

**A Intervenção Psicomotora nas Perturbações do  
Desenvolvimento no Centro PIN – Partners in  
Neuroscience**

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

**Orientador:** Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues  
de Melo

**Júri:**

**Presidente:** Doutor Rui Fernando Roque Martins, professor associado da Faculdade de  
Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

**Vogais:** Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo, professora  
auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Doutor Vitor Manuel Lourenço da Cruz, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade  
Humana da Universidade de Lisboa

**Ana Margarida Cunha Pinto**

2022

## **Agradecimentos**

À minha Orientadora Académica, professora Ana Rodrigues, pela orientação, disponibilidade e suporte sempre que necessário.

Ao PIN, por ser uma clínica aberta e disponível para receber estagiários e contribuir para a sua formação. Aos técnicos, em especial à minha orientadora local, Rita Ávila, que permitiu a minha presença no seu espaço de trabalho.

Às famílias e crianças, que foram a peça chave para que todo este trabalho fosse realizado.

Aos meus amigos por todos os momentos de convívio, partilha e entajuda.

À minha família que me proporcionou, ao longa da minha vida, o melhor do mundo.

## Resumo

O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do estágio do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, realizado no Centro PIN – Em todas as fases da vida.

O estágio iniciou-se com um período de observação de entrevistas aos pais, avaliações e sessões, seguido de um progressivo aumento na participação e autonomia nas intervenções. Os dois casos selecionados para estudos de caso, e os quais apresentam maior destaque no presente relatório eram acompanhados por profissionais especializados nas Perturbações de Défice de Atenção e Hiperatividade (PHDA), do Comportamento e Humor, que constituem o núcleo da PHDA, onde se deu a integração da estagiária.

Deste modo, o relatório inicia-se pela apresentação da referida instituição e revisão teórica sobre saúde mental, perturbações do desenvolvimento e aspetos teóricos relativos à PHDA. Segue-se uma contextualização da prática desenvolvida e análise pormenorizada da intervenção dos dois estudos de caso, de modo a exemplificar o trabalho desenvolvido. Para cada um deles é apresentado o processo de avaliação, estruturação do processo terapêutico, resultados e a sua respetiva discussão. O relatório termina com a exposição das atividades complementares de formação e com uma reflexão e conclusão das diferentes vivências e das atividades desenvolvidas ao longo do tempo.

**Palavras-Chave:** PIN – em todas as fases da vida; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Observação; Avaliação; Intervenção Psicomotora.

## **Abstract**

The following report describes the work developed for the purpose of the internship of the Master's Degree in Psychomotor Rehabilitation at the Faculty of Human Motricity, in the Professional Skills Development Branch, carried out at the Center PIN – at all stages of life.

The internship began with an observation period of interviews with parents, assessments and sessions, followed by an increase of participation and autonomy in the interventions. The two selected cases, which are more prominent in this report, were followed up by professionals specialized in Attention of Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Behavior and Mood Disorders, which constitute the core of ADHD, where it took place the integration of the intern.

Thus, the report begins with the presentation of the aforementioned institution and a theoretical review on mental health, developmental disorders and theoretical aspects related to ADHD. It is followed by a contextualization of the practice developed and a detailed analysis of the intervention of the two case studies, in order to exemplify the work developed. For each of them, the evaluation process, structuring of the therapeutic process, results and their respective discussion are presented. The report ends with an exposition of the complementary training activities, with a reflection and conclusion of the different experiences and activities developed over time.

**Keywords:** PIN – at all stages of life; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Observation; Evaluation; Psychomotor Intervention.

## Índice Geral

Agradecimentos .....	ii
Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice Geral.....	v
Índice de Tabelas.....	viii
Índice de Figuras.....	ix
Lista de Abreviaturas.....	xi
Introdução .....	12
I. Enquadramento da Prática Profissional .....	14
I.1. Enquadramento Institucional: PIN - Em todas as fases da vida .....	14
I.1.1. Missão, Valores, Objetivos e População Alvo.....	14
I.1.2. Equipa, Serviços e Valências .....	15
I.1.3. Comunicação entre e dentro dos Serviços .....	16
I.1.4. Instalações .....	17
I.1.5. Processo de Encaminhamento e Avaliação no PIN .....	18
I.1.6. A Articulação entre o PIN e outros contextos.....	19
I.1.7. Intervenção Psicomotora no PIN .....	19
I.2. Enquadramento Teórico .....	20
I.2.1. Saúde Mental Infantil.....	21
I.2.2 Perturbações do Neurodesenvolvimento.....	22
I.2.3. Caracterização da população - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção .....	22
II. Realização da Prática Profissional.....	26
II.1. Calendarização das Atividades de estágio .....	27
II.2. Horário de Estágio.....	28
II.3. Caracterização dos Contextos de Intervenção .....	30
II.3.1. Núcleo da PHDA, Perturbações do Comportamento e do Humor.....	31
II.3.2. A Integração no núcleo de PHDA .....	34

II.4. Estudos de Caso .....	35
II.4.1. Estudo de Caso 1 – L .....	36
II.4.1.1. Caracterização do caso - Dados anamnésicos, observacionais e de avaliações prévias .....	36
II.4.1.2. Avaliação Inicial.....	37
Objetivo da avaliação .....	37
Instrumento de avaliação .....	38
Material utilizado na aplicação do IAIC:.....	41
Forma de cotação e pontuação das provas.....	41
II.4.1.3. Apresentação e Análise dos Resultados .....	41
II.4.1.4. Planeamento e Justificação da Intervenção.....	49
Duração e Objetivos de Intervenção .....	50
Estrutura das Sessões e Estratégias de Intervenção .....	51
II.4.1.5. Avaliação Final: Apresentação e Discussão dos resultados .....	53
II.4.1.6 Reflexão Final do Processo de Intervenção Individual – L.....	54
II.4.2. Estudo de Caso 2 – D. ....	56
II.4.2.1. Caracterização do caso - Dados anamnésicos, observacionais e de avaliações prévias .....	56
II.4.2.2. Avaliação Inicial.....	57
Objetivo da avaliação .....	57
Instrumento de avaliação .....	58
Material utilizado na aplicação da PDPE .....	59
Forma de cotação e pontuação das provas.....	59
Folha de Resposta .....	60
II.4.2.3. Apresentação e Análise dos Resultados .....	60
II.4.2.4. Planeamento e Justificação da Intervenção.....	66
Duração e Objetivos de Intervenção .....	66
Estrutura das Sessões e Estratégias de Intervenção .....	68
II.4.2.5. Avaliação Final: Apresentação e Discussão dos resultados .....	70
II.4.2.6. Reflexão Final do Processo de Intervenção Individual - D.....	71

II.5. Atividades Complementares de Formação .....	72
II.6.1. Participação na formação Reflexões sobre Perturbações do Comportamento e do Humor: Curso Breve de Avaliação e Intervenção com Crianças e Adolescentes. 73	
II.6.2. Seleção, adaptação e organização de instrumentos para juntar aos já utilizados pela equipa .....	73
II.6.3. Apresentação de um artigo científico recente à equipa do núcleo PEADC ...	76
II.6.4. Projeto de estágio - Manual de Intervenção nas Funções Executivas: O meu filho tem PHDA. E agora? kit de sobrevivência.....	77
III. Dificuldades e Limitações.....	78
Conclusão .....	80
Referências Bibliográficas .....	82
Anexos.....	90
Anexo A – Material utilizado na aplicação da IAIC .....	
Anexo B – Exemplos de Planos de Sessões dinamizados com a L.....	
Anexo C – Fotografias/imagens de atividades realizadas com a L.....	
Anexo D – Percurso e materiais utilizados na avaliação final da L. ....	
Anexo E – Material usado na prova de Leitura de palavras na AI e AF da L. ....	
Anexo F – Material usado na prova de Leitura de texto na AI e AF da L. ....	
Anexo G – Desenhos do corpo nos momentos iniciais e finais da avaliação da L. ....	
Anexo H – Produção escrita nos momentos iniciais e finais da avaliação da L. ...	
Anexo I – Tabela de normas para o Nível Etário dos 5 anos.....	
Anexo J – Plano e Material usado na Sessão de Avaliação Inicial do D. - Provas de Diagnóstico Pré-Escolar .....	
Anexo K – Folhas de Resposta da avaliação inicial do D. - Provas de Diagnóstico Pré-Escolar .....	
Anexo L – Exemplos de Planos de Sessões dinamizados com o D. ....	
Anexo M – Fotografias/imagens de atividades realizadas com o D. ....	
Anexo N – Folhas de Resposta da avaliação final do D. - Provas de Diagnóstico Pré-Escolar .....	

Anexo O – Calendarização da formação Reflexões sobre Perturbações do Comportamento e do Humor: Curso Breve de Avaliação e Intervenção com Crianças e Adolescente .....	
Anexo P – Apresentação da seleção de instrumentos para a equipa do núcleo da PHDA.....	
Anexo Q - Apresentação de um artigo científico recente à equipa do núcleo PEADC.....	
Anexo R - Projeto de estágio - Manual de Intervenção nas Funções Executivas: O meu filho tem PHDA. E agora ? kit de sobrevivência.....	
Anexo S – Atividades desenvolvidas para integrar o projeto de estágio - Manual de Intervenção nas Funções Executivas: O meu filho tem PHDA. E agora ? Kit de sobrevivência .....	
Anexo Si) – Recurso 1: Jogo do Espião .....	
Anexo Sii) – Recurso 2: Vamos Recordar .....	
Anexo Siii) – Recurso 3: Receita de Bolachas.....	
Anexo Siv) – Recurso 4: Organização dos Materiais.....	
Anexo Sv) – Recurso 5: Não é uma Caixa .....	
Anexo Svi) – Recurso 6: Monstro .....	
Anexo Sg) – Recurso 7: Cartões das Emoções.....	
Anexo Sh) – Recurso 8: Onde está o Wally ?.....	
Anexo Si) – Recurso 9: A Quinta do Tio Manel .....	
Anexo Sj) – Recurso 10: Cartões de Rotina .....	

