte, na sessão de psicomotricidade enquanto espaço terapêutico e pedagógico de reestruturação, para que o desenvolvimento se processe de forma harmoniosa.

João dos Santos, por intermédio da sua experiência pessoal e profissional - da constatação da importância da relação no desenvolvimento infantil – acrescentou um novo conceito à Psicomotricidade Relacional, que à luz dos conhecimentos da psicanálise permitiu olhar a criança como corpo simbólico da linguagem e do desejo (Branco, 2000).

Atualmente privilegia-se ainda a relação como o fator primordial da intervenção psicomotora, na medida em que é a base do processo terapêutico e que possibilitará a exteriorização dos conflitos internos da criança e consequente reparação, de forma a minimizar os seus impactos na psicomotricidade (Branco, 2010). No entanto, para que se estabeleça esta relação, o psicomotricista recorre ao jogo, às atividades lúdicas, à expressão corporal, ao jogo dramático e à relaxação (Rodrigues & Marta, 1994).

No que diz respeito ao método de atuação do psicomotricista no âmbito da Saúde Mental, o mesmo poderá basear-se numa componente preferencialmente relacional e psicoafetiva, tal como preconizou João dos Santos, centrada na reconstrução da identidade e no investimento efetivo do objeto, partindo sempre da espontaneidade e da motivação da criança. Ou, por outro lado, poderá basear-se numa componente instrumental, adotada

quando a criança já estabelece uma relação mais precisa com os objetos e onde se pretende estimular o desenvolvimento da atividade perceptiva, simbólica e conceptual, por intermédio da experimentação sensoriomotora, pelo recurso às diversas formas de expressão, e.g., expressão motora, gráfica, verbal, sonora e plástica (Martins, 2001).

Contudo, independentemente da metodologia e das técnicas adotadas pelo psicomotricista, para que a intervenção seja eficaz é necessário o desenvolvimento e criação de um clima de empatia e respeito pelo paciente, no fundo um ambiente securizante, devendo o técnico ser o espelho da criança, de forma a reparar o seu corpo e fazer emergir os seus conflitos (Branco, 2010).

2.4 Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia

O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia, como é atualmente conhecido, foi fundado em 1975 por João dos Santos. À data da sua criação designava-se Centro de Pedagogia Experimental – Casa da Praia, caracterizado como um serviço especializado do Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa e, até chegar ao nome e enquadramento pelo qual o conhecemos hoje, passou por diversas modificações e obstáculos, um dos quais o seu fecho, em Julho de 1992 (Branco, 2013; 2000).

A extinção da Casa da Praia esteve relacionada com o entendimento de que a atividade exercida nesta instituição não era específica da área da Saúde Mental. A partir deste momento e de modo a evitar o seu encerramento definitivo, os técnicos que lá trabalhavam continuaram a exercer as suas funções em regime de voluntariado. No entanto, a instituição volta a reabrir em setembro do mesmo ano, 1992, com a existência de protocolos de colaboração com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, para além dos apoios da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, da Câmara Municipal de Lisboa e da Junta de Freguesia de Alcântara (Branco, 2013; Castilho & Dores, 2005).

Apesar de todos os constrangimentos pelo qual o Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia passou e ultrapassou, foi desde o início da sua fundação uma instituição de referência ao nível da Saúde Mental, sendo que atualmente presta apoio pedagógico e terapêutico, a crianças que frequentam o 1º ciclo do ensino básico e apresentam dificuldades na iniciação das aprendizagens escolares, as quais têm subjacentes problemas comportamentais, instabilidade e imaturidade, com origem num bloqueio afetivo e na depressão (Cruz, 2005; Ramos, Silvério, & Strecht, 2005).

Desde 1994, a Casa da Praia é uma Instituição Particular de Solidariedade Social cujo apoio se destina a crianças e suas famílias, oriundas de estabelecimentos de ensino

sediados nas freguesias próximas da instituição, nomeadamente Santa Maria de Belém, Ajuda e Alcântara. Todavia, não é recusado o apoio a crianças que frequentem estabelecimentos de ensino situados noutras freguesias, desde que a família consiga corresponder e colaborar, quer no apoio quer no transporte das crianças até à instituição (Cruz, 2005; Ramos *et al.*, 2005).

Em 2014, esta instituição operou uma nova conquista, alargando a sua intervenção às famílias de crianças que não se encontram em apoio na Casa da Praia. Enquanto Centro de Apoio Familiar e Acompanhamento Parental (CAFAP), passou a prestar apoio especializado - psicossocial, pedagógico e terapêutico - a estas famílias.

Relativamente ao nome pelo qual o conhecemos hoje – Centro Doutor João dos Santos, e como o próprio nome indica foi uma homenagem ao mestre e seu fundador. No que respeita à designação Casa da Praia, a mesma prendeu-se com o facto de ser mesmo uma casa, na verdadeira aceção da palavra, e por tal suscitar a ideia de família, pai, mãe, no fundo relação maternal, festa e alegria. Praia está relacionada com a sua localização, uma vez que se situa na Travessa da Praia, na Junqueira (Santos, 2007b; Rodrigues, Barros, Marta, & Morato, 1990).

A Casa da Praia é uma moradia de construção típica dos finais do século XIX princípios do século XX, apresentando no seu exterior paredes de azulejo azul-verde-mar com um telhado bem visível, sobressaindo-se um torreão com grandes janelas (Cruz, 2005). Organizada ao longo de três andares, no seu interior encontram-se salas de grupo, um ginásio, salas de apoio psicológico, uma sala de reuniões, salas destinadas às oficinas, uma pequena biblioteca, um refeitório com lareira, uma cozinha própria para utilização doméstica e, ainda, um quintal, um pedaço de terreno quadrado para as crianças brincarem. Para além disso, no seu interior, encontram-se paredes decoradas com trabalhos das crianças que frequentam ou já frequentaram a instituição.

A Casa da Praia é uma instituição diferencial quer pelo apoio que presta a uma população alargada – às crianças e suas famílias, tendo sempre presente, de igual modo, as preocupações da escola, quer pelo método de trabalho privilegiado, a Pedagogia Terapêutica.

2.4.1. Objetivos da Instituição

Desde a fundação do Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia até à atualidade, também os objetivos não se mantiveram estanques desde o início. Os mesmos

foram revistos e sofreram alterações ao longo do tempo. Assim, de acordo com Castilho e Dores (2005) atualmente vigoram os seguintes objetivos:

1. A prestação de apoio socio-médico-educativo especializado às crianças que, por motivos de ordem escolar, familiar ou social já se encontram ou se encaminham para situações de evidente risco e desvantagem social;

2. A promoção de estratégias de intervenção precoce, quer nos estabelecimentos de ensino quer nas próprias famílias, de modo a colmatar as dificuldades das crianças a nível escolar e relacional prevenindo, assim, desajustamentos futuros mais graves;

3. O aperfeiçoamento das metodologias de observação e diagnóstico das dificuldades das crianças, no trabalho direto com estas, para um apuramento mais eficaz das suas necessidades e promoção de soluções para a resolução dos seus impasses educativos;

4. A progressão da investigação nas múltiplas vertentes dos atrasos de desenvolvimento e das inadaptações pessoais, familiares, sociais e escolares e nos modos mais adequados de nelas intervir, de modo a aprofundar as ideias de João dos Santos;

5. A promoção e colaboração em ações formativas para técnicos de educação, de serviço social e de saúde, através do estágio na Casa da Praia, por forma a assegurar a transmissão da sua experiência específica, nas respostas às necessidades das crianças imaturas e desajustadas.

2.4.2. Funcionamento e Organização da Instituição

O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia funciona diariamente das 9 às 17 horas e tem capacidade para atender entre 46 a 50 crianças, apoiadas por uma equipa multidisciplinar, composta por educadores, professores, psicólogos, técnico de serviço social e psicomotricista, com supervisão pedopsiquiátrica (Casa da Praia, 2009; Ramos *et al.*, 2005).

As crianças que chegam à Casa da Praia vêm através de pedidos efetuados pelas escolas, pelos serviços de apoio educativo, pelos serviços de psicologia e orientação, médicos de família ou pedopsiquiatras, pela Santa Casa da Misericórdia, por outras instituições da comunidade e, inclusive, pela própria família (Casa da Praia, 2009; Ramos *et al.*, 2005), sendo os motivos essencialmente de natureza escolar – dificuldades de aprendizagem, ou comportamental (Rodrigues *et al.*, 2001).

Posteriormente à análise do pedido, e antes de se chegar à intervenção, são realizadas quatro etapas, designadamente a observação psicopedagógica à criança e a entrevista de acolhimento à família, a discussão do caso, o estabelecimento de um diagnóstico psicodinâmico e, por fim, a decisão quanto ao projeto a adotar. A observação à criança é efetuada por um professor ou educador, que nada sabe sobre esta, num ambiente informal, com o objetivo de estabelecer uma relação com a criança que permita apurar os seus potenciais, o seu conhecimento do mundo e compreender as suas histórias. Simultaneamente à observação à criança, decorre a entrevista à família, ou figura substituta, efetuada pela técnica de serviço social ou pela psicóloga, por forma a recolher dados relativos à história de vida da criança e às dinâmicas familiares. Concluído este processo de recolha de informação junto da criança e da família, e cruzada com as informações enviadas pela escola, é agendada uma reunião para exposição e discussão do caso, na presença da equipa multidisciplinar e de outros técnicos que acompanham a criança noutras instituições. Nesta reunião são apresentados e refletidos todos os dados recolhidos dos vários intervenientes – criança, família e escola, sendo que no final há a formulação de uma hipótese de diagnóstico e consequente definição do projeto de intervenção junto da criança e da família, implicando sempre professores das escolas das crianças e outros parceiros da comunidade (Ramos *et al.*, 2005; Santos, 2005).

Na Casa da Praia não são aplicados testes psicométricos à criança aquando da sua observação, pois o importante é apurar a sua inteligência relacional, ou seja, o seu nível de comunicação em detrimento da inteligência quantitativa. Outro motivo pelo qual não se prima pelos testes psicométricos prende-se com o fornecimento aos pais de um diagnóstico que lhes conduziria à adoção de uma solução mais simples para as problemáticas da criança, levando-os a desvincular-se da sua implicação nestas mesmas dificuldades e, ainda, anular a sua colaboração com a escola. Para além disso, verificar-se-ia a difícil integração da criança, considerando as questões administrativas das soluções quando se adotam termos psicométricos (Santos, 2007b).

Relativamente ao projeto para a criança, as linhas de intervenção estendem-se desde o seu encaminhamento para outro serviço ou instituição; ao apoio indireto à criança através de intervenção com a família ou com a escola; ao apoio pedagógico-terapêutico ou psicoterapêutico individual ou ao apoio pedagógico-terapêutico em grupo, considerado o modelo de intervenção privilegiado (Ramos & Silvério, 1999). Quando apoiados em grupo, o mesmo é da responsabilidade de um educador ou professor, em permanente articulação com os restantes técnicos da instituição (Rodrigues *et al.*, 2001).

Os casos em apoio na Casa da Praia são reavaliados periodicamente, considerando sempre a evolução da criança e as suas repercussões no contexto escolar e familiar. Também são realizadas reuniões periódicas com as famílias, onde se pretende conduzi-los à reflexão, à partilha e, essencialmente à colaboração no processo de auxílio à criança, potenciando, assim, a sua qualidade parental. De igual modo, mantém-se um contacto permanente com a escola, perspetivando o conhecimento da evolução da criança neste contexto (Ramos *et al.*, 2005; Rodrigues *et al.*, 2001).

Deste modo, na Casa da Praia a criança é acolhida e compreendida como um todo, sendo-lhe proporcionado um espaço securizante e contentor para que possa compreender o mundo que a rodeia e organizar-se interiormente. Esta instituição pretende ser um meio que permita à criança desenvolver-se mentalmente, um espaço de (re)construção da autoimagem e da autoconfiança e de estimulação da curiosidade para novas aprendizagens (Ramos & Silvério, 1999).

2.4.3. População Atendida

O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia presta apoio a crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos que até aqui são encaminhadas por apresentarem dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais, dos quais são exemplo a agitação, a instabilidade e agressividade ou, pelo contrário a inibição/bloqueio e o evitamento relacional e da comunicação (Strecht, 2007). Apesar do seu bom potencial de base, as crianças apresentam problemas de ordem emocional que se traduzem, então, no bloqueio da sua capacidade de comunicar, imaginar, fantasiar e pensar ou num agir permanente, que lhes dificulta a disponibilidade para aprender. Nestas crianças prevalece a recusa do pensamento expresso pela instabilidade ou pela inibição (Casa da Praia, 2009).

Assim, as dificuldades nas aprendizagens emergentes nestas crianças são consequência da instabilidade e do bloqueio manifesto e, que são no fundo uma reação à ansiedade e à depressão (Santos, 2007a; Rodrigues & Marta, 1994). De um modo mais específico, a instabilidade surge como uma forma de defesa contra a ansiedade e o bloqueio aparece como uma forma de defesa contra a depressão (Santos, 2007b).

Além da instabilidade e da inibição, em resposta à depressão e à ansiedade poderão também estar presentes nestas crianças outros sintomas, designados de sintomas reativos como a encoprose, onicofagia, enurese, furto infantil, gaguez e estrabismo concomitante. Estes sintomas são manifestações corporais e comportamentais que tem origem num

conflito real e exterior à criança, que se reflete no agir e no expressar (Branco, 2000). João dos Santos designa de reativos os sintomas que estão relacionados com a evolução interna da criança e da sua neurose, mas que são também condicionados pela neurose dos pais e pelas suas atitudes educativas (Santos, 2007a).

Relativamente à referenciação, as crianças instáveis são referenciadas mais cedo à Casa da Praia, pois os seus comportamentos são mais difíceis de gerir, daí que sejam mais alarmantes. Contrariamente as crianças bloqueadas são referenciadas tardiamente porque passam despercebidas por serem quietas, acabando as suas dificuldades escolares por serem negligenciadas (Ramos *et al.*, 2005).

No entanto, quer o fundo depressivo quer o fundo ansioso observável nas crianças apoiadas são consequência da sua situação familiar e da condição socioeconómica desfavorecida, sendo que se acentuam no momento de ingresso na escola (Branco, 2010; Santos, 2007b). Assim, as famílias de onde provém as crianças instáveis são constituídas por mães deprimidas devido ao abandono efetivo ou social e por submissão ao seu marido ou companheiro autoritário; por pais que se encontram frequentemente ausentes por motivos de emigração, abandono do lar ou invalidez; e, por pais extremamente violentos e dominadores (Santos, 2007a). No que se refere às crianças bloqueadas, a sua situação familiar é marcada pelo grande vínculo à mãe e uma grande dependência da mãe em relação ao pai, apoiando-o ou submetendo-se aos seus princípios e orientações (Santos, 2007b; Branco, 2000).

Considerando a situação familiar como sendo a origem dos sintomas reativos, podemos afirmar que a composição genética das crianças é composta por células dos seus progenitores – uma célula da mãe e uma célula do pai, e que a componente psicológica é também da responsabilidade destes dois intervenientes, pois constitui-se pelas atitudes maternas e paternas (Santos, 2007a). Ferreira (1999) afirma que a mãe é o principal agente responsável pela edificação do Eu da criança e pela sua organização interna, i.e., pela formação da sua personalidade.

Através de bons modelos e atitudes parentais e do investimento e segurança fornecida, a criança é capaz de investir na escola e ter sucesso nas aprendizagens (Goldschmidt, 2007; Strecht, 2005).

Assim, as dificuldades de aprendizagem da criança remetem-nos para a existências de falhas anteriores, falhas no acolhimento, no suporte, na organização e na estimulação dos processos educativos (Ramos & Silvério, 1999).

Para além das características já apontadas, e de um modo geral, as crianças em atendimento na Casa da Praia são crianças tristes, inquietas, resistentes à relação, com

uma comunicação pobre, um pensamento muito ligado ao real e pobre em fantasias, fraca estruturação espaciotemporal, uma expressão corporal e gestual desadequada, têm poucas referências estruturantes, uma fraca autoimagem, uma certa imaturidade, um baixo nível gráfico, um funcionamento onipotente, uma fraca ou nula integração de regras e limites e apresentam baixa tolerância à frustração (Ramos *et al.*, 2005; Strecht, 2007).

Relacionada, então, a família como estando na origem de algumas das problemáticas da criança torna-se essencial o trabalho junto desta, daí que a Casa da Praia prime por uma modalidade de intervenção multimodal, centrada na criança, na família e, estendendo-a, ainda às estruturas da comunidade. É fundamental olhar e compreender a criança em todos os contextos onde esta se insere (Goldschmidt, 2005).

No apoio às famílias é visível em algumas a dificuldade em compreender os seus filhos, em efetuar uma leitura dos seus afetos e harmonizar as suas emoções. Noutros casos verifica-se também nos pais uma certa imaturidade resultante de experiências de vida traumáticas; outros estão conscientes dos seus problemas daí que procurem constantemente compensar os filhos, acabando por lesá-los devido à superproteção e à dificuldade em impor regras e limites (Ramos *et al.*, 2005).

Quanto à intervenção junto da família, algumas facilitam o processo de apoio e intervenção com a criança, manifestando suscetibilidade à mudança, ao contrário de outros em que o simples diálogo é difícil. Estes acreditam que não têm implicação direta nos problemas dos seus filhos e que os mesmos passarão com o passar do tempo (Ramos *et al.*, 2005).

2.4.4. Modelo de Intervenção – A Pedagogia Terapêutica

Associado à Casa da Praia surge o modelo de intervenção, a Pedagogia Terapêutica - método de trabalho preconizado por João dos Santos (Ramos *et al.*, 2005). O mesmo, partindo da observação sistemática da criança e da avaliação dos seus resultados evolutivos atua, durante o tempo estritamente necessário, junto de crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem temporárias, para que estas se consigam integrar na escola regular e acompanhar os seus pares (Branco, 2010; Santos, 2005).

Considerada como a «arte de curar» bloqueios no processo de aprendizagem, a Pedagogia Terapêutica tem por base o interesse e a motivação das crianças assim como as suas aspirações, respeitando sempre os seus ritmos individuais, para a condução de uma melhor aprendizagem (Branco, 2000).

Deste modo, a Pedagogia é terapêutica na medida em que tem sempre presente a fase de comunicação em que a criança se encontra e a relação que ela estabelece com o educador. No fundo, o grande objetivo desta área de atuação é melhorar e potenciar o funcionamento afetivo e cognitivo da criança, partindo sempre de um pilar imprescindível, a relação (Ramos *et al.*, 2005). Relativamente à atitude terapêutica, a mesma insurge-se na tentativa de resolução das problemáticas que estão na origem da desadaptação da criança, através do fornecimento de condições propícias à cura espontânea (Santos, 2005).

Este é um modelo diferenciado por se afastar do método que se utiliza nas escolas tradicionais, pois recorre-se de uma forma de comunicar mais direta com a criança, abolindo, muitas vezes e sempre que necessário, certos materiais como o papel e a ardósia, e os seus instrumentos intermediários, como é o caso da caneta e do papel (Santos, 2005). Para além disso, a escola é muitas vezes percecionada pela criança como um lugar angustiante pois não permite a exteriorização dos seus conflitos internos (Rodrigues *et al.*, 1990), ao contrário da Casa da Praia que ao praticar esta modalidade investe num ambiente acolhedor e relacional que é o motor de expressão dos sentimentos, emoções e conhecimentos da criança e, que por conseguinte permite organizar e apaziguar os seus conflitos internos (Ramos & Silvério, 1999), sendo que para tal utiliza as mais variadas técnicas que aludem à fantasia, por intermédio das mais variadas formas de expressão (Rodrigues *et al.*, 2001).

Ancorado no modelo da Pedagogia Terapêutica as crianças são vistas na sua totalidade e inseridas nos seus vários contextos. Pela Pedagogia Terapêutica considera-se sempre o funcionamento psicológico da criança, que passa pela compreensão dos seus conflitos internos e pelas dinâmicas familiares vigentes, o que pressupõe a participação inequívoca da família (Goldschmidt, 2005). De acordo com Ramos & Silvério (1999), os problemas de ordem emocional e comportamental estão, em grande parte dos casos, associadas a dificuldades de aprendizagem, cuja origem parece estar relacionada com dificuldades no seio familiar, em grande parte em falhas na relação binária mãe-filho.

Assim, este método associa-se a um regresso às origens, que nos remete para o momento de rutura que possa estar na origem destas dificuldades manifestas pelas crianças, permitindo uma atuação a este nível (Santos, 2013; Branco, 2000). No entanto, para que se consiga aferir o elemento perturbador da aprendizagem, com carácter reversível, a intervenção é efetuada de forma multidisciplinar por intermédio de uma atitude pedagógica e relacional, que como já verificamos são características inerentes à Pedagogia Terapêutica, permitirá ultrapassar este bloqueio (Ramos & Silvério, 1999).

A relação é assim o ponto de partida. É através dela que a Pedagogia Terapêutica se edifica. Por este motivo João dos Santos aconselha todos os técnicos a valorizarem o respeito, empatia e interesse pela pessoa que se nos apresenta primeiramente, surgindo só depois o interesse pelas suas dificuldades, baseada na metodologia privilegiada (Santos, 2013). Apenas a capacidade relacional do técnico lhe permitirá integrar e conter as projeções afetivas da criança, numa tentativa de desbloquear os processos cognitivos (Ramos & Silvério, 1999).

É ainda fundamental que o pedagogo dê segurança e tempo à criança, tempo para que a mesma consiga evoluir de uma relação mais direta, a que se aprendeu na família, considerada a mais elementar, para uma relação indireta, que se aprende após a entrada para a escola e que inclui a simbolização e abstração, indispensáveis à aprendizagem das letras e dos números (Santos, 1983).

A criança, desvalorizada e bloqueada, necessita de um ambiente acolhedor e de sentir que alguém se interessa efetivamente por ela, enquanto pessoa e que valorize as suas capacidades em detrimento das suas dificuldades e insucessos, daí que o modelo apresentado seja o mais adequado em quadros de desvalorização e bloqueio no processo de aprendizagem (Ramos & Silvério, 1999).

2.4.5. Constituição dos Grupos

O trabalho em grupo na Casa da Praia é a forma de trabalho privilegiado. As crianças que se encontram a beneficiar deste tipo de intervenção encontram-se divididas em três grupos pedagógicos distintos, que se organizam de acordo com os níveis de comunicação em que a criança se encontra. São então designados por: grupo de estimulação global; grupo intermédio ou das letras; e grupo de nível mais avançado ou intelectual (Rodrigues *et al.*, 2001; Ramos & Silvério, 1999).

No grupo de estimulação geral, que corresponde ao primeiro nível de comunicação, integram crianças imaturas a nível afetivo, que necessitam de uma relação maternal, i.e., direta e próxima com o educador para que reconstrua as vivências primárias. Neste grupo faz-se o regresso ao passado para reparar etapas ou colmatar lacunas, pelo recurso à dramatização, ao jogo e à expressão plástica, que favorecem a autonomia da criança e a sua posterior adesão às aprendizagens escolares (Rodrigues *et al.*, 2001; Ramos & Silvério, 1999).

O grupo intermédio, ou das letras como também é denominado, é composto pelas crianças que já foram expostas à aprendizagem formal da escrita e que falharam, obtendo

resultados negativos, o que as conduziu ao seu desinteresse, desinvestimento e ao bloqueio da capacidade de aprender, imaginar e pensar. As crianças encontram-se numa fase de transição da comunicação direta para uma comunicação mais diferenciada. O adulto responsável pelo grupo promove experiências gratificantes entre si e as crianças, e entre as próprias crianças, conducentes ao sentimento de segurança na criança e disponibilidade para a aquisição de novas aprendizagens. Neste grupo o recurso é a expressão livre, quer seja oral, gráfica, escrita e corporal (Rodrigues *et al.*, 2001; Ramos & Silvério, 1999).

