



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

**CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA ESCOLAR E DAS  
NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Intervenção Psicológica em Criança com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor e  
Cegueira: “Caso Pablo 2023 – no Centro de Acolhimento Dom Orione”**

Tubvia Vasco Mutrawia

Maputo, Outubro de 2025



**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**CURSO DE LICENCIATURA EM PSICOLOGIA ESCOLAR E DAS**  
**NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS**

**Intervenção Psicológica em Criança com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor e**  
**Cegueira: “Caso Pablo 2023 – Centro de Acolhimento Dom Orione”**

Tubvia Vasco Mutrawia

**Local de Estágio:** Centro de Acolhimento Dom Orione (CADO).

**Supervisor:** Msc. Jairo Gimo.

**Orientador:** Msc. Paulo Jerónimo Massango.

Relatório apresentado em cumprimento dos requisitos parciais para a obtenção do grau de Licenciatura em Psicologia Escolar e das Necessidades Educativas Especiais na Faculdade de Educação, Universidade Eduardo Mondlane.

Maputo, Outubro de 2025

## **DECLARACAO DE HONRA**

Eu, **Tubvia Vasco Mutrawia**, declaro por minha honra que este relatório de estágio académico é da minha autoria e o conteúdo que nele apresenta é original e produzido com base no material bibliográfico, resultado das orientações do meu supervisor e orientador, sendo que nunca foram apresentados para a obtenção de qualquer outro grau académico ou num outro âmbito.

---

(Tubvia Vasco Mutrawia)

## DEDICATÓRIA

Dedico o presente relatório de estágio do final de curso à toda família Mutrawia, e em especial aos meus primeiros professores: ao meu pai Vasco Mutrawia e a minha mãe Raquiba Fernando Naueba, pelo apoio incondicional em todas esferas da minha vida, eles são a minha fonte de inspiração e incentivo.

Dedico ainda, as minhas amadas filhas: Ervia Ernesto Cossa e Nelvia Ernesto Cossa, para que encontrem sempre dentro do processo de ensino e aprendizagem as fontes e bases para superar os desafios que a vida nos apresenta ao longo do crescimento, pois, só assim terão entendimento concreto que a caneta pode ser mais poderosa do que uma pistola.

*“Quem sai aos seus, não  
degenera”*

(Ditado popular)

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradecer a Deus pelo Dom da vida, livre arbítrio, discernimento e sabedoria.

Agradeço aos meus pais, Vasco Mutrawia e Raquiba Fernando Nauêba, pela decisão de me trazer ao mundo, pela paciência na criação, atenção, e educação, pois esses itens serviram de base para que eu me tornasse em quem hoje sou. Muito obrigada pai pelo apoio incondicional, financeiro, emocional e pela motivação, obrigada mãe pelos puxões de orelha, em todos momentos da minha vida, a sua participação foi a chave principal para lutar pelos meus sonhos.

Agradeço as minhas filhas, Ervia Ernesto Cossa e Nelvia Ernesto Cossa pela paciência em esperar todas as noites em que fiquei fora de casa, ou me ausentei psicologicamente. Muito obrigada a minha sobrinha, Natacha Resique Tondo, por ser a mana mais velha em meu lar.

Agradeço a minha irmã dra. Fóvia Mutrawia, pelo papel de mãe, psicóloga e conselheira, e aos meus irmãos dr. Resique Tondo, dr. Oddvar Mutrawia, Mutrawia Vasco e Fernando Mutrawia pela motivação externa.

Agradeço ao supervisor dr. Jairo Gimo, e a todo corpo docente do curso de Licenciatura em Psicologia, particularmente a vertente Escolar e das Necessidades Educativas Especiais (PENEE) 2018, pelo conhecimento transmitido e pelo apoio psicopedagógico no processo da formação. Graças a UEM aprendi e fui capaz de explorar o meu potencial de investigação.

Agradeço a todos colegas que tive em particular a Neid Massango, Elsa Zucule, Ivania Mafuiane, e Timóteo da Rocha, pelas sessões de discussão académica e troca de experiências. Sou feliz por fazer parte da família UEM, e alegre por ter como mãe a turma de psicologia 2018.

Agradecimentos a família Dom Orione e aos coordenadores no geral, especialmente ao MCs. Paulo Massango (orientador) pela disponibilidade ao longo do estágio e da elaboração do presente relatório.

*“ A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo ”*

(Mandela, 2003).

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

<b>ADPM</b>	Atraso no Desenvolvimento Psicomotor.
<b>APA</b>	Associação Americana de Psicologia.
<b>CCR</b>	Consulta de Criança em Risco.
<b>CADO</b>	Centro de Acolhimento Dom Orione.
<b>FACED</b>	Faculdade Educação.
<b>FDC</b>	Fundação de Desenvolvimento Comunitário
<b>HCM</b>	Hospital Central de Maputo
<b>ODO</b>	Obra Dom Orion.
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PENEE</b>	Psicologia Escolar e das Necessidades Educativas Especiais.
<b>PSP</b>	Paciente Seropositivo.
<b>TO</b>	Terapia Ocupacional.
<b>UEM</b>	Universidade Eduardo Mondlane.
<b>UNESCO</b>	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura.
<b>USCP</b>	Urgências de Serviços Cirúrgicos Pediátricos.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÃO E TABELAS**

Ilustração 1: Estrutura orgânica do Dom Orione .....	5
Tabela 1: Descrição detalhada das actividades .....	7
Tabela 2: Proposta de intervenção para o caso .....	32

## Índice

DECLARACAO DE HONRA .....	i
DEDICATÓRIA .....	ii
AGRADECIMENTOS .....	iii
LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS .....	iv
1. INTRODUÇÃO .....	1
2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO .....	2
2.1. Localização .....	2
2.1.1. Historial da Instituição.....	2
2.1.2. História de Luís Orione (1872-1940) e fundação da Obra Dom Orione em Moçambique .....	2
2.1.3. Obra Dom Orione em Moçambique e o seu funcionamento actual .....	3
2.2. Missão, visão, valores e objectivos .....	4
O CADO tem como: .....	4
2.3. Estrutura Orgânica (número de empregados e actividades) .....	5
2.4. Descrição detalhada das actividades realizadas na Terapia Ocupacional (TO).....	6
2.5. Relevância da instituição e da área de estágio para a formação da estagiária .....	7
2.6. Contributo esperado da estagiária para a Terapia Ocupacional.....	8
2.7. Papel do Psicólogo Escolar e das Necessidades Educativas Especiais no CADO .....	9
3. PLANO DE ACTIVIDADES .....	11
4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA ESTAGIÁRIA .....	13
4.1. Apresentação e familiarização do local do estágio .....	13
4.2. Introdução aos cânticos de bom dia, dança matina antes do pequeno-almoço, e antes do almoço .....	14
4.3. Auxílio no processo de ingestão alimentar .....	14
4.4. Acompanhamento no banho do sol e passeio pelo pátio do centro.....	16
4.5. Participação em Secções de fisioterapia.....	17
4.6. Participação nas terapias ocupacionais.....	18
4.7. Participação nas Ludoterapias.....	19
4.8. Passeio no jardim inclusivo do centro .....	20
4.9. Auxílio no processo de higiene pessoal das crianças no banho matinal .....	20
4.10. Participação na peça teatral.....	21
4.11. Realização de visitas ao domicílio .....	22
5. ESTUDO DE CASO .....	23
5.1. Apresentação do caso .....	23



5.2. Fundamentação teórica.....	24
5.2.1. Definição de conceitos.....	24
5.2.1.1. Intervenção psicológica .....	24
5.2.1.2. Criança.....	25
5.2.1.3. Desenvolvimento psicomotor.....	25
5.2.1.4. Cegueira .....	25
5.2.2. Definição e etiologia do atraso de desenvolvimento psicomotor.....	26
5.2.3. Cegueira na infância: aspectos clínicos e psicológicos .....	26
5.2.4. Relação entre desenvolvimento psicomotor e deficiência visual.....	27
5.2.5. Intervenção psicológica em crianças com deficiências múltiplas.....	28
5.2.6. Papel da família na intervenção psicológica.....	28
5.3. Discussão do caso.....	30
5.3.1. Hipótese diagnóstica.....	30
5.3.2. Medidas de intervenção .....	30
5.4. Proposta de intervenção para Pablo .....	32
6. CONCLUSÕES .....	34
7. RECOMENDAÇÕES .....	35
Referência bibliográficas.....	36
Apêndice I: Relatórios de visita.....	41
I. Relatório Bairro Polana Caniço B .....	41
II. Relatório Bairro Polana Caniço B .....	44
ANEXO	
Anexo I: Credencial	

## 1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho, é um relatório de estágio académico que surge no âmbito do curso de Licenciatura em Psicologia Escolar e das Necessidades Educativas Especiais (PENEE), como é preceituado no Regulamento de Estágios dos cursos de graduação da Faculdade de Educação (FACED) aprovado pela deliberação N<sup>a</sup> 03/CF/2013.

Este relatório é fruto do cumprimento de estágio realizado no período de 3 meses, com início a 01 de Setembro e seu término a 20 de Dezembro 2023, com a carga horária de 720 horas no Centro de Acolhimento Dom Orione (CADO), uma instituição de caridade cristã, não-governamental e sem fins lucrativos. O estágio tinha como objectivos, de acordo com o Regulamento de Estágios da FACED (2014): i. Integrar a competência teórica no trabalho prático, através do contacto com a realidade socioprofissional e da aquisição de experiência prática relevante a cada um dos cursos; ii. Adequar as competências teórico-práticas, adquiridas ao longo de formação à prática profissional; iii. Reforçar o interesse do estudante pela profissão; iv. Possibilitar vínculos de emprego com as instituições de estágio”.

A escolha do tema para estudo de caso, surge mediante a observação de comportamentos das crianças com múltiplas deficiências, que não frequentam nenhuma instituição de ensino, desta forma, impossibilitando o estímulo e interesse em aprender a ler e escrever, que é um direito para toda criança, independentemente das suas necessidades ou cuidados especiais (Constituição da República de Moçambique, Artigo 88, 2023).

Todavia, para alcançar os objectivos plasmados no regulamento de estágios da FACED (2014), foi identificado o estudo de caso com o seguinte tema: **Intervenção psicológica em criança com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor e Cegueira: “Caso Pablo 2023 – Centro de Acolhimento Dom Orione”**.

## **2. APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO**

### **2.1. Localização**

O estágio decorreu no Infantário Dom Orione, sendo que, de acordo o dado cartográfico dos órgãos de Administração do Conselho Municipal da Cidade de Maputo, este situa-se no Distrito Municipal Kamubukwana, no Bairro de Zimpeto, na Av. De Moçambique, nº 8320 no cruzamento entre as Avenidas de Moçambique e Lurdes Mutola, junto a rotunda da Missão Roque.

#### **2.1.1. Historial da Instituição**

Segundo Paulo Massango, o espaço pertencente a igreja católica, foi reaproveitado pelo padre André em 1992, ao deparar-se com muitos deficientes da guerra dos 16 anos, abandonados e rejeitados pela família, outros que passavam necessidades, vítimas de guerras, pessoas que passavam necessidade na família e pessoas que eram internadas no hospital por motivo de doenças e mesmo depois da alta permaneciam no hospital por falta de abrigo e de condições de vida. Com isso a instituição era destinada aos mais sofrendores e abandonados para receberem abrigo e apoio sem exceção de sexo, idade, religião.