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Cronograma das tarefas gerais realizadas no âmbito do estágio .....	27
<b>Tabela 2.</b> Horário do estágio em formato online .....	29
<b>Tabela 3.</b> Horário do período de estágio em formato presencial.....	29
<b>Tabela 4.</b> Protocolo de Avaliação do Núcleo da PHDA.....	32
<b>Tabela 5.</b> Caracterização das avaliações observadas no Núcleo de PHDA .....	33
<b>Tabela 6.</b> Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PHDA .....	34
<b>Tabela 7.</b> Domínios, subdomínios, descritores de desempenho e tarefas incluídas no IAIC .....	39
<b>Tabela 8.</b> Material utilizado para a aplicação do IAIC .....	41
<b>Tabela 9.</b> Análise da Leitura .....	42

<b>Tabela 10.</b> Análise da Escrita .....	44
<b>Tabela 11.</b> Análise das Competências Matemática .....	45
<b>Tabela 12.</b> Análise das Competências Psicomotoras .....	46
<b>Tabela 13.</b> Análise do Funcionamento Executivo .....	47
<b>Tabela 14.</b> Perfil Intraindividual da L.....	49
<b>Tabela 15.</b> Distribuição da totalidade das sessões da L., pelas fases do processo de intervenção.....	50
<b>Tabela 16.</b> Objetivos terapêuticos a trabalhar com a L. ....	50
<b>Tabela 17.</b> Principais estratégias utilizadas ao longo da intervenção com a L. ....	52
<b>Tabela 18.</b> Análise do desempenho da L. na AF .....	53
<b>Tabela 19.</b> Material utilizado para a aplicação da PDPE .....	59
<b>Tabela 20.</b> Pontuações Máximas das provas da PDPE .....	60
<b>Tabela 21.</b> Resultados quantitativos obtidos com a aplicação da PDPE.....	61
<b>Tabela 22.</b> Descrição de Resultados da aplicação da PDPE.....	64
<b>Tabela 23.</b> Perfil Intraindividual do D. ....	65
<b>Tabela 24.</b> Distribuição da totalidade das sessões do D., pelas fases do processo de intervenção.....	66
<b>Tabela 25.</b> Objetivos de Intervenção do D. ....	67
<b>Tabela 26.</b> Principais estratégias utilizadas ao longo da intervenção com o D. ....	69
<b>Tabela 27.</b> Resultados quantitativos obtidos com a aplicação das três provas avaliadas da PDPE.....	71
<b>Tabela 28.</b> Plano da sessão realizada no dia 28 de maio, dinamizado com a L. ....	
<b>Tabela 29.</b> Plano da sessão realizada no dia 11 de junho, dinamizado com a L. ....	
<b>Tabela 30.</b> Plano de sessão realizada no dia 21 de junho, dinamizado com a L. ....	
<b>Tabela 31.</b> Plano de Sessão de Avaliação Inicial do D. ....	
<b>Tabela 32.</b> Plano de sessão realizada no dia 17 de junho, dinamizado com o D.....	
<b>Tabela 33.</b> Plano de sessão realizada no dia 24 de junho, dinamizado com o D.....	
<b>Tabela 34.</b> Plano de sessão realizada no dia 8 de julho, dinamizado com o D.....	

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Perfil da prova PDPE .....	61
<b>Figura 2.</b> Perfil do desenvolvimento do D. na avaliação inicial e final.....	71
<b>Figura 3.</b> Material utilizado na aplicação do IAIC: "Viagem Virtual à Quinta do tio Manel" .....	
<b>Figura 4.</b> Material utilizado na aplicação do IAIC: Folha com pontos numerados do 1-98 .....	

<b>Figura 5.</b> Material utilizado na aplicação do IAIC: Bases com imagens e bolachas com letras maiúsculas e minúsculas .....	
<b>Figura 6.</b> Imagem Ilustrativa da atividade "Viagem Colorida .....	
<b>Figura 7.</b> Imagem Ilustrativa da Atividade "O meu corpo" .....	
<b>Figura 8.</b> Imagem Ilustrativa da Atividade "As minhas compras" .....	
<b>Figura 9.</b> Imagem ilustrativa da Atividade "O meu corpo mexe" .....	
<b>Figura 10.</b> Instruções para o percurso da AF da L. ....	
<b>Figura 11.</b> Imagem Ilustrativa do percurso usado na AF da L. ....	
<b>Figura 12.</b> Imagem ilustrativa das atividades realizadas no âmbito da AF da L.....	
<b>Figura 13.</b> Lista de Palavras usadas na AI de leitura da L.....	
<b>Figura 14.</b> Lista de Palavras usadas na AF de leitura da L.....	
<b>Figura 15.</b> Texto usado na AI de leitura da L.....	
<b>Figura 16.</b> Texto usado na AF de leitura da L.....	
<b>Figura 17.</b> Desenho do Corpo produzido pela L na AI.....	
<b>Figura 18.</b> Desenho do Corpo produzido pela L na AF.....	
<b>Figura 19.</b> Produção escrita da L. no momento de avaliação inicial da escrita .....	
<b>Figura 20.</b> Produção escrita da L. no momento de avaliação final da escrita .....	
<b>Figura 21.</b> Tabela de normas para o Nível Etário do D.....	
<b>Figura 22.</b> Imagem ilustrativa dos materiais utilizados na sessão de Avaliação Inicial do D. (Caça ao Tesouro) .....	
<b>Figura 23.</b> Imagem ilustrativa da atividade "Tangram" .....	
<b>Figura 24.</b> Imagem ilustrativa da atividade "Tempo para um gelado" .....	
<b>Figura 25.</b> Imagem ilustrativa da atividade "Quem é este Animal".....	
<b>Figura 26.</b> Imagem Ilustrativa da Atividade "No Fundo do Mar".....	
<b>Figura 27.</b> Imagem ilustrativa da atividade "O meu Plano" .....	
<b>Figura 28.</b> Imagem ilustrativa da atividade "Decoração das nossas mãos" .....	
<b>Figura 29.</b> Imagem ilustrativa da atividade "Geoplano" .....	
<b>Figura 30.</b> Calendarização e módulos da Formação realizada pelo PIN .....	

---

<sup>1</sup> Ao longo do presente relatório o nome do centro aparecerá como PIN - Em todas as fases da vida, uma vez que a alteração da imagem do Centro ocorreu posteriormente à realização do estágio e elaboração do relatório. Procedeu-se à alteração do mesmo na capa tendo em conta o nome atual em função da data da entrega da versão definitiva do relatório.

## **Lista de Abreviaturas**

AF – Avaliação Final

AI – Avaliação Inicial

APA – American Psychiatric Association

DAE – Dificuldades de Aprendizagem Específicas

IAIC – Inventário de Avaliação Informal de Competências

PD – Perturbação(ões) do Neurodesenvolvimento

PDPE – Provas de Diagnóstico Pré-Escolar

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PEADC – Perturbação do Espectro do Autismo e Déficit Cognitivo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção

POD – Perturbação de Oposição e Desafio

TSEER – Técnico Superior de Reabilitação Psicomotora

UC – Unidade Curricular

## **Introdução**

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, inserida no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (MRPM), da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) – Universidade de Lisboa (UL).

Tendo por base as indicações expostas nas Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, os principais objetivos desta unidade curricular centram-se no (1) aprofundamento de conhecimentos científicos e metodológicos no âmbito da Reabilitação Psicomotora, promovendo a consequente aquisição de competências reflexivas multidisciplinares; (2) estimular capacidades de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; e (3) fomentar a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área. Num âmbito mais específico pretende proporcionar uma aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional, facilitando a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através da aquisição de competências no domínio da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade.

A realização da referida UC implicou a concretização de um estágio que decorreu, na área do Desenvolvimento e Aprendizagem, no Centro de Desenvolvimento PIN – Em todas as fases da vida, atualmente designado PIN – em todas as fases da vida, no período entre outubro de 2020 e julho de 2021 sob a orientação académica da Professora Doutora Ana Rodrigues e orientação local da Dr.<sup>a</sup> Rita Ávila – Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora (TSEER).

A estagiária foi inserida no Núcleo do Défice de Atenção e Hiperatividade - Perturbações do Comportamento e Humor, contactando, maioritariamente, com crianças e jovens com PHDA. Neste âmbito, foram desenvolvidas várias atividades, sendo o período de estágio marcado por momentos de observação de entrevistas clínicas aos pais, observação de sessões de avaliação e intervenção de crianças e jovens pertencentes ao núcleo onde estava integrada.

Além deste trabalho, foi ainda possível participar em reuniões semanais quer clínicas quer de núcleo, bem como em formações e outras atividades desenvolvidas durante o período de estágio pela instituição.

O presente relatório tem como objetivo dar a conhecer o trabalho desenvolvido neste local e para isso encontra-se organizado em duas partes principais. Numa primeira parte será apresentado o enquadramento institucional, onde se irá proceder à descrição do centro onde foram desenvolvidas as atividades de estágio. De seguida, será apresentado um enquadramento teórico, direcionado para a Saúde Mental Infantil e para as Perturbações do Desenvolvimento, onde integrará uma descrição pormenorizada da população alvo a qual a estagiária teve contacto, como a PHDA.

No segundo capítulo será contextualizada a prática profissional desenvolvida durante o período de estágio, onde constará a calendarização, horário, descrição genérica das atividades realizadas, nomeadamente ao nível dos contextos de avaliação e intervenção. Segue-se a análise dos estudos de caso que integra uma caracterização amnésica bem como a descrição do processo de intervenção - metodologia de avaliação (modelos e instrumentos e condições da avaliação) e de intervenção, análise do trabalho realizado através das avaliações iniciais e finais e do trabalho de intervenção e dificuldades e limitações sentidas ao longo desse processo.

O relatório termina com a exposição das atividades complementares de formação e com uma reflexão e conclusão das diferentes vivências e das atividades desenvolvidas ao longo do tempo. Em anexo é possível ter acesso a conteúdos relevantes para uma melhor compreensão do trabalho realizado, mais concretamente, exemplos de atividades realizadas em sessões e avaliações. As atividades complementares desenvolvidas podem também ser consultada nos anexos.

## **I. Enquadramento da Prática Profissional**

Neste capítulo, será apresentado o enquadramento institucional, onde serão descritas as especificidades da instituição onde foram desenvolvidas as atividades de estágio, ao nível dos objetivos e população atendida, equipa e funcionamento, instalações e, ainda, a forma como está em contacto com as famílias e com a comunidade onde está inserida.

De seguida, será apresentado um enquadramento teórico, direcionado para a Saúde Mental Infantil e para as Perturbações do Desenvolvimento, onde integrará uma descrição pormenorizada da PHDA. Será descrito o enquadramento teórico relativo à PHDA com a caracterização, o diagnóstico, o perfil funcional dos indivíduos, as explicações etiológicas, a sua prevalência e comorbilidades e ainda as principais formas de intervenção neste âmbito.

### **I.1. Enquadramento Institucional: PIN - Em todas as fases da vida**

A intervenção de um profissional da área da Reabilitação Psicomotora é determinada pela instituição, missão, forma de atuar perante a população e a comunidade em geral, os recursos materiais e humanos, tornando-se pertinente estudar as especificidades da instituição onde o presente estágio decorreu: centro de desenvolvimento PIN – em todas as fases da vida.

#### **I.1.1. Missão, Valores, Objetivos e População Alvo**

O PIN - em todas as fases da vida, cuja sede se localizada em Paço de Arcos (Oeiras), é uma instituição particular de utilidade pública (Oliveira, Ávila & Dias, s.d.). Inaugurado a 3 de setembro de 2012, sob a direção clínica do neuropediatra e diretor clínico Nuno Lobo Antunes, edifica-se como um centro de neurodesenvolvimento (Oliveira et al, s.d.), com a missão de auxiliar as famílias no combate às atitudes e comportamentos discriminatórios face à diferença e vulnerabilidade (PIN, 2020a). Neste sentido, o foco não se centra unicamente no utente e no seu problema uma vez que, no PIN se entende o utente não como um sujeito problemático, mas como um sujeito com um problema, ao qual a equipa multidisciplinar do PIN pretende dar respostas e apoiar o indivíduo de modo a minimizar a influência que o mesmo tem no seu dia-a-dia (PIN, 2020a). Esta é uma visão subjacente ao nome do centro, uma vez que a palavra PIN, pretende transmitir algo que se pode fixar ao peito, que tem em si um sentimento de pertença a um grupo com uma causa comum (PIN, 2020a).