No grupo de nível mais avançado ou intelectual, incluem-se as crianças que se situam numa fase de comunicação mais abstrata, onde o domínio da palavra, como código escrito, começa a consolidar-se e a ser utilizado. Porém continua a ser imprescindível a base relacional para que progridam e elevem a sua autoimagem e confiança, que despertará a curiosidade e a busca por novos conhecimentos (Rodrigues *et al.*, 2001; Ramos & Silvério, 1999).

Esta organização em pequenos grupos, baseada nas fases de comunicação, permite à criança relacionar-se com outras crianças que se encontram no mesmo patamar, cujas dificuldades são semelhantes (Ramos *et al.*, 2005).

2.4.6. Estratégias de Intervenção

Na intervenção direta com as crianças em apoio na Casa da Praia são utilizadas as mais diversificadas estratégias, em prol destas e das suas necessidades, para que as dificuldades vigentes sejam ultrapassadas de forma fácil, prazerosa e eficaz.

A estratégia de base defendida por João dos Santos, aquela que favorecerá todo o processo de intervenção é a relação/comunicação que se estabelece entre o técnico e a criança. Por meio desta relação se conhecerá verdadeiramente a criança, que se sentindo segura e compreendida revelará os seus sentimentos, emoções e conhecimentos, no fundo os seus conflitos internos, através de outras formas de linguagem para além da verbal, manifestando-se corporalmente, graficamente ou pelo recurso à plástica. Assim, é fundamental o clima securizante e contentor que a Casa da Praia propicia, para que a criança se sinta compreendida e valorizada e, por conseguinte, adquira estabilidade emocional e se expresse harmoniosamente (Ramos & Silvério, 1999).

A integração das crianças em pequenos grupos de intervenção, mediante o seu nível de comunicação, é concebida como outra forma diferencial e benéfica, pois para além de

estarem acompanhadas por crianças cujas dificuldades são semelhantes, o reduzido número de crianças apoiadas permite ao professor ou educador responsável atender e responder de forma adequada a cada uma das situações que se lhe apresentam. Neste contexto o adulto inicia o seu trabalho pela busca do nível de conhecimento da criança, indo ao seu encontro e tentando ultrapassar os fatores que se constituem como entrave ao processo da aprendizagem (Ramos *et al.*, 2005; Ramos & Silvério, 1999).

Toda a equipa da instituição que com as crianças se relaciona diretamente respeitam-na enquanto pessoa e também os seus conhecimentos, mostrando um real interesse por ela e imprimindo, de igual modo, este respeito pelo outro e pela sua individualidade em cada uma das crianças (Ramos *et al.*, 2005; Ramos & Silvério, 1999).

São também privilegiadas as atividades de livre expressão oral, de modo a fazer emergir todos os saberes, experiências e motivações da criança, associando-as a outras formas de expressão como é o desenho, a dramatização e a produção escrita, esta última muito presente no trabalho que se desenvolve através da elaboração de textos livres. Porém, para as crianças cujo funcionamento é pautado pela inibição, crianças que tem mais dificuldade em expressar-se oralmente reverte-se o processo. Partindo das suas produções gráficas ou plásticas, o técnico atribui-lhes valor e significado através da palavra, auxiliando a criança na leitura das suas produções, conduzindo-a à construção, organização e desenvolvimento da capacidade de imaginar. Outras situações acontecem em que a criança não consegue efetuar produções escritas. Nestes casos, o adulto que com a criança intervém valoriza todo o seu discurso, emprestando a sua mão - a mão da professora, para a transposição do discurso oral para o papel (Ramos & Silvério, 1999).

Através da transposição dos ditos da criança em escrita, esta apercebe-se da sua importância para o outro e, acima de tudo passa a atribuir significado àquele registo, porque partiu dela e ela própria é importante, passando a atribuir utilidade à escrita. Após esta mentalização e interiorização a criança vai complexificando os seus textos, expandindo a sua criatividade (Ramos & Silvério, 1999).

A leitura de histórias é outra das atividades valorizada na Casa da Praia e que funciona como estratégia para a intervenção com as crianças que aqui são apoiadas. Através desta atividade é possível aumentar o repertório da criança ao nível dos sonhos, da fantasia e da imaginação. A partir de histórias que têm subjacente conflitos e problemas é possível explorar temáticas ligadas às emoções e aos sentimentos, permitindo a emergência de medos e conflitos interiores de cada um, por a criança se rever no papel das personagens, sendo que é também uma forma de proporcionar o diálogo e consequente respeito pelas ideias divergentes que surjam (Ramos & Silvério, 1999).

Segundo Santos (2007a), a «Festa» surge como a conotação associada a toda a dinâmica da instituição, pela maneira de estar, e que nos remete para a importância da fantasia. Terapeuticamente o ambiente festivo que se vive dia-a-dia nesta instituição constitui-se como um antidepressivo natural e eficaz. Ainda, na Casa da Praia celebram-se as festas temáticas, das quais se destacam a festa de São Martinho, a festa de Natal, a festa de carnaval e a festa de final de ano. Em torno destas festividades as crianças participam ativamente em todas as atividades e são motivadas para a adesão a tarefas que antes recusavam, uma vez que as temáticas são exploradas através dos desenhos, da redação de textos e da construção de materiais. Assim, a receção às aprendizagens ocorre mais facilmente, aumentando a disponibilidade interior da criança para aprender (Rodrigues *et al.*, 1990).

Considerando a fraca estruturação espaciotemporal como uma das características das crianças em apoio na Casa da Praia, uma das formas encontradas pelos técnicos para as auxiliar a situar-se é através da adoção de algumas atividades que as estruturarem e organizem, como as festas temáticas acima mencionadas, a comemoração dos aniversários, a alusão aos ciclos da natureza e a execução do calendário de cada mês (Ramos & Silvério, 1999).

De igual modo, o Jornal realizado no final de cada período letivo reflete muitas das questões relacionadas com a aprendizagem formal, mas que são realizadas pela criança de forma indireta. O Jornal é uma compilação dos trabalhos das crianças que são lidos por todos os técnicos da instituição e pelos próprios pais, daí o grande investimento nas suas produções. É através das suas realizações que as crianças encontram significado no que produzem, reforçando, deste modo, a sua autoestima e motivação por continuar (Ramos & Silvério, 1999).

A realização da Assembleia Geral, concretizada semanalmente, é uma poderosa estratégia. Trata-se de um momento de encontro dos grupos, em que há a partilha dos projetos e trabalhos individuais de cada criança. Também, neste espaço discutem-se e resolvem-se situações-problema, conflitos ou mal-entendidos. Os elementos que constituem a mesa da assembleia - Presidente, Secretário e Tesoureiro - são crianças eleitas pelos restantes, sendo que para tal é condição essencial saber ler, escrever e fazer contas. Por tudo isto se considera a Assembleia Geral um momento de elevada carga emocional, quer pela exposição das suas produções, pela resolução de conflitos ocorridos como pela exposição das pessoas constituintes da mesa (Ramos & Silvério, 1999).

Não descurando a intervenção com as famílias, junto destas as estratégias passam pela compreensão e valorização dos recursos internos de cada pai e mãe e dos êxitos até

então alcançados. Nas estratégias adotadas pelos técnicos da Casa da Praia, a formação de juízos de valor quanto às insuficiências parentais não têm lugar, pois o essencial é reforçar os aspetos positivos como meio de ultrapassar os menos positivos (Ramos *et al.*, 2005).

2.5 A Psicomotricidade na Casa da Praia

João dos Santos encarava a Psicomotricidade como uma forma de intervenção facilitadora da expressão emocional, que permite a constante interligação entre corpo, mente e afeto. A Psicomotricidade, enquanto área de intervenção, favorece às crianças atendidas na Casa da Praia a emergência das suas dificuldades comportamentais e afetivo-emocionais e, conseqüentemente, a organização da sua vida psíquica (Ramos *et al.*, 2005).

Considerando o método de trabalho vigente nesta instituição, a Psicomotricidade surge, então, como parte integrante da intervenção, baseada na Pedagogia Terapêutica. O seu desenvolvimento ocorre segundo os mesmos objetivos e em permanente articulação com questões pedagógicas ou terapêuticas, em grupo ou em contexto individual, sendo valorizado o corpo como meio de expressão e comunicação (Rodrigues, Martins, & Rodrigues, 2003).

Porém, o trabalho em grupo diverge do trabalho individual, pois este é recomendado pela equipa quando se percebe que ocorreram falhas nas relações precoces da criança, situando-se as suas necessidades ao nível da sensação e da descoberta de si própria. Nestes casos, o trabalho individualizado permitirá o desenvolvimento da relação e o reviver, prazerosamente, as relações anteriores outrora falhadas, em presença de um suporte de referência afetiva – o técnico (Rodrigues *et al.*, 2001).

Na Casa da Praia o trabalho do psicomotricista implica uma intervenção ao nível do desenvolvimento psicomotor, nos diferentes fatores psicomotores, que são considerados fatores quantitativos ou mensuráveis. Por outro lado, encontramos questões qualitativas que são também trabalhadas e investidas no espaço da sessão, como a relação terapêutica entre o técnico e as crianças e entre estas e o grupo (Rodrigues *et al.*, 2003).

À semelhança da Psicomotricidade no âmbito da Saúde Mental em geral, na Casa da Praia a relação entre o técnico e as crianças é considerado o objeto privilegiado, estabelecendo-se esta relação por intermédio do jogo, da atividade lúdica, da expressão corporal, do jogo dramático e de algumas técnicas de relaxação. Apenas com o estabelecimento da relação o psicomotricista conduzirá a criança num processo

terapêutico eficaz, favorável ao seu desenvolvimento equilibrado (Rodrigues & Marta, 1994).

As crianças em apoio nesta instituição apresentam uma grande variedade de situações disfuncionais, contudo, a sua expressão motora pode situar-se entre dois pólos opostos, no pólo da Agitação e da Instabilidade Psicomotora ou no pólo da Inibição e do Bloqueio da Expressão Motora. Todavia, qualquer que seja o pólo em que a criança se situe, o mesmo reflete o conflito interno (Rodrigues *et al.*, 2001).

Especificamente às características apresentadas, as crianças instáveis apresentam uma grande instabilidade motora que se manifesta pela movimentação constante como o correr em todas as direções sem objetivo aparente ou subir e descer os espaldares. Também a sua execução motora é desarmoniosa, assinalada por movimentos bruscos e repentinos. Contrariamente, as crianças bloqueadas não exploram o espaço e recusam-se a experimentar novos jogos e atividades, visto que tal envolvimento gera insegurança e medo (Rodrigues & Marta, 1994). Relativamente à sua expressão motora, estas crianças apresentam um bloqueio na sua expressividade e uma inibição de movimentos (Rodrigues *et al.*, 2001).

Direcionando a Psicomotricidade para o campo da Pedagogia, preconizada na Casa da Praia, no espaço da sessão estão presentes nas atividades aqui desenvolvidas a leitura, a escrita e o cálculo, que com carácter simbólico advém do corpo vivido e agido, i.e., surgem do movimento e da relação com o outro (Rodrigues *et al.*, 2001).

A base para a aprendizagem dos conteúdos formais estão intimamente ligadas aos fatores psicomotores estruturação espaciotemporal e noção corporal. No entanto, nas crianças em atendimento estas são dificuldades transversais. Assim, neste âmbito a intervenção psicomotora objetiva colmatar estas dificuldades de modo a que as crianças consigam prosseguir no seu desempenho escolar (Rodrigues *et al.*, 2001).

Posto isto, de imediato nos apercebemos que as aprendizagens formais da leitura, escrita e cálculo são indissociáveis do corpo, pois ele constitui-se como o meio que permitirá e facilitará experiências nestas áreas. Tal aprendizagem processa-se pelo deslocamento da criança no espaço e pela perceção das suas dimensões, constituindo-se como um todo, pelo movimento para viver corporalmente o espaço nas suas características e, também pelo discurso que a criança tem quando fala de si, ou constrói a sua história ou outras, organizando-as temporalmente (Rodrigues *et al.*, 2001).

É por intermédio da motricidade que a criança aprende a ler o que a rodeia e efetuar os seus registos através do corpo. A palavra falada não é o mais importante, por vezes, sendo que são privilegiadas outras formas anteriores à palavra. No que diz respeito à

escrita, através do jogo ou da atividade lúdica a criança escreve quando representa de forma gráfica ou gestual um movimento, ou até mesmo na manipulação de um objeto. Para se efetuar contagens novamente o corpo surge como meio primordial, através do movimento, pois no espaço físico da sessão de Psicomotricidade os objetos estão dispostos segundo uma sequência sendo que também os jogos aí desenvolvidos envolvem regras, que surgem ordenadas temporal e espacialmente (Rodrigues & Marta, 1994).

O ginásio é o local privilegiado para a realização das sessões de Psicomotricidade e conseqüentemente para a emergência dos conflitos internos, devido às suas características e materiais disponíveis, pois por ser um espaço dinâmico e possuir cantos e recantos fornece a possibilidade de a criança vivenciar diversas sensações e explorar corporalmente (Rodrigues *et al.*, 2001). Segundo Rodrigues, Martins e Rodrigues (2003), o ginásio marca também a diferença por assumir várias funções na relação terapêutica com as crianças da Casa da Praia. Para estes autores o ginásio é encarado como um espaço promotor da autonomia das crianças e do seu funcionamento em grupo. É um espaço destinado à organização do corpo e que conduz a criança à integração de um conhecimento aprofundado de si e dos outros. Ainda, é um espaço para a realidade, que favorece e estimula o pensamento concreto e o raciocínio prático e um espaço de sonho, que promove e facilita o pensamento abstrato e simbólico, assim como todo o afeto inerente à relação (Rodrigues *et al.*, 2003).

O Psicomotricista no seu trabalho nesta instituição faz uso de intervenções de carácter mais relacional para atuar junto das crianças com dificuldade de relação interpessoal, dificuldades de organização do comportamento. Ou, por outro lado utiliza um carácter mais instrumental na sessão quando pretende atuar ao nível da expressão motora, que é considerada o foco da expressão dos conflitos, através das modificações no desenvolvimento psicomotor nos diferentes fatores psicomotores (Rodrigues *et al.*, 2003).

Como estratégia para que a adesão da criança à intervenção ocorra mais facilmente, é fundamental que o psicomotricista permita a realização de atividades do seu interesse, deixando-as decidir consoante as suas motivações, embora numa fase inicial surjam algumas dificuldades em expor e propor atividades, devendo neste momento o técnico assumir o controlo, visando sempre as necessidades e capacidades individuais das crianças (Rodrigues *et al.*, 2003). Ultrapassada esta dificuldade, e estando as crianças aptas a manifestar os seus próprios interesses, o psicomotricista abandona o total controlo das atividades e passa a assumir o papel de mediador, auxiliando o grupo na sua estruturação (Rodrigues *et al.*, 2001).

No fundo, a intervenção psicomotora lida, de forma privilegiada, com as problemáticas das crianças em apoio, constituindo para estas uma oportunidade de expressão, de criatividade, de desbloqueio, de valorização, de conhecimento mais profundo sobre si e de aprendizagem de padrões de socialização (Ramos *et al.*, 2005). É um espaço de relação em que a experimentação possibilita a descoberta do potencial do corpo, do movimento e da ação, transferindo esta exploração para as aprendizagens e para o prazer de aprender (Rodrigues, 2013).

Deste modo, a experimentação e as vivências do corpo são fundamentais para o desenvolvimento das aprendizagens formais, nas quais as crianças da Casa da Praia falham. Para além disso, é uma área favorável, e sempre em concordância com a Pedagogia praticada na instituição, pois permite o desenvolvimento e o desbloqueio destas dificuldades da criança pelo recurso a outros meios que não os utilizados nas escolas, como os materiais escolásticos – lápis e papel. Por outro lado, é igualmente uma intervenção terapêutica por permitir a reconstrução de uma falha da relação vivida precocemente.

III. Realização da Prática Profissional

O período de estágio foi pautado pela realização de diversas atividades, não se cingindo apenas à intervenção psicomotora. O trabalho desenvolvido estendeu-se da intervenção direta com as crianças, no espaço de sessão, que permitiu a implementação de todos os saberes teóricos adquiridos anteriormente, à interação com os outros técnicos da equipa multidisciplinar, numa partilha e cooperação constante, para a definição de um projeto mais adequado à criança, até ao acompanhamento a esta população em outros contextos, dos quais se destacam os almoços terapêuticos, os recreios, o acompanhamento em sala e, ainda, a participação nas festas da instituição.

Assim, na seção que se segue serão apresentadas todas as atividades realizadas, sendo posteriormente apresentados os casos acompanhados em sala e na intervenção psicomotora, bem como todas as questões formais efetuadas com este último grupo.

3.1 Calendarização das Atividades de Estágio

A calendarização das atividades realizadas durante o período de estágio, decorrente de outubro de 2014 a junho de 2015, encontra-se sucintamente apresentada na tabela 1.

Tabela 1:

Calendarização das atividades de estágio desenvolvidas

Datas	Atividades de Estágio
16/10/2014 a 15/06/2015	Período de Estágio Reuniões de Orientação Reuniões Psicopedagógicas Almoços Terapêuticos e Recreios
24/10/2014 a 12/06/2015	Acompanhamento do Grupo I em Contexto de Sala
11/2014 a 01/2015	Revisão e Correção ao Protocolo de Avaliação Psicomotora
01/2015 a 06/2015	Avaliações Psicomotoras Iniciais e Finais ao Grupo de Intervenção + Outras Crianças
9/01/2015 a 12/06/2015	Intervenção Psicomotora com o Grupo II
9/01/2015 a 29/05/2015	Intervenção Psicomotora Individual
13/11/2014 06/01/2015	Observação Inicial à Criança
05/02/2015 24/02/2015	Entrevista de Acolhimento à Família
11/11/2014	Festa de São Martinho
17/12/2014	Festa de Natal
12/02/2015	Festa de Carnaval
21/04/2015	Festa da Primavera
15/06/2015	Festa de Final de Ano

3.2 Horário

A tabela 2 diz respeito ao horário semanal das atividades de estágio. O mesmo não se manteve estanque, visto que ao longo do período de estágio foi sofrendo alterações. Para além disso, as reuniões de orientação local não tinham dia e hora predefinidos ocorrendo consoante a disponibilidade quer da técnica responsável pela orientação quer da estagiária.

Tabela 2:

Horário semanal das atividades de estágio

Segunda-feira	Terça-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
<u>11h00 – 11h45</u> Intervenção Psicomotora com o Grupo II	<u>9h00 – 10h00</u> Reunião Psicopedagógica Mensal	<u>11h00 – 12h00</u> Reunião Psicopedagógica Semanal	<u>10h00 – 10h45</u> Intervenção Psicomotora com o Grupo II
	<u>13h15 – 16h15</u>	<u>13h00 – 14h00</u>	<u>11h00 – 11h45</u> Intervenção Psicomotora Individual
	Acompanhamento em Contexto de Sala com o Grupo I	Reunião Psicopedagógica Semanal	<u>12h15 – 13h15</u> Almoço Terapêutico
	<u>16h15 – 17h00</u>		<u>13h15 – 15h45</u> Acompanhamento em Contexto de Sala com o Grupo I
	Recreio		<u>15h45 – 16h15</u> Assembleia Geral
			<u>16h15 – 17h00</u> Recreio

3.3 Atividades Desenvolvidas

3.3.1. Acompanhamento em Contexto de Sala

Em contexto de sala o acompanhamento visou, num primeiro momento, a observação das dinâmicas do grupo e da instituição e, mais adiante, o conhecimento e a perceção das dificuldades e interesses das crianças. Neste contexto a função do estagiário é a de auxiliar as crianças e o professor responsável pelo grupo, permitindo que este realize um apoio mais individualizado, sempre que necessário.

A assídua presença neste espaço facilitou a integração nas dinâmicas do grupo, bem como favoreceu a proximidade com as crianças, o que por conseguinte conduziu facilmente ao estabelecimento de uma relação.

O grupo, aqui designado de grupo I, foi acompanhado em contexto de sala e na intervenção psicomotora durante o ano letivo 2014/2015. Contudo, a intervenção neste último contexto era da responsabilidade de uma das psicomotricistas da instituição. Todavia, por motivos institucionais, a mesma ausentou-se no final de abril, pelo que a estagiária deu continuidade ao seu trabalho.

3.3.2. Almoços Terapêuticos e Recreios

Na Casa da Praia é atribuído grande ênfase aos almoços, pois são momentos onde as crianças se juntam aos diferentes técnicos e há a partilha de experiências e histórias. São momentos extremamente ricos, de trocas afetivas e de observação mútua entre adultos e crianças, daí que sejam conotados como terapêuticos. A minha presença nestes momentos privilegiados ocorreu uma vez por semana, à sexta-feira, junto do grupo acompanhado em contexto de sala.

Relativamente aos recreios, são momentos de interação das crianças dos diferentes grupos, que são apoiados no mesmo horário. Esta mesma interação revela-se em atividades livres e espontâneas, na presença constante de um adulto, que os apoia, dá segurança e até participa nas suas atividades. Os recreios pelos quais fiquei responsável foram os de terça e sexta-feira ao final da tarde.

3.3.3. Assembleia Geral

A reunião de assembleia geral, que ocorre uma vez por semana com hora e dia marcado, trata-se de um momento de elevada carga emocional, onde se reúnem todas as crianças apoiadas no mesmo horário. O Jornal de Parede, no qual constam informações apontadas pelos grupos, é lido e posteriormente as crianças expõem os seus trabalhos, de grupo ou individuais, realizados no contexto da sala. Associada à reunião surge, então, a partilha, o diálogo, a tomada de algumas decisões e, ainda, a resolução de situações-problema que surjam eventualmente.

Esta reunião é orientada por crianças eleitas pelas restantes crianças, constituindo-se, deste modo a mesa da assembleia por um presidente, um secretário, um tesoureiro e um vogal, um técnico da instituição.

Assim, marquei presença nas reuniões de assembleia geral à sexta-feira, com o grupo que acompanhei no contexto de sala.

3.3.4. Reuniões de Orientação Local

Sempre que pertinente ocorriam as reuniões de orientação local, agendando-se dia e hora, de acordo com a disponibilidade da estagiária e da orientadora local.

Este era um momento enriquecedor, repleto de partilhas e esclarecimentos, sugestões e discussões, quer de ideias quer de estratégias a desenvolver. Além disso, este

espaço foi bastante favorável ao estabelecimento de uma relação entre orientadora e estagiária, sendo que é também este o espírito que vigora na equipa técnica da Casa da Praia.

3.3.5. Reuniões Psicopedagógicas

Nas reuniões psicopedagógicas são avaliados casos novos que surjam ou reavaliados casos que já dispõem de apoio. Para um melhor entendimento e exploração do caso em análise, à luz das várias perspetivas e pontos de vista, neste momento reúne-se toda a equipa técnica da Casa da Praia, a quem se juntam, por vezes, outras entidades ou instituições da comunidade que apoiam, noutros contextos, as famílias e as crianças em discussão.

As mesmas ocorrem com supervisão pedopsiquiátrica, destacando-se para o efeito a Doutora Teresa Goldschmidt, que marcou presença mensalmente, na primeira terça-feira de cada mês, o Doutor Emílio Salgueiro, ocasionalmente, e o Doutor Pedro Strecht, que supervisionou as reuniões semanais de quinta-feira.

Estas reuniões são momentos de grande enriquecimento profissional pois favorecem o alargar de horizontes pela diversidade de opiniões e pontos de vista dos técnicos das diferentes áreas.

O meu contributo ativo neste contexto surgiu sempre que as crianças em discussão integravam um dos grupos que acompanhava, ou de intervenção psicomotora ou o de acompanhamento em sala, ou quando a avaliação psicomotora à criança era por mim efetuada ou, ainda, quando na observação inicial à criança ou na entrevista à família marcava presença.