O padre sentiu-se na obrigação de recolher essas pessoas, dar-lhes abrigo assim como melhorar sua qualidade de vida, uma vez que o centro não havia definido o seu grupo alvo. E eram recolhidas pessoas de todas as faixas etárias e com personalidades distintas, como consequência disso, eles foram-se multiplicando gerando filhos entre eles. No entanto, o Governo manifestou-se quando viu que o centro estava superlotado e passado um tempo o padre sentiu-se sobrecarregado, e pediu ajuda ao arcebispo.

#### **2.1.2. História de Luís Orione (1872-1940) e fundação da Obra Dom Orione em Moçambique**

De acordo com Paulo Massango, Luís Orione nasceu em Pontecurone, um pequeno município na Diocese de Tortona, no Norte da Itália, no dia 23 de Junho de 1872. Aos treze anos foi recebido como Aspirante num Convento Franciscano em Voghera, uma cidade próxima na região de Pavia; saiu um ano depois devido a doença. De 1886 a 1889 foi aluno de Dom Bosco no Oratório Salesiano de Valdocco em Turim.

No dia 16 de Outubro de 1889 entrou no Seminário Diocesano de Tortona. Ainda jovem Seminarista se dedicava a obras de solidariedade para com os necessitados, participando da

“Sociedade de Socorro Mútuo São Marciano” e das Conferências Vicentinas. No dia três de Junho de 1892 abriu seu primeiro Oratório, um centro de educação cristã e de recreação para os meninos pobres.

No dia 13 de Abril de 1895, Luís Orione foi ordenado sacerdote e com isso foi abrindo novas fundações e a ele foram se unindo seminaristas e padres, formando o primeiro núcleo de uma família religiosa designada “Pequena Obra da Divina Providência”.

Vinte anos depois da fundação dos Filhos da Divina Providência, em 29 de Junho de 1915, surgiu como novo ramo a congregação da “Pequenas Irmãs Missionárias da Caridade”, Religiosa, com isso Luís Orione se empenhou a organizar grupos Leigos e nos seguintes outros grupos foram constituídos. E depois da grande guerra, multiplicaram-se as escolas, colégios, colónias agrícolas, obras caritativas e sociais. Entre as muitas obras, as mais características foram os “Pequenos Cotelengos”, instituições destinadas aos mais sofredores e abandonados, isto é, crianças portadoras de deficiência múltipla, localizadas nas periferias das grandes cidades, para serem “novos pupilos” a anunciarem Jesus Cristo e a sua Igreja e para serem “faróis de fé e de civilização”,

Em 1940, Don Orione atacado por graves doenças de coração e das vias respiratórias foi enviado e praticamente forçado pelos médicos e confrades a se retirar para Sápreamo; e três dias depois de ter chegado, morreu no dia 12 de Março, sussurrando suas últimas palavras: “estou indo.. Jesus! Jesus!..” (Paulo Massango, 2023)

### **2.1.3. Obra Dom Orione em Moçambique e o seu funcionamento actual**

De acordo com Paulo Massango, a casa de acolhimento Dom Orione possui uma extensão de um hectare e meio. Em 2 de Agosto de 2008, assume-se a Obra Dom Orione como um centro de acolhimento com um grupo alvo específico, com organização, regras, entretanto, só eram acolhidas crianças com necessidades especiais que por consequências da vida, eram abandonadas e rejeitadas pela família. Com isso foi necessário reintegrar o outro grupo em novos centros como Arco-Íris, as outras foram reintegrados nas suas famílias, outras foram dadas casas próprias e até o dia de hoje recebem ajuda psicossocial.

Tendo definido o seu grupo alvo que é de enfermidade cerebral motora, foi necessário reabilitar a casa, melhorar a infra-estrutura, condicionando a mesma para crianças com necessidades especiais ou seja, crianças com múltiplas deficiências. A instituição tem como objectivo, acolher, reabilitar, proporcionar melhor qualidade de vida através da fisioterapia,

terapia ocupacional, terapia de fala, e actividades lúdicas, assistência médica medicamentosa e afecto, (Paulo Massango 2023)

Actualmente o centro é constituído por 3 pavilhões, que são:

- **Ala A** (Direcção geral e sala de terapia ocupacional, e a oficina Ortopedista);
- **Ala B** (dormitório das crianças menores com 21 berçários e uma casa de banho interna, casa de banho para visitas e uma dispensa);
- **Ala C** (dormitório masculino e feminino das crianças maiores com 18 camas, casa de banho interna e a secretaria geral). O centro conta ainda com dois anexos; o primeiro anexo é onde funciona a lavandaria, a rouparia (onde são guardadas as roupas), uma enfermaria de primeiros socorros, a cozinha e um alpendre onde são passadas as refeições, e o segundo anexo é onde funciona a sala de fisioterapia e a clinica dentária. O jardim foi arquitectado e projectado atendendo as necessidades das crianças de modo a facilitar a sua locomoção e deslocamento.

## 2.2. Missão, visão, valores e objectivos

O CADO tem como:

- **Missão:** Melhorar a qualidade de vida e promover a dignidade da criança com Necessidades Especiais que estão em situação de abandono, vulnerabilidade e pobreza.
- **Visão:** Ampliar o impacto social pela excelência no atendimento qualificado e humanizado o crianças com necessidades especiais.
- **Valores:** Fé, caridade, respeito, solidariedade.
- **Objectivos:** Acolher, reabilitar, proporcionar através de fisioterapia, terapia ocupacional, terapia de fala, actividades lúdicas assistência medica e afecto a pessoas com Necessidades Especiais (Paulo Massango 2023)

### 2.3. Estrutura Orgânica (número de empregados e actividades)

**Ilustração 1:** Estrutura orgânica do Dom Orione



**Fonte:** Direcção do CADO (2023)

Em relação ao número de empregados, actualmente o Dom Orione conta com 33 funcionários, entre os quais:

- **1 Director Geral:** assume o cargo de gestor administrativo do centro, cargo esse assumido pelo Padre Dennis como carinhosamente é chamado;
- **2 Secretárias:** responsáveis pela recepção e o devido encaminhamento;
- **16 Mães Atendentes:** responsáveis por cuidar da higiene e conforto das crianças, sendo que trabalham em 2 grupos, 2 turnos, e dias alternados, sendo um grupo responsável pelas crianças menores e outro pelas crianças maiores;
- **2 Senhoras da Cozinha:** são responsáveis pela nutrição e confeição dos alimentos;
- **1 Assistente Social:** tem a função de criar projectos, ministrar palestras, analisar, documentar informação úteis ao centro, o apoio psicossocial as crianças do centro e aos pacientes assistidos a partir de casa; também apresenta o centro aos estagiários e aos visitantes;
- **1 Terapeuta Ocupacional (TO):** responsável por actividades de estimulação de várias áreas comprometidas em crianças do centro;
- **1 Técnico Oftalmologista:** responsável pela higiene bucal das crianças e público em geral;

- **1 Técnica de Enfermagem:** responsável pela assistência médica e medicamentosa das crianças;
- **2 Técnico Fisioterapeuta:** responsáveis pela fisioterapia das crianças e público em geral;
- **1 Técnico Ortopedista:** responsável pela consulta, avaliação, confecção, colocação e manutenção das próteses ou talas, em crianças do centro e público em geral;
- **2 Lavadeiras:** responsáveis por manter toda a vestimenta do centro limpa;
- **1 Jardineiro:** cuida e mantém o jardim vivo;
- **1 Agente de Serviços Gerais:** responsáveis pelos serviços de manutenção de cadeiras de rodas, canalização e renovação das pinturas das paredes;
- **1 Segurança:** responsável pela segurança do centro.

O CADO contém um total de 39 crianças, sendo 21 do sexo masculino e 18 do sexo feminino e, as idades variam entre 7 a 43 anos, sendo a maior parte das crianças com idades entre 12–16 anos.

#### **2.4. Descrição detalhada das actividades realizadas na Terapia Ocupacional (TO)**

A estagiária esteve integrada na área de Terapia Ocupacional (TO), que é um campo de conhecimento e intervenção em saúde, em educação e na área social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e a autonomia de pessoas que, devido a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais ou sociais), apresentam dificuldades de inserção e participação na vida social temporária ou definitivamente (Barros & col., 2002, p.366).

**Tabela 1:** Descrição detalhada das actividades

Ordem	Actividades	Objectivo	Responsáveis	Publico Alvo
1	<b>Actividades da vida diária</b>	Ensinar ou reabilitar as habilidades básicas como tomar banho e vestir-se	Terapeuta ocupacional	Crianças do CADO
2	<b>Treinamento motor e coordenação</b>	Executar a destreza e a motricidade fina e grossa das crianças	Terapeuta ocupacional e a <b>Estagiária</b>	Crianças do CADO
3	<b>Actividades cognitivas</b>	Executar jogos de quebra a cabeça e tarefas que ajudam a melhorar a memória, atenção, planificação e outras habilidades cognitivas tais como atenção, memória, reconhecimento	<b>Estagiária</b>	Crianças do CADO
4	<b>Actividades de recreação e lazer</b>	Participar em <i>hobbies</i> e actividades de lazer que promovam o bem-estar e social das crianças	Terapeuta ocupacional e a <b>Estagiária</b>	Crianças do CADO
5	<b>Actividades sensoriais</b>	Processar as informações sensoriais	<b>Estagiária</b>	Crianças do CADO
6	<b>Actividades socializadoras</b>	Promover a interacção social das crianças através de jogo colaborativos	Terapeuta ocupacional e a <b>Estagiária</b>	Crianças do CADO

**Fonte:** Elaborado pela estagiária.

## 2.5. Relevância da instituição e da área de estágio para a formação da estagiária

A CADO mostrou-se de grande relevância na formação da estagiária, pois oferece oportunidades práticas que permitem consolidar todo o conhecimento teórico adquirido ao longo dos quatro anos de formação. Além disso, constitui um vasto campo para a investigação científica em diversas áreas do saber relacionadas às Necessidades Educativas Especiais.

No que se refere às NEE, destaca-se que, dentre as 39 crianças que necessitam de cuidados especiais, três (03) encontram-se inseridas no processo de ensino e aprendizagem, contribuindo para a efectiva consolidação da inclusão em Moçambique, sendo um ganho enorme ver crianças com deficiência, abandonadas frequentarem e disporem da oportunidade de aprender formalmente. E para as crianças que ainda não estão inseridas nas escolas, é porque carecem de apadrinhamento<sup>1</sup>, o que dificulta o processo de inclusão das mesmas, já que o centro por si só não dispõe de recursos para o processo.

---

<sup>1</sup> Pessoas colectivas ou singulares, organizações governamentais e ONGs, que podem criar condições financeiras e logísticas para suportar as despesas de crianças com necessidades educativas especiais nas escolas regulares ou especiais.



O centro acolhe um número significativo de crianças com diferentes quadros clínicos, o que possibilitou à estagiária aprofundar tanto o aprendizado teórico, quanto prático. Essa diversidade também favorece a elaboração de estudos de caso diferenciados para cada criança, bem como a criação de propostas de planos interventivos específicos.

A terapia ocupacional, enquanto área complementar da Psicologia e da Medicina, opera de forma multidisciplinar para garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes. Para a estagiária, essa experiência mostrou-se de extrema importância, pois permitiu-lhe compreender que as técnicas utilizadas para alcançar determinados objectivos são, na verdade, estratégias essenciais na construção de um plano de intervenção. Esse plano, quando elaborado de maneira clara e objectiva, torna-se acessível a qualquer profissional responsável pela sua execução.