O PIN, orientado por valores como o respeito, consideração pela identidade pessoal e solidariedade move-se em função de um conjunto de objetivos: avaliar a

criança e a respetiva família respeitando a sua individualidade e singularidade; ter em conta que o indivíduo não é um ser estático mas em transformação e que o seu desenvolvimento resulta da sua interação com o ambiente, nomeadamente com os contextos mais próximos (e.g.: escola/trabalho; família); estabelecer uma relação com a pessoa e respetiva família assente na dignidade, empatia e humildade; reconhecer os deveres profissionais dos membros da equipa; compreender que não há pessoas problemáticas, mas sim pessoas com problemas, que têm de ser decifrados para posteriormente acompanhados, sendo a pessoa e a família o foco principal; e, ainda, a defesa pelo sucesso e oferta de um serviço de excelência (PIN, 2020a).

A população alvo do PIN é essencialmente, mas não exclusiva, crianças e jovens, podendo também acompanhar sujeitos na sua fase de vida adulta (Oliveira et al., s.d). Assim, o PIN atende uma multiplicidade de quadros clínicos como perturbações do neurodesenvolvimento (PD), perturbações alimentares, perturbações do sono, perturbações do humor bem como doenças congénitas e situações traumáticas (Oliveira et al., s.d).

### **I.1.2. Equipa, Serviços e Valências**

A equipa do PIN dedica-se ao estudo, diagnóstico e intervenção terapêutica das perturbações relacionadas com o comportamento humano e a saúde mental em todas as fases da vida. Para isso, e no sentido de fornecer uma resposta terapêutica e clínica de qualidade e para que seja possível a concretização dos objetivos do centro, o PIN dispõe de quatro serviços e valências: Diagnóstico e Intervenção; Formação e Supervisão e Investigação e Intervenção à Distância.

Ao nível do Diagnóstico e da Intervenção, dispõe de um conjunto de núcleos e consultas, nos diversos domínios clínicos: Núcleo do Défice de Atenção e Hiperatividade - Perturbações do Comportamento e Humor, Núcleo da Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem (DAE), Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos (PEADC), Núcleo das Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala, Consulta das Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo e Tiques, Núcleo das Perturbações do Sono, Consulta da Ansiedade, Consulta de Síndromes Genéticas, Consulta de Mutismo Seletivo, Consulta das Perturbações de Eliminação e Núcleo das Perturbações Alimentares (PIN, 2020b).

O PIN integra também um conjunto de consultas que prestam apoio a um conjunto de acontecimentos e eventos específicos da vida do sujeito no sentido de promover o bem-estar e qualidade de vida pessoal, escolar e familiar como a consulta do luto, a consulta de adoção e a consulta de orientação escolar e profissional (PIN, 2020b). Evidenciam-se ainda serviços que se focam em fatores associados a possíveis

fatores de risco como o Núcleo de Intervenção do Comportamento Online, Consulta da Prematuridade, Consulta de Aconselhamento Alimentar e o Programa de Métodos e Hábitos de Estudo (PIN, 2020b). O PIN dispõe ainda de intervenções de carácter mais geral como a Terapia Ocupacional, Terapia da Fala, Fisioterapia, Pediatria, Pedopsiquiatria, consultas de Psiquiatria de Adultos, e consultadoria de Educação Especial (PIN, 2020b).

Para dar resposta às várias problemáticas, o PIN conta com profissionais de áreas distintas como Neuropediatras, Pediatras, Pedopsiquiatras, Neurologistas Pediátricos, Psicólogos Clínicos (PC), Psicólogos Educacionais (PE), TSEER, Psicomotricistas, Terapeutas da Fala (TF), Terapeutas Ocupacionais (TO), Professores de Educação Especial e Fisioterapeutas (Oliveira et al., s.d; PIN, 2020c).

Na formação, incluem-se iniciativas como workshops, formações e/ou ações de sensibilização para pais e profissionais com o objetivo de promover a divulgação dos diferentes quadros clínicos, respetivos sintomas e sinais de alerta (PIN, 2020d). No que toca à vertente da Supervisão, o PIN oferece a oportunidade de integração de profissionais externos em momentos de reflexão e discussão conjunta sobre abordagens de avaliação e intervenção, através de um serviço de supervisão que pode ser feito online ou presencialmente (PIN, 2020d).

A área da investigação, prezada por toda a equipa, procura maximizar a qualidade de vida da população apoiada, através da investigação na área das ciências sociais e humanas e das ciências da saúde cujo lema assenta na observação e compreensão das relações interpessoais, para melhorar a qualidade da avaliação e da intervenção (PIN, 2020e). Para tal, o PIN é também apoiado por um conjunto de parcerias (PIN, 2020f).

### **I.1.3. Comunicação entre e dentro dos Serviços**

A comunicação formal entre os diferentes técnicos do PIN é assegurada por reuniões clínicas e reuniões de núcleo, sendo estas realizadas, dado ao contexto que vivemos, à distância, através da plataforma do Zoom® ou Cisco Webex Meetings®. A discussão clínica tem lugar às terças-feiras no horário das 14 às 15 horas e contam com a participação de toda a equipa a nível nacional. A equipa reúne-se para apresentar casos, refletir sobre avanços científicos, discutir artigos, acompanhar o trabalho de colegas e partilhar novas ideias sobre o comportamento e desenvolvimento humano, sendo que a escolha da temática recai sob os profissionais pertencentes à equipa do PIN e validada pelo coordenador do núcleo onde o mesmo se insere (Oliveira et al., s.d).

As reuniões de núcleo decorrem dentro de um horário previamente estipulado e contam com a participação da equipa técnica do PIN pertencente a cada núcleo, sendo

planeadas e conduzidas pelos coordenadores dos respetivos núcleos que funcionam como mediadores nas discussões e partilhas. Estas reuniões são momentos de discussão e reflexão de casos clínicos de intervenção e/ou avaliação, em que um técnico partilha um caso que acompanha, faz um enquadramento com as informações relevantes do mesmo e expõe, posteriormente, as suas principais dúvidas e preocupações acerca do mesmo. Após esta exposição inicia-se a partilha de opiniões, sugestões, propostas e experiências por parte da restante equipa técnica, com o objetivo de clarificar as dúvidas apresentadas. Estas reuniões integram ainda a discussão de temas breves (“curtas”), passagem de casos, organização de projetos, ações de divulgação, calendarização e organização de formações, análise e discussão de protocolos de avaliação e de intervenção e apoio a projetos de investigação.

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

#### **I.1.4. Instalações**

Relativamente ao espaço físico, o PIN dispõe de três instalações de atendimento na cidade de Lisboa: Sede em Paço de Arcos, TagusPark e Marquês de Pombal.

A prática das atividades de estágio decorreu na sede e no pólo do TagusPark. A sede, localizada em Paço de Arcos situa-se no primeiro piso do edifício Espaço d’Arcos e conta com três espaços principais: o primeiro espaço é identificado pela receção, sala de espera e casas de banho destinadas aos utentes; a segunda área integra um longo corredor incorporado por 19 salas destinadas às consultas. Por fim, a terceira área é referente à copa, local destinado apenas à equipa técnica do PIN e as respetivas casas de banho também destinadas aos técnicos.

À semelhança do edifício principal, a instalação do PIN localizada no TagusPark integra também três principais espaços: receção e a sala de espera, 9 salas, e por fim, a copa, destinada à equipa técnica do PIN.

As salas onde são dadas as consultas, na sua maioria, são constituídas por uma secretária, um computador, cadeiras, material de escritório, armários para arrumação e algum material didático específico de acordo com a especialidade clínica do técnico que a utiliza. As salas de espera de ambos os locais são compostas por cadeiras e mesas, uma televisão e um conjunto de brinquedos (retirados decorrente da situação pandémica).

Com o objetivo de garantir cuidados de saúde mental de excelência, em 2016, a clínica alargou-se para a cidade do Porto (PIN, 2020g), integrando também uma equipa multidisciplinar e em constante articulação com a restante equipa técnica pertencente à

região da grande Lisboa, contanto no presente ano com duas instalações sediadas na cidade do Porto (PIN, 2020g; PIN, 2020h).

### **I.1.5. Processo de Encaminhamento e Avaliação no PIN**

O processo de encaminhamento no PIN pode iniciar-se por três vias: pedido de uma consulta médica, através de pesquisa online ou encaminhamento por parte de pais ou professores (Oliveira et al., s.d). Após a consulta na especialidade médica de referência (neuropediatria, pedopsiquiatria ou psiquiatria), o sujeito é reencaminhado para o núcleo, consulta ou técnico específico que melhor responde à sua sintomatologia e suspeita de diagnóstico onde são providenciados instrumentos e metodologias de avaliação completas, ajustadas às suas necessidades (Oliveira et al, s.d.).

Este processo de avaliação protocolada resulta num relatório final onde constam as características de funcionamento do sujeito, bem como recomendações e estratégias para pais e outros profissionais (Oliveira et al., s.d). Objetiva a confirmação da hipótese diagnóstica bem como traçar o perfil intraindividual (áreas fortes e as áreas a desenvolver, bem como características da criança e jovem), que posteriormente permite delinear um programa de intervenção devidamente individualizado (Oliveira et al, s.d.).

Ainda em relação ao processo de avaliação, importa referir que apesar de cada núcleo utilizar técnicas e instrumentos de avaliação específicos (e.g. tipo de provas administradas, questões incluídas na entrevista semiestruturada e tipo de questionários selecionados) verifica-se uma estrutura comum nos processos de avaliação. A primeira fase incide num contacto inicial com os familiares ou prestadores de cuidados com o objetivo de recolher o máximo de informação possível acerca da pessoa em questão (historial clínico, familiar e educacional, marcos do desenvolvimento, interesses e outros fatores que sejam relevantes), através da realização de uma entrevista semiestruturada, do preenchimento de uma anamnese, bem como de outros questionários de avaliação de preenchimento por parte da família, cuidadores e/ou professores, no sentido de existir uma visão abrangente e ecológica do utente (Oliveira et al., s.d).

Após o levantamento por parte do técnico acerca dos principais motivos/preocupações e perspetivas da família, procede-se à segunda fase da avaliação, onde são aplicados instrumentos de avaliação específicos de cada problemática, ou seja, a fase de observação/avaliação direta com a criança/jovem/adulto. No final, é marcada uma reunião com os prestadores de cuidados ou com o próprio, no caso dos adultos, a fim de devolver os resultados da avaliação, esclarecer dúvidas e tomar decisões (Oliveira et al, s.d.).

Por fim, quando a intenção dos pais/cuidadores reside no início de um acompanhamento, é definida a área e o técnico responsável pelo mesmo, sendo posteriormente elaborado um plano de intervenção específico que se foque nas áreas a promover/desenvolver, nunca esquecendo o seu potencial e áreas fortes (Oliveira et al., s.d) - fase da intervenção ou reencaminhamento. No caso dos adultos estes têm um papel ativo, participando na elaboração do processo de intervenção.