3.3.6. Observação Inicial da Criança

A observação inicial à criança, também designada de observação psicopedagógica, consiste num primeiro contacto com a criança, em dia e hora estabelecido. A mesma é conduzida por uma professora ou educadora da Casa da Praia, consoante a idade da criança, que apenas sabe o seu nome e a sua idade, não dispondo de mais informação, de modo a que o adulto em questão não seja influenciado pelos motivos do pedido e características nele descritas.

Neste contacto com a criança são solicitadas e avaliadas algumas tarefas, como o Desenho Livre, o Desenho da Família, questões relacionadas com os pré-requisitos escolares e sentimentos evidenciados quanto à família, à escola e à vida. No fundo, trata-se de um momento propício ao conhecimento do funcionamento mental da criança que se nos apresenta. Todas estas informações são registadas pela educadora ou professora, com auxílio de um estagiário, para posteriormente serem discutidas na reunião psicopedagógica.

No total estive presente em duas observações, sendo que as crianças apresentavam idades diferentes, uma encontrava-se em idade pré-escolar e a outra em idade escolar.

3.3.7. Entrevista de Acolhimento à Família

A entrevista de acolhimento à família, que decorre simultaneamente à observação à criança, é realizada aos pais ou figuras substitutas, sendo conduzida, neste caso, por uma psicóloga ou pela assistente social da instituição. O facto de esta ocorrer em simultâneo à observação à criança mas em salas distintas permite aos técnicos observar a reação à separação entre crianças e pais/figuras substitutas.

No decorrer da entrevista as questões são direccionadas para a evolução da criança no que respeita ao seu historial médico, às dinâmicas familiares, à perceção e atuação dos pais em relação à problemática dos filhos, ao relacionamento e à proximidade dos pais com a escola e/ou outros serviços que prestam apoio à criança. Para além disso, é um momento fundamental, pois é a partir daqui que se averigua a receptividade dos pais para a participação no processo de apoio à criança.

À semelhança da observação à criança, também os dados aqui referidos são registados pela técnica responsável pelo caso, com o auxílio de um estagiário. Posteriormente estas informações serão cruzadas e discutidas na reunião psicopedagógica.

Da totalidade das entrevistas à família efetuadas tive a oportunidade de estar presente em duas delas.

3.3.8. Avaliações Psicomotoras

As avaliações psicomotoras aqui consideradas dizem respeito às que foram efetuadas com crianças que não incluíam o grupo de intervenção psicomotora

acompanhado. As crianças em questão provinham de outros grupos e, até, em alguns casos, já não se encontravam em intervenção na Casa da Praia, regressando apenas para a realização de uma avaliação psicomotora e uma avaliação psicológica.

Neste sentido, realizei veementemente cinco avaliações psicomotoras às crianças que se encontravam nas condições supracitadas.

3.3.9. Formações Dinamizadas pela Instituição

Ao longo do ano letivo 2014/2015, foram dinamizadas pela Casa da Praia duas formações, dirigidas aos pais. A primeira, realizada em novembro, cuja temática centrava-se nos trabalhos de casa, visou a exposição de subtemas relacionados com esta área por uma professora de Educação Especial convidada para o efeito. Tal espaço permitiu aos pais partilhar as duas dúvidas e sentimentos quanto ao assunto.

A segunda formação, igualmente dirigida aos pais, realizada em maio, baseou-se na importância do brincar no desenvolvimento infantil. A mesma contou com a presença do Professor Carlos Neto, da Faculdade de Motricidade Humana, que claramente contribuiu para a desmistificação do tema.

Neste contexto, a minha presença foi muito importante, pois sendo espaços recheados de opiniões e dúvidas dos pais permitiu-me ouvir e compreender as suas angústias e dificuldades. Mais do que isso, permitiu-me também estar inteiramente integrada nas dinâmicas da instituição.

3.3.10. Festas

Na Casa da Praia celebram-se algumas datas festivas importantes como é o caso do São Martinho, do natal, do carnaval, da primavera e do encerramento do ano letivo. Nestas festas as crianças participam ativamente na sua organização, preparação e posterior realização. Nestes dias, à exceção da festa de São Martinho, os grupos apoiados no período da manhã e os grupos apoiados à tarde juntavam-se todos no dia e hora previamente agendado.

Seguidamente serão descritas, sucintamente, cada uma das festas e o meu desempenho em cada uma delas.

3.3.10.1. Festa de São Martinho

Na festa de São Martinho, realizada a 11 de novembro, a data foi marcada pela realização de um teatro/dramatização da lenda do São Martinho. Nesta festa participei no teatro, dando vida à personagem do São Martinho. Além disso, auxiliei o grupo de acompanhamento em sala na realização dos seus trabalhos relacionados com o tema, para exposição neste dia.

3.3.10.2. Festa de Natal

A Festa de Natal na Casa da Praia foi celebrada no dia 17 de dezembro com tema «Circo de Natal», e contou com a participação de todos os grupos, que individualmente prepararam uma atuação, deste teatro a música, para apresentar aos restantes grupos e pessoal técnico da instituição. No final das atuações decorreu a venda de natal, na qual os pais se integraram. Nesta encontravam-se expostos e à venda os trabalhos realizados por cada criança para o efeito, sendo que cada pai comprou o trabalho correspondente ao seu filho e, ainda, pôde adquirir alguns prémios pela compra de rifas.

Nesta festa o meu contributo foi no sentido da preparação de todos os cenários necessários às apresentações de cada grupo e, também, no auxílio da preparação das atuações, quer do grupo de intervenção psicomotora quer do grupo acompanhado em sala.

3.3.10.3. Festa de Carnaval

No dia 12 de fevereiro ocorreu a festa de carnaval, realizada no período da manhã, momento em que se juntaram as crianças em apoio e técnicos da instituição, todos mascarados. Foi um dia marcado pela realização de diversos *ateliers* – dos disfarces, das sombras, dos sustos e assombrações, da construção de máscaras e acessórios e de pinturas faciais, seguidos de uma apresentação teatral proporcionada pela equipa de técnicos da instituição.

Contribuí para a presente festa através da responsabilização pelo *atelier* das pinturas faciais, juntamente com outra professora.

3.3.10.4. Festa da Primavera

A festa da primavera teve lugar no Instituto Superior de Agronomia na manhã do dia 21 de abril. Neste espaço decorreram atividades, preparadas pelas psicomotricistas da instituição e pela estagiária, onde as crianças, organizadas por grupos, competiam contra os restantes nas várias estações de jogos, sendo registadas as pontuações em cada uma delas. Porém, durante a realização do percurso, desde a Casa da Praia até ao local definido, as crianças efetuaram compras de materiais utilitários para o futuro.

Assim, além da preparação e organização dos jogos, o meu desempenho passou também pelo acompanhamento de um dos grupos até ao local destinado, auxiliando-os na escolha e compra dos materiais e pela responsabilização por uma das estações.

3.3.10.5. Festa de Final de Ano Letivo

A festa que celebrou o final do ano letivo ocorreu a 15 de junho. Neste dia as crianças e suas famílias foram convidadas a participar na festa organizada pela instituição, contribuindo com petiscos e bebidas para o lanche conjunto. Durante a festa foram lançados desafios às famílias, seguindo-se a realização dos jogos. Foram momentos pautados por boa disposição, envolvimento e relação entre todos os presentes. Nesta festa a minha função passou pela realização de um cenário, necessário à realização do desafio inicial, e pela responsabilização por um jogo.

3.3.11. Outras Atividades

Ao longo do ano letivo foram realizadas outras atividades complementares de caráter variado. Foram efetuadas visitas ao Museu da Eletricidade e ao Jardim Zoológico, sendo aqui o meu papel apenas de acompanhante. Todavia constituíram-se momentos de grande potencial de aprendizagem, na medida em que em contextos extra instituição, permitiu-me estabelecer uma relação diferenciada com as crianças do grupo que acompanhava em sala e observar o seu funcionamento noutros espaços.

3.4 Caracterização dos Grupos Acompanhados

Os grupos onde foi realizada intervenção direta foram acompanhados em diferentes contextos, como já mencionado anteriormente. Um dos grupos foi acompanhado em contexto de sala, enquadrando-se o trabalho aqui desenvolvido na clássica Pedagogia Terapêutica, sendo o outro acompanhado no contexto de intervenção psicomotora, enquadrado numa vertente psicopedagógica.

Ambos os grupos encontram-se no nível intermédio de comunicação, também conhecido por grupo das «letras», embora o grupo acompanhado em contexto de sala se encontra-se num patamar mais avançado no que respeita às aprendizagens formais, necessitando, pelo contrário, o grupo de intervenção psicomotora de mais experiências relacionais.

O grupo acompanhado em contexto de sala, designado de grupo I, foi constituído por cinco crianças, com idades compreendidas entre os 8 e os 10 anos e que se encontravam a frequentar o 3º ou 4º ano de escolaridade. Para além do acompanhamento em sala com este grupo, acompanhei-os também à sessão de psicomotricidade, dinamizada por uma técnica da instituição. Porém, a partir de maio e até ao mês de junho assumi a dinamização das sessões, por motivos inerentes à instituição.

Por seu turno, o grupo de intervenção psicomotora, aqui designado de grupo II, foi composto por seis crianças que à data de início da intervenção tinham 7 anos, mas que ao longo do ano completaram os 8 anos. As crianças encontravam-se a frequentar o 1º, 2º ou 3º ano de escolaridade. Inicialmente, de outubro a dezembro, a minha participação junto deste grupo realizou-se de forma passiva, baseada na observação das sessões dinamizadas por outra técnica da instituição iniciando-se a minha participação ativa a partir de janeiro.

O acompanhamento ao grupo I era efetuado duas vezes por semana, à segunda e à sexta-feira, enquanto a intervenção com o grupo II, apesar da igual frequência semanal, realizava-se às segundas e sextas-feiras. Todavia, as sessões de intervenção variavam quanto ao número de crianças em apoio, contando com a presença de seis crianças à segunda-feira e quatro à sexta-feira.

3.4.1. Caracterização dos Casos Acompanhados em Contexto de Sala

Relativamente ao grupo acompanhado em contexto de sala, em cada uma das crianças registava-se um funcionamento muito particular, variando as suas manifestações comportamentais entre a instabilidade e o bloqueio, sendo as dificuldades de aprendizagem o denominador comum a todas elas. Assim, os objetivos gerais da professora responsável passaram pelas questões da relação e comunicação, bem como da aprendizagem.

A seguir serão apresentados, detalhadamente, os cinco casos acompanhados neste contexto.

❖ A I.I. é uma menina com 9 anos de idade, que frequentava o 3º ano de escolaridade e estava abrangida pelo decreto-lei 3/2008. A mesma encontrava-se em apoio na Casa da Praia desde novembro de 2013, sendo o seu encaminhamento para a instituição efetuado pela escola devido às suas grandes dificuldades na aquisição da leitura, escrita e na área da matemática, bem como pelo facto de manifestar forte insegurança nas matérias que anteriormente parecia dominar.

Relativamente ao seu historial familiar, aos 2 anos de idade, os progenitores separam-se, ficando a I.I. aos cuidados da mãe. Ambos os progenitores estiveram presos, o pai durante vários anos e a mãe durante 11 meses, pelo que a criança aos 3 anos de idade ficou a viver com os seus avós maternos. Atualmente coabitava com a mãe e o seu padrasto, com quem mostrava ter muito boa relação. No entanto, esta relação da sua mãe e do padrasto nem sempre se pautou pela estabilidade, chegando mesmo a haver separação e posterior reconciliação do casal. No que respeita ao seu pai biológico, desde que saiu em liberdade, a I.I. mantinha contacto frequente com este.

Ainda, respeitante ao seu historial familiar, há registo da existência de dificuldades de aprendizagem de uma tia com idade próxima da sua, com 12 anos. Para além disso, a família alargada da criança, é uma família com um registo muito particular, pois pelo facto de a mãe, as tias e a criança terem idades próximas mantinham uma relação de muita proximidade, como se de irmãs se tratassem, o que se traduzia numa ausência de filtro entre elas e indiferenciação dos papéis familiares.

À data da sua admissão na Casa da Praia a I.I. evidenciava grandes dificuldades de autonomia, visto que de manhã era a mãe quem a vestia, salientando-se também nesta

altura o recurso à chucha. Destacavam-se ainda o historial de agressão física da mãe para com a criança.

Da avaliação diagnóstica inicial – psicopedagógica e pedopsiquiátrica – considerou que se tratava de uma criança imatura, muito dependente e com uma imagem muito negativa de si própria, assim como do seu desempenho. Todavia sempre com muita vontade de agradar e corresponder ao outro, especialmente ao adulto.

No início do apoio na instituição revelou-se um forte elemento para o grupo que integrou, sendo assertiva e conciliadora. Era uma criança que gostava de partilhar ideias, opiniões e de ajudar. Ainda assim, era muito insegura e apresentava dificuldades em iniciar as atividades, sendo que lhe era difícil tomar decisões e considerar positivo o produto final. Mostrou ser uma criança com um sentido crítico muito próprio, de forma discreta criticava a vida dos adultos que eram seus próximos, com uma postura de inversão da parentalidade – vivia muito os problemas familiares, tomando um papel central na tomada de decisões.

No corrente ano letivo, a criança frequentou a Casa da Praia duas vezes por semana, dispondo de apoio pedagógico terapêutico em grupo, de GILT (Grupo de Intervenção Lúdico-Terapêutico) e de psicomotricidade, sendo estas duas últimas atividades realizadas uma vez por semana.

De acordo com a professora responsável pelo grupo e segundo uma perspetiva pessoal, no final do ano letivo as evoluções desta criança foram bastante evidentes. A I.I. passou de uma criança onde a ousadia devida à baixa autoestima se encontrava ausente, para uma criança que ousava escrever, produzindo grandes textos autonomamente. Considerada uma criança inibida, a sua participação e discussão em grupo foi sendo cada vez maior, dando sempre contributos positivos e adequados. No entanto, ainda se verificava grandes dificuldades de aprendizagem e um viver intensamente das questões familiares.

❖ A **J.C.** com 9 anos de idade frequentava o 3º ano de escolaridade. A mesma encontrava-se a beneficiar de apoio na instituição desde abril de 2014, a pedido da mãe e da escola devido às suas grandes dificuldades em todas as áreas do currículo e pelo comportamento de desinteresse e desinvestimento nas aprendizagens formais.

No que se reporta ao seu historial clínico e de vida, a criança, filha de uma mãe toxicod dependente, logo após o seu nascimento esteve internada durante um mês devido a uma paragem de crescimento ainda no seio intrauterino. Durante este tempo de hospitalização, a mãe biológica da criança nunca a visitou. Assim, até aos 3 anos de idade a J.C. esteve institucionalizada, momento em que é adotada por uma senhora, atualmente

com 53 anos de idade, psicóloga de profissão. O período de adoção foi complicado, uma vez que se tratou de uma adoção singular.

Concretamente ao seu desenvolvimento, foi uma criança que começou a falar mais tarde, por volta dos 2/3 anos. Porém, foi desde sempre uma criança muito autónoma, com uma boa capacidade de socialização e com um desejo constante em comunicar os seus afetos.

Da avaliação diagnóstica inicial – psicopedagógica e pedopsiquiátrica – considerou tratar-se de uma criança com bom potencial de base para aprender. Contudo, com um funcionamento psíquico revelador de uma estrutura depressiva, com falhas muito precoces e com historial pessoal e escolar bastante complexo. A complexidade do historial pessoal prendia-se com os motivos acima referidos, o historial escolar com o facto de, durante os três anos em que esteve no 1º ciclo, ter frequentado três escolas diferentes.

No início do apoio na Casa da Praia revelou ser uma criança simpática, mas inibida e de aspeto frágil. Progressivamente foi-se sentindo mais segura e confiante, porém com uma avidez relacional muito forte. Sentia uma enorme necessidade de transmitir afetos, era apelativa e sedutora com uma preocupação genuína de ser apreciada. Manifestava uma necessidade de corresponder ao que de si era esperado, mas sempre com receio de falhar, mostrando-se insegura nas suas capacidades e insatisfeita em relação aos resultados dos seus trabalhos.

No que concerne às questões escolares, era uma criança que estava muito aquém do que era espectável. Revelava grandes dificuldades no domínio da leitura e escrita, sendo a área da matemática a que lhe suscitava maior entusiasmo.

No corrente ano letivo, J.C. frequentou a Casa da Praia duas vezes por semana, dispondo de apoio pedagógico terapêutico em grupo, de GILT e de psicomotricidade, sendo estas duas últimas atividades realizadas uma vez por semana. Também beneficiou de apoio psicológico, uma vez por semana, em contexto particular.

De acordo com a professora responsável pelo grupo e segundo uma perspetiva pessoal, no ano letivo decorrido mantiveram-se algumas das dificuldades ao nível da leitura, escrita e cálculo. Pautou-se também por uma grande carência afetiva traduzida numa procura constante do contacto com o adulto; uma permanente referência e idealização da figura paterna; questões somáticas muito presentes, além da sua rigidez de pensamento. Porém, destacou-se a sua boa integração no grupo e o interesse crescente pelas aprendizagens, sobressaindo-se o maior interesse e investimento na aprendizagem.

❖ A **V.V.** é uma criança com 10 anos de idade que frequentava o 4º ano de escolaridade. O seu apoio na Casa da Praia iniciou-se em março de 2014, sendo o seu encaminhamento na altura efetuado pela escola devido às dificuldades de aprendizagem que evidenciava, especialmente ao nível da compreensão e da retenção de conteúdos.

Esta criança, de nacionalidade brasileira, assim como os seus pais e irmão, com quem coabita, viajaram para Portugal quando a V.V. tinha 1 ano e 6 meses. Desde então aqui residem, voltando ao Brasil apenas em algumas férias de Verão.

A V.V., desde 2012, apresentava psoríase e alopecia, intimamente relacionada à componente emocional, visto que se tratava de uma criança permanentemente preocupada com as questões escolares. Tal acontecia pois a sua referência mais próxima, o seu irmão, não apresentava qualquer tipo de dificuldades neste âmbito, sendo considerado um bom aluno.

Através da avaliação inicial – pedagógica e pedopsiquiátrica – concluiu-se tratar-se de uma criança com grandes dificuldades de aprendizagem. Destacou-se, ainda, uma grande inibição psicomotora, uma forte lentidão na execução, para além de uma imaturidade emocional e inibição na relação/comunicação.

No início do apoio na instituição, revelou ser uma criança muito contida na expressão das suas emoções, preocupações e medos, com uma autoimagem frágil e insegura. Apesar disso, era uma criança curiosa, mas sempre com grande dificuldade em impor-se perante o grupo. Destacou-se também o seu esforço e a vontade de corresponder ao que de si era esperado.

As suas maiores dificuldades escolares registavam-se ao nível da matemática, sobretudo na resolução de situações problemáticas que envolviam raciocínio abstrato.

No corrente ano letivo, a criança frequentou a Casa da Praia duas vezes por semana, dispondo de apoio pedagógico terapêutico em grupo, de GILT e de psicomotricidade, sendo estas duas últimas atividades realizadas uma vez por semana.

De acordo com a professora responsável pelo grupo e segundo uma perspetiva pessoal, no ano letivo em questão, apesar da manutenção das suas grandes dificuldades ao nível da matemática a criança fez uma evolução notória na área do português, com maior investimento na leitura e expressão escrita. Além dos progressos registados na aprendizagem, a V.V. também evoluiu em relação ao seu comportamento, tornando-se numa criança cuja presença passou a ser fortemente sentida pela sua participação constante e adequada. Igualmente os seus problemas de pele melhoraram, pelo apaziguar das suas preocupações.

❖ O **C.C.** é uma criança com 10 anos que frequentava o 3º ano de escolaridade e estava ao abrigo do decreto-lei 3/2008. O mesmo encontrava-se admitido na instituição desde maio de 2012, sendo até aqui encaminhado pela escola por apresentar uma perturbação alimentar e do comportamento, esta última manifesta pela predominância da impulsividade e agitação psicomotora. Também constituíram-se como motivos as suas dificuldades severas de concentração e desinvestimento nas tarefas perante o insucesso.

No que se refere ao seu historial familiar, a criança viveu com os seus pais até aos 2 anos de idade, sendo que neste momento o casal separou-se e o C.C. e a mãe passaram a residir com um tio materno. Este tio marcou presença na vida da criança durante muitos anos, sendo a figura masculina de referência. No entanto, o mesmo foi preso, ficando a criança a coabitar apenas com a mãe, um senhora cuja vida foi pautada por inúmeros episódios de ansiedade e até depressão. O suporte económico e afetivo desta família, a determinada altura, passou a ser os avós maternos.

Através da avaliação diagnóstica inicial - pedagógica e pedopsiquiátrica - concluiu-se que se tratava de uma criança com funcionamento psíquico predominantemente imaturo e com um fundo depressivo de base, bem como uma má integração das regras e limites.

No início do apoio o C.C. mostrou-se uma criança simpática e interessada pelo mundo que a rodeava, com curiosidade e desejo de aprender. Contudo, era muito impulsivo, tinha muita dificuldade em controlar a sua forte agitação psicomotora e só conseguia concluir as tarefas mediante contenção do adulto, com regras bem vincadas. Era uma criança com um espírito de iniciativa, com capacidade de fazer escolhas e dar opiniões, embora sempre com uma presente dificuldade em respeitar as opiniões dos outros. A par disso, tinha muita dificuldade em esperar pela sua vez e valorizava-se constante e exaustivamente.

A frequência do apoio pedagógico terapêutico à criança era bissemanal, no corrente ano letivo. Ainda, frequentava o GILT e as sessões de psicomotricidade, uma vez por semana, além da intervenção psicológica de que dispunha na instituição com a mesma frequência semanal.

De acordo com a professora responsável pelo grupo e segundo uma perspetiva pessoal, o desempenho da criança ao longo do ano oscilou entre momentos de grande motivação e empenho, coincidentes com a presença mais assíduas dos avós maternos, e momentos de desinvestimento e recusa pela realização de tarefas de carácter mais formal, especialmente relacionadas com as produções escritas. Porém, predominou ainda a sua agitação, a dificuldade em respeitar as opiniões dos outros, sobrevalorizando-se frequentemente. No que respeita aos seus pontos fortes, os mesmos centraram-se na sua

simpatia e boa relação com o adulto, no vasto conhecimento do mundo que o rodeia, tentando mostrar tudo o que sabia tornando-se, por vezes, desadequado.

❖ O **F.R.**, um menino de 8 anos, encontrava-se a frequentar o 3º ano de escolaridade e frequentava a Casa da Praia desde maio de 2012. O seu encaminhamento ocorreu devido às suas dificuldades em coordenar e relacionar as suas ações sensoriais e motoras com as ações cognitivas, simbólicas e representativas, para além do seu perfil de aquisição de competências irregular, marcado por progressões e regressões.

Relativamente ao seu historial familiar, a criança integrava uma família nuclear, juntamente com os seus irmãos. No entanto, quando o F.R. tinha 18 meses de idade, os seus pais separaram-se e a mãe foi viver para a Escócia, ficando os filhos ao cuidado do pai. Tratou-se de um divórcio difícil pela situação socioeconómica desfavorável que acarretou. Logo após o abandono da mãe, a criança esteve hospitalizada durante um mês por problemas respiratórios.

À data do acompanhamento a criança realizava deslocações anuais à Escócia para visitar a mãe e os irmãos, que entretanto também foram para lá viver e constituíram família.

No que se refere ao historial de dificuldades de aprendizagem na família desta criança registam-se as grandes dificuldades escolares e comportamentais do seu irmão, sendo que o pai não o conseguia controlar.

Da avaliação inicial – pedagógica e pedopsiquiátrica – considerou tratar-se de uma criança com uma estabilidade insuficiente devido às várias circunstâncias relacionadas com a sua estrutura familiar. Manifestava não ter adquirido algumas das competências esperadas para a sua idade, embora fizesse um esforço para corresponder, dando sinais positivos de que, com um trabalho estruturado e organizado, teria condições para evoluir.