Além disso, o ambiente do centro facilitou a supervisão da maioria dos intervenientes no processo terapêutico, reunindo profissionais de distintas áreas da saúde, como técnicos de medicina geral, fisioterapeutas, ortopedistas e oftalmologistas. Essa integração multidisciplinar evita a necessidade de deslocações constantes entre diferentes consultórios, tornando o acompanhamento mais eficiente e acessível.

## **2.6. Contributo esperado da estagiária para a Terapia Ocupacional**

A estagiária espera ter contribuído de forma positiva para o centro, especialmente na optimização da relação entre estagiários e crianças, considerando que muitos estagiários disputavam a atenção das mesmas crianças. Além disso, buscou aprimorar a coordenação entre os horários das sessões de terapia ocupacional e fisioterapia, evitando sobrecarregar a saúde física das crianças.

Também procurou auxiliar na elaboração de exercícios de fácil execução, garantindo uma abordagem mais acessível e eficiente.

No decorrer do estágio, constatou-se que não havia uma ordem clara sobre o horário e o atendimento das crianças na TO, o que gerava dificuldades na organização das sessões. Diante disso, a estagiária propôs a criação de uma escala de atendimento, considerando que a TO era realizada em um único espaço e que cada estagiário necessitava de tempo e privacidade para suas actividades. Essa escala permitiu optimizar o uso da sala e explorar alternativas, como a realização de sessões em espaços abertos sempre que adequado.

Observou-se que muitas crianças do centro não conseguiam ingerir alimentos de forma independente, pois não haviam desenvolvido habilidades motoras essenciais, como levar objectos à boca ou acima da cabeça. Algumas conseguiam realizar movimentos até a altura da cabeça, mas ainda assim não conseguiam se alimentar sozinhas. Diante desse cenário, a estagiária propôs novas actividades experimentais para estimular essas habilidades, incentivando o uso da colher infantil e promovendo o desenvolvimento da motricidade fina, da destreza manual e da mobilidade dos membros superiores.

O estágio decorria somente no turno da manhã (das 08:00h às 13:00h), pelo que limitava a realização das actividades de TO, toda via, no período da tarde havia mais disponibilidade e produtividade.

Com base nesse facto, a estagiária sugeriu a implementação de um sistema de turnos alternados: um turno da manhã das 08:00h às 12:00h, e um turno da tarde das 12:00h às 16:00h alternados semanalmente, garantindo que todos os estagiários tivessem oportunidade de actuar nos dois períodos.

Essa proposta permitiria uma melhor articulação com a fisioterapia, que se estende até aproximadamente às 15:00h, possibilitando a participação na sessão de fisioterapia de uma criança em um dia e, no seguinte, dando continuidade ao trabalho na TO, reforçando os objectivos terapêuticos estabelecidos.

## **2.7. Papel do Psicólogo Escolar e das Necessidades Educativas Especiais no CADO**

Sendo o maior objectivo do CADO, acolher e reabilitar as crianças com necessidades especiais, no CADO, o psicólogo tem o papel de fazer acompanhamento psicológico e geral nas crianças, garantido o desenvolvimento emocional e ambiente saudável entre os petizes.

É a função do psicólogo registar qualquer mudança no comportamento das crianças, mães atendentes, visto que são elas que lidam directamente com as crianças e nem sempre se encontram com disposição psicológica e emocional para a tarefa.

Conforme vimos anteriormente, o psicólogo no CADO tem um papel fundamental devido as múltiplas deficiências das crianças que se encontram acolhidas neste centro, e é a função do psicólogo educacional: avaliar o estado actual das crianças e criar uma proposta de plano de intervenção simples e claro em forma de documento, a ser usada por todos os intervenientes; monitorar as actividades a desenvolver com as crianças e analisar os

resultados alcançados; realizar acompanhamento psicopedagógico para as crianças inseridas no processo de ensino e aprendizagem (nas escolas) de forma a auxiliar, reforçar e otimizar o que aprende na escola; identificar as mudanças de comportamento das crianças do centro, e os possíveis factores por de trás dessas mudanças, de forma a melhorar a saúde mental de todos dentro do centro.

Sendo a Dom Orione uma instituição vocacionada ao acolhimento das crianças com Necessidades, as funções do Psicólogo, no contexto duma instituição de acolhimento são:

- Recolher informação e participar na análise do processo de decisão sobre a integração escolar e inserção no grupo da instituição de acolhimento;
- Promover multidisciplinarmente um ambiente relacional e facilitador da integração na fase da recepção das crianças/jovens;
- Promover o contacto directo com as crianças/jovens na realidade do seu dia-a-dia;
- Articular com a equipa técnico-educativa por forma a acompanhar o percurso escolar com regularidade; apoiar os restantes técnicos e a acção educativa; participar em reuniões periódicas com a equipa técnica para avaliar, delinear e acompanhar o percurso pessoal;
- Participar em reuniões de carácter formativo com os educadores; fazer avaliações psicológicas para estabelecer linhas de orientação e/ou intervenção; apoio psicológico e aconselhamento (diagnóstico de necessidades e encaminhamento);
- Promover a resolução de conflitos; orientar no planeamento da carreira profissional e percurso escolar; participar nas entrevistas com as famílias;
- Participar nas visitas domiciliárias;
- Participar nos momentos de convívios com as famílias das crianças/jovens; articular com Instituições e Serviços;
- Acompanhar o processo de desvinculação das crianças/jovens em conjunto com a equipa multidisciplinar e orientar/acompanhar aquando saída da instituição (Pinheiro, 2000).

### 3. PLANO DE ACTIVIDADES

O plano de actividades é um documento estratégico que ajuda a orientar a estagiária, com o objectivo de esclarecer e facilitar a realização do estágio durante o período de trabalho na organização de estágio. O presente plano de actividades foi elaborado no âmbito do estágio académico, do final do curso de Psicologia Escolar e das Necessidade Educativas Especiais no regime pós laboral, leccionado na Universidade Eduardo Mondlane, pela faculdade de Educação. O estágio decorreu no Centro Dom Orione, instituição que acolhe crianças com deficiência abandonadas e pela família, devido a varias razões, ou que necessitam de cuidados especiais, e teve a duração de 3 meses, teve o seu início no dia 01 de Setembro de 2023 e teve fim no dia 20 de Dezembro de 2023.

Período	Actividades	Objectivos	Carga horária
1ª e 2ª Semana de Setembro. De 01 à 15 de Setembro	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentação da estagiária, integração dos vários sectores existentes na instituição;</li><li>• Elaboração de plano de actividades.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conhecer a instituição, o historial, a estrutura orgânica, objectivos, a missão, visão, os valores e horário do funcionamento.</li><li>• Ajudar a organizar as actividades a executar em cada 15 dias.</li></ul>	120 Horas
3ª Semana de Setembro. De 18 à 22 de Setembro	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificação do tema do trabalho.</li><li>• Identificação do estudo de caso.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Produção de conteúdos para o relatório.</li><li>• Conhecer e compreender o estado clinico e geral.</li></ul>	20 Horas
4ª Semana de Setembro e 1ª Semana de Outubro. De 25 de Setembro à 6 de Outubro	<ul style="list-style-type: none"><li>• Introdução aos cânticos antes do pequeno almoço.</li><li>• Passeio pelo pátio do centro</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Preparar as crianças para a ingestão alimentar.</li><li>• Incluir as crianças em ambientes diferentes.</li></ul>	120 Horas

2ª e 3ª Semana de Outubro de 2023. De 9 à 20 de Outubro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cânticos antes do almoço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar as crianças para a ingestão alimentar, e de seguida o descanso da tarde.</li> </ul>	100 horas
4ª Semana de Outubro e 1ª Semana de Novembro de 2023 De 23 Outubro à 3 Novembro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar nas secções de fisioterapia</li> <li>• Passeio no jardim inclusivo do centro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular os desenvolvimentos voluntários dos membros superiores e inferiores da criança</li> <li>• Estimular as emoções e o equilíbrio das crianças</li> </ul>	120 horas
2ª e 3ª Semana de Novembro de 2023. De 6 à 17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação nas terapias ocupacionais</li> <li>• Participar nas Ludoterapias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a atenção e órgãos dos sentidos das crianças</li> <li>• Estimular o desenvolvimento da linguagem,</li> </ul>	120 Horas
4ª Semana de Novembro e 1ª Semana de Dezembro de 2023	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercícios com andarilhos, molas e outros objectos terapêuticos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver a motricidade fina e grossa.</li> <li>• Estimular o equilíbrio motor dos membros superiores e inferiores da criança</li> </ul>	120 Horas
<b>Total</b>	.....	.....	<b>720 Horas</b>

Supervisor:

dr. Jairo Gimo

Orientador:

Msc. Paulo Massango

Estagiária:

Tubvia+ Vasco Mutrawia

## 4. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS PELA ESTAGIÁRIA

No decurso do processo de estágio, diversas actividades foram desenvolvidas como parte da formação da estagiária. Desta forma, a seguir, faz-se uma descrição sintética das mesmas, apresentando os seus procedimentos, objectivos, métodos e das aprendizagens resultantes.

### 4.1. Apresentação e familiarização do local do estágio

Nesta actividade fez se apresentação de diferentes departamentos e as respectivas actividades desenvolvidas, foi uma actividade conduzida por um representante da instituição, o orientador Msc. Paulo Massango.

Nessa actividade a estagiária ficou a saber que o centro funciona de segunda à domingo das 8:00h-19:00, sendo que de segunda à sexta está aberto ao público das 8:00h-15:30h e nos sábados e domingos está aberto ao público das 8:00h-13:00h. Aos estagiários ficou a recomendação e obrigatoriedade de que se apresentasse trajados de uma bata branca, toca de cabelo e máscaras como forma de protecção individual e colectiva.

**Procedimento:** para a realização desta actividade usou-se o método de observação e escuta activa onde o mesmo consistiu em observar e escutar a explicação do desenrolar das actividades desenvolvidas em cada departamento apresentado.

**Objectivo:** a actividade tinha como objectivo principal familiarizar os estagiários a instituição.

**Aprendizagem:** para o funcionamento de qualquer instituição formal é importante que as actividades sejam divididas em sectores e departamentos e que todos integrantes das mesmas instituições devem executar as suas tarefas de forma a não criar embaraços no trabalho do outro, o auxílio, a cooperação fazem uma equipa forte, e capacitados a responder quaisquer desafios e prol do mesmo objectivo.

**Dificuldades:** Sendo esta a primeira actividade, quase não houve dificuldades, excepto pelo desafio de registar rapidamente todas as informações demonstradas e expostas.

## **4.2. Introdução aos cânticos de bom dia, dança matina antes do pequeno-almoço, e antes do almoço**

Essa actividade pode ser realizada por qualquer indivíduo, desde os colaboradores até os visitantes do centro, e é a primeira forma de interacção psicossocial entre os colaboradores e as crianças. Funcionava como motivação matinal. Com essas actividades esperava-se que no fim da mesma as crianças tivessem uma maior disposição para o dia.

**Procedimento:** para realizar essas actividades usava-se o método de participação activa e dinâmica de grupo, onde todos cantavam e um número de pessoas dançava com sorrisos no rosto; é importante a criatividade para animar as crianças, as canções geralmente são infantis, simples, e em especial para a primeira idade, por exemplo: “ lava cara de manhã cedo, ...” “ comboio passou pintou ....” “ eu tenho uma boneca de pano....”