### **I.1.6. A Articulação entre o PIN e outros contextos**

A intervenção no PIN assenta na interação entre todos os contextos em que o sujeito se insere: clínico, familiar e escolar/laboral (PIN, 2020a), ou seja, valoriza as práticas de recolha de informação e observação numa visão ecológica, através de reuniões nos diferentes contextos (e.g. familiar e escolar).

Ao assumir uma visão ecológica, é reconhecida a importância da participação e colaboração dos pais e professores no processo de avaliação e de intervenção, como fator decisivo na promoção do seu desenvolvimento. Esta abordagem de interação do sujeito e o seu ambiente ou contexto é uma abordagem que prevalece no PIN, e para tal, o olhar sobre os agentes educativos e cuidadores como coterapeutas na maximização do desenvolvimento e das potencialidades da pessoa é fundamental. Desta forma, o processo terapêutico é marcado pela envolvimento e articulação constante entre o técnico a família e a escola/trabalho.

A valência destinada à formação e supervisão permite uma maior interação e partilha com as escolas, famílias e com a comunidade em geral, ao disponibilizarem ações de sensibilização e formação com enfoque na promoção do conhecimento e esclarecimento de questões associadas às PD, problemas no âmbito da saúde mental e outras condições como eventos de vida traumáticos e fatores de risco.

Por último, é importante referir a parceria entre o PIN e a CAPITI, uma associação que assegura o apoio financeiro a crianças, jovens e suas famílias, de ambientes socioeconómicos mais desfavorecidos através da atribuição de bolsas (CAPITI, s.d.).

### **I.1.7. Intervenção Psicomotora no PIN**

A Intervenção Psicomotora no PIN é uma das inúmeras respostas fornecidas pelo PIN face à diversidade de quadros clínicos e faixas etárias abrangidas pelo centro, oferecendo respostas educativas e terapêuticas adequadas face à individualidade e singularidade de cada paciente, nos seus múltiplos contextos de vida.

A Psicomotricidade é uma área científica que tem por base o corpo em movimento, e é através da interação recíproca sujeito-contexto, que é promovido o

desenvolvimento global das crianças, nomeadamente as **habilidades psicomotoras** (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, organização espaço-temporal, motricidade fina e motricidade global), **cognitivas** (atenção, concentração, memória, atividade simbólica, planeamento, monitorização, flexibilidade cognitiva), **psicoafectivas** (identificação, expressão e regulação das emoções e dos afetos), **habilidades sociais e pessoais** (promoção de competências sociais e pessoais), **comportamentais** (gestão da frustração, impulsividade e oposição) e **académicas** (leitura, escrita matemática). Através do investimento corporal na ação, da exploração e manipulação ativa de diferentes objetos, da simbolização e de atividades expressivas, os indivíduos adquirem uma maior noção do contexto, dos objetos e da sua posição e perceção de si no seio do meio onde se inserem. Posto isto, as inúmeras vivências que a criança/jovem experiêcia no contexto terapêutico permitirá o desenvolvimento de um conjunto de competências e da sua aprendizagem (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

Este é um tipo de resposta terapêutica que faz do corpo e da atividade lúdica os principais aliados no processo terapêutico. As atividades de carácter lúdico e o jogo, facilitam o desenvolvimento integrado e global da criança, nomeadamente através do jogo simbólico e do jogo de regras. É através do jogo simbólico que a criança/jovem reproduz, imita e assimila emoções e experiências do seu quotidiano, permitindo um desenvolvimento integrado da criança de diversas competências socio-emocionais, de imaginação, criatividade e expressão corporal. O jogo com regras apresenta também um papel importante no seio da intervenção visto que trabalha as competências de autorregulação, de resolução de problemas, de cognição e de cooperação/entrelajada. A interação com o outro cria um leque de possibilidades sociais, nomeadamente, de partilha, de noção de vez, de tempo de espera e de interpretação da expressão do outro (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

A observação psicomotora e a utilização de instrumentos e baterias de testes e provas assumem também um papel no processo de avaliação, onde o psicomotricista avalia e caracteriza/traça o perfil psicomotor através da identificação de áreas fortes e fracas, que posteriormente servirá de apoio para analisar e refletir sobre o impacto das alterações neste domínio estão a ter noutras áreas do desenvolvimento.

## **I.2. Enquadramento Teórico**

Neste capítulo, será descrito o enquadramento teórico relativo à Saúde Mental e às Perturbações de Desenvolvimento, uma vez que representam a grande maioria das perturbações atendidas no centro desenvolvimento PIN. Seguir-se-á, a descrição do

quadro clínico com o qual a estagiária esteve em contacto ao longo das atividades de estágio, nomeadamente a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.

### **I.2.1. Saúde Mental Infantil**

Segundo a WHO (2013), a Saúde Mental representa o estado de bem-estar em que cada indivíduo percebe o seu próprio potencial, utiliza as suas capacidades, lida com as pressões habituais da vida, trabalha de forma produtiva e frutífera, e é capaz de dar contributo para a sociedade. Desta forma, a WHO (2013) refere que a dimensão positiva da saúde mental abarca o estado completo de bem-estar físico, mental e social, não devendo focar-se apenas na ausência de uma doença/perturbação.

A saúde mental deve ser integrada na abordagem da saúde em geral e percebida como interagindo com as outras esferas da vida da pessoa: social, económica, cultural, ambiental e política que podem atuar ao nível do indivíduo, da família, da escola ou a um nível social mais amplo (Feitosa et al., 2011). Deste modo, a exposição aos mesmos, quando considerados fatores de risco, poderá potencializar o surgimento e desenvolvimento de inúmeras perturbações (WHO, 2013).

Em saúde mental da infância e da adolescência é, por vezes, difícil, traçar uma fronteira entre o normal e o patológico sendo que os problemas de saúde mental podem assumir múltiplas formas e expressões. Alguns problemas traduzem-se em experiências internas como alterações do foro emocional (ansiedade, tristeza elevada, depressão, problemas associados ao sono) ou ao nível do pensamento (dificuldades de atenção ou concentração, na compreensão dos estados emocionais, intenções dos outros) (Marques, 2009). Outros assumem formas mais externalizantes como, por exemplo, problemas de comportamento, abuso de substâncias, derivados, de acordo com João dos Santos (s.d, cit in Branco, 2000), de dificuldades ao nível da mentalização utilizando muitas vezes o comportamento como “descarga” e não o pensamento para agir.

Dificuldades na relação mãe-filho, na autorregulação e na interação com o outro, dificuldades de aprendizagem, recusa escolar, comportamentos de externalização, como a agressão, ou de internalização associada ao isolamento excessivo, dificuldades na regulação da frustração, presença de somatizações, entre outros são sinais de alerta muito presentes nas crianças e jovens no âmbito da Saúde Mental Infantil e que devem referenciadas e trabalhadas o mais precocemente possível (Marques, 2009).

No entanto, por si só, nenhum destes sintomas implica, necessariamente, a existência de psicopatologia (Ministério da Saúde, 2008), contudo, os sintomas adquirem significado quando provocam sofrimento e afetam o funcionamento da criança/adolescente tanto pela frequência, intensidade ou pela abrangência de contextos/situações em que se manifesta o sintoma.

Deste modo, de acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) (2004), no âmbito da Saúde Mental Infantil, a avaliação e observação das diferentes áreas intervenientes (características da criança entender a sua história de vida e as interações existentes nos diferentes contextos) são fundamentais para a compreensão holística da criança é essencial para a intervenção terapêutica, devendo ocorrer, sempre que possível, no núcleo de uma equipa multidisciplinar.

### **I.2.2 Perturbações do Neurodesenvolvimento**

A American Psychiatric Association (APA) define as Perturbações do Desenvolvimento como um conjunto de problemáticas cujas primeiras manifestações surgem no período de desenvolvimento (APA, 2013; Frith, 2008), geralmente, antes da entrada da criança para a escola (APA, 2013). Estas podem coocorrer e englobam um conjunto de défices e alterações desenvolvimentais que têm um impacto significativo em inúmeros domínios da vida do sujeito: a nível pessoal, académico, profissional e social, que se traduzem em dificuldades em termos de aprendizagem, de funcionamento executivo e de habilidades sociais (APA, 2013).

Abrangendo várias perturbações, fazem parte deste grupo diagnósticos como a PHDA, Dificuldades da Aprendizagem Específica (Dislexia, Disortografia, Discalculia), Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), Perturbações da Comunicação, Perturbações Motoras (e.g.: PCM, perturbação dos tiques) e/ou as perturbações do humor que englobam, por exemplo, a Perturbação da Ansiedade (APA, 2013; Matos, 2009; Thapar, Cooper e Rutter, 2017).

Reconhecendo-se a hipótese destas emergirem em comorbilidade com outras perturbações (APA, 2013; Rutter et al., 2006), o diagnóstico de uma PD pode acarretar consigo dificuldades marcadas nos domínios sociais, académicos, pessoais e/ou profissionais, observando-se uma expressão e intensidade variáveis num espectro alargado de possibilidades (APA, 2013).

### **I.2.3. Caracterização da população - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção**

A Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção caracteriza-se por um padrão persistente de falta de atenção e/ou hiperatividade-impulsividade, com uma intensidade mais frequente e grave do que o observado nos indivíduos com um nível semelhante de desenvolvimento, interferindo com o funcionamento/desenvolvimento, do indivíduo a nível familiar, escolar e social (APA, 2013).

As dificuldades que estão na origem da PHDA resultam de um funcionamento atípico no que respeita à regulação da atenção e do comportamento devido a alterações

neurofisiológicas ao nível do cerebelo, gânglios de base (Castellanos et al, 2002; Taylor et al, 2004) e da ativação do lobo pré-frontal (Antunes et al., 2019; Castellanos et al, 2002), mais concretamente no que diz respeito à regulação das substâncias químicas que permitem o normal funcionamento do nosso cérebro (dopamina) (Antunes et al., 2019).

Essas alterações originam um funcionamento executivo atípico de onde resultam sintomas nucleares como a desatenção, hiperatividade e impulsividade (Antunes et al., 2019; APA, 2013; Rodrigues & Antunes, 2014).

De modo a clarificar cada um dos três sintomas nucleares da perturbação, acima anunciados, segue-se uma breve explicação com situações exemplificativas do seu impacto na vida de um indivíduo com PHDA.

A atenção é um construto multidimensional que inclui aspetos como a vigilância, a atenção sustentada, atenção seletiva, entre outros (Barkley, 1998). A desatenção manifesta-se através da apresentação frequente de comportamentos tais como a pouca atenção aos detalhes, parecer não ouvir e/ou não seguir instruções, a dificuldade de inibição de estímulos desnecessários e em tomar atenção a mais do que um estímulo em simultâneo, a perda de objetos e a exigência na organização e término de tarefas, sobretudo as escolares, mais prolongadas e monótonas (APA, 2013; Barkley, 2015; Rodrigues & Antunes, 2014).