O F.R. no início do apoio era uma criança agitada, com momentos de atenção e concentração muito curtos e intimamente relacionados com o tipo de atividades propostas, bem como era facilmente influenciável pelo ambiente envolvente. Com organização, orientação e um forte reforço positivo era uma criança capaz de corresponder ao que de si era esperado demonstrando interesse, iniciativa e prazer no que realizava. Ao nível das aprendizagens, eram visíveis as suas dificuldades nas várias áreas.

O trabalho com os técnicos, inicialmente, desenvolveu-se numa dinâmica afetiva, criativa e securizante, o que permitiu à criança explorar as capacidades cognitivas, afetivas, sensoriais, motoras e plásticas.

No ano letivo 2014/2015 o F.R. frequentou a instituição duas vezes por semana, em apoio pedagógico terapêutico em grupo e, uma vez por semana participou no GILT e na

psicomotricidade, dispondo também de acompanhamento psicológico com a mesma frequência semanal.

De acordo com a professora responsável pelo grupo e segundo uma perspetiva pessoal, a criança evoluiu consideravelmente. Os seus momentos de agitação minimizaram-se significativamente aumentando, assim, os meus momentos de atenção e focalização, aprendendo muito mais facilmente. Todavia, por vezes, ainda era necessário algum reforço verbal e contenção física.

3.4.2. Caracterização dos Casos de Intervenção Psicomotora

No presente item serão, então, descritos os casos de intervenção psicomotora pelos quais fiquei responsável. De um modo geral, transversalmente a todo o grupo encontravam-se as dificuldades de aprendizagem e os problemas de comportamento, constituindo-se por crianças extremamente agitadas.

❖ O **A.D.** de 8 anos frequentava o 1º ano de escolaridade e estava ao abrigo do decreto-lei 3/2008. A sua admissão na Casa da Praia ocorreu em janeiro de 2014, sendo a sua referenciação efetuada por motivos de dificuldades de aprendizagem e alteração de comportamento, nomeadamente envolvimento em atividades paralelas em momentos destinados às realizações formais.

No que se refere ao historial familiar, esta criança reside com a mãe, que conta já com alguns episódios de depressão, e uma irmã mais velha de 11 anos, que à data da sua admissão a agredia física e verbalmente, sem ser contida pela mãe. Os pais estão divorciados desde os 3 anos do A.D. indo o pai viver para Angola, durante um ano. Contudo, mantinham contacto frequente pelo *skype*.

Após a separação do casal, o A.D. passou de uma criança doce a uma criança visivelmente mais agressiva e com dificuldades na integração de regras e limites.

Relativamente ao seu historial clínico, tratava-se de uma criança cujas etapas desenvolvimentais surgiram no tempo espectável. O seu controlo dos esfíncteres inicialmente era bom, mas à noite surgiam episódios de encoprose e enurese. Contudo, atualmente, esta situação já se encontrava ultrapassada. No que se refere a medicação, o A.D. encontrava-se a tomar Rubifen® desde março de 2015.

Da avaliação diagnóstica inicial – psicopedagógica e pedopsiquiátrica – considerou tratar-se de uma criança em sofrimento depressivo. Nesta destacava-se um bom potencial

intelectual e afetivo de base, sendo as suas dificuldades de integração escolar consequência de um contexto emocional específico, a que não seriam alheios episódios da sua vida sociofamiliar.

No início do apoio era um menino apelativo, carinhoso e com uma enorme necessidade de agradar e de verbalizar ao outro, indistintamente, que gostava dele. Porém, apesar da sua boa capacidade relacional evidenciava ser uma criança triste. No que respeita às situações que implicassem pensar para realizar, ficava inquieto, e por vezes com um forte bloqueio, revelando muito baixa autoestima e confiança. Esta criança mostrava possuir capacidades, mas muito pouca disponibilidade para realizar as atividades, sobretudo as de cariz escolar.

Em situações de grupo, o A.D. tinha dificuldades em focar a atenção, alheando-se da tarefa ou, até mesmo, introduzindo informação de forma descontextualizada. Para além disso, sobressaía-se a sua instabilidade e a agitação sobrepondo-se, na sua forma de funcionar, o «agir» sobre o «pensar». Também, as suas mudanças de humor eram notórias, alternando entre momentos de agitação, com atitudes de oposição e provocação e momentos de aproximação/sedução ao adulto.

No corrente ano letivo, o A.D. frequentava a Casa da Praia duas vezes por semana, dispondo de apoio pedagógico terapêutico em grupo e de psicomotricidade, também com a mesma frequência semanal. Para além disso, dispunha ainda de acompanhamento psicológico nesta mesma instituição.

De acordo com a professora responsável pelo grupo, o A.D. estava mais contido, mais organizado e mais focado. Contudo, funcionava ainda por períodos muito reduzidos de tempo, mantendo, de igual modo, o seu funcionamento imaturo, com pensamentos obsessivos. No entanto, foram notórios os seus progressos ao nível das aprendizagens formais, especialmente ao nível do seu investimento nas mesmas.

No que se reporta à intervenção psicomotora, neste contexto estiveram também presentes alguns comportamentos imaturos e obsessivos. Na sua interação com os pares facilmente se identificava o seu egocentrismo, como se o outro ainda não existisse para si. Para além disso, tinha ainda um funcionamento rígido, com pouca flexibilidade a ideias novas ou à alteração ao seu comportamento. Esta criança procurava muito o contacto físico do adulto, como o colo ou um abraço de contenção.

❖ O **G.C.** é uma criança com 8 anos e que se encontrava a frequentar o 3º ano de escolaridade. A sua admissão na Casa da Praia ocorreu em setembro de 2014, sendo o encaminhamento resultado da sua agitação e instabilidade emocional, com tendência para

adotar uma postura desafiadora da autoridade do adulto. Contribuiu, também, para o seu encaminhamento o facto de por vezes ser mal-educado, agressivo e um aluno conflituoso, estando sempre a tentar chamar a atenção.

Relativamente ao seu historial familiar, esta criança coabitava com a mãe, de nacionalidade brasileira, e a avó, ambas figuras pouco contentoras. No que se refere ao seu pai, este encontra-se a residir no Brasil, desde os 5 anos do G.C., sendo que já não há contacto entre estes há 3 anos.

Esta criança sofria de agressões físicas por parte da mãe, que não o valoriza nas suas aquisições e conquistas. Por este motivo, devido aos maus tratos físicos, o G.C. encontrava-se referenciado à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

Da avaliação inicial - psicopedagógica e pedopsiquiátrica – concluiu tratar-se de uma criança com padrão de grande agitação e instabilidade emocional, invadido por questões muito explícitas e agidas de sexualidade.

No corrente ano letivo, o G.C. integrou um grupo de apoio pedagógico terapêutico, duas vezes por semana, dispondo também de sessões de psicomotricidade, com a mesma frequência semanal. Para além disso, beneficiou de acompanhamento psicológico nesta mesma instituição, uma vez por semana.

De acordo com a professora responsável pelo grupo o G.C. era um menino com muitas capacidades e que conseguia fazer muito bem uma leitura do “outro”. Todavia, era uma criança triste, mas que camuflava tal tristeza com o sorriso. Constantemente a idealização de um pai estava presente no seu discurso. Ainda, eram visíveis no seu comportamento, discurso e textos questões explicitamente sexuais. Porém, vigoravam algumas falhas de identidade.

Relativamente às aprendizagens formais, o G.C. apresentava melhor desempenho ao nível da matemática, investindo menos na língua portuguesa.

Respeitante à intervenção psicomotora, o G.C. demonstrava entusiasmo na participação das atividades, no entanto, desorganizava-se facilmente assumindo um comportamento de provocação indireta e, por vezes, de oposição. Também, em situações de derrota no jogo sobressaía-se fortemente a sua baixa resistência à frustração. Por outro lado, era uma criança que se exprimia verbalmente com muita clareza.

❖ **A L.A.** tem 8 anos e frequentava o 1º ano de escolaridade. O seu encaminhamento para a Casa da Praia foi efetuado pela escola por motivos de dificuldades de aprendizagem e evidência de poucas competências. Também, constituíram-se como motivos o complexo historial de vida desta criança. Assim sendo, a sua admissão ocorreu em janeiro de 2014.

Relativamente ao seu historial de vida e familiar, a criança viveu com os pais até aos 4 anos, momento em que o casal se separou e a criança foi institucionalizada. Atualmente a mãe encontrava-se ausente, na Suíça, e o pai detido, estando então entregue aos cuidados da avó paterna, desde os seus 5 anos. Esta situação era acompanhada pela Equipa de Apoio da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

No que respeita às intervenções de que beneficiava, durante um determinado período de tempo a L.A. dispunha semanalmente de acompanhamento psicológico na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. No entanto o mesmo a determinada altura passou a ser quinzenal.

Da avaliação inicial - psicopedagógica e pedopsiquiátrica – concluiu-se tratar-se de uma criança com poucas competências escolares básicas, que revelava uma grande fragilidade psicoafectiva, relacionada com «angústias de abandono e de perda».

No início do apoio na Casa da Praia revelou-se uma criança simpática, que se esforçava por agradar e corresponder às solicitações do adulto. Porém, quando era contrariada amuava, sendo-lhe muito difícil suportar a frustração. A L.A. demonstrava uma grande imaturidade, insegurança e ausência de noção de como e o que tinha de fazer para conseguir corresponder, necessitando constantemente do reforço positivo do adulto. Para além disso, era uma criança com muitas dificuldades ao nível da estruturação espaciotemporal, pois não tinha noções de tempo e de espaço.

No que respeita às aprendizagens formais, a L.A., no domínio da matemática não conseguia estabelecer relações numéricas, nem era capaz de resolver problemas lógicos simples, quantitativos e espaciais. Também, era evidente a sua ausência de consciência fonológica, revelando incapacidade de descobrir sons idênticos e de fazer rimas.

No corrente ano letivo, a L.A. integrou um grupo de apoio pedagógico terapêutico, duas vezes por semana, dispondo também de sessões de psicomotricidade, com a mesma frequência semanal.

De acordo com a professora responsável pelo grupo, a L.A. era uma criança com muitas capacidades, transparecendo que sabia mais do que aquilo que realmente demonstrava. No entanto, ainda realizava muito pouco. Também a sua agitação e comportamentos de provocação e desafio aos colegas eram muito frequentes em contexto de sala. Esta era uma criança pouco persistente nas tarefas, necessitando de muito suporte, pois sempre que podia tentava esquivar-se às aprendizagens formais.

No respeitante à intervenção psicomotora, no contexto do ginásio a criança revelou grande sentido de humor e perspicácia na relação com o adulto. No que concerne aos seus comportamentos, ainda era visível uma certa imaturidade e volatilidade de comportamento

estando, por vezes, mais agitada e com grande dificuldade em organizar-se para a concretização das atividades. Tal ocorria sem que houvesse uma associação a situações-problema, ou seja sem associação a acontecimentos específicos. Ainda, muitas vezes adotava uma postura de provocação e desafio, o que em determinadas situações despoletou conflitos com os colegas.

❖ O **R.P.** tem 8 anos e frequentava o 2º ano de escolaridade, estando ao abrigo do decreto-lei 3/2008. Esta criança encontrava-se admitida na Casa da Praia desde setembro de 2014, sendo o seu encaminhamento efetuado a pedido da mãe, sendo a escola o intermediário, por motivos de imaturidade, cansaço e por evidenciar atitudes de pouca integração e adaptação. Ainda, por apresentar dificuldades de atenção e concentração, pouca autonomia e confiança e dificuldades de expressão oral e escrita, no que respeita às aprendizagens formais.

Relativamente ao seu historial familiar, esta criança coabitava com os pais, com o seu irmão de 10 anos e os avós maternos. Esta família tinha um bom nível socioeconómico, não existindo antecedentes de dificuldades de aprendizagem.

O seu historial clínico era marcado por dificuldades no desenvolvimento da linguagem e uma patologia auditiva, com perda parcial da audição - situação que conduziu à necessidade de uma intervenção cirúrgica em 2013. Por este motivo, a criança ainda viveu grande parte da sua vida com esta diminuída acuidade auditiva, o que poderá ter conduzido a algumas das suas atuais dificuldades. Relativamente a medicação, o R.P. encontrava-se a tomar Concerta® desde setembro de 2014.

No que respeita às intervenções de que dispunha fora da instituição, a determinada altura esta criança frequentou a terapia da fala e usufruiu de acompanhamento psicológico particular.

Da avaliação diagnóstica inicial – psicopedagógica e pedopsiquiátrica – concluiu-se que se tratava de uma criança com perturbação específica de aquisição da leitura e escrita e que apresenta também momentos de desorganização no seu discurso.

Desde a sua admissão, o R.P. frequentou a Casa da Praia duas vezes por semana, dispondo de apoio pedagógico terapêutico em grupo e de psicomotricidade, também com a mesma frequência semanal. Nesta última, a criança encontrava-se integrada numa sessão com o grupo e outra individual.

No corrente ano letivo, segundo a professora responsável pelo grupo, a criança apresentava dificuldades de aprendizagem flagrantes. Ao nível da expressão escrita eram visíveis as separações/aglutinações de palavras sem critério e a confusão de sons. Por

seu turno, na matemática evidenciava dificuldades ao nível do cálculo mental/compreensão.

No que se reporta à intervenção psicomotora, era uma criança que tinha dificuldade em compreender a informação que lhe era transmitida apresentando, também, períodos de concentração muito reduzidos. O R.P. era uma criança muito impulsiva, o que se repercutia no seu planeamento das ações, acarretando dificuldades no mesmo. No que concerne aos seus conhecimentos era visível um conhecimento pontual de algumas temáticas, contudo, não generalizava nem efetuava ligações entre os mesmos. Também verificavam-se lacunas ao nível da estruturação espaciotemporal, visto que era uma criança cujos conhecimentos mais básicos não estavam consolidados.

❖ O **T.G.** tem 8 anos de idade e frequentava o 2º ano de escolaridade. Esta criança encontrava-se admitida na Casa da Praia desde maio de 2014, sendo o seu encaminhamento efetuado pela escola, pois embora se tratasse de uma criança com boas competências escolares, evidenciava dificuldades ao nível comportamental, como instabilidade e grande descontrolo emocional, decorrente de situações de frustração.

No que concerne ao seu historial familiar, o T.G. era filho único e coabitava com os seus pais, de nacionalidade romena. Tratava-se de uma criança hiperprotegida pelos seus progenitores, o que despoletava sentimentos de inferioridade no mesmo. Contudo, esta hiperprotecção poderá ter estado intimamente relacionada com o seu historial clínico, uma vez que ao nascer, o T.G. sofreu de problemas renais, anemia e um sopro no coração, o que conduziu ao seu internamento durante três semanas. Com o avançar do tempo surgiram problemas ao nível auditivo, motivo pelo qual a criança foi sujeita a intervenção cirúrgica. Para além disso, desde tenra idade eram visíveis no T.G. problemas com o peso. Também os seus tiques se sobressaiam, ao nível dos olhos e da boca, assim como a gaguez.

Da avaliação inicial – pedagógica e pedopsiquiátrica – considerou tratar-se de uma criança inteligente e simpática, com bom nível escolar. Todavia com apresentação de dificuldades no ajustamento escolar e social.

Atualmente, esta criança frequentava a Casa da Praia uma vez por semana, à segunda-feira, dispondo de apoio pedagógico terapêutico em grupo e de psicomotricidade.

No corrente ano letivo, a professora responsável pelo grupo caracterizava o T.G. como um menino cujas dificuldades de aprendizagem não estavam presentes, ao contrário dos problemas de ansiedade/comportamento, pois por vezes «explodia» e zangava-se.

Contudo, registaram-se progressos ao nível da manifestação verbal dos seus sentimentos, bem como ao nível da expressão gráfica/plástica.

Relativamente à intervenção psicomotora era uma criança que apresentava comportamentos obsessivos e uma rigidez de pensamento, o que se manifestava na interação com os pares e com o adulto. Para além disso, caracterizava-se por um perfil hipertónico, colocando muita tensão em tudo o que fazia, com dificuldades em descontraír.

❖ O **B.S.** tem 8 anos e no corrente ano letivo frequentava o 2º ano de escolaridade, encontrando-se ao abrigo do decreto-lei 3/2008. A sua admissão na Casa da Praia ocorreu em fevereiro de 2014, sendo o pedido proveniente da escola devido às suas manifestas dificuldades no grafismo, na organização pessoal, de concentração e dificuldades em compreender a matéria.

Respeitante ao seu historial familiar, o B.S. provinha de uma família oriunda de Goa, com quem coabitava, juntamente com o seu irmão, também este de nacionalidade portuguesa. No que concerne ao registo de dificuldades de aprendizagens escolares na família, é de referir que o seu pai tinha um baixo nível de escolaridade, crescendo, ainda, as dificuldades socioculturais.

Relativamente ao historial clínico, o B.S. contava com registos de problemas de pele.

Da avaliação inicial – pedagógica e pedopsiquiátrica – concluiu-se que se tratava de uma criança com dificuldades escolares, nomeadamente do ponto de vista gráfico (grafo-motor) e dificuldades instrumentais específicas (motricidade fina), apesar do seu bom potencial de base, boa capacidade de leitura, escrita e cálculo.

No início do apoio o B.S. era uma criança simpática e disponível. Para além disso, gostava de mostrar os conhecimentos já adquiridos, procurando constantemente ser valorizado por isso. Do ponto de vista escolar estava muito aquém do esperado para o seu nível escolar. Era lento na realização mas, manifestava uma necessidade de corresponder ao que de si era esperado. Contudo, a determinada altura começou a mostrar uma nova faceta, pelo que se sobressaíram alguns comportamentos de oposição passiva, pois procurava provocar o outro e testar regras e limites de forma dissimulada. Na relação com os pares, chamava a atenção pela provocação, tinha dificuldades em valorizar o outro e em interagir na partilha do prazer com colegas.

No corrente ano letivo, o B.S. frequentava a Casa da Praia duas vezes por semana, dispondo de apoio pedagógico terapêutico em grupo e de psicomotricidade, também com a mesma frequência semanal. Para além disso, dispunha ainda de acompanhamento psicológico nesta mesma instituição, uma vez por semana.

De acordo com a professora responsável pelo grupo, esta criança devido ao seu mal-estar interno era capaz de depreciar o trabalho dos outros. Tratava-se de um menino que constantemente se queixava que não tinha amigos. No que concerne às questões escolares encontrava-se mais motivado, querendo trabalhar e incentivando os outros.

No que se reporta ao contexto de intervenção psicomotora era uma criança que, por vezes, se desorganizava no que respeita ao planeamento motor. Relativamente à interação com o adulto, o B.S. estabelecia uma boa relação com este, procurando sempre agradar. Contrariamente, na relação com os pares era bastante implicativo, fixando-se a pormenores que não eram relevantes para o restante grupo, aborrecendo-os. Por este motivo, embora não sendo rejeitado, não era escolhido nem valorizado pelos colegas do grupo. Para além do enunciado, esta criança não deixava transparecer os seus sentimentos e emoções, nem verbal nem corporalmente.

3.5 Instrumentos Utilizados na Recolha de Dados

A seguir serão enumerados os meios que conduziram à aquisição de informações pertinentes relativas às crianças em acompanhamento, em sala e na intervenção psicomotora. Assim, os instrumentos utilizados na recolha de dados foram os processos clínicos, para ambos os grupos, e o instrumento de avaliação psicomotora utilizado pela instituição, especificamente para o grupo de intervenção psicomotora.

3.5.1. Processos Clínicos

Os processos clínicos de cada uma das crianças revelaram-se pertinentes para o conhecimento de algumas questões que não estão implícitas no contacto direto com estas. A consulta dos processos permitiu um conhecimento total e mais vasto da criança no que respeita ao seu historial desenvolvimental, familiar e escolar, bem como nos remete para o percurso efetuado pela criança dentro da instituição.

3.5.2. Instrumento de Avaliação Psicomotora

A Casa da Praia, para apurar informações relativas ao nível do desenvolvimento psicomotor das crianças em apoio e conseqüentemente definir objetivos de intervenção, utiliza um instrumento de avaliação, denominado de Protocolo de Avaliação Psicomotora

da Casa da Praia, que foi elaborado pelos técnicos de psicomotricidade que outrora fizeram parte da equipa técnica, sendo que o mesmo tem vindo a ser aperfeiçoado por alguns dos estagiários que por aqui passam.

Para a construção do instrumento, considerando as problemáticas das crianças atendidas, foi efetuada uma vasta revisão bibliográfica com o objetivo de encontrar as provas que melhor se adequassem às suas características. Grande parte das provas selecionadas sofreram adaptações, especialmente no que diz respeito aos critérios de pontuação, acrescentando, também, alguns registos de carácter qualitativo (Rodrigues, Santos & Mira, 2004).

Atualmente o instrumento é constituído por provas da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (1975), do *ABC Movement* de Henderson e Sugden (1992), da *Body Skills* de Werder e Bruininks (1988), da Escala de Observação Somatognósica de Sousa (2001), do Teste de Avaliação da Motricidade Gnosoprática Distal de Vaivre-Douret (1997), do Teste de Conceitos Espaciais de Morato (1991) e, ainda, por provas originais introduzidas pelos técnicos da área. O mesmo compreende 31 provas no total, que se encontram organizadas pelos 7 fatores psicomotores, cujas cotações são atribuídas de 1 a 4 mediante a realização da criança. Assim, a pontuação de 1 corresponde à pior realização e 4 à melhor. A obtenção do valor de cada fator é conseguido a partir da média aritmética dos itens que o compõem (Rodrigues, Santos & Mira, 2004).

Uma vez que se destina à definição de objetivos imprescindíveis à intervenção, a avaliação com recurso a este instrumento pode e deve ser realizada no início e no final do período de intervenção, para aferir as evoluções da criança após esta. A escala não necessita de ser aplicada na totalidade se se verificar previamente que a criança não apresenta dificuldades em alguns domínios (Rodrigues, Santos & Mira, 2004).

A duração da aplicação do instrumento é variável, dependendo da participação e colaboração da criança no processo, devendo idealmente ser realizada em dois momentos diferentes, cada um com a duração aproximada de 50 minutos cada (Rodrigues, Santos & Mira, 2004).

O presente instrumento é utilizado com referência a critério e não à norma, na medida em que se pretende avaliar o desenvolvimento de capacidades específicas das crianças e não compará-las com as capacidades de outras crianças da mesma idade cronológica. É uma escala utilizada para comparação da criança consigo mesma, em dois momentos diferentes, sem comparação nem generalização à população portuguesa (Rodrigues, Santos & Mira, 2004).

Na tabela 3, a seguir apresentada, estão organizadas as provas incluídas no instrumento de avaliação, integradas no fator psicomotor correspondente.

Tabela 3:

Apresentação das provas avaliadas em cada fator psicomotor

Fatores Psicomotores	Provas Avaliadas	
<u>Tonicidade</u>	Passividade	
	Paratonia	
	Diadococinésias	
	Sincinésias	
<u>Equilíbrio</u>	Imobilidade	
	Equilíbrio Estático	Apoio Retilíneo
		Apoio em Pontas dos Pés
		Apoio Unipodal
	Equilíbrio Dinâmico	Marcha Controlada
Salto		
<u>Lateralização</u>	Ocular, Auditiva, Manual e Podal	
<u>Noção do Corpo</u>	Identificação das Partes do Corpo	
	Nomeação das Partes do Corpo (sentido cinestésico)	
	Somatognosia (memória cinestésica)	
	Construção do Puzzle do Corpo	
	Imitação de Gestos	
	Lateralidade Primária	
	Cruzamento da Linha média	
	Projeção no Espaço	
<u>Estruturação Espaciotemporal</u>	Conceitos Espaciais Básicos	
	Organização Espacial	
	Estruturação Dinâmica	
	Reprodução de Estruturas Rítmicas	
	Organização Rítmica	
	Memorização Rítmica	
<u>Praxia Global</u>	Coordenação Óculo-Manual	
	Coordenação Óculo-Podal	
	Coordenação Geral	
	Agilidade	
<u>Praxia Fina</u>	Percurso	
	Recorte	

3.6 Resultados das Avaliações Psicomotoras Iniciais

As avaliações psicomotoras que se seguem foram efetuadas nos meses de janeiro e fevereiro, havendo um caso excepcional que careceu de intervenção no mês de maio. A aplicação do instrumento de avaliação foi efetuada unicamente pela técnica estagiária, de acordo com a disponibilidade da professora responsável pelo grupo e mediante articulação com as outras atividades das crianças, dentro da instituição.