**Objectivo:** o objectivo destas actividades é de preparar psicologicamente as crianças para o processo de ingestão do pequeno-almoço e almoço, esperava-se que no fim da mesma as crianças tivessem uma maior disposição para o dia.

**Aprendizagem:** foi possível aprender que, assim como o toque do sino em escolas primárias sinaliza o momento do recreio e desperta a animação das crianças para o lanche, em casa ocorre um processo semelhante. Sempre que são orientadas a lavar as mãos, compreendem imediatamente que a hora da refeição se aproxima, preparando-se para o momento de alimentação. Esse mesmo princípio é aplicado no CADO, onde, em vez de avisar cada criança individualmente, utiliza-se o canto como um gatilho psicológico para sinalizar a transição para a próxima actividade.

**Dificuldades:** O CADO possui uma canção principal entoada pelas mães atendedoras, intitulada “Bom dia, amiguinhos, como estão?”. Cabia aos estagiários a responsabilidade de inovar, introduzindo novas canções infantis, preferencialmente curtas, que permitam a inserção dos nomes das crianças ao longo da melodia.

## **4.3. Auxílio no processo de ingestão alimentar**

No primeiro momento havia necessidade de frisar que essa constituiu a actividade mais difícil de ser executada, pois cada criança tem as suas especificidades tendo em conta o tipo de deficiência que cada criança apresenta.

**Procedimentos:** Considerando as necessidades e as particularidades da deficiência de cada criança, a realização dessa actividade baseou-se nos métodos de observação e participação activa. A observação desempenha um papel fundamental, pois permite compreender a forma correcta de execução antes da prática. No entanto, observar a aplicação em uma criança não implica necessariamente a replicação do mesmo procedimento para todas, uma vez que cada criança apresenta características e demandas singulares.

**Objectivo:** era de manter as crianças alimentadas já que grande parte delas não o faz sozinha.

**Aprendizagem:** Foi possível compreender que, embora as crianças tenham deficiências, isso não as impede de terem preferências alimentares. Torna-se essencial conhecer cada criança para adequar a alimentação às suas necessidades. Enquanto algumas consomem refeições regulares, como arroz, feijão e salada, outras necessitam que os alimentos sejam triturados em uma papa grossa, preservando a identificação dos ingredientes, ou em uma consistência mais fina, algumas sem adição de sal.

Observou-se que, após a preparação das refeições, uma parte dos alimentos é separada para atender a essas especificidades. Destaca-se o caso de uma criança cuja alimentação é exclusivamente composta por papa fina sem sal, sempre misturada com iogurte, acreditando-se que o reconhecimento do alimento ocorra pelo cheiro e sabor do iogurte.

Independentemente da condição apresentada, é fundamental que a alimentação seja equilibrada, nutritiva e saudável, respeitando a cadeia alimentar, princípio que é cuidadosamente seguido no CADO.

**Dificuldades:** Uma das maiores dificuldades enfrentadas foi o tempo disponível, pois havia 39 crianças para alimentar no intervalo das 11:30 às 12:30. As crianças que necessitavam de alimentação em forma de papa fina apresentaram maior complexidade, pois o processo de sucção não foi adequadamente desenvolvido. Por esse motivo, era necessário pegá-las no colo, na posição de bebê, para facilitar a ingestão e evitar o refluxo, além de garantir o intervalo correto entre cada colherada, um processo que demandava estudo individualizado para cada criança.

Outras dificuldades surgiram com as crianças que, mesmo sem falar, demonstravam preferências alimentares, tornando o processo de alimentação ainda mais desafiador. As mães



atendentes servem as refeições de maneira uniforme, mas como 95% das crianças não se comunicam verbalmente, algumas recusavam a comida, fechando a boca quando não gostavam de determinados alimentos.

Para as crianças que necessitam de medicação, a administração dos remédios ocorre durante as refeições, uma tarefa exclusiva das mães atendedoras, a fim de garantir maior controle. A maioria das crianças faz tratamento com carbamazepina para controle de crises convulsivas devido à epilepsia e com multivitamínicos para estimular o apetite. Além disso, há casos de crianças em tratamento anti-retroviral. A alimentação dessas crianças é particular, com uma parte da refeição sendo ingerida e outra retirada, o que exige a supervisão cuidadosa do adulto responsável para garantir que a refeição seja completamente consumida.

Enfrentei duas situações marcantes durante essa actividade. A primeira foi o surto de uma criança, que apresentou crises nervosas e movimentos involuntários durante a alimentação. Ela começou a se contorcer, transpiração excessiva e retirou toda a comida da boca. Inicialmente, pensei que tivesse cometido algum erro, mas logo fui orientada a interromper a alimentação e pegar outra criança. Não consegui continuar com a actividade naquele momento.

A segunda situação ocorreu durante a alimentação de uma criança que se alimenta com papa grossa e estava constipada. Durante o processo, ela começou a tossir e teve refluxo, expulsando a comida misturada com secreção. Isso causou um grande desconforto e eu quase passei mal, saindo apressadamente da sala e não conseguindo retornar para continuar com a actividade. O dia terminou sem que eu conseguisse me alimentar, e passei quase dois dias me alimentando apenas de chá, pão simples e frutas.

Após esses acontecimentos, fui aconselhada pelo orientador, que me tranquilizou, dizendo que essas reacções eram normais nessa nova realidade e que não era a única a enfrentar dificuldades semelhantes. Ele sugeriu que eu realizasse a actividade em jejum, para lidar melhor com as situações inesperadas. Seguindo as orientações, retomei as actividades uma semana depois da interrupção.

#### **4.4. Acompanhamento no banho do sol e passeio pelo pátio do centro**

Essa actividade consistia em levar as crianças para tomarem os raios solares. As crianças com capacidades físicas de locomoção executavam essas actividades pessoalmente

em um passeio pelos corredores do pátio com a supervisão dos colaboradores, e as crianças com a incapacidade de locomoção eram acompanhadas com ajuda de carinhas de roda.

**Objectivo:** manter as crianças em contacto com o meio ambiente, como forma de socialização, visto que as crianças passam maior parte do tempo nos dormitórios. Daí que, houve a necessidade de colocar as crianças em contacto com o meio ambiente, conforme preconiza Vygotsky (2002), *“a criança aprende todo o conhecimento social e histórico do meio em que vive através da linguagem e da interação social”*.

**Procedimentos:** o método usado para essa actividade foi a participação activa, participando directamente nos passeios com as crianças, empurrando as carinhas das crianças que não se locomovem, e monitorando o passeio das crianças que se locomovem sozinhas.

**Aprendizagem:** igual as plantas e todos seres animais, o homem também precisa dos raios solares, visto que nos humanos ajuda a fortalecer os ossos e a manter a pele brilhante, um ser humano que não tem o contacto com raios solares tendem a desenvolver problemas da pele e crescer com ossos frágeis, porém muito sol também faz mal a pele, é importante que o banho de sol seja entre 7:00 – 8:30h ou 16:30-17:30h no Verão e da 8:30h-9:00h ou 16:00h-17:00h no inverno.

**Dificuldades:** A maior dificuldade estava relacionada ao horário, pois a actividade deveria ser realizada após os cânticos e o pequeno-almoço, entre 10:00h e 10:30h. Além disso, outra dificuldade significativa era a necessidade de dividir a atenção entre duas ou mais crianças simultaneamente, o que tornava o processo mais desafiador e exigia maior concentração e organização para garantir que todas as crianças recebessem o cuidado adequado.

#### **4.5. Participação em Secções de fisioterapia**

Essa actividade consistia em observar a evolução das crianças com as actividades executadas dentro do processo de fisioterapia.

**Procedimentos:** o método usado nessa actividade foi a observação e a entrevista não estruturada, pois a estagiária só observou as actividades desenvolvidas pelos fisioterapeutas em crianças NE enquanto questionava os benefícios de cada técnica aplicada.

**Objectivo:** compreender a importância das sessões de fisioterapia em crianças do centro.

**Aprendizagem:** Nessa actividade, foi possível perceber que as crianças atuam como agentes passivos, enquanto o fisioterapeuta desempenha o papel de agente activo. Isso significa que o fisioterapeuta executa as técnicas de forma adaptada às necessidades de cada criança, sem que elas interfiram directamente no processo. Observou-se que os fisioterapeutas aplicam mais força em crianças maiores devido à resistência que essas crianças apresentam durante as actividades. Embora as melhorias nem sempre sejam imediatamente visíveis, a fisioterapia se mostra de extrema importância, pois ajuda a prevenir contracturas em membros já afectados.

**Dificuldades:** A grande dificuldade e/ou limitação foi a não participação directa, que, foi essencial, pois trata-se de uma actividade que deve ser realizada por um quadro de pessoal altamente qualificado. Qualquer técnica aplicada de forma inadequada pode resultar em problemas graves subsequentes. A falta de conhecimento sobre as técnicas, a área a ser trabalhada na criança e os objectivos a serem alcançados nos posicionou como simples observadores, sem a possibilidade de intervir directamente no processo.

#### **4.6. Participação nas terapias ocupacionais**

Essa actividade consistia em reforçar as sessões de fisioterapia. Na terapia ocupacional, as crianças são os agentes activos, enquanto o terapeuta assume o papel de agente passivo. Isso significa que o terapeuta desenvolve a actividade a ser executada pela criança, e apenas quando a criança apresenta dificuldades é que o terapeuta intervém, orientando as actividades a serem realizadas. Diversas actividades são desenvolvidas, de acordo com os objectivos específicos a serem alcançados em cada sessão.

**Procedimentos:** os métodos usados na terapia ocupacional foram a participação activa e a observação do comportamento apresentado pela criança, tarefas experimentais, dinâmica do grupo, técnicas usadas nas sessões, e os aplausos era a maior forma de motivar as crianças.

**Objectivo:** as actividades tinham vários objectivos, tais como recuperar, reforçar, e desenvolver competências essenciais para executar actividades do dia-dia das crianças. E os exemplos são: estimular a destreza manual, a motricidade fina, motricidade grossa, abotoar camisa, atar, lançar ou chutar a bola, abrir um pacote de bolachas e tirar uma bolacha do pacote, levantar a colher de comida a boca, etc.

**Aprendizagem:** Em actividades na terapia ocupacional que requerem maior concentração, é difícil para as crianças manterem a retenção por longos períodos de tempo, em comparação com actividades mais descontraídas.

**Dificuldades:** uma das maiores dificuldades era mesmo a comunicação verbal, e a melhor forma de comunicar era executar a actividade primeiro e certificar de que a criança prestou atenção para de seguida executar. Outra maior dificuldade era a disputa por crianças para as sessões de terapia ocupacional.

#### **4.7. Participação nas Ludoterapias**

A Ludoterapia no CADO é a terapia mais inclusiva, podendo participar todos aqueles que queiram, desde as mães atendedoras, colaboradores, estagiários e visitantes. A Ludoterapia é uma terapia recomendada às crianças, porém pode ser eficaz para os adultos; nessa terapia, tanto a criança como o adulto são agentes activos e os ganhos são a dobrar.

**Procedimentos:** Os métodos utilizados para participação nessas terapias incluem a participação activa, a observação dos comportamentos apresentados pelas crianças e dinâmicas de grupo. Frequentemente, formavam-se duplas para jogar UNO e baralho de 5 cartas no período da tarde, com as crianças que frequentam a escola, enquanto as outras descansavam. Esses jogos exigem muita atenção, além da habilidade de respeitar o tempo do outro e aguardar a sua vez para jogar.