A impulsividade é frequentemente associada a um défice na inibição do comportamento que pode ser explicada pela dificuldade no autocontrolo ou na incapacidade de atrasar uma resposta e gratificação imediata (Barkley, 2015; Rodrigues & Antunes, 2014). Esta é marcada pela dificuldade em pensar antes de agir (Rodrigues & Antunes, 2014), planejar ações (Barkley, 2015) e prever consequências (Barkley, 2015; Rodrigues & Morato, 2001), englobando comportamentos de intromissão e/ou interrupção de conversas (APA, 2013; Rodrigues & Antunes, 2014), dificuldades em esperar pela sua vez (APA, 2013; Barkley, 2015; Costa, 2008; Rodrigues & Morato, 2001) e/ou em ouvir instruções até ao fim (Barkley, 2015). Outro comportamento característico das crianças impulsivas são a resposta agressiva quando se sentem frustradas (Rodrigues & Antunes, 2014).

Por último, a hiperatividade caracteriza-se por um excesso de atividade motora/inquietação excessiva sobretudo em situações/contextos em que seria expectável que a criança fosse capaz de se regular e que se manifesta em comportamentos como a criança não conseguir manter-se sentada a fazer os trabalhos de casa, levantar-se durante a aula sem permissão, brincar com objetos não relacionados com a atividade exigida ou fazer vocalizações inapropriadas (Barkley, 2015; Rodrigues & Antunes, 2014). Estas manifestações são frequentemente

observadas em momentos que exijam atenção sustentada e impliquem imobilidade corporal, sendo igualmente comum a observação de padrões lúdicos marcados por agitação corporal considerável (APA, 2013).

Assim, no que diz respeito aos sistemas de classificação, esta perturbação pode ser classificada tendo por base o número de sintomas apresentados em cada elemento da tríade sintomática, podendo expressar-se como forma de apresentação **combinada**, quando há a presença de sintomas de desatenção e hiperatividade-impulsividade; uma forma de **apresentação predominantemente desatenta** caracterizada por sintomas maioritariamente de falta de atenção; e, **predominantemente hiperativa-impulsiva** definida por sintomas na sua maioria de cariz hiperativo-impulsivo (APA, 2013). É ainda importante ter em conta o nível de gravidade da perturbação i.e, se é leve, moderada ou grave tendo por base o impacto da sintomatologia na vida do indivíduo (APA, 2013).

Dados epidemiológicos sugerem que, na sua globalidade, a PHDA tem uma prevalência de cerca de 5% das crianças em idade escolar e 2,5% dos adultos, com maior manifestação no sexo masculino (Antunes, 2012; APA, 2013).

De modo geral a manifestação da PHDA em raparigas é a apresentação predominantemente desatenta, enquanto nos rapazes prevalece a apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva (Biederman et al., 2002; Milich et al., 2001; Staller & Faraone, 2006; APA, 2013; Pardilhão et al., 2009). Quanto ao início da expressão sintomática da patologia, é difícil de distinguir sintomas de desatenção, hiperatividade ou impulsividade do padrão normal de comportamento antes dos 4 anos de idade (APA, 2013). Normalmente, a PHDA é identificada durante a idade escolar, depois de a criança experienciar o contexto de sala de aula onde é exigida maior capacidade de concentração e de inibição do comportamento (Rodrigues & Antunes, 2014).

Além das características principais, as crianças com PHDA podem ainda manifestar comorbilidade com outros quadros clínicos, entre as mais comuns estão a Perturbação de Oposição e Desafio (POD); Perturbação do Comportamento (PC); Perturbação de Ansiedade (PA) e Perturbação Depressiva (PD); e, problemas associados (e.g., académicos, comportamentais e sociais), que agravam o desenvolvimento e a trajetória da perturbação nos diferentes contextos em que estão inseridos (Faraone et al., 2015; Barkley, 2015; APA, 2013; Steinberg & Drabick, 2015).

Em paralelo, as crianças com esta perturbação sentem muitas dificuldades de integração social, especialmente na relação com os pares, que ocorrem como consequência das variações de comportamento que manifestam (e.g., impulsivas, intrusivas, agressivas), tornando-se difícil integrarem-se num grupo e, são, muitas vezes rejeitadas na escola (Barkley, 2015; Hoza, 2007; Hoza et al., 2005).

Em suma, geralmente, as crianças com PHDA manifestam atividade motora excessiva, desorganizada e inapropriada ao contexto, embora seja mais evidente em situações específicas ou em tarefas mais estruturadas e monótonas; défices na regulação e manutenção da atenção com dificuldades na identificação e discriminação de estímulos, manifestado através da dificuldade em cumprir instruções, completar tarefas ou brincar isoladamente em apenas uma atividade; dificuldade no controlo inibitório expresso através do comportamento intrusivo perante os pares, na dificuldade em esperar e na interrupção dos outros (Olson, 2002, cit in Martins & Rosa, 2005), apresentando na sua maioria baixo rendimento escolar (APA, 2013; Rodrigues & Antunes, 2014).

Face ao exposto, o plano de intervenção da PHDA deve incluir práticas terapêuticas e farmacológicas, adaptadas às necessidades de cada criança, com o objetivo de reduzir a frequência dos comportamentos inadequados e aumentar a frequência de comportamentos desejados/ajustados (García, 2001) melhorando o desempenho académico e as competências sociais (Coelho, et al., 2014; Lopes, 2004).

A intervenção de cariz terapêutico deve ser multimodal, ou seja, atuar em três domínios: treino parental, intervenção centrada na criança e a intervenção na escola (Lopes, 2004; Antunes, 2012) e deve englobar estratégias de modificações nos locais frequentados normalmente pela criança (e.g. casa, escola), estratégias educacionais (e.g. apoio educativo individualizado, apoio de ensino especial, atividades extracurriculares) e/ou terapia familiar.

Para além da expressão comportamental inerente às dificuldades na regulação do nível de atividade e de atenção e na inibição de estímulos distráteis, anteriormente descritos, crianças com hiperatividade evidenciam também um défice ao nível das noções de esquema e imagem corporal (Costa, 2008), bem como problemas ao nível do tónus, da equilibração e da praxia fina (Salgueiro, 1999).

A abordagem psicomotora permite uma melhoria dos fatores psicomotores, tornando-se muito importante nesta população, uma vez que a sua complexidade permite uma organização tónico-emocional, um controlo postural e o desenvolvimento práxico que contribuirá para que o cérebro elabore mapas corretos do corpo que se irão refletir a nível emocional e cognitivo, ou seja, os processos de aprendizagem e a aquisição de competências apenas são possíveis quando existe uma cooperação correta e eficiente entre o corpo e a mente (Fonseca, 2006).

## **II. Realização da Prática Profissional**

Neste capítulo será contextualizada a prática profissional desenvolvida durante o período de estágio. Será primeiramente apresentada a calendarização das atividades, horário de estágio e descrição genérica das atividades realizadas. Em seguida, é feito o enquadramento pormenorizado do contexto onde a prática profissional foi desenvolvida, com apresentação da sua constituição e modo de funcionamento, as metodologias de avaliação e intervenção característica do núcleo onde a estagiária esteve integrada. Posteriormente está exposta uma descrição sistematizada de todos casos intervencionados, tendo sido escolhidos dois estudos de caso para uma descrição mais exaustiva. Por fim serão apresentadas as atividades complementares de formação no âmbito do estágio.

## II.1. Calendarização das Atividades de estágio

O estágio, decorrido no Centro PIN – Progresso Infantil, aconteceu entre 12 de novembro de 2020, com a realização da primeira visita à instituição e da primeira reunião com a orientadora local, Dra. Rita Ávila, e 29 de julho de 2021. No entanto, é de realçar, que derivado à situação pandémica vivida, as atividades de estágio sofreram alterações estruturais, que serão posteriormente mencionadas. No sentido de fazer uma breve abordagem cronológica de todas as etapas concretizadas ao longo do estágio, segue-se a tabela 1.

**Tabela 1.**

*Cronograma das tarefas gerais realizadas no âmbito do estágio*

	Nov/20	Dez/20	Jan/21	Fev/21	Mar/21	Abr/21	Mai/21	Jun/21	Jul/21
1. Primeiro contacto com a instituição e orientadora local									
2. Integração da estagiária no núcleo da PHDA									
3. Reunião de supervisão									
4. Reunião de núcleos									
5. Reunião clínica geral									
6. Formação específica para os estagiários sobre instrumentos de avaliação usados no PIN (ex. BANC, WISC)									
7. Participação em eventos de formação realizados pelos técnicos do PIN									
8. Observação de entrevistas clínicas aos pais									
9. Observação de avaliações núcleo PHDA									
10. Observação de acompanhamentos online - núcleo PHDA									
11. Observação de acompanhamentos presenciais - núcleo PHDA									
12. Cotação e interpretação de testes podendo apoiar o processo de elaboração de relatórios clínicos dos técnicos									
13. Elaboração do projeto de estágio									
14. Seleção, adaptação e organização de instrumentos para juntar aos já utilizados pela equipa									
15. Apresentação de um artigo científico recente à equipa do núcleo PEADC									
16. Aplicação de provas de avaliação com supervisão									
17. Planeamento de sessões (estudo de caso M.L.)									
18. Planeamento de sessões (estudo de caso D.)									

Através da observação da tabela 1 pode-se verificar que a integração da estagiária na equipa se deu através do núcleo da PHDA, onde foram desenvolvidas atividades como participação das reuniões de núcleo, momentos de observação de entrevistas clínicas aos pais, observação de sessões de avaliação e intervenção de crianças e jovens. A integração da mesma nos restantes núcleos foi feita através da participação das reuniões de núcleo semanais e tarefas isoladas propostas pelos coordenadores dos núcleos.

Em relação ao período de estágio, este desenvolveu-se presencialmente no período compreendido entre 17 de novembro e 7 de dezembro de 2020. Contudo, a adoção de medidas de máxima contenção levou, no dia 14 de dezembro de 2020 à suspensão de todas as atividades letivas presenciais bem como as atividades de estágio em regime presencial.

Deste modo, em articulação com o orientador académico e local, ficou estabelecido a possibilidade de acompanhamento online dos casos que continuassem no regime de teleterapia e que o técnico achasse benéfico a presença da estagiária. Assim, durante o período de interrupção das atividades de estágio presencial, as atividades ocorreram de forma parcial, apenas com a participação da estagiária em algumas sessões online de casos integrados no núcleo da PHDA. Para colmatar essa situação a estagiária apresentou um projeto de estágio, posteriormente aceite pelos orientadores envolvidos, tendo dado início à elaboração do mesmo durante esse período.

Importante referir que desde novembro que a estagiária, embora não integrada em momentos de observação de avaliação e intervenção nos núcleos de DAE's e PEADC, esteve presente em todas as reuniões do núcleo durante todo o período de estágio. A 14 de Abril foram retomadas as atividades presenciais que decorreram até ao dia 29 de julho de 2021.

## **II.2. Horário de Estágio**

O horário de estágio foi desenvolvido tendo por base os critérios definidos pelo regulamento da unidade curricular do RACP, nomeadamente no que respeita ao número de horas semanais a cumprir, assim como a disponibilidade e formação dos técnicos na área da Educação Especial e Reabilitação/Reabilitação Psicomotora. As medidas de contenção e de segurança pública derivadas à situação pandémica tiveram também um papel preponderante no seu desenvolvimento.