3.6.1. Resultados das Avaliações Psicomotoras Individuais

A avaliação do **A.D.** decorreu em sete momentos diferentes, com duração de 25 minutos cada um, sendo o comportamento manifesto uniforme. A criança manteve durante toda a avaliação um ritmo de execução que oscilava entre lento e moderado. Ainda, foi notória a ausência de preocupação relativa à pontuação obtida, realizando as provas sem grande investimento e com dificuldade em manter a atenção.

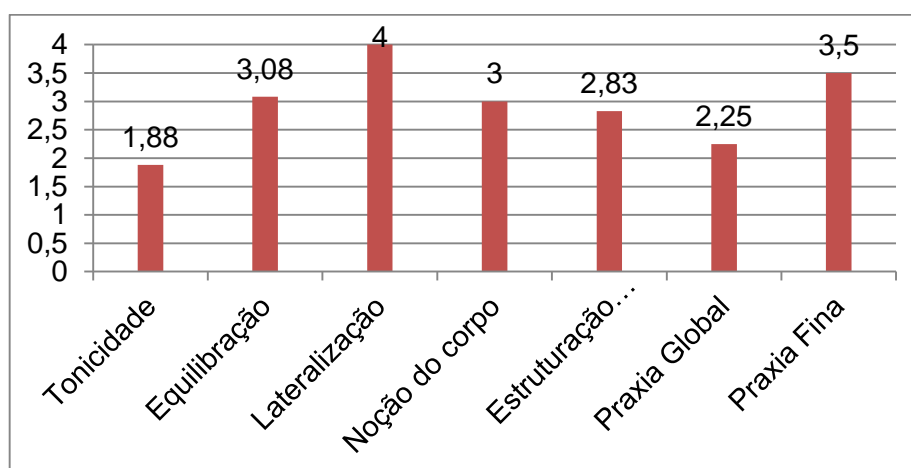


Figura 1. Resultados da avaliação psicomotora inicial do A.D.

Pela observação da figura 1 considera-se que as áreas menos fortes desta criança eram a tonicidade e a praxia global.

No que respeita ao fator psicomotor tonicidade, as pontuações obtidas foram dissonantes, variando entre boas pontuações e pontuações muito baixas, com cotações de um ponto. Na prova da passividade, não se verificaram diferenças entre a realização dos membros superiores dos inferiores, registando-se apenas a presença de ligeiros movimentos voluntários de oscilação e pendularidade. Contrariamente, na prova de paratonia, houve uma diferença na execução entre os membros, sendo a pontuação obtida

nos membros inferiores melhor. Assim sendo, sobressaíram-se maiores tensões e bloqueios nos movimentos provocados exogenamente nos membros superiores. Relativamente às diadococinésias e sincinésias, o A.D. obteve um ponto em ambas. Na primeira verificou-se uma discrepância entre a realização da mão esquerda e da mão direita no que se refere ao ritmo e amplitude de execução, dominando a mão direita, sendo que a mão esquerda realizava constantemente movimentos em espelho e, em ambos os braços havia afastamento do cotovelo. Por seu turno, na última prova deste fator psicomotor foram evidentes as sincinésias bucais e contra laterais.

Relativamente à equilíbrio, a pontuação obtida na imobilidade foi máxima. Por seu turno, nas tarefas relativas à prova de equilíbrio estático, as pontuações foram discrepantes, pois a criança apresentou uma pontuação muito baixa no apoio unipodal e, uma boa pontuação nas tarefas em pontas dos pés e em apoio retilíneo. No equilíbrio dinâmico, apesar de a criança não ter olhado em frente, esteve visivelmente empenhada na tarefa, realizando a prova sem erros mas com a presença de ocasionais reequilibrações ligeiras. De igual modo, na prova do salto a criança obteve uma boa pontuação, uma vez que conseguiu saltar dentro dos limites dos arcos, saltando um de cada vez.

No que se reporta à lateralização a criança apresentou um perfil DDDD, sendo a sua realização precisa, económica e perfeita, desprovida de hesitações e perturbações psicótónicas entre os telorreceptores e os proprioceptores.

Ao nível da noção do corpo, o A.D. evidenciou um grande domínio das partes constituintes do seu corpo, associando o nome ao segmento corporal e vice-versa. Também, obteve uma boa pontuação nas provas de lateralidade primária, cruzamento da linha média e projeção no espaço. Contudo, as pontuações obtidas nas restantes provas – somatognosia, construção do puzzle e imitação de gestos, foram baixas. Na prova de construção do puzzle, a criança demorou 56 segundos na sua realização. Contudo, não colocou todas as peças na posição correta, nomeadamente os braços e, mesmo após questionamento não identificou o erro. Na somatognosia, a criança não conseguiu reproduzir corretamente todas as posições, falhando na reprodução exata de determinados segmentos corporais. Relativamente à prova de imitação de gestos, o A.D. não conseguiu reproduzir grande parte das posições, evidenciando dificuldade na realização em espelho, mesmo após mediatização.

Por sua vez, na dimensão da estruturação espaciotemporal, a criança revelou conhecimento dos conceitos espaciais básicos, alcançando assim a pontuação máxima. Para além disso, revelou também alguma capacidade de orientação espacial, com antecipação da ação. Contudo, na realização da mesma – na prova de organização

espacial, sobressaíram-se alguns descontrolos finais das passadas. Na prova de estruturação dinâmica o seu desempenho foi bom, com facilidade de memorização, falhando apenas algumas orientações espaciais dos lápis. Respeitante às provas relacionadas com o ritmo, o A.D. evidenciou dificuldades na reprodução de estruturas rítmicas, alterando a ordem e invertendo os sons. Por seu turno, as pontuações obtidas nas provas de organização e memorização rítmica foram boas uma vez que a criança revelou facilidade em adaptar-se à variação dos ritmos e em deslocar-se de acordo com os mesmos, respetivamente.

Ao nível do fator psicomotor praxia global, de entre as quatro provas avaliadas, as fragilidades do A.D. revelaram-se na coordenação geral e na agilidade, pois a criança não conseguiu concretizar as tarefas mais complexas, sendo evidente a ausência de planificação motora. Para além disso, e mais especificamente na prova de agilidade a criança teve dificuldade em atender às solicitações verbais da técnica, sendo que durante a sua realização tropeçou nos seus próprios pés e caiu.

Ao nível da praxia fina, a criança obteve uma boa pontuação em ambas contempladas neste domínio, contabilizando apenas um erro no percurso da flor e três erros no recorte da imagem do pentágono.

Assim, considerando o seu diagnóstico psicodinâmico efetuado na Casa da Praia o perfil psicomotor apresentado reflete autenticamente a dificuldade emocional e comportamental desta criança, na medida em que a sua grande contenção, relacionada com as questões comportamentais irreduzíveis, se expressam em termos tónicos, estando o tónus aumentado. Consequentemente esta dificuldade na manutenção dos níveis tónicos em estados ideais, adequados às tarefas, tem implicação direta ao nível da praxia global, daí este fator constituir-se também como uma área menos forte.

A avaliação do **G.C.** decorreu em cinco momentos diferentes, com duração de 20 minutos cada. A criança manteve o seu empenho e preocupação em corresponder ao que era esperado para a obtenção de uma boa pontuação, durante toda a avaliação.

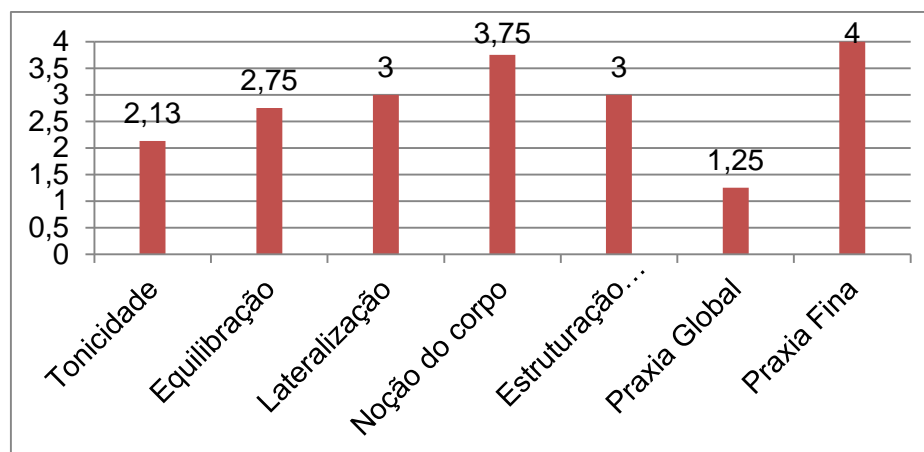


Figura 2. Resultados da avaliação psicomotora inicial do G.C.

Pela observação da figura 2 considera-se que as áreas menos fortes do G.C. eram a tonicidade e a praxia global.

Relativamente ao fator psicomotor tonicidade, a criança evidenciou alguma dificuldade de descontração muscular, realizando pequenos movimentos voluntários de oscilação e pendularidade e, por vezes bloqueios tanto nas provas de passividade como nas de paratonia. Contudo, a sua melhor realização verificou-se ao nível dos membros superiores na passividade. Por sua vez, na execução dos movimentos de pronação e supinação o G.C. efetuou-os de forma descoordenada, com perda de ritmo, sendo também a realização dos movimentos da mão esquerda executada em espelho. Na última prova contemplada neste fator psicomotor – sincinésias, sobressaíram-se as sincinésias bucais e contra laterais e, ainda, uma flexão do cotovelo.

No que diz respeito à equilíbrio, o G.C. realizou com grande facilidade a prova de imobilidade, manifestando durante a mesma alguns movimentos faciais, especialmente ao nível da boca. Nas provas de equilíbrio estático as pontuações variaram entre as tarefas, sendo a maior dificuldade demonstrada na execução da tarefa em pontas dos pés, cujo tempo de execução foi muito reduzido. Relativamente ao equilíbrio dinâmico, a criança realizou o percurso com alguns erros, grandes oscilações e reequilibrações exageradas. Para além disso, durante todo o seu deslocamento sobre a linha, o G.C. não conseguiu olhar em frente, não manteve a cabeça firme e, ainda, não compensou com os braços para manter o equilíbrio, colocando as mãos nos bolsos. Na concretização da prova do salto, apesar de a criança saltar um arco de cada vez, a mesma teve dificuldade em adaptar o movimento e em realizá-lo fluidamente e de forma controlada.

No que se reporta à lateralização a criança apresentou um perfil DEDD, sendo a parte ocular, manual e podal com predominância do lado direito sobre o esquerdo. No entanto, ao nível auditivo a criança demonstrou uma predominância esquerda. Assim, a sua

realização esteve desprovida de confusões, com uma realização completa, adequada e controlada das provas.

Ao nível da noção do corpo, o G.C. executou todas as provas com grande facilidade e sem confusões nem hesitações. A criança domina o conhecimento do seu corpo, associando os nomes à parte do corpo e vice-versa, bem como dos lados direito e esquerdo, em si e no outro. Ainda, apresenta uma boa memória cinestésica, pelo que conseguiu reproduzir grande parte dos movimentos da prova de somatognosia. Respeitante à construção do puzzle, a criança conseguiu colocar rapidamente todas as peças na posição correta num curto período de tempo, 20 segundos.

No que concerne à estruturação espaciotemporal, a criança obteve sucesso em todas as provas de orientação espacial, denotando-se um bom planeamento e antecipação da ação, assim como um grande conhecimento dos conceitos espaciais básicos. No entanto, as suas maiores fragilidades evidenciaram-se nas provas de reprodução e memorização rítmica, alterando e invertendo os ritmos e com dificuldade na adequação do ritmo ao seu deslocamento, respetivamente.

Quanto ao fator psicomotor praxia global, o desempenho da criança foi homogeneamente baixo em todas as provas. Relativamente às provas de coordenação óculo-manual e óculo-podal, o G.C. apesar da postura, força e velocidade adequada teve dificuldades em realizar o planeamento motor, em regular a ação ao longo das tentativas e, conseqüentemente em alcançar o alvo, situação que despoletou frustração. Especificamente na coordenação óculo-podal, ao pontapear a bola, esta dirigia-se sempre para a direita. No que respeita à coordenação a criança não conseguiu realizar nenhuma das sequências, confundindo-se mesmo nas tarefas simples de afastar e juntar pernas apenas. De igual modo, na prova de agilidade foi visível a sua dificuldade em atender às solicitações da técnica, sendo que a criança inclusive caiu, correu em câmara lenta, tocou nos pinos e foi tocada pela bola.

Ao nível da praxia fina, a criança obteve uma pontuação máxima, uma vez que nas suas provas constituintes não errou, respeitando os limites das figuras. Porém foram visíveis algumas reações tónico emocionais, realizando as provas com a língua de fora.

Partindo do motivo que conduziu esta criança à Casa da Praia, bem como do seu diagnóstico psicodinâmico nesta instituição, os resultados obtidos pelo G.C., mais especificamente as suas áreas fracas - tonicidade e praxia global - são o reflexo da sua agitação e instabilidade emocional. Considerada a função da tonicidade, de expressão emocional e relacional, este fator apresentou-se como área fraca devido à presença de estados tónicos aumentados que são o reflexo dos seus conflitos interiores, expressos pela

contenção dos movimentos. Relativamente à praxia global, a baixa pontuação obtida é justificada pela agitação, em que o agir constante se sobrepõe ao pensamento e ao planeamento, daí a dificuldade na realização das provas, visto que a criança não foi capaz de regular a sua ação ao longo das tentativas, mantendo sempre o mesmo padrão de funcionamento.

A avaliação da **L.A.** decorreu em oito momentos diferentes, com duração de 25 minutos cada. Tratou-se de uma avaliação extensa quanto à sua durabilidade, uma vez que a criança não foi consistente no que respeita ao seu empenho. Assim, oscilou entre momentos de interesse pelas tarefas, preocupada em corresponder, e momentos de desinteresse e recusa. Tal sucedeu quando as tarefas se tornaram mais complexas e a criança previa o seu insucesso.

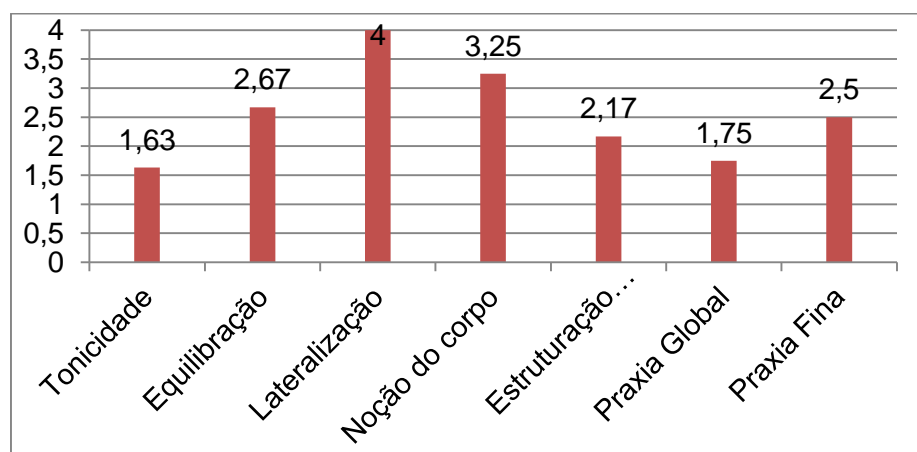


Figura 3. Resultados da avaliação psicomotora inicial da L.A.

Pela observação da figura 3 considera-se que as áreas menos fortes desta criança eram a tonicidade, a estruturação espaciotemporal e a praxia global.

No que diz respeito ao fator psicomotor tonicidade, as pontuações obtidas pela criança em todas as tarefas foram muito baixas e com a presença constante de manifestações emocionais, como o sorriso e, por vezes, até riso. Igualmente foram evidentes a presença de tensões, resistências e movimentos voluntários durante as manipulações introduzidas exteriormente. Por sua vez, na execução dos movimentos de pronação e supinação, o desempenho da L.A. foi descoordenado, com perda de amplitude e ritmo e realização em espelho, havendo, também, afastamento do cotovelo. Respeitante às sincinésias, sobressaíram-se as bucais.

Ao nível da equilibrção, a pontuação obtida na prova de imobilidade foi máxima, uma vez que a condição temporal – 60 segundos, foi conseguida. No entanto, durante a

concretização desta tarefa estiveram presentes os movimentos faciais, os sorrisos e as oscilações, assim como nas tarefas de equilíbrio subsequentes. Relativamente ao equilíbrio estático a criança demonstrou grande dificuldade em manter-se imóvel nas tarefas cuja base de sustentação era menor, designadamente nas tarefas de equilíbrio estático em pontas dos pés e em apoio unipodal, reequilibrando-se e interrompendo-as várias vezes. Na realização do salto, a L.A. afastava demasiado as pernas, revelando também dificuldades na aterragem obtendo, assim, uma baixa pontuação.

No que se reporta à lateralização a criança apresentou um perfil DDDD, sendo a sua realização precisa, económica e perfeita, desprovida de hesitações e perturbações psicótónicas entre os telerreceptores e os proprioceptores.

Ao nível da noção do corpo, a L.A. evidenciou um grande domínio das partes constituintes do seu corpo, associando o nome ao segmento corporal e vice-versa, sem hesitações nem confusões. Também, obteve uma boa pontuação nas provas de lateralidade primária, cruzamento da linha média e projeção no espaço e de imitação de gestos. Contudo, revelou dificuldades nas provas de somatognosia e construção do puzzle. Tal manifestou-se pelo facto de na prova de construção do puzzle a criança não ter colocado convenientemente todas as peças e de não identificar o erro mesmo após mediatização e, na prova de somatognosia por ter evidenciado dificuldades em reproduzir corretamente as últimas posições, o que poderá estar relacionado com um maior cansaço.

Nas provas correspondentes à estruturação espaciotemporal, a criança revelou bom domínio dos conceitos espaciais básicos. Todavia, as dificuldades surgiram ao nível do planeamento motor e no cálculo dos passos a efetuar em cada percurso. Também, nas provas rítmicas constatou-se a dificuldade de adaptação do movimento da criança ao ritmo marcado.

Quanto ao fator psicomotor praxia global, o desempenho da criança foi homogéneo, mas com registo de pontuações muito baixas, pois nas provas de coordenação óculo manual e óculo podal, não houve planeamento da ação, sendo também a sua postura inadequada, pelo que a criança apenas acertou no alvo uma vez em cada uma destas provas. Respeitante à coordenação, a L.A. não conseguiu realizar nenhuma das seqüências, confundindo-se, mesmo na mais simples – afastar e juntar as pernas unicamente. Também na agilidade esteve presente uma displanificação motora e uma dificuldade em executar as solicitações verbais da técnica, verificando-se sempre o mesmo ritmo de execução, por exemplo.

Ao nível da praxia fina, a criança obteve uma boa pontuação na prova do percurso da flor, contabilizando apenas dois erros na melhor realização. Porém, as dificuldades

sobressaíram-se na prova do recorte do pentágono, cuja melhor realização contou com quatro desvios.

Relativamente ao perfil psicomotor obtido pela criança, e tendo como referência a informações contempladas no seu diagnóstico psicodinâmico, onde se registavam a sua grande imaturidade, pouca persistência nas tarefas e a sua grande agitação, para além das questões intimamente ligadas à sua fragilidade psicoafetiva, é passível afirmar-se que o perfil psicomotor obtido corrobora com as suas características manifestas. Globalmente a tonicidade, a estruturação espaciotemporal e a praxia global apresentaram-se como áreas menos fortes, devido à fragilidade da criança que se manifestou na sua contida expressão corporal, no que se refere às provas de tonicidade, à sua dificuldade de planeamento da ação e dificuldade de integração dos dados espaciais, expressa pelas provas de estruturação espaciotemporal e, à sua dificuldade de «parar» o corpo e dar espaço ao pensamento e à organização e regulação da ação ao longo das repetições das tarefas, especificamente nas provas de praxia global.

A avaliação do **R.P.** decorreu em cinco momentos diferentes, com duração de 30 minutos cada um, sendo o comportamento manifesto uniforme. A criança manteve a sua motivação e ritmo rápido de execução durante a avaliação. Porém a impulsividade e a dificuldade em focar a atenção também foram evidentes.

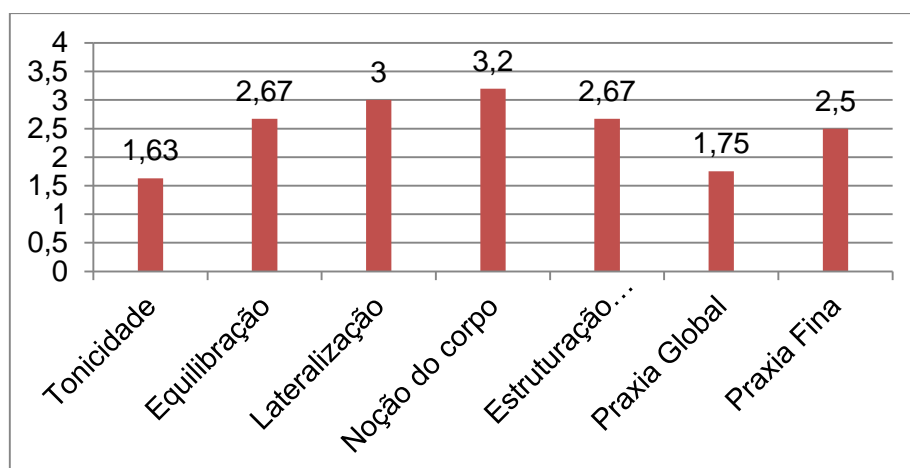


Figura 4. Resultados da avaliação psicomotora inicial do R.P.

Pela observação da figura 4 considera-se que as áreas menos fortes do R.P. eram a tonicidade e a praxia global.

No que respeita ao fator psicomotor tonicidade, o desempenho da criança foi uniforme, obtendo cotações muito baixas em todas as tarefas integrantes deste. O R.P. revelou algumas dificuldades de descontração, dos membros inferiores e superiores de

igual modo, aquando as mobilizações provocadas exogenamente e, a presença de tensões e resistências foi também evidente. Ao nível do tónus de ação os seus movimentos foram descoordenados e com ligeiras alterações de ritmo e velocidade na sua realização. No que concerne às sincinésias, foram evidentes as sincinésias linguais, bem como as contra laterais, com crispação dos dedos da mão contra lateral.

Relativamente à equilibração, a pontuação obtida na imobilidade foi máxima, o que equilibrou as restantes pontuações, conduzindo a que no geral fosse uma área forte. Contudo, ao nível do equilíbrio estático e dinâmico foram evidentes oscilações e reequilibrações abruptas, durante a realização das tarefas. Especificamente no equilíbrio estático constatou-se que a criança obteve uma boa pontuação no apoio retilíneo, sendo que, com a redução da sua base de sustentação – pontas dos pés e em apoio unipodal, o tempo de execução era menor, obtendo assim cotações mais baixas. De igual modo, a pontuação obtida na prova do salto foi baixa, pois apesar de efetuar movimentos lentos e controlados, saltando um arco de cada vez, por vezes não respeitava os limites dos arcos, tocando-lhes.