**Objectivo:** estimular os processos mentais das crianças, como percepção, atenção, a assimilação, a memória.

**Aprendizagem:** Durante as sessões de jogo com UNO e baralho de cartas, uma das crianças demonstrou intolerância em esperar sua vez e uma tendência à rapidez em jogar, sem analisar as jogadas. Sempre que percebia que havia cometido um erro, ela misturava todas as cartas, e mostrava frustração quando seu grupo perdia, retirando-se do jogo. Essas atitudes chamaram a atenção, o que motivou uma análise dos cadernos escolares, onde se constatou que a criança quase não tinha conteúdo registado, escrevendo apenas quando supervisionada ou quando lhe convinha.

Em jogos de quebra-cabeça, o desempenho de duas crianças, que não possuem linguagem verbal e apresentam dificuldades motoras, surpreendeu positivamente. Embora com limitações motoras, demonstraram uma excelente capacidade intelectual ao montar

correctamente os quebra-cabeças, trabalhando a motricidade fina e a destreza manual de maneira eficaz.

**Dificuldades:** De tarde, a maior dificuldade é mesmo a diversidade de pessoal para a dinâmica de grupo. É o momento dos colaboradores descansar.

#### **4.8. Passeio no jardim inclusivo do centro**

Esta actividade consistia em conduzir as crianças a um passeio no jardim inclusivo, situado dentro do quintal do centro. O espaço está equipado com diversos brinquedos adaptados, como baloiços, escorregadios, carrosséis, trampolins etc... e todos os objectos são devidamente modificados para atender as necessidades das crianças. Destaca-se também pelo fato de seu piso ser inteiramente revestido de areia. O passeio ocorre uma vez por semana, especificamente às quintas-feiras.

**Procedimentos:** Os métodos empregados nesta actividade foram a participação activa, na qual, além de entrar no jardim, retiraram-se os sapatos e se caminhou descalço pelo parque enquanto se empurrava a criança calmamente no baloiço. O outro método foi a observação das expressões faciais das crianças durante os movimentos de idas e voltas no baloiço, permitindo captar suas reacções e emoções.

**Objectivo:** apresentar um ambiente diferente as crianças, retirar as crianças da rotina.

**Aprendizagem:** algumas crianças apresentaram medo e tensão, por conta dos movimentos do baloiço, porem outras crianças mostraram alegria e satisfação no mesmo objecto, e ao pisar na areia.

**Dificuldades:** não era permitido deixar as crianças sentar ou deitar na areia, e a atividade era realizada com a força

#### **4.9. Auxílio no processo de higiene pessoal das crianças no banho matinal**

Acredita-se que esta seja a segunda actividade mais difícil de executar, logo após a ingestão alimentar, pois, mesmo na Ala das crianças menores, é possível encontrar crianças de maior idade, mas com estatura reduzida. Essa diferença torna-se especialmente notável no momento do banho.

**Objectivo:** compreender como é realizado a higiene pessoal das crianças, pois até as 8:00 horas que o centro abre as porta, já é possível encontrar todas as crianças bem asseadas.

**Procedimento:** os métodos usados nessa actividade foi a observação, a escuta activa e a participação.

**Aprendizagem:** O banho em uma criança que necessita de cuidados especiais não é uma tarefa simples, sendo ainda mais desafiador devido ao número elevado de 39 crianças. No entanto, essa tarefa torna-se mais viável quando a equipe é proactiva e cada membro tem clareza de sua função. Logo pela manhã, as mães do turno nocturno, ao saírem, e as do turno diurno, ao entrarem, trabalham em conjunto para descongestionar o quarto e o banheiro.

Cada escova de dente é devidamente identificada com o nome do usuário, a fim de evitar trocas. O banheiro é adaptado para atender às necessidades específicas do processo. No que diz respeito à higiene pessoal, as mães atendentes delegaram a tarefa de hidratação corporal com óleo neutro, adequado para todo tipo de pele, e a troca das vestimentas. Após esse processo, as crianças são alocadas no alpendre.

**Dificuldades:** As principais dificuldades observadas no processo de banho incluem o transporte das crianças do berço até o banheiro, tarefa que deve ser realizada manualmente, dado que várias delas enfrentam problemas de incontinência nocturna, o que resulta em enurese e encoprese nocturna. De acordo com as mães atendentes, o banho de crianças maiores é particularmente desafiador, pois elas apresentam contracturas musculares e rigidez, o que dificulta o processo de higiene, incluindo a escovação dental, uma vez que muitas delas não conseguem manter a boca aberta ou gargarejar.

Além disso, nas crianças maiores, especialmente as do sexo feminino, as dificuldades aumentam durante o ciclo menstrual, pois essas crianças dependem totalmente de um adulto para a troca de vestuário. Em muitos casos, elas não possuem percepção do processo, o que torna a actividade ainda mais exigente para as mães atendentes.

#### **4.10. Participação na peça teatral**

Foi uma experiência única, ser escolhida para praticar da peça teatral com o tema “Saúde mental sim, suicídio não!” com o *slogan* do ano 2023 “se precisar peça ajuda, stop suicídio”.

**Procedimentos:** para a realização dessa actividade foi preciso a participação activa, desde aos ensaios até à apresentação da peça.

**Objectivo:** tinha como objectivo consciencializar as mães atendentes, colaboradores, e visitantes sobre a importância da boa saúde mental entre os indivíduos, de modo a não desenvolver os sinais que podem levar os indivíduos de qualquer classe social a cometer o suicídio

**Aprendizagem:** foi possível aprender que o trabalho em equipa produz resultados esperados e falar sobre temas de interesse social em forma de peças teatrais produz mais interesse no assunto por parte da plateia, pois transmitimos melhor os *modos vivendos* da nossa sociedade

**Dificuldades:** as dificuldades foram mínimas como a troca das vestimentas para cada momento, encenar um papel interventivo social sem se preocupar com o público de forma a focar os aspectos inerentes ao tema.

#### **4.11. Realização de visitas ao domicílio**

Pela natureza da instituição, várias são as famílias que tendo uma criança portadora de deficiência aproximam ao centro pedindo para deixá-los aos cuidados da instituição; por conta dessas razões, o departamento da Acção Social e da Psicológica, presta assistência psicossocial as crianças e adultos portadores de deficiência e a família em geral a partir de casa.

**Procedimento:** a realização dessa actividade foi possível mediante a visita presencial, conversa directa, escuta activa, entrevista não estruturada.

Uma vez ao mês, ou sempre necessário o psicólogo do centro na companhia de alguns colaboradores, deslocam-se para as visitas feitas aos pacientes assistidos a partir de casa.

**Objectivo:** reforçar os conselhos as famílias, acentuando que o melhor lugar para um indivíduo viver é no seio da sua famílias, recolha de dados e produção de relatórios, se possível acompanhar ou monitorar as consultas hospitalares, de modo a desencorajar a desistência das mesmas.

**Aprendizagem:** aprende-se que o CADO presta assistência psicossocial há um maior número de famílias em relação ao número de crianças do centro, e todas essas famílias aproximam em todos dias 21 de cada mês para receber cesta básica composta por alimentos não perecíveis, vestimentas pessoais e de cama, produtos de higiene pessoal e colectiva, que são: sabão, detergente em pó, pensos higiénicos e fraldas etc.

**Dificuldades:** As principais dificuldades enfrentadas incluíram, inicialmente, a necessidade de estabelecer confiança para promover uma conversa produtiva e garantir a obtenção de dados precisos e confiáveis. Outrossim, foi necessário utilizar recursos pessoais para adquirir créditos telefónicos, a fim de contactar os responsáveis familiares, bem como arcar com os custos do transporte, que muitas vezes envolviam o pagamento de duas passagens de chapa para a ida e duas para o retorno durante o deslocamento para a realização das visitas.

## 5. ESTUDO DE CASO

No presente capítulo explora-se o estudo de caso, que tem como tema central: Intervenção Psicológica em Criança com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor e Cegueira: “Caso Pablo 2023 – Centro de Acolhimento Dom Orione”

### 5.1. Apresentação do caso

Pablo Américo (*nome fictício*) é uma criança de 8 anos de idade, nascido ao 18 de Outubro de 2015, de nacionalidade Moçambicana, residente no Centro de Acolhimento Dom Orione. Foi acolhido no centro no dia 25 de Julho de 2022, na altura com 6 anos de idade, a pedido do seu irmão mais velho, de 26 anos de idade que acabava de perder emprego e se encontrava sem condições psicossociais e financeiras para cuidar do seu único irmão.

Pablo é o segundo filho de sua mãe, com quem viveu até aos 2 anos de idade, antes do desaparecimento físico da mesma, vítima de doença, pois, a mãe do Pablo era PSP e fazia segmento na unidade sanitária da Casa Gaiato (CG) em Boane, porem, Pablo nasceu criança saudável e juntamente com a sua mãe continuaram com o segmento na CCR no mesmo local. Após o falecimento de sua mãe, a criança passou a viver com seu irmão mais velho no bairro Ferroviário, em Maputo, e continuou realizando as consultas no mesmo local. Naquela época, a criança não apresentava habilidades motoras como andar, engatinhar ou sentar, além de não emitir palavras. Diante da situação, o irmão optou por interromper o acompanhamento devido à distância e aos custos elevados de deslocamento.

Pablo só começou a sentar com apoio dentro de bacias aos 5 anos de idade e até a data do acolhimento no CADO (desde os 2 anos até aos 6 anos), seu irmão dissera nunca ter o levado a nenhuma unidade sanitária mais próxima, por falta de tempo devido ao trabalho e a



secretária que ficava com o menino dizia que tinha que ser o próprio irmão a leva-lo; Pablo nunca apresentou convulsões.

Pablo foi acolhido com desnutrição crónica e com peso igual a 9kg, quase 3 meses depois, no dia 17 de Outubro de 2022, tendo sido internado no departamento de USCP do HCM com queixa: febre alta e dor na genitália, um dia depois do internamento, o quadro evoluiu com sangramento uretral e dor na região peri-anal, agravando-se para anorexia, tendo como diagnóstico geral: **celulite peri-anal e infecção urinária**, e cumpriu com o tratamento, tendo alta no dia 8 de Novembro de 2022.

Começou a proferir algumas palavras dentro do centro e hoje com 8 anos pronuncia algumas palavras e responde algumas perguntas, como por exemplo: Pablo estás bem? – Estou bem/Sim. Imita palavras quando ouve, embora não tenha um discurso coerente.

Pablo se locomove com ajuda de cadeira de rodas, não come sozinho, usa fraldas, ele apresente ADPM e cegueira central, reconhece alguns alimentos através do tacto, olfacto e paladar, reconhece as pessoas pelo tacto, pelo som dos passos ao andar, cheiro e voz, e no centro segue com os seguintes tratamentos: Fisioterapia 3 vezes por semana (segunda, quarta e sexta) e TO 3 vezes por semana (terça, quinta e sábado).

## **5.2. Fundamentação teórica**

### **5.2.1. Definição de conceitos**

#### **5.2.1.1. Intervenção psicológica**

A palavra "intervenção" deriva do latim *interventio*, que significa “acção de intervir”. *Intervenire* é composto por *inter-* (entre) e *venire* (vir), denotando a acção de “vir entre” ou “interceder” (Associação Americana de Psicologia-APA, 2020).