Como já referido anteriormente, é importante ter em conta que o período de estágio presencial se encontrou interrompido devido à pandemia de COVID-19. Assim sendo, as atividades de estágio presenciais realizaram-se de forma contínua entre o período de abril e julho de 2020 e em regime online no período compreendido entre fevereiro de 2020 e abril do mesmo ano.

Tendo em conta o exposto, a organização dos momentos de estágio encontra-se na tabela 2 e 3. O primeiro horário é relativo ao período de estágio em formato online e o segundo compreende os meses de abril e julho, onde o estágio se desenvolveu presencialmente.

**Tabela 3.**

*Horário do estágio em formato online*

Horas	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
09:00 - 10:00						
10:00 - 11:00						
11:00 - 12:00			Reunião Núcleo PHDA (S)		Reunião núcleo PEA (S)	Intervenção Individual PHDA (Q) *
12:00 - 13:00						
13:00 - 14:00		Reunião Núcleo DAE's (S)		Reunião de estagiários e orientadores (Q)		
14:00 - 15:00		Reunião clínica geral (S)				
15:00 - 16:00						
16:00 - 17:00						
17:00 - 18:00			Intervenção Individual PHDA (S)			
18:00 - 19:00						
19:00 - 20:00						

**Legenda:**   Reuniões de equipa ou dos diferentes núcleos;   Intervenção Individual com Estudo de Caso;   Intervenção individual núcleo PHDA;   Reunião de estagiários e orientadores; S – semanal; Q – quinzenal; \* 2 casos quinzenais intercalados.

**Tabela 2.**

*Horário do período de estágio em formato presencial*

Horas	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado
09:00 - 10:00				Intervenção Individual PHDA (S)		
10:00 - 11:00			Reunião Núcleo PHDA (S)			Intervenção Individual PHDA (S)
11:00 - 12:00					Reunião núcleo PEA (S)	
12:00 - 13:00						
13:00 - 14:00		Reunião Núcleo DAE's (S)		Reunião de estagiários e orientadores (Q)		
14:00 - 15:00		Reunião clínica geral (S)				
15:00 - 16:00						
16:00 - 17:00					Intervenção Individual PHDA (S)	
17:00 - 18:00			Intervenção Individual PHDA (S)			
18:00 - 19:00						
19:00 - 20:00						

**Legenda:**   Reuniões de equipa ou dos diferentes núcleos;   Intervenção Individual com Estudo de Caso;   Intervenção individual núcleo PHDA;   Reunião de estagiários e orientadores; S – semanal; Q – quinzenal.

**Nota<sup>1</sup>.** Este horário refere-se ao período de estabilidade que decorreu de 14 de abril até 29 de julho.

**Nota<sup>2</sup>.** As observações de avaliações formais não tinham um horário específico, sendo marcadas de acordo com disponibilidade da estagiária e do técnico responsável, e por isso não são apresentadas no horário.

De referir que alguns momentos de sessões sofreram alterações, devido à necessidade de se ajustar horários para a realização das avaliações ou pela desmarcação de consultas, sendo preciso remarcar uma nova sessão para uma outra data mais compatível entre a criança e o técnico. Esta condição conduziu a um acompanhamento irregular de alguns dos casos (igual ou inferior a duas sessões), conseqüente de incompatibilidades horárias, motivo pelo qual não se encontram discriminados nos horários.

### **II.3. Caracterização dos Contextos de Intervenção**

Os casos acompanhados e observados em sessões de intervenção foram providenciados por TSEER/Psicomotricistas, na sua maioria responsabilidade da orientadora local, Dr.<sup>a</sup> Rita Ávila. Quantos aos momentos de avaliação formal estavam sob orientação de TSEER/Psicomotricistas e Psicólogos Clínicos e Educacionais, pois, apesar da organização em núcleos, um mesmo caso pode ser avaliado por técnicos de núcleos distintos consoante as dificuldades identificadas e a respetiva especialidade capaz de dar resposta às mesmas.

Nos momentos de avaliação observados, a estagiária teve sobretudo uma postura passiva, assumindo uma posição de observadora não participante, decisão tomada pelos técnicos por se tratar de um processo de grande exigência e responsabilidade que necessita de formação específica para alguns dos instrumentos de avaliação utilizados.

No que diz respeito às sessões de intervenção, a integração da estagiária nas mesmas iniciou-se com a autorização da criança e da respetiva família para a sua presença na sala. Após a aceitação dos mesmos, o momento inicial de observação passava sempre pela apresentação criança/estagiária.

Durante o período inicial de observação, a participação nas sessões de intervenção caracterizou-se por ser mais passiva, dando lugar, progressivamente a uma observação participada, onde a estagiária passou a integrar as dinâmicas e atividades da sessão. O planeamento e dinamização das atividades asseguradas pela estagiária estavam sob a supervisão do técnico (fator comum a todos os momentos de intervenção ativa da estagiária), consoante os objetivos de intervenção indicados pelos técnicos.

Na generalidade as sessões observadas apresentavam uma estrutura semelhante, divididas em 3 fases distintas: **diálogo inicial** que constitui o primeiro momento da sessão e que se inicia com algumas perguntas do técnico para a criança, no sentido de aferir o seu estado atual e como correu a semana, permitindo que a criança aborde assuntos que possam ter sido significativos. Este período, geralmente, pode incluir também o diálogo sobre as atividades realizadas na sessão anterior, bem

como o planeamento das atividades a realizar. Este planeamento pode incluir a descrição verbal e/ou escrita da tarefa, os seus objetivos e tempo estimado para a realização da tarefa. As atividades podem ser sugeridas pela criança, pelo terapeuta, ou em conjunto (e.g. de modo a criar variantes de uma mesma tarefa); **corpo da sessão** – referente à realização das atividades definidas, com métodos específicos de cada área e variando de acordo com os objetivos terapêuticos e estratégias estabelecidos; **diálogo final** – último momento da sessão e é marcado pela realização de uma atividade escolhida pela criança como estratégia de motivação para o trabalho realizado nos momentos antecedentes. Após a realização das atividades, o técnico reserva algum tempo para uma análise reflexiva acerca das vivências corporais da criança ao longo da sessão.

Apesar do centro estar dividido por núcleos, em cada um é seguida uma estrutura geral de funcionamento. A estagiária integrou as reuniões dos três núcleos assim como as reuniões semanais da equipa clínica, onde foram discutidos temas de relevância para a investigação, avaliação e/ou intervenção nas diferentes especialidades, preparadas antecipadamente por um técnico da equipa. A observação e participação em consultas de cariz avaliativo e interventivo foi possível apenas no núcleo da PHDA. Uma apresentação mais pormenorizada do núcleo onde a estagiária estava integrada será feita de seguida.

### **II.3.1. Núcleo da PHDA, Perturbações do Comportamento e do Humor**

O núcleo da Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbações do Comportamento e do Humor é constituído por uma equipa técnica multidisciplinar que disponibiliza uma resposta especializada às dificuldades de atenção, de comportamento e do humor, que podem influenciar o desenvolvimento de forma permanente ou temporária (PIN, 2020b), numa abordagem multimodal, envolvendo não só a criança ou jovem, mas também a sua família e o seio escolar (PIN,2020b).

Esta resposta vai desde o diagnóstico e intervenção terapêutica à realização de ações de formação específicas, bem como atividades de investigação, relacionadas com a prática clínica desenvolvida (PIN, 2020a).

Os processos de avaliação pretendem a obtenção de um diagnóstico formal bem como a compreensão do perfil de funcionamento da criança ou jovem (PIN, 2020b). Por norma, os casos avaliados surgem devido a preocupações ou sinais associadas a um quadro de PHDA. Deste modo, o núcleo dispõe de um protocolo de avaliação ajustado e adequado à sintomatologia sinalizada permitindo não só a realização de um despiste de diagnóstico de PHDA, mas também de eventuais comportamentos desajustados bem

como de possíveis comorbilidades que possam explicar melhor o eventual quadro clínico e as principais sintomatologias anunciadas como preocupantes.

Desse protocolo de avaliação fazem parte inúmeros instrumentos que serão apresentados e descritos na tabela 4.

**Tabela 4.**

*Protocolo de Avaliação do Núcleo da PHDA*

<b>Instrumento de Avaliação</b>	<b>Autor(s)</b>	<b>Objetivos</b>
Sistema de Avaliação de Achenbach	Versão portuguesa de Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira e Cardoso (1994) traduzida de CBCL, TRF e YSR do Inventário de Achenbach	Avaliação do comportamento da criança e do jovem.
Escalas Revista de Conners na sua forma completa dirigida a pais e professores	Traduzidas e Adaptadas por Rodrigues (2003)	Identificação de Sintomas de PHDA.
BRIEF- Behavior Rating Inventory of Executive Function- versão para pais e professores	Traduzido e adaptado por Ana Rodrigues, Luis Pereira, Inês Teixeira e Filipa Aires (2007) e Tiago V. Maia, Andreia Leitão, Ana Rodrigues e Carolina Correia (2015) cit in Gomes (2017)	Avaliação do funcionamento executivo no contexto ecológico do sujeito.
SDQ- Questionário de Capacidades e Dificuldades	Goodman (2005)	Avaliação de comportamentos, emoções e relações interpessoais.
SCARED	Traduzido e adaptado por Pereira e Barros (2010)	Avaliação da sintomatologia ansiosa.
CPT 3- Continuous Performance Test 3	Conners (2014)	Avaliação de diferentes domínios de atenção: desatenção, atenção sustentada, impulsividade e vigilância.
WISC-III- Escala de inteligência de Wechsler para crianças	Wechsler (2003)	Avaliação do perfil cognitivo da criança/jovem até aos 16 anos através de provas de domínio verbal (QI verbal e de realização (QI não verbal).
BANC- Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra	Simões et al. (2016)	Avaliação funções neurocognitivas como a orientação, memória, linguagem, atenção e funcionamento executivo, lateralidade e motricidade.
Wisconsin Card sorting Teste	Heaton, Chelune, Talley, Kay e Curtiss (1993).	Avaliação de estratégias mentais em domínios como formação de conceitos e solução de problemas, flexibilidade mental e abstração-raciocínio.
CAS- Cognitive Assessment System	Naglieri e Das (1997)	Avaliação do funcionamento cognitivo mais concretamente ao nível do planeamento, atenção e processamento simultâneo e processamento sucessivo.

Teste de Atenção D2	Brickenkamp (2007)	Avaliação da atenção seletiva, capacidade de concentração, velocidade de processamento de informação e precisão.
---------------------	--------------------	--

As sessões de avaliação observadas estão expressas na tabela 5, não tendo sido possível observar um protocolo de avaliação completo, tendo existido sobretudo provas de funcionamento executivo, de avaliação cognitiva e de avaliação psicomotora.