No que se reporta à lateralização a criança apresentou um perfil DDDE, evidenciando dominância direita relativamente às áreas ocular, auditiva e manual, sendo na podal a lateralização esquerda. A sua realização nas tarefas foi controlada, adequada, completa e isenta de hesitações e confusões.

Ao nível da noção do corpo, o R.P. evidenciou um grande domínio das partes constituintes do seu corpo, associando o nome ao segmento corporal e vice-versa. Na prova de construção do puzzle, a criança em 32 segundos conseguiu montá-lo colocando as peças corretamente sem auxílio nem mediação da técnica. Respeitante à lateralidade primária e ao cruzamento da linha média, a criança revelou uma boa consolidação destes conhecimentos. Porém, na prova de projeção no espaço, a pontuação foi bastante discrepante relativamente às outras provas, uma vez que foram evidentes as dificuldades da criança na identificação o lado direito e esquerdo no corpo do outro.

Por sua vez, na dimensão da estruturação espaciotemporal, a criança revelou um bom nível de memorização na estruturação dinâmica, efetuando apenas uma troca na orientação espacial dos lápis. Todavia, no R.P. foi evidente a dificuldade de integração dos ritmos, pois não obteve sucesso nas provas rítmicas, o que se repercutia na sua realização, pelo que não adaptava o movimento ao ritmo marcado. Ressalva-se que isto pode dever-se ao facto de a criança ter vivido muitos anos com uma baixa acuidade auditiva, dificultando a discriminação de sons.

Uma vez mais, no fator psicomotor praxia global, a pontuação obtida volta a ser homogeneamente baixa. Nas atividades relacionadas com a coordenação óculo manual e óculo podal, o R.P., apesar da adequada postura, velocidade e força dos lançamentos teve dificuldades em alcançar o alvo e, em cada repetição, teve também dificuldades em reajustar a sua estratégia, uma vez que constantemente, no pontapear especificamente, a bola desviava-se do alvo, dirigindo-se para o lado direito. Por seu turno, na atividade de coordenação, a criança não conseguiu concretizar as tarefas mais complexas, sendo evidente a ausência de planificação motora, bem como a dificuldade de coordenação entre os membros superiores e inferiores. Também na agilidade esta ausência de planeamento esteve presente, acrescentando a dificuldade da criança em atender às solicitações verbais da técnica.

Ao nível da praxia fina, a criança obteve uma boa pontuação na prova do percurso da flor, contabilizando apenas três erros na melhor realização. Porém, as dificuldades sobressaíram-se na prova do recorte do pentágono, cuja melhor realização contou com cinco desvios.

Para além disso, torna-se essencial reforçar que mesmo nas áreas fortes, e considerando o padrão típico de funcionamento desta criança, numa mesma atividade, apresentava mais erros no final das tarefas, momento em que começava a sentir-se cansado.

Considerando o perfil psicomotor obtido pelo R.P., e as suas características comportamentais mais evidentes, o mesmo reflete e reforça as dificuldades que se constituíram como motivos de encaminhamento até à Casa da Praia. A tonicidade tem implicação em termos do comportamento na medida em que a função tónica integra a história das informações exteriores, interrelacionando-se com as informações internas, daí a expressão do seu mundo internos e o bloqueio miniestado em termos do tónus de repouso e de ação. No que respeita à praxia global constituir-se como área menos forte, a mesma deve-se ao facto de a criança agir impulsivamente, não procurando o equilíbrio tónico-emocional, daí que não planificava adequadamente as ações, nem as reajustava. Tal repercutia-se numa atitude desarmónica, pouco económica e coesa.

A avaliação do **T.G.** decorreu em três momentos, dois com a duração de 20 minutos e o outro com a duração de 75 minutos. Respeitante ao comportamento manifesto, foi evidente o seu empenho, motivação e esforço ao longo de toda a avaliação, uma vez que a sua preocupação em corresponder, em ser o melhor era constante.

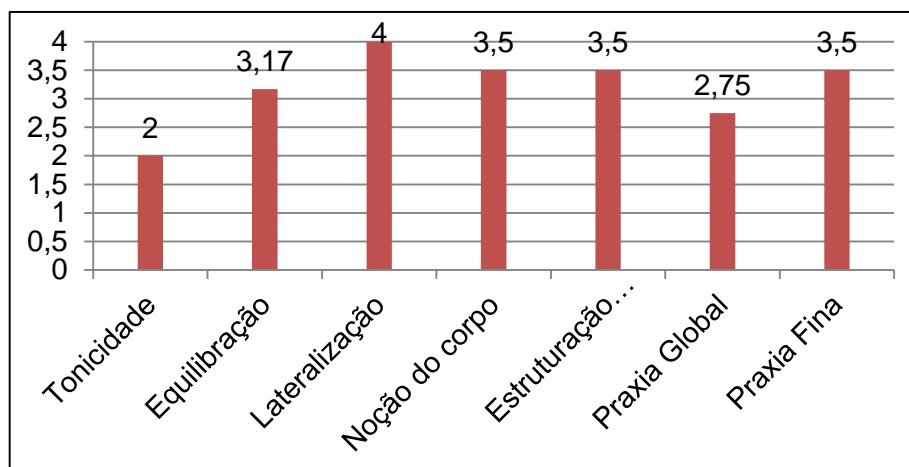


Figura 5. Resultados da avaliação psicomotora inicial do T.G.

Pela observação da figura 5 considera-se que a área menos forte desta criança era a tonicidade.

No que respeita ao fator psicomotor tonicidade, a criança foi homogénea em todo o seu desempenho, apresentando baixas cotações em todas as provas. Tais resultados eram espectáveis considerando o seu perfil hipertónico. Relativamente às provas de passividade e paratonia, o T.G. permitiu as mobilizações provocadas exogenamente, porém com visíveis tensões e bloqueios proximais e com ligeiras diferenças de realização entre os membros superiores e inferiores, obtendo melhores desempenhos nos primeiros. Por seu turno, na prova de pronação e supinação – diadococinésias, os movimentos foram efetuados de forma descoordenada, com crispação dos dedos, perda de velocidade e amplitude durante a execução e com a realização em espelho da mão esquerda. Na última prova, de sincinésias, o T.G. agarrou a bola com a mão direita e emergiram as sincinésias bucais e contra laterais.

Relativamente à equilibração, e como se constata pela observação da figura 5, a realização da criança neste fator foi boa, de um modo geral. De um modo mais específico, nas provas de imobilidade e equilíbrio estático, o T.G. conseguiu permanecer nas posições o tempo máximo necessário à obtenção da melhor pontuação, à exceção da tarefa em apoio estático unipodal, cujo tempo alcançado não foi máximo, porém conducente, de igual modo, a uma boa pontuação. No entanto, novamente a rigidez corporal esteve presente, bem como as oscilações e os movimentos faciais. No que concerne ao equilíbrio dinâmico, a criança realizou a prova com alguns erros, demasiado depressa, não olhando em frente e com reequilibrações abruptas. Ainda, na prova do salto, a criança conseguiu adaptar o movimento em cada realização, mas sempre com movimentos muito rígidos, apesar de controlados.

No que se reporta à lateralização, o T.G. apresentou uma predominância do lado direito do corpo em relação ao esquerdo, pelo que obteve um perfil DDDD, realizando todas as tarefas espontaneamente, sem hesitações e com proficiência.

Ao nível da noção do corpo, a criança tem um bom domínio e conhecimento do mesmo, bem como do corpo do outro, uma vez que conseguiu identificar as partes do seu corpo nomeadas pela técnica, nomear ele próprio as partes que lhe eram tocadas e projetar este mesmo conhecimento no corpo do outro. Todavia, nesta penúltima prova o T.G. hesitou na nomeação dos lados direito e esquerdo dos segmentos em que era tocado. Na prova de somatognosia a criança conseguiu reproduzir rápida e corretamente grande parte das posições, embora com grande rigidez corporal. No que respeita à construção do puzzle, nem todas as peças foram colocadas corretamente, mas quando questionado, o T.G. percebeu aonde pertenciam as peças de sobra, designadamente os braços, a parte proximal. Relativamente à prova de imitação de gestos, foram reproduzidos pela criança de forma imediata e correta a maior parte das posições, porém outras foram reproduzidas peça a peça e, inclusive duas não foram reproduzidas de forma correta.

Por sua vez, na dimensão da estruturação espaciotemporal, a criança demonstrou um domínio total dos conceitos espaciais básicos que lhe foram apresentados, assim como uma boa capacidade de planeamento da ação, visto que na prova de organização espacial realizou corretamente os cálculos e os três percursos solicitados. Na prova de estruturação dinâmica o T.G. obteve uma boa pontuação, o que refletiu a sua boa capacidade de memorização, contudo errou a reprodução de uma sequência, não incluindo na reprodução o número exato de lápis. Nas provas associadas ao ritmo, a criança evidenciou facilidade quer na reprodução de estruturas rítmicas, quer na organização e memorização rítmica

Uma vez mais, na praxia global foi visível um bom desempenho do T.G. na prova de coordenação óculo-manual, cuja mão utilizada foi a direita, sendo também a posição e velocidade de lançamento adequada. Contrariamente, na prova de coordenação óculo-podal apesar da postura e velocidade adequada, a criança apenas conseguiu um ponto, pois não conseguiu regular a sua ação ao longo das tentativas. Ao nível da coordenação geral e agilidade, a criança conseguiu realizar as tarefas mais simples, o que não se verificou aquando da complexificação das mesmas como foi o caso de saltar e afastar pernas e braços alternadamente e correr desviando-se dos obstáculos, respetivamente.

No fator psicomotor praxia fina a criança, na prova do percurso, posicionou a cabeça muito próxima da folha, para além da preensão imatura do lápis. Na prova de recorte, o T.G. na primeira tentativa, devido à frustração por dificuldade de realização da tarefa

recortou tudo sem respeitar as instruções. Após o sucedido a técnica incentivou-o a aproveitar as restantes tentativas, o que foi aceite, obtendo-se assim o sucesso.

O perfil psicomotor apresentado pelo T.G. representa claramente a sua grande dificuldade, que se situa ao nível da tonicidade. Partindo da avaliação inicial efetuada na instituição, esta criança não apresenta dificuldades de aprendizagem, todavia as questões relacionadas com a ansiedade encontravam-se marcadamente presentes. Por este motivo, em termos tónicos esta criança coloca sempre muita tensão em tudo aquilo que faz, também devido, maioritariamente, à sua rigidez de pensamento que se traduz numa rigidez corporal. Deste modo, os resultados da presente avaliação psicomotora resultam das características da criança que foram refletidas aquando da sua avaliação inicial na Casa da Praia.

A avaliação do **B.S.** foi efetuada em dois momentos diferentes, cada um com a duração aproximada de 60 minutos. No que se reporta ao seu comportamento predominante destacou-se a sua motivação e também alguma impulsividade.

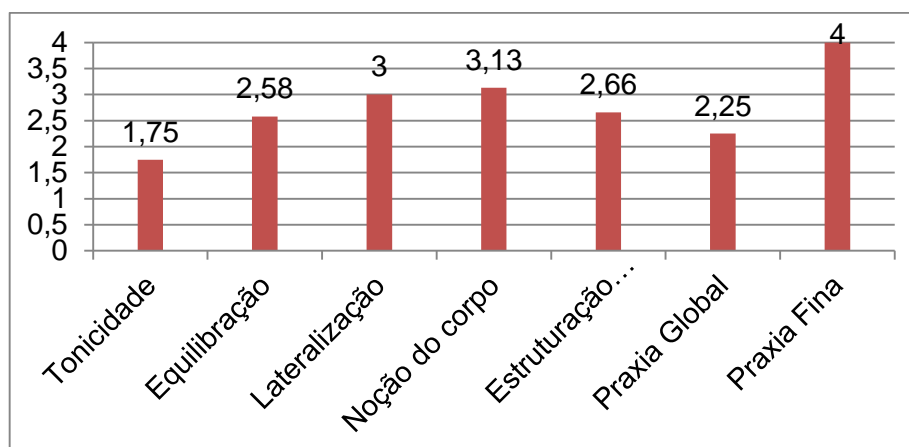


Figura 6. Resultados da avaliação psicomotora inicial do B.S.

Pela observação da figura 6 considera-se que as áreas menos fortes do B.S. eram a tonicidade e a praxia global.

Relativamente ao fator psicomotor tonicidade, o desempenho da criança foi uniforme fraco, obteve cotações muito baixas em todas as provas. No entanto, destacaram-se as provas de passividade, onde a cotação registada foi a mais baixa de todas, pois a criança revelou uma dificuldade óbvia de descontração muscular, sempre em presença de grande rigidez, mesmo após reforço da técnica e de esta se oferecer como modelo. Contrariamente, na prova de paratonia o seu desempenho melhorou ligeiramente, embora com a permanente presença de tensões e bloqueios em todos os movimentos,

especialmente nos movimentos proximais dos membros superiores. Ao nível do tónus de ação, percebido na prova das diadococinésias, os seus movimentos executados revelaram-se descoordenados, havendo realização dos movimentos da mão esquerda em espelho, quando a mão dominantes – mão direita, realizava a tarefa. Na prova das sincinésias, facilmente foram percebidas as sincinésias bucais e contra laterais, com emergência de reações tónico-emocionais sem inibição de movimentos associados.

No que diz respeito à equilibração, a pontuação obtida na imobilidade foi máxima. Todavia, este bom desempenho não se perpetuou pelas provas seguintes deste fator psicomotor, baixando substancialmente as pontuações. Nas provas de equilíbrio estático e dinâmico foram evidentes oscilações e passadas bruscas e rápidas, respetivamente. Concretamente na prova do salto, sobressaíram-se saltos pouco fluídos, sendo a postura adotada durante a tarefa inadequada, devido à manifesta rigidez corporal. No entanto, saltou todos os arcos, um de cada vez mantendo a posição dos pés em cada salto.

Respeitante à lateralização a criança apresentou um perfil DEDD, evidenciando dominância lateral direita quanto às áreas ocular, manual e podal, sendo a tarefa relativa à área podal efetuada com o lado esquerdo. A realização da criança em todas as tarefas este isenta de hesitações e confusões.

Considerando da figura 6, constatamos que a noção do corpo se constituiu como a área mais forte do B.S.. Esta criança revelou dominar os conhecimentos relativos ao seu corpo, nomeadamente das partes que o constituem, associando o nome ao segmento corporal e vice-versa, embora com ligeiras hesitações. Também predominou o seu bom desempenho nas provas de projeção no espaço, relacionada com a identificação das partes e dos lados no corpo do outro. Na prova de construção do puzzle, a criança em 1 minuto e 28 segundos conseguiu realizar a montagem. Ao início não conseguiu colocar todas as peças na posição correta, mas quando questionado identificou o erro, emendando-o. Nas provas de imitação de gestos a de somatognosia registaram-se pontuações mais baixas, pois a criança confundia-se, colocando os segmentos corporais numa posição diferente à posição pretendida.

Ao nível da estruturação espaciotemporal, a criança revelou um bom domínio dos conceitos espaciais básicos, além de um bom nível de organização espacial, de reprodução das estruturas rítmicas assim como de memorização rítmica, sendo as provas em que apresentou um bom desempenho. Todavia, as suas dificuldades surgiram nas provas de estruturação dinâmica, em que a criança evidenciou dificuldades de sequencialização visuoespacial, pelo que não colocava os lápis na posição correta e na

organização rítmica, onde se deslocava pelo espaço sem conseguir adaptar os deslocamentos às variações de ritmo.

À semelhança da equilibração, o fator psicomotor praxia global foi também a área mais fraca do B.S.. O seu bom desempenho constatou-se na prova de coordenação óculo-manual, onde a postura de lançamento foi adequada, embora sem planeamento motor aparente e na prova de agilidade, em que conseguiu superar o nível rudimental e funcional corretamente, sem erros. Por seu turno, nas provas de coordenação óculo-podal e coordenação geral este bom desempenho alterou-se. Na prova de coordenação óculo-podal a criança não conseguiu alcançar o alvo uma única vez, pois não adotou a postura de lançamento adequada nem regulou a sua ação ao longo das tentativas, sendo também inexistente a elaboração do planeamento motor. A criança, na prova de coordenação geral apenas conseguiu realizar uma das três sequências contempladas, sendo a única conseguiu realizada de forma pouco consistente e com algumas paragens.

A praxia fina revelou-se um domínio forte do B.S., obtendo a pontuação máxima nas provas. Tal desempenho deveu-se à sua grande concentração e empenho nas tarefas das provas. Contudo, sobressaiu-se qualitativamente na prova do percurso o ângulo estranho em que colocou a cabeça durante a tarefa, a força excessiva exercida no lápis e uma preensão imatura.

Nesta criança, o facto de a tonicidade se constituir como uma área fraca reflete a ideia inicial do seu mal-estar interior. Nitidamente nas provas integrantes neste fator psicomotor a criança apresentou uma grande contenção e bloqueio. A sua manifesta dificuldade de descontração muscular traduz o complexo funcionamento mental, todavia, difícil de compreender, pois trata-se de uma criança impermeável à manifestação do seu mundo interno. De igual modo, são também as questões tónicas que lhe estão a comprometer as dificuldades ao nível grafo-motor, realizando movimentos pouco fluidos e harmoniosos. Daí advêm as dificuldades registadas ao nível da praxia global.

Na tabela 4 apresentam-se, sucintamente, as áreas menos fortes das crianças avaliadas, apuradas através das avaliações psicomotoras.

Tabela 4:

Síntese das áreas fracas de cada uma das crianças

<u>Criança</u> <u>Avaliada</u>	<u>Áreas Menos Fortes</u>
A.D.	Tonicidade Praxia Global
G.C.	Tonicidade

	Equilibração Praxia Global
L.A.	Tonicidade Estruturação Espaciotemporal Praxia Global
R.P.	Tonicidade Praxia Global
T.G.	Tonicidade
B.S.	Tonicidade Praxia Global

3.6.2. Resultado da Avaliação Psicomotora Inicial do Grupo

Considerando os dados quantitativos das avaliações psicomotoras individuais iniciais e partindo destes foi realizada a média aritmética dos resultados individuais, obtendo-se, assim, o perfil geral do grupo, apresentado na figura 7.

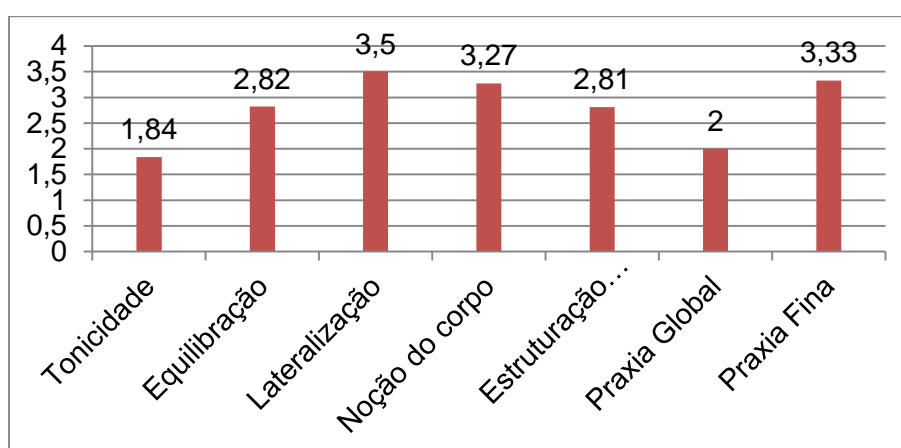


Figura 7. Resultados da avaliação psicomotora inicial do grupo

Pela análise da figura 7 rapidamente se concluiu que as áreas menos fortes do grupo são a tonicidade e a praxia global. Contudo, serão também incluídos nos objetivos de trabalho deste grupo a equilibração e a estruturação espaciotemporal por, de igual modo se registarem pontuações baixas.

Assim, partindo dos resultados da avaliação psicomotora quantitativa e das características das crianças evidenciadas no contexto de sessão, anteriormente mencionadas, avaliadas informalmente, foi delineado o plano de intervenção pelo estabelecimento de objetivos adequados às suas necessidades.

3.7 Objetivos Terapêuticos

3.7.1. Objetivos Terapêuticos do Grupo

Tabela 5:

Objetivos terapêuticos para o grupo de intervenção psicomotora

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Melhorar a capacidade de regulação tónica	Descontrair em situações de retorno à calma
		Consciencializar do estado tónico
	Aperfeiçoar a capacidade de equilibração	Melhorar a eficiência dos padrões motores básicos – correr, saltar, arremessar e chutar
		Aperfeiçoar as aptidões dinâmicas que dão suporte a uma resposta motora
	Melhorar a estruturação espacial e temporal	Melhorar a capacidade de avaliação de distâncias e planeamento motor
	Melhorar a praxia global	Adequar a postura às exigências da tarefa
Desenvolver o planeamento da ação		
Aperfeiçoar a coordenação dos membros com as capacidades perceptivo-visuais		
Cognitivo	Aumentar a focalização da atenção	Elevar o tempo de atenção e focalização nas instruções e nas tarefas
	Melhorar a expressão verbal e a capacidade de planificação	Melhorar a capacidade de planeamento discurso
		Melhorar a capacidade argumentativa e a expressão das próprias ideias
		Melhorar a capacidade de organização do pensamento
	Desenvolver a capacidade de resolução de problemas	Desenvolver estratégias de resolução de situações-problema
Demonstrar capacidade de pensar em alternativas		
	Aumentar a participação nas atividades	Reduzir o número de desistências nas tarefas
	Melhorar a capacidade de autogestão	Refletir e avaliar o comportamento evidenciado na sessão

Comportamental/ Psicoafectivo e Socioemocional		Elevar o autoconhecimento das suas potencialidades e dificuldades
		Reduzir a emergência de comportamentos obsessivos
	Melhorar as competências de socialização	Reconhecer e pensar a existência do outro
		Desenvolver a capacidade de se colocar no papel do outro
		Respeitar os colegas e esperar pela sua vez
		Eliminar comportamentos de provocação
		Reduzir comportamentos de oposição e desafio
		Ouvir o outro e aceitar as suas opiniões
		Reconhecer e aceitar as regras dos jogos e do espaço

3.7.2. Objetivos Terapêuticos Individuais

De seguida serão apresentados os objetivos específicos definidos para cada criança individualmente.

No final do período de intervenção o A.D. deverá ser capaz de:

No domínio psicomotor - descontrair em situações de retorno à calma; expressar-se corporalmente de forma controlada e harmoniosa; avaliar adequadamente as distâncias do espaço e lançar/chutar a bola controladamente, fixando o alvo com o olhar e adotando a postura adequada.

No domínio cognitivo - permanecer atento durante as explicações das atividades e nos momentos de diálogo; planear adequadamente o discurso antes de verbalizar; contribuir com ideias e opiniões, justificando-as convenientemente e pensar em alternativas adequadas às situações; e implementá-las.

No domínio comportamental/psicoafetivo e socioemocional - participar em todas as tarefas propostas; analisar e avaliar o seu comportamento evidenciado na sessão; não agredir os colegas através dos materiais lançados; permanecer na atividade mesmo após o insucesso; aceitar o que lhe é dito pelo adulto ou pelos pares; e aceitar as regras de jogo sem se opor.

No final do período de intervenção o G.C. deverá ser capaz de:

No domínio psicomotor - executar as tarefas de retorno à calma adequadamente, segundo as instruções; consciencializar-se do estado tónico ideal nos momentos de descontração muscular; avaliar as distâncias nos lançamentos com bola; adequar a postura, realizando movimento preparatório; regular e adaptar a sua ação motora ao longo das repetições.

No domínio cognitivo - permanecer atento às instruções e durante a participação/intervenção dos colegas, não se envolvendo em tarefas paralelas; e pensar em alternativas e estratégias para as situações-problemas que surjam.