De acordo com Leonardo Tavares (2024), intervenção psicológica refere-se a um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados por profissionais da saúde mental para auxiliar indivíduos a lidar com problemas emocionais, comportamentais e cognitivos, visando promover o bem-estar psicológico e melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Sua aplicação deve considerar as especificidades do contexto, adoptando estratégias humanizadas e adaptáveis.

#### **5.2.1.2. Criança**

A criança de acordo com o artigo 1 da Convenção sobre os Direitos da Criança, entende-se como todo o ser humano menor de 18 anos salvo se nos termos da lei que lhe for aplicável atingir a maioridade mais cedo (UNESCO, 1989).

Por fim, Piaget (1971) citado por Sarmento (2005) define a criança como um indivíduo em desenvolvimento cognitivo, que passa por estágios específicos de construção do conhecimento, desde o sensório-motor até o operatório formal, evidenciando a importância das interações com o meio para seu crescimento intelectual. Enquanto a Convenção dos Direitos da Criança enfatiza a idade cronológica, Piaget destaca o desenvolvimento cognitivo, evidenciando que a infância é um processo de construção e interação com o meio.

#### **5.2.1.3. Desenvolvimento psicomotor**

Segundo a APA (2020), o termo “psicomotricidade” origina-se da junção de psico-, derivado do grego *psyché* (alma ou mente), e motricidade, que se refere ao movimento. Assim, etimologicamente, psicomotricidade diz respeito à integração entre as funções psíquicas e motoras.

Desta forma, entende-se que o desenvolvimento psicomotor resulta da interação entre maturação neurológica e ambiente, integrando funções psíquicas e motoras. Envolve habilidades como coordenação, equilíbrio e percepção espacial. Esse processo é essencial para o crescimento e a adaptação do indivíduo.

#### **5.2.1.4. Cegueira**

A cegueira é definida pela Organização Mundial da Saúde-OMS (2010) como visão menor que 20/500 no melhor olho de uma pessoa ou campo visual inferior a 10 graus.

De acordo com Nunes e Lomônaco (2008), a cegueira é uma deficiência visual caracterizada pela impossibilidade de apreensão de informações do mundo pela visão.

Sendo assim, cegueira pode ser compreendida tanto por critérios médicos quanto pela experiência perceptiva, enquanto alguns enfoques a definem com base na acuidade visual e no campo de visão, outros destacam a impossibilidade de captar informações visuais do ambiente.

### **5.2.2. Definição e etiologia do atraso de desenvolvimento psicomotor**

O atraso do desenvolvimento psicomotor (ADPM) refere-se à dificuldade ou ausência de progressão das habilidades motoras e cognitivas dentro dos períodos esperados para a idade da criança.

De acordo com Ferreira (2004), essa condição pode comprometer áreas como motricidade global, linguagem e interacção social, afectando directamente a autonomia do indivíduo.

Crianças com ADPM apresentam desafios no controle postural, na locomoção e na comunicação, exigindo acompanhamento especializado desde os primeiros anos de vida. As causas do ADPM são variadas e podem envolver factores genéticos, neurológicos e ambientais.

Segundo Brites (2018), condições como paralisia cerebral, prematuridade extrema e síndromes genéticas estão entre os principais factores de risco. Além disso, a ausência de estímulos adequados nos primeiros anos de vida pode comprometer a maturação do sistema nervoso e o desenvolvimento psicomotor da criança.

Ferreira (2004) destaca que a identificação precoce do ADPM é fundamental para a intervenção eficaz. Sinais como rigidez muscular, dificuldades na manipulação de objectos e atraso na fala são indicativos que devem ser observados por profissionais da saúde e educação. O diagnóstico pode ser realizado por meio de escalas padronizadas que avaliam o desempenho motor e cognitivo da criança.

Intervenções precoces, segundo Brites (2018), são essenciais para minimizar os impactos do ADPM e promover o desenvolvimento global da criança. Estratégias como fisioterapia, terapia ocupacional e estimulação cognitiva favorecem a adaptação e a inclusão social. Além disso, o envolvimento da família no processo terapêutico contribui significativamente para o sucesso das intervenções.

### **5.2.3. Cegueira na infância: aspectos clínicos e psicológicos**

Baseado na visão conjunta de Ormelezi (2006) e Garcia (2014), a ausência total ou parcial da visão na infância interfere directamente na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e sociais, exigindo adaptações no processo educacional e no suporte psicológico. A

detecção precoce e a intervenção adequada são fundamentais para minimizar os desafios enfrentados por crianças cegas, promovendo sua autonomia e inclusão social.

Baseado nos autores supracitados, os aspectos clínicos da cegueira infantil são:

- Malformações congénitas, como microftalmia e anoftalmia;
- Doenças oculares, incluindo catarata congénita e retinopatia da prematuridade;
- Lesões no nervo óptico, causando deficiência na transmissão de estímulos visuais;
- Infecções intrauterinas, como rubéola e toxoplasmose, que comprometem a formação ocular;

Os aspectos psicológicos da cegueira infantil arrolados por estes autores são:

- Impacto na construção da identidade e percepção de mundo.
- Maior dependência emocional e necessidade de suporte familiar.
- Desafios na socialização, no desenvolvimento da autonomia e na adaptação a diferentes métodos de aprendizado e comunicação.
- Possíveis quadros de ansiedade e baixa auto-estima diante das limitações impostas pela deficiência visual.

#### **5.2.4. Relação entre desenvolvimento psicomotor e deficiência visual**

.De acordo com Meereis et al. (2011), crianças com deficiência visual apresentam dificuldades na locomoção e no reconhecimento espacial, o que compromete seu desenvolvimento motor e sua interação com o ambiente.

Pesquisas indicam que crianças com deficiência visual apresentam dificuldades em habilidades motoras como engatinhar e caminhar, devido à falta de estímulos visuais que incentivem a exploração do ambiente. Kyriillos (s/d.) afirma que a ausência da visão faz com que essas crianças desenvolvam estratégias compensatórias por meio da audição e do tato. No entanto, essas estratégias nem sempre substituem integralmente a importância da percepção visual no aprendizado motor, tornando essencial a adaptação de metodologias para estimular o desenvolvimento psicomotor, pois, a falta de referências visuais dificulta a percepção do espaço ao redor, afectando a mobilidade e a autonomia.

### **5.2.5. Intervenção psicológica em crianças com deficiências múltiplas**

A intervenção psicológica em crianças com deficiências múltiplas requer abordagens especializadas que considerem as diversas limitações sensoriais, motoras e cognitivas presentes.

De acordo com Carvalho (2021), a intervenção precoce é essencial para promover o desenvolvimento dessas crianças, utilizando actividades lúdicas e tecnologia assistiva para ampliar suas capacidades adaptativas. Além disso, a mediação do psicólogo junto às famílias contribui para fortalecer vínculos afectivos e melhorar a compreensão das limitações da criança, tornando o ambiente mais inclusivo e acolhedor.

Programas de intervenção devem integrar aspectos emocionais e comportamentais, promovendo autonomia e auto-estima. Santos e Shimazaki (2020) destacam que o uso de jogos pedagógicos pode favorecer o desenvolvimento das funções psicológicas superiores em crianças com deficiência intelectual, o que é aplicável também às deficiências múltiplas. Técnicas de reforço positivo e comunicação alternativa são essenciais para melhorar a interacção e o aprendizado.

Ainda na linha dos autores, a actuação interdisciplinar é crucial, envolvendo psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e educadores, o que favorece a construção de estratégias eficazes para maximizar o potencial da criança, respeitando seu ritmo de desenvolvimento.

A Intervenção psicológica visa não apenas minimizar dificuldades, mas também potencializar habilidades, promovendo qualidade de vida. A personalização das abordagens, aliada ao suporte familiar e interdisciplinar, é determinante para garantir avanços no desenvolvimento socioemocional e cognitivo dessas crianças.

### **5.2.6. Papel da família na intervenção psicológica**

A família desempenha um papel fundamental na intervenção psicológica, influenciando directamente o bem-estar e a recuperação dos indivíduos em tratamento. De acordo com um artigo publicado por Silva e Marmol (2019), a família é a primeira instituição social formadora da criança e de sua personalidade, sendo essencial no processo educativo e nas intervenções psicopedagógicas, impactando significativamente os resultados no ensino-aprendizagem.

O envolvimento activo dos pais no processo terapêutico é crucial para o sucesso da intervenção. Conforme destacado por Santos (2018), os pais são fundamentais como informadores na fase de avaliação e como parceiros na intervenção, uma vez que a criança passa a maior parte do tempo com eles. A colaboração dos pais permite uma continuidade do aprendizado entre as sessões terapêuticas e o quotidiano da criança, promovendo consistência nos estímulos e facilitando a generalização dos comportamentos aprendidos.

Além disso, a participação familiar no processo terapêutico fortalece o vínculo afectivo entre a criança e seus cuidadores, criando um ambiente de confiança que facilita a adesão ao tratamento. Monteiro (2022) enfatiza que, quando os familiares participam de forma activa e consciente, as chances de progresso aumentam, pois o apoio contínuo facilita a aplicação das orientações dos profissionais fora do ambiente terapêutico. Essa parceria entre terapeuta e família é essencial para que os objectivos sejam mais rapidamente atingidos, garantindo uma evolução mais efectiva e rápida da criança.

Portanto, o envolvimento da família na intervenção psicológica é essencial para o sucesso do tratamento, proporcionando um suporte contínuo e um ambiente favorável ao desenvolvimento e bem-estar do indivíduo em terapia.

### **5.3. Discussão do caso**

#### **5.3.1. Hipótese diagnóstica**

No caso de Pablo, factores ambientais parecem ser predominantes como a causa do Transtorno de Atraso do Desenvolvimento Psicomotor, e o longo intervalo de 20 anos entre o nascimento do seu irmão e ele. A ausência de aleitamento materno e o uso exclusivo de leite artificial desde o nascimento podem representar um risco aumentado para infecções e déficits nutricionais, visto que o leite materno contém nutrientes essenciais para o desenvolvimento infantil. Há indícios que Pablo tenha passado por um parto prolongado, o que pode ter comprometido a oxigenação do feto, factor que pode estar relacionado a sua condição neurológica

A cegueira de Pablo é irreversível. No entanto, seus outros sentidos, como olfacto, audição, paladar e tato, estão preservados e bastante desenvolvidos, servindo como principais meios de interacção com o ambiente. Pablo demonstra capacidade de reconhecer pessoas pelo som de seus passos e voz, ou pelo toque, indicando uma memória auditiva e tátil aguçada Syrillos (s/d). Pablo apresenta ecolalia, repetindo palavras ou frases de forma prolongada, característica comum em crianças durante a aquisição da linguagem e que pode estar associada ao transtorno do espectro autista, a cegueira infantil pode resultar em dificuldades no desenvolvimento global da criança, exigindo intervenções especializadas para estimular suas habilidades adaptativas Meereis et al. (2011)

Observações adicionais revelam que Pablo não articula palavras de forma coerente, recorrendo a repetições de palavras ou frases memorizadas para chamar a atenção. Esse comportamento pode ser resultado da falta de estimulação precoce adequada. Outro aspecto relevante é que, durante as refeições, Pablo frequentemente defeca, comportamento que ele não realiza de forma independente. Manifesta preferência por batatas, possivelmente indicando uma necessidade ou desejo específico. A frequência crescente em defecar, pode estar relacionada ao baixo peso e a desproporção corporal em relação à sua idade. Observa-se também fraqueza nos membros inferiores, limitando sua mobilidade.