**Tabela 5.**

*Caracterização das avaliações observadas no Núcleo de PHDA*

Identificação	Género	Idade (anos)	Áreas avaliadas		
			FE	AC	APM
L	F	7	■		
B.	F	7	■		
C.	M	8	■		
M.	M	5	■		■
X.	M	11	■		
M. A.	F	7	■	■	
D.	M	5	■		
M.F.	M	6	■		

**Legenda:** F – Feminino; M – Masculino; FE – Funcionamento Executivo; AC – Avaliação Cognitiva; APM – Avaliação Psicomotora.

Ainda em relação ao processo de avaliação, importa referir que à aplicação dos instrumentos de avaliação específico antecede uma entrevista semiestruturada e de outros questionários de avaliação de preenchimento por parte da família, cuidadores e/ou professores, no sentido de existir uma visão abrangente e ecológica da criança. Neste âmbito foi possível observar a entrevista inicial aos cuidadores do caso L. e do caso B. e a participação na cotação e interpretação de testes e questionários podendo apoiar o processo de elaboração de alguns relatórios clínicos.

Após o processo de avaliação segue-se um processo de intervenção tendo por base as necessidades específicas individuais, mas também aquelas que são evidenciadas pelos familiares e pela escola. Deste modo, quanto à intervenção destacam-se três tipos de resposta: **intervenção direta** com o utente através de programas de treino de autocontrolo, intervenção ao nível das perturbações do humor e da ansiedade, métodos e hábitos de estudo e treino de competências pessoais e

sociais; **intervenção com os pais/cuidadores** pelo meio de formação, treino e suporte parental na gestão do comportamento; e **intervenção no contexto escolar**.

Paralelamente o núcleo da PHDA também se dedica à investigação com base na prática clínica desenvolvida, oferecendo também um conjunto de ações de formação (PIN, 2020b).

### II.3.2. A Integração no núcleo de PHDA

No decorrer da integração no núcleo, a estagiária teve a oportunidade de acompanhar 7 casos em intervenção individual de Educação Especial e Reabilitação/ Psicomotricidade, da responsabilidade da orientadora local, Dr.<sup>a</sup> Rita Ávila, de crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos. A caracterização dos diferentes casos acompanhados encontra-se na tabela 6.

**Tabela 6.**

*Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PHDA*

ID	Género	Idade (anos)	Diagnóstico	Áreas de intervenção
G.	M	12	PHDA e PEA	Funcionamento executivo (atenção e memória); Competências pessoais e sociais; Planeamento e gestão de rotinas académicas.
F.	M	11	PHDA e Síndrome de Tourette	Funcionamento executivo (atenção e memória); Planeamento e gestão de rotinas.
R.	M	6	PHDA e PEA	Competências pessoais e sociais (gestão emocional e comportamental); Interação e ajustamento social; resolução de problemas.
L.	F	7	PHDA de apresentação desatenta	Funcionamento executivo; Manutenção da atenção; Competências ao nível da leitura e da escrita. *
M.	M	7	PHDA	Funcionamento executivo (atenção e memória).
S.	M	6	PEA, PHDA e POC	Competências pessoais e sociais (comunicação, conversação recíproca e leitura e interpretação de situações sociais); Autorregulação comportamental

				e emocional; flexibilidade cognitiva e comportamental.
D.	M	5	---	Competências sociais ao nível das interações sociais e comunicação (partilhar brincadeiras, manutenção da conversação recíproca, integrar regras sociais); competências psicomotoras ao nível da estruturação e organização espacial; competências pré-académicas.
				*

**Legenda:** ID – Identificação; F – Feminino; M – Masculino; FE – Funcionamento Executivo; AC – Avaliação Cognitiva; APM – Avaliação Psicomotora. \* - Estudo de Caso.

Integrada no núcleo da PHDA, a estagiária teve oportunidade de observar e participar em sessões centradas no funcionamento executivo, na capacidade de regulação emocional e comportamental, na promoção de competências sociais, na capacidade de resolução de problemas, competências ao nível da leitura e da escrita bem como em domínios psicomotores como a organização e estruturação espacial.

Dos casos acompanhados, nas sessões com as crianças G, F, R, M, e S a estagiária assumiu um papel de observadora participante, ao ser integrada pelo técnico nas dinâmicas das atividades realizadas em sessão. Com as crianças L e D o seu papel foi diferenciado, sendo o acompanhamento de ambos os casos analisados de seguida.

## II.4. Estudos de Caso

O presente tópico centra-se na apresentação e discussão de dois estudos de caso de intervenção individual no âmbito da Psicomotricidade. A apresentação de cada um dos estudos de caso estará dividida da seguinte forma: breve caracterização dos casos (anamnese), avaliações iniciais realizadas pela estagiária, que servirá para a apresentação do perfil intraindividual, programa de intervenção psicomotora, avaliação final e, por fim, será feita uma discussão sobre os resultados da intervenção. Deste modo, é possível dar a conhecer aprofundadamente o trabalho realizado.

## **II.4.1. Estudo de Caso 1 – L.**

### **II.4.1.1. Caracterização do caso - Dados anamnésicos, observacionais e de avaliações prévias**

As informações que se seguem foram recolhidas junto da técnica responsável pelo acompanhamento da L. bem como de informações expressas no relatório de avaliação realizado no PIN e de observações das sessões.

A L. nasceu a 27 de fevereiro de 2014 tendo no início da intervenção com a estagiária 7 anos e 6 meses. A avaliação no PIN decorreu em novembro e dezembro de 2020 quando a L. tinha 6 anos e 11 meses de idade e centrava-se numa avaliação do perfil cognitivo, do CA e num despiste de PHDA, tendo como principal objetivo a análise do perfil da L., integrando as suas características, competências e dificuldades no sentido de determinar áreas importantes a desenvolver em termos de intervenção terapêutica e psicopedagógica.

Posto isto, as principais preocupações dos pais centravam-se nas dificuldades na regulação e manutenção da atenção, a falta de motivação para os TPC e as fragilidades ao nível da leitura e da escrita.

Em contexto escolar, a professora refere que a L. tem dificuldade em regular e manter a atenção, por vezes não conclui as tarefas, precisa muitas vezes da repetição das instruções e é necessária supervisão. Também parece apresentar um ritmo lento de trabalho assim como se nota um cansaço fácil.

Os resultados derivados do processo de avaliação no PIN remetem para um quadro de PHDA que geram um impacto comportamental significativo e frequente nos contextos familiar e escolar. Estes sintomas são secundados por um perfil comportamental que evidencia dificuldades de Memória de Trabalho e Planeamento, dificuldades do funcionamento executivo também típicas dos quadros clínicos de PHDA.

Posto isto, as dificuldades da L. terão impacto nas competências académicas, que podem ser influenciadas pela presença de sintomas de desatenção, i.e., pela dificuldade em regular a atenção, divagação frequente pela tarefa e dificuldade em manter a concentração por longos períodos de tempo. Da mesma forma, a dificuldade em selecionar estímulos relevantes para as tarefas (atenção seletiva) e em inibir estímulos distratores, contribui não só para a presença de vários momentos de distração como também para o aumento do tempo de execução da tarefa, acabando por várias vezes não concluir a mesma. No contexto familiar, parece também haver impacto da desatenção, onde necessita com frequência, que a sinalizem na realização das suas tarefas, senão esquece-se ou distrai-se com algo mais interessante. É referida também

muita resistência ao nível dos TPC, com dificuldades em iniciar, manter e terminar as tarefas.

Durante o período de contacto, foi capaz de relatar várias situações do seu quotidiano. Partilhou as suas opiniões e sentimentos sobre os diversos temas que foram sendo conversados (emoções, amigos, família, escola, atividades de lazer, entre outros). Tem consciência sobre o seu comportamento e desempenho, conseguindo identificar as suas dificuldades e capacidades. Em relação às relações sociais, identifica amigos e melhores amigos assim como brincadeiras de referência.

Durante o decorrer das sessões a L. apresentou-se bem-disposta, estabeleceu facilmente relação com o adulto e colaborou de forma empenhada naquilo que lhe foi sendo proposto, respeitando as regras das atividades. Manteve uma mímica facial diferenciada e um bom contacto ocular, apesar de, com frequência, o seu olhar vaguear pela sala. No decorrer das tarefas a L., as dificuldades foram mais evidentes à medida que a exigência da tarefa a nível atencional aumentava, com a L. a exprimir sinais evidentes de cansaço e alguma irrequietude motora, no entanto manteve sempre uma postura adequada.

#### **II.4.1.2. Avaliação Inicial**

O período que antecedeu a avaliação caracterizou-se pela presença da estagiária em 3 sessões dinamizadas pela técnica responsável pela L. no sentido de estabelecer também uma relação terapêutica com a criança. A avaliação inicial (AI) ocorreu, em dois momentos, no dia 7 e 14 de maio de 2021 e, no horário habitual de sessão, sexta-feira das 16h-17h com a presença da estagiária e da técnica responsável pelo caso.

Pelo tipo de queixas apontadas foi proposta uma avaliação ao nível das competências nas áreas da leitura, escrita e matemática. Por outro lado, pensou-se também que seria importante avaliar competências psicomotoras e do funcionamento executivo, que, de alguma forma, poderão ter uma influência nesses domínios.

#### **Objetivo da avaliação**

A avaliação teve como principal objetivo complementar o processo de avaliação já existente, incidindo essencialmente ao nível das competências nas áreas da leitura, escrita, matemática, psicomotora e das funções executivas. Para a realização da avaliação foi utilizado um **Inventário de Avaliação Informal de Competências (IAIC)**, construído pela estagiária. Este inventário objetiva avaliar algumas competências académicas da L. na área da leitura, escrita e matemática, competências psicomotoras e executivas de forma a recolher dados que permitam definir um ponto de partida e sirvam de guia orientador do trabalho futuro.

## **Instrumento de avaliação**

O presente inventário, denominado **Inventário de Avaliação Informal de Competências**, constitui-se como uma ferramenta de avaliação de caráter informal que tem como objetivo avaliar o nível de desenvolvimento de um conjunto de competências de uma criança de 7 anos (1º ano do 1º ciclo), com diagnóstico de PHDA.

O inventário usado nesta avaliação inclui cinco domínios, divididos em subdomínios: o domínio A, destinado à avaliação de **competências de leitura** inclui os subdomínios descodificação que engloba competências como a identificação e leitura de letras, sílabas e palavras e relações fonema-grafema e a fluência onde são avaliadas a velocidade de leitura, precisão no reconhecimento das palavras do texto e entoação e expressividade; o domínio B, reservado aos subdomínios caligrafia, ortografia e expressão escrita constitui a avaliação das **competências de escrita**; o domínio C orientado para a avaliação das **competências numéricas** compila os subdomínios da numeração, geometria e medidas. Ao nível das **competências psicomotoras** (domínio D) são avaliados os subdomínios da imobilidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal e praxia fina; e, por último são avaliadas as competências do funcionamento executivo (domínio E) ao nível da atenção, memória, controlo inibitório, planificação e resolução de problemas.