No domínio comportamental/psicoafetivo e socioemocional - permanecer nas situações de jogo, mesmo perante o fracasso; controlar a sua frustração; reconhecer, equilibradamente, as suas dificuldades e as suas capacidades; valorizar o outro e as suas capacidades em detrimento da sua sobrevalorização; esperar pela sua vez de falar, não interrompendo os colegas sistematicamente; e aceitar as decisões do adulto, sem que surjam comportamentos de oposição.

No final do período de intervenção a L.A. deverá ser capaz de:

No domínio psicomotor - descontrair em situações de retorno à calma, inibindo as reações tónico-emocionais; realizar deslocamentos pelo espaço harmoniosamente, coordenando os membros superiores e inferiores; avaliar as distâncias e regular e adaptar a sua ação motora ao longo das repetições.

No domínio cognitivo - permanecer atento às instruções e durante a participação/intervenção dos colegas, não adotando comportamentos desviantes; expressar as suas ideias claramente, justificando-as; organizar o pensamento antes de o traduzir oralmente; resolver situações-problemas, através do fornecimento de estratégias e alternativas; e pensar em alternativas e estratégias para as situações-problemas que surjam.

No domínio comportamental/psicoafetivo e socioemocional - esperar pela sua vez de falar, sem interromper os colegas; permanecer junto ao grupo em situações de diálogo; não agredir os colegas; respeitar os pares e o adulto sem manifestar comportamentos de oposição; e aceitar as opiniões e os diferentes pontos de vista.

No final do período de intervenção o R.P. deverá ser capaz de:

No domínio psicomotor - descontrair em situações de retorno à calma; distinguir os ritmos rápidos dos lentos, adequando convenientemente a sua deslocação; realizar deslocamentos harmoniosos pelo espaço, sem embater nos colegas e nos materiais;

avaliar as distâncias nos lançamentos com bola, adequando a postura; e regular e adaptar a sua ação motora ao longo das repetições.

Ressalva-se que, no domínio psicomotor, o R.P. beneficiou do trabalho de mais objetivos, nomeadamente ao nível da estruturação espaciotemporal, pois com esta criança foi também desenvolvido um trabalho em contexto individual.

No domínio cognitivo - permanecer atento às instruções, questionando quando não percebe; não se distrair facilmente; contribuir nos diálogos com ideias e opiniões, justificando-as; e organizar e planear o discurso.

No domínio comportamental/psicoafetivo e socioemocional - inibir as respostas impulsivas; perceber as suas capacidades, elevando assim a sua autoestima e autoconfiança.

No final do período de intervenção o T.G. deverá ser capaz de:

No domínio psicomotor - descontrair em situações de retorno à calma; e realizar as provas harmoniosamente, com um tónus muscular adequado à tarefa.

No domínio cognitivo - organizar e planear o pensamento antes de o verbalizar oralmente; pensar em estratégias e alternativas para a resolução de situações que surjam.

No domínio comportamental/psicoafetivo e socioemocional - flexibilizar o pensamento, aceitando pontos de vista divergentes; lidar com a frustração e permanecer nas tarefas; encontrar outras formas de expressão dos sentimentos, além das «explosões» de fúria; reconhecer o que é capaz de realizar e o que não é capaz; e respeitar os outros e os seus ritmos individuais.

No final do período de intervenção o B.S. deverá ser capaz de:

No domínio psicomotor - descontrair em situações de retorno à calma; realizar movimentos e deslocamentos harmoniosos e coordenados; melhorar a precisão dos movimentos; avaliar as distâncias; e regular e adaptar a sua ação motora ao longo das repetições.

No domínio comportamental/psicoafetivo e socioemocional - não se envolver em comportamentos de provocação subtil face ao adulto; e reconhecer e admitir os seus comportamentos e atitudes.

3.8 Fundamentação dos Objetivos dos Domínios Cognitivo, Comportamental/Psicoafetivo e Socioemocional

A pertinência dos objetivos psicomotores foram justificados pelos resultados das avaliações psicomotoras realizadas inicialmente. No entanto, para apurar as questões relacionadas com os restantes domínios – cognitivo, comportamental/psicoafetivo e socioemocional não foram aplicados instrumentos. Os mesmos basearam-se nas observações qualitativas ao grupo, realizadas no período decorrido de outubro a janeiro.

Uma intervenção ao nível destes domínios é fundamental, pois favorece à criança, num contexto mais livre e contentor, explorar as áreas de maior dificuldade que lhe estão a comprometer o seu desempenho noutros contextos, como é o caso da sala de aula. Deste modo, é fundamental e de extrema importância que o técnico de psicomotricidade atue nestas áreas para que a criança faça o *transfer* das aprendizagens informais, realizadas no contexto da sessão, para os contextos onde são exigidas as aprendizagens formais e a disponibilidade da criança para aprender.

Para além disso, e de acordo com o princípio pelo qual se rege a psicomotricidade, de olhar a criança como um todo, torna-se pertinente olhar não só para a execução motora e *performance* nas provas e nas atividades, mas também olhar todas as questões subjetivas que são explícitas pela motricidade da criança.

Assim, os vários momentos da sessão de psicomotricidade constituem-se como espaços de organização e de estruturação das crianças em termos cognitivos, comportamentais e emocionais. Desde a sua entrada neste contexto até ao final são utilizadas diversas formas privilegiadas para o trabalho dos referidos domínios. Através dos diálogos que ocorrem é estimulada a atenção, abstração e planificação, para além das questões relacionadas com a autoestima e autoconfiança, bem como de socialização, como o respeitar o outro e a sua vez de falar. Pelo recurso aos jogos e ao lúdico, as crianças confrontam-se com algumas das suas dificuldades e aprendem a ultrapassá-las pelo encontro de estratégias que lhes permitem lidar de forma menos intensa e mais prazerosa com as situações.

Os objetivos integrados nos domínios neste ponto em discussão, e que são apresentados na tabela 5 dizem respeito aos objetivos delineados para o grupo. Porém, para cada criança, devido às suas características particulares, foram definidos objetivos mais individualizados.

Para o A.D. os principais objetivos assentaram na redução dos seus comportamentos obsessivos e conseqüentemente na flexibilização do pensamento, pois tratava-se de uma criança difícil de demover após a formação de pensamentos e ideias e na redução das

suas desistências/recusas das tarefas. Relativamente ao G.C., a prioridade centrou-se na redução dos seus sentimentos de onipotência, da sua sobrevalorização e consequente no aumento da valorização das capacidades dos pares, sendo também imprescindível a atuação ao nível da sua resistência à frustração. No que respeita à L.A., os objetivos passaram fundamentalmente por minimizar os seus comportamentos de oposição e desafio, bem como as questões relacionadas à agressividade para com os pares. No que se refere ao R.P., o aumento da capacidade de inibir as respostas impulsivas e o aumento da sua autoestima e autoconfiança foram o foco da intervenção. Para o T.G. os objetivos desenvolvidos foram essencialmente o respeito pelo outro, pelas suas dificuldades e ritmos individuais, o que muitas vezes se relacionava com as suas vontades/pensamentos obsessivos. Por seu turno, para o B.S. o objetivo centrou-se na redução do seu envolvimento em comportamentos de provocação subtil.

3.9 Contexto de Intervenção Psicomotora

As sessões de psicomotricidade em grupo tiveram lugar no ginásio da Casa da Praia, duas vezes por semana, com a duração de 45 minutos. À segunda-feira a sessão iniciava-se às 11h, enquanto à sexta-feira a hora de início estipulada era às 10 horas. No total foram realizadas 30 sessões, embora nem sempre em presença de todo o grupo.

Relativamente à intervenção individual do R.P., o espaço físico onde decorria era também no ginásio, sendo que se realizava às sextas-feiras às 11 horas. No total contabilizaram-se 13 sessões.

No que se reporta à estrutura da sessão, a mesma não sofreu grandes modificações ao longo do tempo, sendo que as alterações verificadas estavam intimamente relacionadas com os objetivos a desenvolver em cada sessão, e considerando sempre as necessidades do grupo.

Assim, as sessões organizavam-se em três grandes partes. A primeira parte, respeitante ao diálogo inicial, era um espaço destinado ao diálogo e à partilha de informações consideradas relevantes para as crianças, salientando, assim, a importância para o técnico e para o grupo, que as escutava. Na parte fundamental da sessão, correspondente à segunda parte, encontravam-se as atividades propostas pelas crianças, em que as mesmas planeavam previamente e que a técnica tentava adaptar aos seus objetivos de trabalho. Por fim, na terceira e última parte da sessão, tinha lugar uma atividade de retorno à calma - proposta da técnica - que permitia às crianças baixar os

níveis tónicos e a agitação, muitas vezes acentuada pelas atividades realizadas. No final deste momento tinha lugar um diálogo final, onde as crianças refletiam sobre o seu comportamento manifesto durante a sessão assim como faziam referência ao seu desempenho. Também aqui foram fundamentais as reflexões da técnica quanto aos comportamentos das crianças, reforçando positivamente os comportamentos adequados, sem desvalorizar os desajustados.

3.9.1. Modelo de Sessão

Na tabela 6, encontra-se representado um exemplo do modelo de sessão, implementado no dia 18 de maio de 2015, correspondente à 26ª sessão.

Tabela 6:

26º plano de sessão

Objetivos Gerais: Aperfeiçoar os padrões de socialização; melhorar a expressão verbal e a capacidade de planificação; aumentar a capacidade de atenção; melhorar a praxia global e reduzir a tensão corporal.					
<u>Hora</u>	<u>Atividade</u>	<u>Descrição</u>	<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Crítérios de Êxito</u>	<u>Material</u>
10'	Diálogo Inicial	As crianças encontram-se sentadas no banco. A técnica explica a organização da sessão, enquanto as crianças escrevem o seu nome no caderno. Posteriormente contribuem, individualmente, com novidades.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecer a organização da sessão; 2. Respeitar os colegas e esperar pela sua vez; 3. Ouvir o outro. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estar com atenção; 2. Permanecerem sentadas. 	<p>Caderno</p> <p>Caneta</p>
20'	Mata Monstros	O grupo é dividido em dois, assim como o ginásio, ficando uma equipa em cada campo. Com os colchões e os blocos as equipas constroem esconderijos. À voz de início da técnica, as equipas lançam bolas aos elementos da equipa adversária, de modo a atingi-los, podendo sempre esconder-se atrás dos esconderijos. Os elementos atingidos pela bola saem de jogo e sentam-se no banco.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trabalhar a capacidade de planificação (da criança responsável pela atividade); 2. Promover a expressão verbal (da criança responsável pela atividade); 3. Elevar a capacidade de atenção; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Em grupo, construir os esconderijos 2. Lançar as bolas com apenas uma mão; 3. Quando se esconderem, contar até 4 e sair dos esconderijos 	<p>Blocos</p> <p>Colchões</p> <p>Bolas</p>

			<p>4. Aperfeiçoar as capacidades perceptivo-visuais;</p> <p>5. Identificar e respeitar as regras;</p> <p>6. Aumentar a persistência na tarefa.</p>	4. Aceitar as regras do jogo.	
10	Dança das Fitas	As crianças organizam-se em grupos de dois. À vez, uma de cada vez deita-se no colchão, em decúbito dorsal, enquanto a outra passa uma fita, atada com uma bola na ponta, pelo corpo do outro. À indicação da técnica os pares trocam de posição.	<p>1. Descontrair em situações de retorno à calma;</p> <p>2. Consciencializar do estado tónico.</p>	<p>1. Permanecer em decúbito dorsal durante toda a tarefa;</p> <p>2. Segurar as fitas com as mãos e passar pelo corpo do colega;</p> <p>3. Persistir na tarefa.</p>	<p>Música de Fundo</p> <p>Bolas</p> <p>Fitas</p> <p>Colchões</p>
5'	Diálogo Final	As crianças encontram-se sentadas no banco, de frente para a técnica. Esta faz um balanço da sessão, juntamente com as crianças.	1. Refletir e avaliar o seu comportamento na sessão.	1. Identificar um aspeto positivo do comportamento ou do desempenho evidenciado ao longo da sessão.	---

3.10 Estratégias de Intervenção

Ao longo de todo o processo de intervenção foram adotadas estratégias como forma de motivar o grupo e facilitar a sua adesão à intervenção, com consequente alcance das metas objetivadas previamente. Algumas das estratégias funcionaram, ainda, como um meio de regulação da interação entre as crianças e os pares, bem como de inibição de comportamentos desajustados. As estratégias utilizadas foram poderosas ferramentas para o trabalho com as crianças acompanhadas.

Primeiramente, as estratégias passaram pela promoção de um ambiente contendor e securizante, conseguido através do estabelecimento de uma relação empática com as crianças, baseada no respeito pela sua individualidade e pelas suas necessidades e,

também, pela sua compreensão e valorização enquanto pessoas. Esta valorização estendeu-se às verbalizações e situações expostas pelas crianças, sendo que foi fundamental a atribuição de significado e exploração dos seus interesses e partilhas, atribuindo-lhes significado e importância.

Para além disso, foi adotada a inclusão das crianças na sessão como agentes ativos, o que permitiu maximizar o seu empenho e motivação. As crianças participaram na preparação das atividades, planificando-as e organizando-as segundo os seus interesses. Individualmente, a técnica registava numa folha toda a atividade pretendida pela criança, assim como as regras por ela estabelecidas e a folha era disponibilizada na sessão, onde a criança a partir de uma representação gráfica teria de evocar a informação e explicar a atividade ao grupo. Esta estratégia possibilitou de igual modo a estimulação e organização do pensamento e do discurso das crianças.

Os *feedbacks* e reforços verbais constituíram-se também como uma poderosa estratégia de devolução às crianças dos seus comportamentos e atitudes, quer positivas quer menos positivas. Permitiu-lhes perceberem o seu bom desempenho e os comportamentos ajustados a perpetuar. No entanto, quando isto não se verificava, as atividades eram interrompidas e os *feedbacks* eram dados no sentido de se organizarem e ajustarem para que as atividades pudessem prosseguir sem constrangimentos.

3.11 Resultados das Avaliações Psicomotoras Finais

No final do período de intervenção as crianças foram reavaliadas, pelo recurso ao mesmo instrumento de avaliação psicomotora utilizado inicialmente. No entanto, a avaliação final não foi realizada na íntegra, sendo as crianças reavaliadas de acordo com os fatores psicomotores que se constituíam como áreas menos fortes e que foram objetivos de intervenção para todo o grupo, designadamente a tonicidade, a equilibração, a estruturação espaciotemporal e a praxia global. Ressalva-se que, por motivos institucionais e de assiduidade das crianças o G.C. e o B.S. não realizaram a avaliação final sendo apresentadas apenas os seus progressos avaliados qualitativamente.

Importa salientar que a avaliação quantitativa é pertinente, contudo, e de acordo com a Pedagogia Terapêutica, a realização de uma avaliação contínua torna-se essencial, pois mais do que apurar resultados privilegia-se o processo como ponto de referência.

Relativamente aos domínios comportamental/psicoafetivo e socioemocional, apesar de não ter sido implementado nenhum instrumento, será tida em conta a progressão das crianças observada informalmente de forma qualitativa.

3.11.1. Resultados das Avaliações Psicomotoras Individuais

O **A.D.** durante a reavaliação mostrou-se muito mais disponível, recetivo e empenhado, focando a atenção durante muito mais tempo e realizando as provas sem buscar justificativas para o seu desinvestimento.

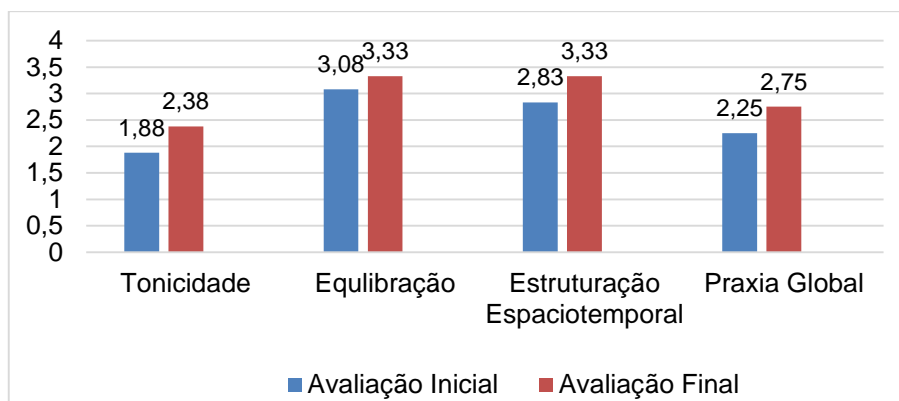


Figura 8. Comparação dos resultados da avaliação psicomotora inicial e final do A.D.

Pela análise da figura 8 e por comparação dos resultados da avaliação inicial e da avaliação final constata-se que, globalmente, o A.D. melhorou em todas as áreas avaliadas e que foram objetivos de trabalho ao longo da intervenção.

Relativamente ao fator tonicidade, as melhorias evidenciaram-se essencialmente na prova das diadococinésias, onde a criança passou da realização dos movimentos de pronação e supinação descoordenada e com a permanente realização dos movimentos em espelho, para uma execução com ligeiros desvios do antebraço e sem a realização em espelho da mão não dominante em relação à dominante. No que diz respeito às sincinésias, a criança manteve a sua baixa pontuação, tendo em conta que continuaram exacerbadas ao nível bucal e contra lateral.

Referente ao fator psicomotor equilíbrio, os progressos destacaram-se na prova de equilíbrio estático, mais concretamente no apoio unipodal, onde apesar das ligeiras oscilações e tensões faciais, a criança conseguiu manter-se na posição durante mais tempo.

Em relação à estruturação espaciotemporal, registaram-se os progressos especialmente na realização da prova de reprodução das estruturas rítmicas, o que poderá estar em íntima relação com a atenção demonstrada aquando da avaliação final.

Ao nível da praxia global, as melhorias significativas estiveram relacionadas com o desempenho da criança nas provas de coordenação geral e agilidade. O A.D. realizou as provas com adequado planeamento motor, bem como controladamente.

No que se reporta às questões comportamentais e psicoafetivas, ao longo de toda a intervenção a criança oscilou entre momentos de grande organização, empenho e procura pelo contacto corporal com o adulto e momentos de desorganização e recusa na participação nas atividades, surgindo esta recusa por motivos de inflexibilidade do seu pensamento. No final do período de intervenção estes momentos foram sendo cada vez menos frequentes, o que conduziu a que a criança tivesse de abandonar menos vezes a sessão. Para além disso, a procura do contacto corporal com o adulto foi sendo cada vez menos evidente.

O **G.C.** não realizou a avaliação psicomotora final, por questões de assiduidade, pois a criança não compareceu no final do período de intervenção, destinado à realização das avaliações finais. Assim, quantitativamente não foram efetuadas comparações em termos de desempenhos nas provas dos fatores psicomotores. Todavia, em termos comportamentais, psicoafetivos e socioemocionais, a criança evoluiu significativamente. Passou de uma criança com dificuldade em controlar o corpo e saber o que dele fazer, uma criança agitada que constantemente subia e descia os espaldares, a uma criança mais contida e organizada. Também se destacava inicialmente por ser uma criança com baixa resistência à frustração, que desistia dos jogos e abandonava praticamente todas as sessões. Atualmente os episódios de frustração ocorriam pontualmente, manifestando-a verbalmente, mas permanecendo junto do grupo. Todavia, os seus comportamentos explicitamente sexuais ainda predominam.

A **L.A.**, no que respeita às manifestações comportamentais que predominaram na avaliação, as mesmas mantiveram-se comparativamente à avaliação inicial. Realizou as provas sem grande investimento e sempre em presença de cansaço que a levava a querer desistir, necessitando sempre de um grande suporte e contenção do adulto. Relativamente às manifestações emocionais, ao longo de toda a avaliação estiveram presentes os sorrisos.

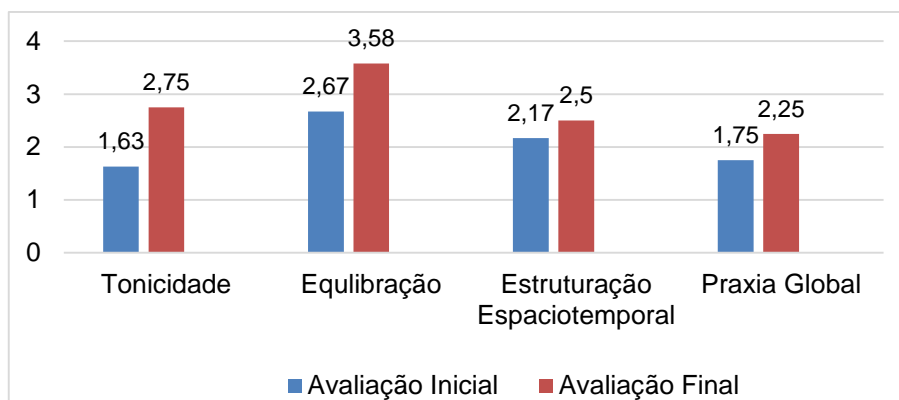


Figura 9. Comparação dos resultados da avaliação psicomotora inicial e Final da L.A.

Pela análise da figura 9 e por comparação dos resultados da avaliação inicial e da avaliação final constata-se que, de um modo geral, a criança evoluiu em todas as áreas de enfoque da intervenção psicomotora.

A L.A. evoluiu consideravelmente em todas as provas contempladas no fator tonicidade. No que concerne às provas de passividade e paratonia, a criança permitiu todas as mobilizações, com grande descontração muscular, surgindo pontualmente alguns bloqueios e constantemente os sorrisos. Na prova das diadococinésias, a criança conseguiu realizar os movimentos de pronação e supinação, embora com alguma descoordenação e realização em espelho da mão não dominante. No que diz respeito às sincinésias, apesar de não ser uma questão trabalhada diretamente na psicomotricidade, a L.A. conseguiu realizar a tarefa apenas em presença das sincinésias bucais pouco óbvias.

Ao nível da equilíbrio, a criança evoluiu nas provas inicialmente cotadas com baixas pontuações, como nas tarefas em apoio unipodal e em pontas dos pés, da prova de equilíbrio estático, no equilíbrio dinâmico e no salto. A criança conseguiu manter durante muito mais tempo a posição em apoio unipodal e em pontas dos pés, sempre com o reforço e incentivo externo. A prova de equilíbrio dinâmico foi realizada sem erros e com grande controlo do corpo, embora por vezes surgissem ocasionais reequilibrações. Relativamente ao salto, a criança conseguiu alcançar com sucesso todas as condições descritas, saltando dentro dos arcos, um de cada vez, e parando no final de forma controlada.

Em relação à estruturação espaciotemporal, registaram-se os progressos na realização da prova de estruturação dinâmica, com menor dificuldade na memorização e sequencialização visuoespacial, e na prova de organização rítmica, onde foram evidentes as adaptações da criança às variações de ritmo. Contudo, manteve-se a pontuação inicial na prova de memorização rítmica.

Por fim, no fator psicomotor praxia global, foram visíveis os progressos da criança na prova de coordenação óculo-podal, pois conseguiu acertar no alvo um maior número de vezes. Na prova de coordenação geral, a criança melhorou, todavia ainda predominou uma realização pouco consistente e com algumas paragens durante a execução.

Reportando para o domínio comportamental, psicoafetivo e socioemocional, é de ressaltar que a L.A., contrariamente ao que acontecia no início da intervenção, passou a dispersar e a afastar-se do grupo e das tarefas menos vezes. No entanto, no final da intervenção foram mais evidentes as suas retiradas, chuchando com muita frequência no dedo. Relativamente aos comportamentos de oposição e desafio, bem como a agressão aos colegas, os mesmos foram ocorrendo com muito menos frequência, sobressaindo-se um maior respeito pelas regras do espaço e pelos pares.

O R.P. durante a execução da avaliação final manteve a impulsividade que o caracteriza, necessitando de mediação e constante reforço externo.