#### **5.3.2. Medidas de intervenção**

As medidas de intervenção desenvolvidas no CADO, particularmente no domínio psicomotor, estão alinhadas com a intervenção primária, com a participação dos profissionais de fisioterapia e terapia ocupacional, podendo também envolver o médico ortopedista quando

necessário. No que se refere ao domínio cognitivo, da linguagem e das habilidades sócio-afectivas, até o término do estágio, essas áreas estavam sob a responsabilidade do profissional de educação infantil, devido à falta de um terapeuta de fala no centro.

Recomenda-se a inclusão de outros profissionais, como psicólogos, terapeutas de fala e médicos fonoaudiólogos, para complementar as intervenções. Além disso, a criança também recebe tratamento medicamentoso com suplementos para reforçar o apetite. As refeições são preparadas de maneira equilibrada e nutricionalmente rica, sob a supervisão da nutricionista e cozinheira do centro.



#### 5.4. Proposta de intervenção para Pablo

**Tabela 2:** Proposta de intervenção para o caso

Áreas de intervenção	Objectivos	Estratégias	Material	Intervenientes
<b>Memória</b>	- Estimular o armazenamento de informação através da memória auditiva, gustativa, olfactiva e táctil	Repetição de palavras; Promoção de exercícios de memorização.	Jogos de memória (advinhas de objecto e alimentos)	Psicólogo, Família e mães atendentes
<b>Linguagem</b>	-Estimular a expressão e compreensão oral, e a consciência fonológica	Aplicação de musicaterapia Promoção de aula de cântico individual ou em grupo	Sala de música Canções e rodas de danças	Psicólogo Família ou mães atendentes Terapeuta de fala Professores, e Alunos
<b>Comunicação verbal</b>	-Desestimular o desenvolvimento da interacção	Promoção de conversas directas e coerentes	Livros de contos e histórias infantis Anedotas infantis	Terapeuta de fala Psicólogo Professor Família ou mães atendentes
<b>Locomoção</b>	-Estimular os movimentos dos	Aplicação de exercícios de alongamento e estabilidade	-Andarinho - Stander-chai	Fisioterapia Psicólogo

	membros inferiores e superiores, -Estimular a estabilidade e o equilíbrio motor	Mobilização dos membros inferiores e superiores Descarregar o peso para os pés	Sala de ginásio Natação	Família
--	--	---	----------------------------	---------

**Fonte:** Elaborado pela Estagiária.

## 6. CONCLUSÕES

A realização do estágio no CADO, em Maputo, representou uma experiência única e significativa, embora desafiadora. O centro acolhe 39 crianças com diferentes tipos de deficiência, sendo que apenas 4 delas possuem linguagem verbal, e somente 2 se comunicam de forma coerente. Este cenário exigiu uma conciliação entre o potencial teórico adquirido e a aplicação prática no contexto da instituição.

Diversos desafios foram enfrentados ao longo dos três meses de estágio, e superá-los tornou a experiência ainda mais enriquecedora, permitindo uma reflexão profunda sobre os pontos fortes e limitações observadas. Essa vivência encorajou a persistência no cuidado das crianças, independentemente das dificuldades encontradas.

O estágio foi muito produtivo, possibilitando momentos de crescimento para a formação profissional e pessoal, ampliação e aprofundamento dos conhecimentos teóricos e práticos, ao desfrutar de momentos de interação com a realidade no contexto Moçambicano.

Foram diversas as actividades realizadas, sendo todas relevantes para a escolha do estudo de caso, que culminou com a proposta de um plano de intervenção. A intenção é que este plano, de forma sintética, possa servir de apoio para profissionais na interpretação e aplicação de estratégias adequadas. Na elaboração do plano de intervenção, o enfoque foi direccionado para áreas ainda preservadas na criança, com o objectivo de promover melhorias na qualidade de vida na fase adulta.

A terapia cognitivo-comportamental, combinada com a fitoterapia e a terapia ocupacional por meio de actividades experimentais, são as abordagens mais recomendadas para o caso em questão, pois uma complementa e dá continuidade à outra.

Sem fazer julgamentos sobre as mulheres que abandonam seus filhos, é importante também estender o convite aos pais e esposos de mulheres que são mães de crianças com deficiência para reflexão em união sobre até que ponto uma criança com deficiência merece os mesmos cuidados que uma criança sem deficiência, considerando que ambas possuem os mesmos direitos. Muitas vezes, é fácil criticar as falhas das mulheres, mas nos esquecemos de que o pai também tem o dever de garantir e salvaguardar os direitos das crianças, e que a lei da paternidade responsável deve, de fato, ser uma realidade. No entanto, é cada vez mais notório o número de mulheres que, após gestarem e nutrirem uma nova vida por nove meses,

abandonam seus filhos. Isso é ainda mais triste quando algumas mulheres são forçadas a cometer esse acto pelos seus parceiros.

## **7. RECOMENDAÇÕES**

Em função da experiência colhida com base no estágio, recomenda-se para o CADO:

- A actualização dos dados das crianças e da instituição;
- O uso de tecnologias assistivas para estimular as áreas cognitivas das crianças;
- A contratação de um Psicólogo Escolar das Necessidades Especiais para desenvolver actividades educativas e não apenas ocupacionais.

Igualmente, como forma de melhoria e promoção de aspectos positivos na experiência dos estagiários, recomenda-se para a FACED:

- Fornecer mais actividades práticas semestrais durante o período de formação;
- A não cobrança de mensalidades ao longo do período do estágio, assim incentivando aos formandos a adesão de períodos longos de estágios académicos, visando aprimorar as técnicas das diversas abordagens psicoterapêuticas, o que poderá facilitar a produção de um relatório de qualidade.

## Referência bibliográficas

Associação Americana de Psicologia-APA. (2020). *Dicionário de Psicologia*. Consultado em 11/03/2025, Disponível em <https://dictionary.apa.org/intervention>.

Barros, D. D., et al. (2002). *Projecto Metuia – Terapia Ocupacional no campo social*. O Mundo da Saúde, v.26, n.3, São Paulo.

Brites, L. (2018). *Causas e sinais do atraso psicomotor em bebês e crianças*. Instituto NeuroSaber. Recuperado de <https://institutoneurosaber.com.br/artigos/causas-e-sinais-do-atraso-psicomotor-em-bebes-e-criancas/>.

Boletim da República-BR (2023). *Constituição da República de Moçambique*, Imprensa Nacional de Moçambique, E.P: Gov. Maputo

Camargo-Borges, C., & Cardoso, C. L. (2005). A psicologia e a estratégia saúde da família: Compondo saberes e fazeres. *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 26-32. Consultado em 16/03/2025, Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n2/27041.pdf>.

Carvalho, E. L. G. (2021). *Guia propositivo de intervenção precoce para os pais: o uso de atividades lúdicas para o desenvolvimento de crianças com deficiências múltiplas*. Consultado em 11/03/2025, Disponível em <https://comum.rcaap.pt/entities//publication/6a629082-2efd-4e95-ba44-f0b0a858fc22>.

Faculdade de Educação-FACED. (2014). *Regulamento de Estágios dos Cursos de Graduação*. Universidade Eduardo Modlane. Maputo.

Ferreira, J. C. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 20(6), 703-712.

Fonseca, V. (1988). *Psicomotricidade: Perspectivas multidisciplinares*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Fundação de Desenvolvimento Comunitário-FDC. (2008). *Violência Contra Menores em Moçambique - Revisão da Literatura*. Consultado em 16/03/2025, Disponível em [https://issuu.com/laquefrancisco/docs/violencia\\_contra\\_menores\\_em\\_moc\\_am](https://issuu.com/laquefrancisco/docs/violencia_contra_menores_em_moc_am).

Garcia, M. R. S. C. (2014). *Cegueira congénita e adquirida: implicações na saúde mental e resiliência*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Disponível em

<https://research.ulusofona.pt/pt/studentTheses/cegueira-congénita-e-adquirida-implicações-na-saúde-mental-e-resi-6>.

Henriques, I., & Spínola, S. (s/d.). *Desenvolvimento sócio-cognitivo das crianças com deficiência visual: uma perspectiva*. Consultado em 12/03/2025, Disponível em [https://www.deficienciavisual.pt/txt-desenvolvimento\\_sociocognitivo\\_crianca\\_DV.htm](https://www.deficienciavisual.pt/txt-desenvolvimento_sociocognitivo_crianca_DV.htm).

Kyrillos, M. H. M. (s/d.). *O desenvolvimento psicomotor do cego*. Consultado em 12/03/2025, Disponível em [https://www.deficienciavisual.pt/txt-o\\_desenvolvimento\\_psicomotor\\_do\\_cego-Michel\\_Kyrillos.htm](https://www.deficienciavisual.pt/txt-o_desenvolvimento_psicomotor_do_cego-Michel_Kyrillos.htm).

Massango, P. J. (2023). *Descrição do Centro de Acolhimento Dom Orione*. Maputo: Dom Orione.

Orione. Meereis, E. C. W., et al. (2011). *Deficiência visual: uma revisão focada no equilíbrio postural, desenvolvimento psicomotor e intervenções*. Revista Brasileira de Ciência e Movimento, 19(1), 108-113. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/1377>.

Monteiro, M. (2022). *Qual a importância da família na Terapia da Fala?* Consultado em 12/03/2025, Disponível em <https://gracindapsi.com/2018/09/21/os-pais-e-o-seu-envolvimento-na-intervencao-psicologica-dos-filhos/>.

Nunes, S. S., & Lomônaco, J. F. B. (2008). Desenvolvimento de conceitos em cegos congénitos: caminhos de aquisição do conhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 119-127.

Organização Mundial da Saúde-OMS. (2010). *Dados globais sobre deficiências visuais 2010*. Consultado em 12/03/2025, Disponível em <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/GLOBALDATAFINALforweb.pdf>.

Ormelezi, E. M. (2006). *Inclusão educacional e escolar da criança cega congénita com problemas na constituição subjectiva e no desenvolvimento global: uma leitura psicanalítica em estudo de caso*. Universidade de São Paulo. Disponível em <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-22062007-111924/pt-br.php?>

Pinheiro, I. (2000). *Manual de gestão e funcionamento dos lares*. Lisboa: Europress.

Santos, G. (2018). *Os pais e o seu envolvimento na intervenção psicológica dos filhos*. Consultado em 12/03/2025, Disponível em <https://cristinatfonseca.com/familia-no-processo-de-intervencao/>.

Santos, J. P. P., & Shimazaki, E. M. (2020). *Intervenção pedagógica por meio de jogos para o desenvolvimento de crianças com deficiência intelectual*. Interfaces da Educação, 11(33), 456-473.

Sarmiento, M. J. (2005). As culturas da infância nas encruzilhadas da 2.<sup>a</sup> modernidade. *Revista Educação, Sociedade & Culturas*, (20), 133-154.

Silva, M. A. F., & Marmol, M. (2019). *O Papel da Família na Intervenção Psicopedagógica*. Consultado em 12/03/2025, Disponível em [https://www.academia.edu/86760789/O\\_Papel\\_Da\\_Familia\\_Na\\_Intervencao\\_Psicopedagogica](https://www.academia.edu/86760789/O_Papel_Da_Familia_Na_Intervencao_Psicopedagogica).

Tavares, L. (2024). *Intervenção psicológica: Definição, tipos, etapas e benefícios*. Consultado em 16/03/2025, Disponível em <https://pt.leonardo-tavares.com/glossario/i/intervencao-psicologica/>.

UNESCO. (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. 20 de Novembro.