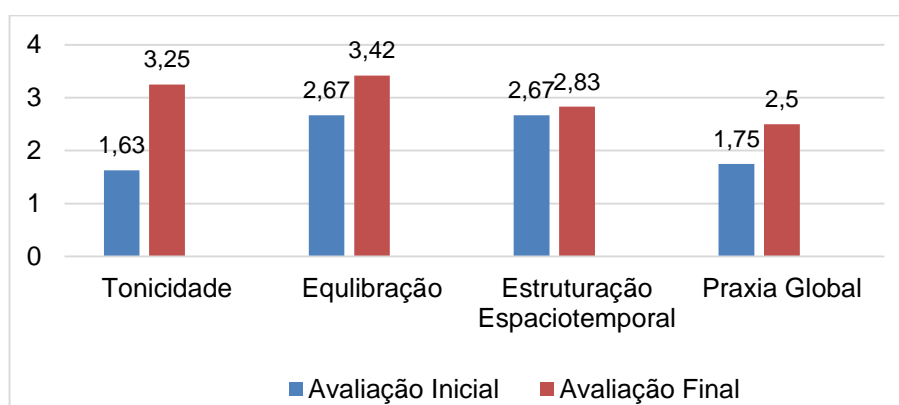


Figura 10. Comparação dos resultados da avaliação psicomotora inicial e final do R.P.

Pela análise da figura 10 constata-se que a criança evoluiu globalmente em todas as áreas avaliadas, que se referiam às áreas incluídas nos objetivos de trabalho quer de grupo, quer no registo individual, pois a criança beneficiou de intervenção em contexto individual, tal como já foi mencionado.

Respeitante ao fator psicomotor tonicidade, considerada como a área de maior evolução da criança, as provas foram realizadas com um desempenho considerável do R.P. que conseguiu descontrair nas provas de paratonia e passividade, conduzindo a que as mobilizações e oscilações ocorressem fluidamente, embora por vezes surgissem alguns bloqueios iniciais. Na prova das diadococinésias, a criança conseguiu realizar os movimentos de pronação e supinação, embora com alguma descoordenação e realização em espelho da mão não dominante. No que diz respeito às sincinésias, foi a prova com

registo de melhor pontuação, visto durante a realização da tarefa não foram evidente sincinésias, apenas uma ligeira tensão facial.

Relativamente à equilibração, as evoluções da criança foram verificadas essencialmente na prova de equilíbrio dinâmico, cuja realização ocorreu de forma controlada, embora a impulsividade o prejudica-se por vezes, pois nem sempre mantinha o contacto entre o calcanhar de um pé e a ponta do outro pé. Na prova do salto, conseguiu saltar dentro dos arcos, embora nem sempre mantendo a posição dos pés em cada salto.

Ao nível da estruturação espaciotemporal, as maiores dificuldades da criança centraram-se nas provas relacionados com o ritmo. Tendo em conta o comprometimento auditivo da criança durante grande parte da sua vida, as dificuldades mantiveram-se, progredindo ligeiramente apenas na prova de organização rítmica.

No que se refere à praxia global, o R.P. registou melhorias ao nível da coordenação geral, em presença de um planeamento e coordenação adequados, o que inicialmente não se verificou. Todavia, na prova de agilidade, apesar de uma ligeira melhoria, foram evidentes as dificuldades da criança na integração de vários estímulos em simultâneo, para além de não cumprir todas as instruções, essenciais à realização completa.

Respeitante ao domínio cognitivo, comportamental e socioemocional o R.P., durante o processo de intervenção, foi manifestando comportamentos que inicialmente não eram visíveis. A determinada altura começou a atirar-se para o chão e a bater, subtilmente, nos colegas e quando questionado não justificava tal ação. Contudo, no final da intervenção estas situações já não se verificavam com tanta frequência. Relativamente à sua atenção, a capacidade de se focar e concentrar nos diálogos e nas instruções é ainda uma questão difícil para esta criança no contexto de grupo, pois distrai-se facilmente e desorganiza-se com a desorganização do grupo. Ainda, consta que no final do período de intervenção a criança passou a demonstrar comportamentos de afeto para com o adulto deste espaço.

O **T.G.** ao longo de toda a avaliação mostrou-se uma criança empenhada e motivada, sempre com uma enorme vontade de corresponder e de se sair bem. Esta vontade de corresponder surge da necessidade que a criança manifesta em ser valorizada pelas suas conquistas e bom desempenho, procurando sempre o reforço positivo em cada realização.

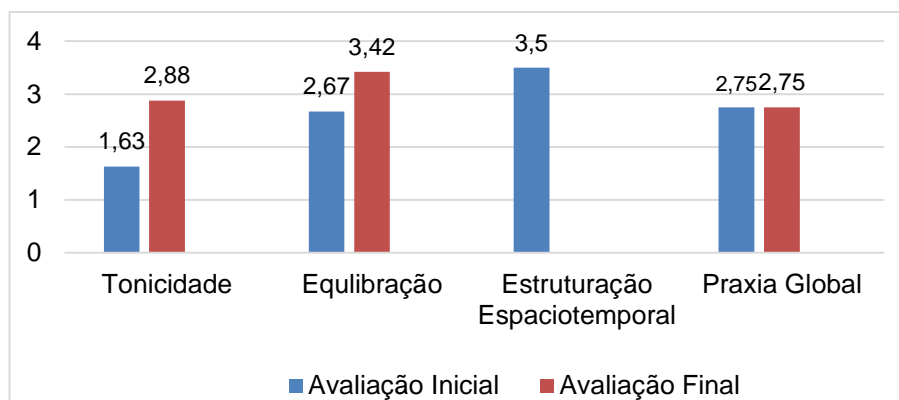


Figura 11. Comparação dos resultados da avaliação psicomotora inicial e final do T.G.

Considerando a figura 11, constata-se que a criança apresentou melhorias significativas no fator psicomotor tonicidade. No que diz respeito à estruturação espaciotemporal, não foram realizadas as provas aqui integradas, visto que na avaliação inicial a criança apresentou um bom desempenho em todas as provas, daí que exclusivamente para o T.G. este não foi um parâmetro considerado na definição dos seus objetivos individuais. Igualmente se constata, pela observação da figura 11, que não se registaram progressões ao nível da praxia global.

Especificando o desempenho da criança nas provas integradas no fator tonicidade, as melhorias foram evidentes em todas as provas, com exceção das sincinésias que permaneceram exacerbadas, em relação à avaliação inicial. As provas de passividade e paratonia foram realizadas de forma harmoniosa, com uma grande descontração muscular da criança, que facilitou as mobilizações, não resistindo nem manifestando bloqueios nem tensões. Relativamente às diadococinésias, a criança realizou os movimentos de pronação e supinação de forma coordenada e controlada havendo, por vezes, a realização em espelho, que era automaticamente por ela retificada.

No que se refere à equilíbrio, a criança melhorou na prova de equilíbrio dinâmico, realizando-a controladamente, embora com algumas paragens, relacionada com a lentidão na execução da tarefa e súbitas reequilibrações.

Relativamente ao domínio comportamental, no final da intervenção a criança conseguia verbalizar com maior facilidade as situações que o frustravam em vez de, como acontecia inicialmente, chutar os material e fechar-se sobre si, acentuando-se ainda mais a tensão corporal. Também os seus comportamentos e pensamentos obsessivos dissiparam-se no contexto de sessão.

O **B.S.**, não realizou a avaliação psicomotora final, pois por motivos institucionais a sua avaliação inicial decorreu no mês de maio, daí que não era sustentável uma reavaliação com apenas dias de intervalo. Contudo, e no que se reporta às questões comportamentais e socioemocionais, avaliadas qualitativamente no decorrer das sessões, ressalva-se que a criança progrediu em termos de organização do pensamento e do discurso. À data já não é tido pelos colegas como um elemento que os aborrece e passível de afastamento. Todavia, ainda permanece a permeabilidade à emergência dos seus sentimentos e emoções, quer pela via verbal quer corporal.

3.11.2. Resultados da Avaliação Psicomotora Final do Grupo

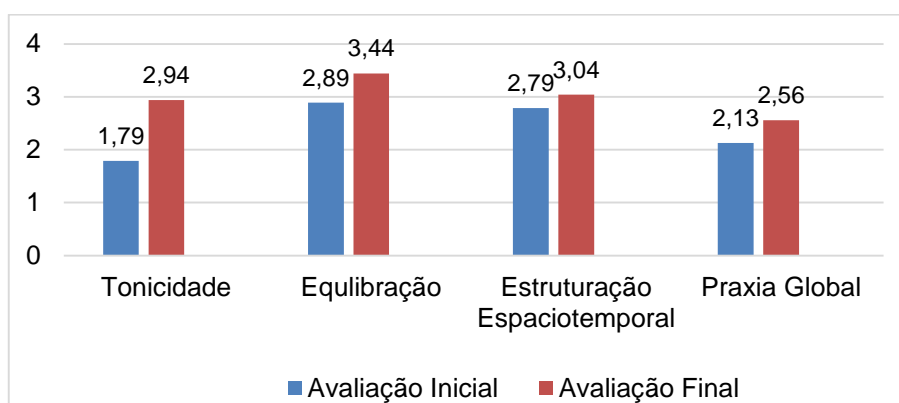


Figura 12. Comparação dos resultados da avaliação psicomotora inicial e final do grupo

Na figura 12 encontram-se representadas as médias referentes às crianças que realizaram as duas avaliações, as iniciais e as finais, de modo a tornar precisa e viável a comparação e a perceção global das metas alcançadas.

Assim, pela análise da figura verificamos que as melhorias mais significativas manifestas pelo grupo surgiram ao nível do fator psicomotor tonicidade, que era inicialmente a área de maior comprometimento do grupo em geral, seguida da equilíbrio. Tal poderá estar relacionado com a intensa abordagem destes objetivos do domínio psicomotor durante toda a intervenção. As crianças conseguiram adaptar o seu tónus muscular às diferentes atividades da sessão e alcançar estados de adequada descontração muscular, atingindo, assim, os objetivos propostos.

Relativamente às melhorias registadas ao nível da equilíbrio, considerando que todas as atividades enquadradas na parte fundamental da sessão tinham um carácter dinâmico, estando permanentemente implícito o trabalho dos padrões motores básicos, como o correr e o saltar, as crianças conseguiram progredir nestas aquisições.

3.12 Objetivos Alcançados: Intervenção

A intervenção psicomotora apresentou-se como uma ferramenta fundamental no trabalho das questões relacionadas com os domínios psicomotor, comportamental, psicoafetivo e socioemocional. No entanto, os progressos nestes últimos domínios também estiveram ligados ao trabalho desenvolvido pelos outros técnicos da instituição, regidos pela clássica Pedagogia Terapêutica.

Globalmente, as necessidades mais relevantes das crianças foram supridas, embora o trabalho e exploração de todos os objetivos não fosse o idealizado, devido ao curto tempo de intervenção e de alguma falta de assiduidade das crianças, essencialmente aquelas cujo trabalho nos outros domínios, que não diretamente o psicomotor, eram essenciais para a sua progressão noutros contextos.

No que se refere às estratégias adotadas ao longo do processo de intervenção, as mesmas poderão estar na base da aquisição de determinadas competências e do alcance dos objetivos. Por seu turno, a formatação da sessão permitiu ainda a evolução individual das crianças, favorecendo a sua organização pela previsibilidade em termos de estrutura da sessão.

Contudo, continuam a existir algumas dificuldades, mesmo após o período de intervenção, essencialmente associadas à área comportamental e socioemocional. Enquanto integradas num grupo, ainda nenhuma das crianças dispõe desta perceção, daquilo que deve ser trabalhar em grupo. As crianças encontram-se ainda numa fase egocêntrica, focadas apenas em si o que dificulta, muitas vezes, a cooperação entre elas e o respeito pelo outro.

Considerando cada uma das crianças e o trabalho desenvolvido ao longo deste ano letivo, torna-se pertinente refletir individualmente sobre as aquisições e projetos futuros para cada uma delas. Assim:

O A.D., apesar da sua evolução positiva no que diz respeito à organização do funcionamento mental, necessita ainda de um grande suporte e trabalho ao nível da flexibilidade do pensamento. Associado a este trabalho surge também a capacidade de análise e reflexão do próprio quanto ao comportamento manifesto, melhorando a capacidade de escuta ativa.

O C.G. mostra uma evolução positiva quando à capacidade de ser e estar num determinado espaço, repleto de estímulos distráteis, com controlo do corpo. No entanto, a linha de orientação a prosseguir prende-se com os seus comportamentos de onipotência, que o conduzem à desvalorização do outro, bem como no trabalho das questões ligadas à frustração, embora a retirada das sessões já se encontrasse ultrapassada.

A L.A. melhorou essencialmente pelo apaziguar da sua agitação e dispersão pelo espaço. Tornou-se uma criança consideravelmente organizada e crítica, no sentido positivo, em relação às coisas e aos outros. Para esta criança torna-se fundamental o continuado trabalho dos comportamentos de oposição, que pontualmente ainda ocorrem, especialmente face ao adulto.

O R.P. evoluiu consideravelmente, especialmente pelo facto de beneficiar de intervenção psicomotora individual. Esta criança conseguiu elevar a capacidade de se manter atento e focado, no entanto, é facilmente influenciável, desorganiza-se com a desorganização do outro. Como projeto futuro para esta criança seria importante um trabalho direcionado para a realização de atividades que impliquem o processamento de vários estímulos em simultâneo, pois trata-se de um aspeto ainda difícil para esta criança.

O T.G., embora frequentasse as sessões apenas uma vez por semana, as melhorias registadas foram significativas, na medida em que encontrou outras formas de expressão do seu mal-estar interno e das suas perceções face ao que o rodeia. No entanto, seria imprescindível uma exploração das suas capacidades e limitações, porque estamos perante uma criança que reage mal ao fracasso, pois não se conhece a si e às suas potencialidades, é uma criança que exige muito de si, pois estabelece metas muito elevadas.

O B.S. foi desde sempre uma criança organizada e empenhada, contudo sempre muito contido nas suas expressões e manifestações. Não há a clara percepção de quando a criança se encontra feliz ou triste, daí que um projeto futuro a este nível constituir-se-ia uma mais-valia.

Considerando o descrito acima, a pertinência de um psicomotricista numa equipa multidisciplinar, neste caso concreto numa equipa de Saúde Mental Infantil, revela-se imprescindível, quer pelos resultados alcançados quer pela compreensão das manifestações da criança a partir da sua expressão corporal, num contexto diferenciado.

3.13 Dificuldades e Limitações

Numa primeira instância tinha como preocupação fundamental conseguir uma adaptação e integração harmoniosa na Instituição, com base na compreensão da sua filosofia orientadora única. As maiores dificuldades foram então neste ponto também um desafio e oportunidade de desenvolvimento individual, dada a metodologia muito particular de intervenção da Casa da Praia, um método até à data pouco conhecido por mim. Em retrospectiva, percebo que só a oportunidade de vivenciar a realidade institucional permite

uma compreensão verdadeira dos paradigmas que a orientam e o alcance e dimensão da sua perspetiva inovadora ainda hoje.

Durante o acompanhamento do grupo em contexto de sala a minha dificuldade centrou-se na compreensão do papel do psicomotricista naquele contexto, qual a sua função, dúvida esta que foi diluída rápida e naturalmente com o avançar do tempo.

No que respeita à realização da prática psicomotora, constituiu-se como dificuldade a conciliação das atividades das crianças dentro da própria instituição para a realização das avaliações psicomotoras. Concretamente face ao contexto de intervenção, no ginásio, as dificuldades prenderam-se com o reajuste das sessões quando, por motivos de desorganização das crianças as atividades tinham de cessar.

Contudo, as limitações e dificuldades sentidas e referidas ocorreram pontualmente, sendo ultrapassadas com o passar do tempo pelo contacto com aquela realidade e com a orientação técnica, no fundo com a experiência no campo prático.

IV. Reflexão Crítica e Considerações Finais

A escolha do Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia como local de estágio esteve relacionada com a oportunidade e o interesse em aprofundar o conhecimento relativo à intervenção psicomotora no âmbito da Saúde Mental Infantil, uma área com a qual nunca tinha tido oportunidade contactar, todavia há muito ansiada. A motivação e a curiosidade desde logo me invadiram.

A realização do estágio nesta instituição constituiu-se como uma mais-valia, pela possibilidade de alargar os horizontes e compreender que de facto há muitas formas de se olhar as problemáticas. Não nos devemos prender ao diagnóstico da criança que nos chega, pois não será este que solucionará os seus problemas nem ditará a forma de intervenção que deve respeitar uma unicidade do ser e estar individual e não uma semiologia comum à dificuldade ou perturbação.

Num primeiro momento, aquando da integração na Casa da Praia, iniciei uma busca incessante por respostas adequadas às características das crianças atendidas, na tentativa de responder de forma eficaz às suas necessidades. No entanto, só o contacto direto com cada uma delas forneceu as melhores e mais verdadeiras respostas.

O estágio permitiu olhar as crianças apoiadas, apesar das suas características comuns, como seres únicos e genuínos nas suas manifestações, especialmente na sua manifestação corporal, que se trata do primeiro passaporte para o conhecimento da criança que se nos apresenta. Para além disso, a compreensão das problemáticas que estão na

origem das dificuldades da criança, como o seu historial de vida e familiar, favoreceu o desenvolvimento de uma visão diferencial e a qual pretendo que se perpetue no futuro.

A Casa da Praia trata-se uma instituição única, que só compreenderá os ensinamentos do seu fundador – João dos Santos, quem por lá passa, experiencia e vivencia. Para além da filosofia orientadora, há outra coisa que não consta nos livros, o verdadeiro espírito de equipa e companheirismo que ali se vive. A proximidade entre crianças e técnicos, na base da relação é um instrumento facilitador para o trabalho com estas, o que de imediato foi uma etapa facilmente por mim conseguida, considerando as minhas características pessoais.

Além da intervenção psicomotora, o meu envolvimento em todas as atividades foi um fator impulsionador à completa integração na equipa de técnicos, sendo que possibilitou, ainda, o desenvolvimento do olhar, enquanto psicomotricista, para as questões de cariz comportamental e emocional das crianças manifestas noutros contextos que não o ginásio.

Em termos profissionais o trabalho com esta população e com esta equipa multidisciplinar acarretou ganhos consideráveis, que me acompanharão em cada dia da minha profissão. Todos os saberes partilhados, os diferentes pontos de vista de cada um contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, aprendendo a olhar a criança como um todo e inserida nos seus vários contextos. Toda a responsabilização, permitida pela orientadora local, favoreceu o desenvolvimento da minha capacidade de gestão e resolução de situações que iam surgindo, arranjando autonomamente estratégias e edificando enquanto técnica «independente» no futuro. Foi um percurso riquíssimo que me permitirá ser uma melhor profissional e proporcionar um melhor futuro a todos aqueles que se cruzarem na minha caminhada.

Com o presente estágio foi possível, tal como objetiva o Ramo de Aprofundamento das Competências Profissionais, aprofundar as competências de observação e avaliação, bem como a elaboração de um plano pedagógico e terapêutico com objetivos delineados, sendo o ponto de partida as características e necessidades específicas da população atendida.

Hoje, findo este ano marcante e enriquecedor, a motivação cresceu ainda mais, o «bichinho» interior cresceu, pois não à satisfação final, há sim uma satisfação de percurso, que devemos buscar a cada dia.

V. Referências Bibliográficas

- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2012). *Brochura: Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicomotricidade.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa: Associação Portuguesa de Psicomotricidade.
- Branco, M. (2013). *João dos Santos – A Saúde Mental Infantil em Portugal: Uma Revolução de Futuro*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Branco, M. (2010). *João dos Santos Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Castilho, C., & Dores, M. (2005). 1992: Uma Nova Etapa de um Sonho. In Castilho, C., & Salgueiro, E. (2005). *O Segredo do Homem é a Própria Infância: O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois* (pp.83-96). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Casa da Praia. (2009). *Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: funcionamento e organização*. Retirado de <http://www.casadapraia.org.pt/instituicao/funcionamentoorganizacao.html>.
- Cruz, M. (2005). Estória para a História de uma Casa. In Castilho, C., & Salgueiro, E. (2005). *O Segredo do Homem é a Própria Infância: O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois* (pp.19-34). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Ferreira, T. (1999). «A Criança Hoje – entre o Ter e o Ser». In Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia. (1999). *Pare, Escute e Pense: o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens* (pp. 47-59). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade – prespetivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Goldschmidt, T. (2007). E Agora Cheguei à Escola. In Centro Doutor João dos Santos. (2007). *Construção e Reparação da Vida Psíquica no Meio Escolar* (pp. 11-15). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.

- Goldschmidt, T. (2005). A Intervenção com as Famílias num Modelo Integrado. In Castilho, C., & Salgueiro, E. (2005). *O Segredo do Homem é a Própria Infância: O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois* (pp. 207-216). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, V., & Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Mendonça, M. (2003). João dos Santos e a Saúde Mental Infantil. *Interação*, 5, 91-111.
- Ramos, F., & Silvério, I. (1999). Modelo de Intervenção. In Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia. (1999). *Pare, Escute e Pense: o sentir, o pensar e o agir na evolução das crianças e dos jovens* (pp. 47-59). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Ramos, F., Silvério, I., & Strecht, P. (2005). A Casa da Praia: Uma Experiência de 30 Anos. In Castilho, C., & Salgueiro, E. (2005). *O Segredo do Homem é a Própria Infância: O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois* (pp.96-120). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Rodrigues, A. (2013). O movimento como forma de expressão e reestruturação do psiquismo em Saúde Mental Infantil. João dos Santos no século XXI. Retirado de <http://joaodossantos.net/contributos/o-movimento-como-forma-de-expressao-e-reestruturacao-do-psiquismo-em-saude-mental-infantil/>.
- Rodrigues, A., Barros, E., Marta, F., & Morato, P. (1990). João dos Santos e a Pedagogia Terapêutica na “Casa da Praia”. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 1(3), 32-40.
- Rodrigues, A., Gamito, D., & Nascimento, D. (2001). Ecos e Espelhos de Mim – A Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8(2), 49-58.
- Rodrigues, A., & Marta, F. (1994). Motricidade Terapêutica em Saúde Mental Infantil – abordagem a uma metodologia de intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, (2), 75-86.

- Rodrigues, A., Martins, S., & Rodrigues, V. (2003). *Psicomotricidade e Pedagogia Terapêutica: relato de uma experiência no Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia. A Psicomotricidade, 1(1), 85-96.*
- Santos, J. (2013). *Prevenir a Doença e Promover a Saúde.* Lisboa: Coisas de Ler.
- Santos, J. (2007a). *A Casa da Praia – O Psicanalista na Escola.* Lisboa: Livros Horizonte.
- Santos, J. (2007b). *Ensinaram-me a Ler o Mundo à Minha Volta.* Lisboa: Assírio e Alvim.
- Santos, J. (2005). *Pedagogia-Terapêutica.* In Castilho, C., & Salgueiro, E. (2005). *O Segredo do Homem é a Própria Infância: O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois* (pp.309-322). Lisboa: Assírio & Alvim.
- Santos, J. (1983). *Ensaíos sobre Educação II – O Falar das Letras.* Lisboa: Livros Horizonte.
- Strecht, P. (2007). *Construção e Reparação da Vida Psíquica em Meio Escolar.* In Centro Doutor João dos Santos. (2007). *Construção e Reparação da Vida Psíquica no Meio Escolar* (pp.83-87). Lisboa: Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia.
- Strecht, P. (2005). *A Reconstrução dos Afetos.* In Castilho, C., & Salgueiro, E. (2005). *O Segredo do Homem é a Própria Infância: O Centro Doutor João dos Santos – Casa da Praia: 30 anos depois* (pp.295-307). Lisboa: Assírio & Alvim.