Vygotsky, L. S. (2002). A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. COLE, M. Fontes. São Paulo

## APÊNDICES



## Apêndice I: Relatórios de visita

### I. Relatório Bairro Polana Caniço B

#### Relatório das visitas domiciliares.

**Dia 25.10.2023**

Bairro Poliana caniço B, quintal grande e família alargada (Família Mondlane).

#### Descrição da criança.

Nome: Carla "Carlota", 19 anos de idade, nascida ao 19 de Agosto de 2004 em no hospital de Mavalane em Maputo, última filha do nascimento de 5 filhos, das 6 gestações de sua mãe. Não fala mas emite sons exemplo: haaaa, haaaa, permanece sempre com a boca aberta e por vezes tira língua fora, não anda, não senta, só permanece deitada de costas, emite curtos sorrisos. Quando estimulada segue objetos com os olhos. Do pescoço aos pés o desenvolvimento é extremamente desproporcional a cabeça (ADPM)

Carla depende totalmente do outro pra sobreviver.

#### Descrição da mãe da Carla

Nome: Lurdes Samuel Chitifo, 55 anos de idade, nascida em 1968, mãe de 5 filhos, sendo o: 1º Menina de 34 anos de idade e casada em boleto, 2º Rapaz de 32 anos de idade casado, vivendo no quintal família, 3º Rapaz de 29 anos, vivendo também no quintal família e o 4º Rapaz de 26 anos solteiro vivendo ainda na casa dos pais. Residente no bairro Poliana caniço B, vendedora de verdura no Mercado Xiquelene. Conta que não bebe e não fuma, sempre teve gestões tranquilas e partos normais, mas a 5ª gestação teve complicações logo no segundo mês, teve fortes sangramentos que a levou a perder o feto porque estava fora do útero.

Viúva do Senhor André Albino Mondlane, nascido no ano de 1984, que era usuário de cigarros e bebidas alcoólicas. Meses antes do seu falecimento esteve em tratamento de tosse crônica (Tuberculose) e melhorou. Tempos depois reclamou de fortes dores do peito e falta de ar vindo a perder a vida no dia 23 de Agosto de 2009, aos 45anos de idade.

### Descrição do caso.

Dona Lurdes contou que depois da perda da 5ª gestação ficou vários anos sem conceber tendo engravidado novamente nos finais de 2003, diz que novamente teve uma gestação tranquila, só que no dia do parto não teve o pronto atendimento na maternidade de Mavalane, tendo dado a luz sozinha em um quarto sem ninguém, gritou várias vezes por socorro sem sucesso, conta que após a bebê ter nascido não chorou, e tendo permanecido ainda ligado a ela pelo cordão umbilical, notava que o bebê tentava tossir. Só depois de 5 minutos ou mais pós parto é que teve o atendimento, o bebê chorou e ficaram 1 dia em observação hospitalar e tiveram alta, mãe e criança saudáveis.

Após uma semana a mãe latente percebeu que a criança apresentava dificuldade ao respirar, foi a pediatria de Mavalane onde receitaram gotas nasais e comprimidos, cumpriu com o tratamento e passou.

Já com 7 meses a criança estava crescendo muito bem, tinha o aleitamento materno, sentava, brincava e estava aprendendo a gatinhar, quando de repente ela voltou a apresentar dificuldade em respirar, a mãe voltou a pediatria do Hospital Mavalane, que transferiu a criança para o hospital central por insuficiência de sangue, onde ficou internada 15 dias. Vários exames foram realizados, foi operada na cabeça e apresentou melhorias, ela conta que o médico responsável na altura disse para ela que a criança tem **Meningite** <sup>(1)</sup>. De volta a casa a criança nunca mais aceitou o leite do peito, talvez porque no hospital chupava via beberão “ela espremia leite no beberão, mais outras vezes os médicos traziam leite já pronto (artificial ou do banco de leite)”.

Conta a mãe que a criança parou de gatinhar, deixou de sentar, passou a comer comidas trituradas e come triturados até hoje, a criança passou a secar os pés e as mãos, e cada dia que passava ela foi piorando. Conta ainda que teve um ano que injetaram varia agulhas nas costas da criança e retiraram um líquido e desde aquele procedimento a criança entortou a costela, parte da bacia e cintura virou pra trás, ficando a filha deformada até hoje. Conta que os médicos a informaram que a criança nunca mais voltaria a normalidade, não seria igual a outras crianças, e que ela como mãe com ajuda de família deviam levar sempre a criança a fisioterapia, e na altura tinha ajuda do marido que viria a perder a vida a criança ainda com 5 anos de idade e era antes de registar a criança; facto que levou a senhora a registar com o seu apelido “Chitofo”, a fisioterapia que inicialmente era feita 2 vezes por semana, e depois passou pra 1 vez por

semana até que ela acabou desistindo por não ver melhorias, e falta de alguém para ajudar a carregar a criança até ao hospital central, e foi nessa altura que ela conheceu a ODO em busca de ajuda, pois queria que a criança vivesse lá, mais foi sensibilizada que o melhor sítio para a criança crescer melhor e no seio familiar, vezes a criança convulsionava quadro esse que tem sido neutralizado com a toma de carbamazepina comprimido que toma metade de 12 em 12 horas.

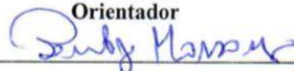
A senhora conta que tem o dia corrido por conta do negócio mais sempre que pode uma sobrinha á ajuda a tomar conta, os filhos casados pouco fazer pois já tem suas famílias, contou que a Carla só tem duas refeições ao dia. Contou que mesmo com uma família alargada quase que não tem apoio familiar, pois cada um está preocupada com o seu dia a dia, a acaba ficando para ela toda a responsabilidade de carregar a criança de um lado para o outro.

A criança ganhou cadeira de rodas da ODO mas até ao momento da visita não usavam, por receio de ver a criança cair já que não dobra nenhum membro. Colocamos a criança na carinha e fomos dando volta no quintal e ela só sorria, olha intensamente ao céu e as diferentes cores como por exemplo: árvores, paredes das casas, aos adultos que a criança via.

Continua beneficiários da Obra Pequena Divina Dom Orione, recebendo desde as fraldas, comida (farinha de milho, farinha instantânea, arroz) roupa, até material de higiene (sabão e Omo) e o que mais tiver no centro.

Maputo, Outubro de 2023

**Orientador**

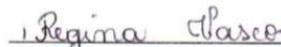


Dr. Paulo Massango

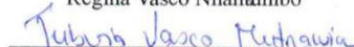
**Estagiárias**



Ivania Domingos Mafuiane



Regina Vasco Nhamumbo



Tubvia Vasco Mutrawia

## II. Relatório Bairro Polana Caniço B

### **Relatório da visita domiciliar.**

Dia: 03, 11, 2023

Bairro Maxaque "B".

### **Descrição da dona Mar**

Mãe Mar nome feitiço, de 53 anos de idade nascida aos 19 de Maio de 1979, natural de Maputo, mãe solteira de 7 filhos, 4 em vida e 3 falecidos, e avô de 4 netos.

### **Descrição do caso**

Conta em 2005 testou positivo para o HIV e iniciado com o tratamento ATRV, sofreu AVC em 2018 segue com o tratamento, embora já não faça a fisioterapia no hospital de Mavalane por alta médica, sofre também de pressão alta (hipertensão) e segue com o tratamento e controle hospitalar.

Em 2006 nasceu o Capuchinho nome feitiço que é o quarto filho da senhora e testou positivo que de imediato também iniciou o tratamento e vêm fazendo até aos dias de hoje. Capuchinho é um jovem saudável embora sofre falhas de memória ligeiras, exemplo: sair com dinheiro de pão, depois esquecer que o valor é de pão e regressa a casa pra perguntar o que foi mandado. Hoje ele está com 17 anos de idade e estuda a 10ª classe.

Mãe Mar conta que conheceu a Obra Dom Orione (ODO) no ano de 2014 em busca de ajuda para a neta Eve nome feitiço, de 3 anos na altura, e o seu filho Capuchinho de 8 anos. Pois Eve é filha da primeira filha da senhora que foi mãe na adolescência (14anos), com 6 meses de gravidez a mãe de Eve deu entrada de urgência no hospital central tendo ficado internada nos serviços intensivos após um desmaio repentino, e só veio a acordar 5 dias depois, não reconhecia ninguém por vários dias. Nove (9) meses depois a criança nasceu aparentemente saudável, a Eve não teve o aleitamento materno. O tempo passou e a Eve não andava, não sentava e não pronunciava sequer uma palavra até aos 5 anos, a criança na altura fazia a fisioterapia no hospital 1º de Maio, em 2018 a criança já com 7 anos teve a sorte de uma Médica de nacionalidade italiana levar a criança para Itália onde realizaram 2 procedimentos cirúrgicos nas costelas esquerda e



direita, tendo regressado para Maputo no ano seguinte com a criança já dando alguns passos e em bom processo de fala. No ano de 2019, a criança iniciou com o processo de ensino e aprendizagem “ingressando a uma escola primaria já na 2ª classe por conta da idade e hoje estuda a 5ª classe com 12 anos.

A mãe Mar continua beneficiária da ODO por conta da sua saúde e condições de vida. Vive de aluguer em uma antiga barraca sem compartimentos, “uma a mesma como quarto para ela, filhos e netos, sala e cozinha.” the

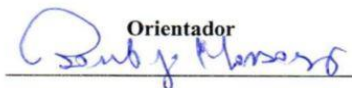
Conta que ela e o filho mais velho (em memória; 2023) eram as únicas pessoas que garantiam o sustento da família, e que a situação piorou com o falecimento do mesmo, deixando em seu cuidado o neto de 12 anos de idade.

Cantou que além da ajuda da ODO, a sua filha mãe da Eve, na condição de desempregada sempre que pode os ajuda. E o outro filho maior de idade também portador de deficiência (pé bota), desempregado, vivendo com a sua irmã também ajuda sempre que pode.

Contou que todos os dias 20 de cada mês recebe arroz, farinha, sabão, Omo e o que mais tiver no centro, e que graças a ajuda e o calor que recebe na ODO conseguem minimizar as despesas da escola das crianças, tem esperança e fé que os mais novos geram um futuro diferente do seu.

Maputo, Outubro de 2023

**Orientador**




Dr. Paulo Massango

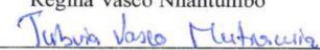
**Estagiárias**



Ivania Domingos Mafuiane



Regina Vasco Nhantumbo



Tubvia Vasco Mutrawia

# **ANEXO**

## Anexo I: Credencial



### FACULDADE DE EDUCAÇÃO

#### CREDENCIAL

Credenciam-se os estudantes abaixo mencionados do curso de Licenciatura em  
Psicologia Escolar Das Necessidades Educativas E.<sup>1</sup>, a contactarem  
Centro Dom Orione<sup>2</sup> a fim de  
Estágio Académico<sup>3</sup>.

1. Ivânia Domingos Tafugame
2. Neid Wander Afonso Massango
3. Tubosa Vasco Madanura
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Maputo, 31 de Agosto de 2023<sup>4</sup>

A Directora Adjunta para Graduação

Nilza A.T. Cesar

Mestre Nilza Aurora Tarcísio César

(Assistente)

<sup>1</sup> (Curso que frequentam)

<sup>2</sup> (Instituição de realização do trabalho ou de recolha de dados)

<sup>3</sup> (Finalidade da visita)

<sup>4</sup> (Data, Mês e Ano)