Por serem domínios de integração psicomotora que influenciam a aprendizagem escolar da criança quer em termos de leitura, escrita e matemática, a seleção da avaliação dos subdomínios psicomotores tornou-se pertinente. Vários autores identificam indícios de dificuldades psicomotoras que comprometem a aprendizagem, nomeadamente ao nível da noção corporal (Costa, 2008; Cruz, 2003; Fonseca, 2008; Lerner, 2003); a estruturação espaço-temporal (Costa 2008; Cruz, 2003; Landerl, et al., 2004; Lerner, 2003; Ribeiro, 2011; Silva & Martins, 2005), a coordenação óculomanual (Lerner, 2003; Ribeiro, 2011; Troncoso & Del Cerro, 2004) e a motricidade fina (Ribeiro, 2011; Silva & Martins, 2005; Troncoso & Del Cerro, 2004).

Costa (2008) refere que as aprendizagens escolares passam primeiro pelo conhecimento do corpo, do espaço, do tempo e dos objetos e das relações que a criança estabelece com eles. As aprendizagens da leitura, escrita e cálculo estão dependentes da evolução das habilidades motoras, uma vez que só a partir de um certo nível de organização motora, de coordenação fina dos movimentos e de uma integração vivida a nível espaço-temporal se podem desenvolver estas aprendizagens (Fonseca, 1976), assim, a capacidade de realizar movimentos de precisão com destreza e controlo como usar a tesoura, segurar o lápis, influencia desde a escrita à matemática.

A apresentação de cada domínio, subdomínio, descritores de desempenho e tarefas do IAIC pode ser consultada na tabela 7. Na coluna dos descritores de desempenho indica-se aquilo que a criança deve ser capaz de fazer, como resultado de uma aprendizagem conduzida em função do estágio de desenvolvimento em que se encontra. Importa perceber que a sua análise é essencialmente qualitativa, tendo sido utilizadas provas/ tarefas informais.

**Tabela 7.**

*Domínios, subdomínios, descritores de desempenho e tarefas incluídas no IAIC*

<b>Domínios</b>	<b>Subdomínios</b>	<b>Descritores de Desempenho</b>	<b>Tarefas</b>	
<b>A . Competências de Leitura</b>		Contar o número de sílabas numa palavra de 2, 3 ou 4 sílabas.	Tarefas de organização silábica.	
		- <b>Descodificação</b> (identificação e leitura de letras, sílabas e palavras; relação fonema/grafema).	Conhecer a ordem alfabética - recitar o alfabeto na ordem das letras, sem cometer erros de posição relativa.	Colocar letras por ordem alfabética.
		- <b>Fluência</b> (velocidade de leitura, precisão no reconhecimento das palavras do texto e entoação e expressividade).	Identificar os sons da palavra e estabelecer as correspondências som/letra - letra/som.	Fazer corresponder as letras à letra inicial de imagens. Escrever palavras que comecem pelas mesmas letras do nome da criança.
			Ler corretamente, por minuto, no mínimo 40 palavras de uma lista de palavras.	Leitura de uma lista de 40 palavras.
			Ler um texto com articulação e entoação e uma velocidade de leitura de, no mínimo, 55 palavras por minuto.	Leitura de um texto com 68 palavras.
<b>B. Competências de Escrita</b>	Caligrafia Ortografia Expressão escrita	Produção escrita - escrever textos de 3 a 4 frases.	Relato escrito da visita de estudo virtual (jogo da quinta).	
<b>C. Competências Numéricas</b>	Numeração	Conhecer os números naturais até 100.	Identificação e leitura de números.	
		Efetuar contagens progressivas (contagens de 2 em 2).	Atividade de unir pontos de 2 em 2 (1-98).	

	Geometria	Identificar e representar formas geométricas.	Apresentação de algumas formas geométricas para a L. nomear.
	Medidas	Leitura de um calendário.	Exposição de um calendário.
<b>D. Competências Psicomotoras</b>	Imobilidade Noção do corpo Estruturação Espaço- Temporal Praxia Fina	Consegue manter-se imóvel por 60 segundos.	Manter-se imóvel como um “espantalho”.
		Desenhar a figura humana com as devidas proporções e os principais pormenores anatómicos.	Solicita-se à criança que desenhe o seu corpo o melhor que sabe.
		Identificar, interpretar e descrever relações espaciais.	Tarefas em que é necessário utilizar vocabulário próprio das relações de posição.
		Reconhecer e relacionar entre si, intervalos de tempo (dia, semana, mês e ano).	Leitura de um calendário.
		Coordena os movimentos das mãos e dos dedos de forma sequencial, harmoniosa e independente.	Origami no jogo da Quinta (recorte e dobragens).
<b>E. Funções Executivas</b>	Atenção Memória Controlo Inibitório Planificação Resolução de Problemas	Presta atenção a atividades significativas, mais de 15 minutos.	*
		Retém informação a curto e médio prazo ( visual e auditiva).	Jogo da memória; Jogo ouve ou vê.
		Considera as possíveis consequências das suas ações antes de agir.	Percorrer caminhos com o cursor do computador dentro das referências.
		Quando encorajada a escolher uma atividade decide por algo que é capaz de fazer.	*
		Desenvolve estratégias eficazes e adequadas às situações.	Sequências; Sombras; *

\* Aspetos observados ao longo da concretização das tarefas decorrentes da avaliação inicial, não tendo disso planeadas tarefas específicas.

De referir que o IAIC foi elaborado com base nas especificidades da criança avaliada e principais dificuldades manifestadas pela L., tomando-se como referência o trabalho realizado em sessão e as Metas Curriculares de Português para o 1º Ano do 1º Ciclo, formuladas pela Direção-Geral da Educação (DGE).

### **Material utilizado na aplicação do IAIC:**

Não exige material específico nem padronizado na sua aplicação.

Para a aplicação, a estagiária dispôs do seguinte material: jogo construído no PowerPoint (PPT) com a temática de uma visita de estudo a uma quinta (dado o interesse da criança por animais); Cartões em forma de bolachas com letras maiúsculas e minúsculas e duas bases com imagens; folha com pontos numerados do 1 ao 98; folhas lisas; lápis; tesoura; lápis de cor. O material utilizado encontra-se descrito na tabela 8 e pode ser analisado no anexo A.

### **Tabela 8.**

*Material utilizado para a aplicação do IAIC*

PPT com diversas atividades criado pela estagiária	Cartões em forma de bolachas com letras maiúsculas e minúsculas
2 bases com imagens	Folha com pontos numerados do 1-98
Folhas lisas	Lápis, lápis de cor e tesoura

### **Forma de cotação e pontuação das provas**

O IAIC comporta uma abordagem subjetiva ou qualitativa, referente à análise do desempenho, comportamento e atitude da criança e não procura informações mensuráveis, não sendo atribuído nenhum sistema de cotação quantitativo. Desta avaliação poderão ser retirados dados sistemáticos importantes para a identificação qualitativa dos problemas psicomotores e de aprendizagem, pelo que se pretende que contribua para a compreensão dos mesmos. A relevância da análise qualitativa é reforçada por Fonseca (2006b, 2010) ao considerar que na avaliação psicomotora é também preciso olhar para o modo como a criança realiza, regula e se apropria do movimento. A folha de registo inclui um espaço para observações qualitativas (comentários), permitindo uma comparação dos mesmos nos vários períodos da progressão terapêutica. A interpretação do desempenho e a obtenção de um perfil irá permitir definir as estratégias e objetivos a implementar no seu programa de intervenção.

#### **II.4.1.3. Apresentação e Análise dos Resultados**

A avaliação inicial ocorreu nos dias 7 e 14 de maio de 2021 com a duração de uma hora e meia. Os resultados são apresentados através das tabelas seguintes que expressam

os resultados qualitativos obtidos nas provas, através da interpretação e análise do desempenho da L. nas diversas tarefas.

A **capacidade de leitura** foi avaliada nas suas componentes de descodificação (identificação e leitura de letras, sílabas e palavras) e de fluência (velocidade de leitura, precisão no reconhecimento das palavras do texto e entoação e expressividade). Para tal, efetuou-se a aplicação de uma prova informal de leitura com listas de palavras e à leitura de um texto, tarefas de organização silábica, letras para proceder à ordem alfabética e tarefas de correspondência letra/som, efetuando-se posteriormente a recolha de informações (ver tabela 9).

**Tabela 9. Análise da Leitura**

Área	Comentários
Descodificação	<p><b>Conhecimento de letras e ordem alfabética:</b></p> <p>A L. realizou a nomeação oral e indicação escrita do alfabeto de modo completo e sequencial até à letra “J”. Após essa letra revelou significativas lacunas na sua nomeação, recorrendo frequentemente à reprodução de todo o alfabeto em voz alta, necessitando, mesmo assim, de algumas pistas e reforço por parte da estagiária.</p> <p>A criança demonstrou capacidade na identificação das letras apresentadas, à exceção das letras estrangeiras (<i>k, w, y</i>) - conceitos emergentes.</p> <p>A <b>nível silábico</b> a L. revelou dificuldades nas tarefas de segmentação de sílabas, nomeadamente, em palavras que integram ditongos (ex., animais/”a-ni-ma-is”).</p>
	<p><b>Velocidade de leitura:</b></p> <p>Efetuoou uma leitura com uma velocidade muito inferior à esperada tendo em conta o ano de escolaridade e a sua idade (leu 10 palavras por minuto de uma lista de 40 palavras e 20 palavras por minuto de um texto com 68 palavras).</p> <p><b>NOTA:</b> Indica-se que a L. mostrou uma leitura silabada com evidentes hesitações.</p>
	<p><b>Precisão no reconhecimento das palavras do texto:</b></p> <p>Na leitura das diferentes solicitações, a L. revelou os seguintes erros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocas em vogais (a/e – cada/cade).</li> <li>• Leitura de sílabas diretas com consoantes seguidas de U mudo (que/qui).</li> <li>• Adições de letras de som nasal (agricultor/agricultore; ficar/ficare).</li> <li>• Omissão de letras (vivem/vive; ajudam/ajuda; divertem/diverte; moram/mora).</li> <li>• Omissão de sílabas diretas com dígrafos (nho/nhe – cantinhos/cantios; conhecer/coecer).</li> <li>• Sílabas com ditongos – faz a divisão silábica de ditongos (a-ni-mais/a-ni-ma-is).</li> <li>• Inversões intrassilábicas (percorrer/precorre; se/es).</li> </ul>

---

**Entoação e expressividade:**

Indica-se que a L. demonstrou intenção de atender à pontuação presente no texto lido, executando as pausas correspondentes aos pontos finais. Contudo, demonstrou lentidão, paragens e hesitações no processo leitor, afetando a sua expressividade.

---

Atendendo aos resultados obtidos nas tarefas solicitadas a L. manifesta dificuldades na ordem alfabética, a nível silábico e na capacidade leitora. Foi possível também identificar algumas dificuldades nomeadamente ao nível da identificação de sons da palavra e estabelecer as correspondências som/letra e/ou letra/som (i.e. o/uva; x/zebra; i/elefante; e/hipopótamo).

A consciência fonológica é uma das competências que diversos estudos têm associado como preditor dos resultados ao nível da leitura e escrita (Cadime et al., 2009; O'Connor & Jenkins, 1999, Catts, et al., 2001, cit in Bridges & Catts, 2011; Sonnenschein & Munsterman, 2002, cit in Leal et al., 2006; Capovilla, et al., 2007; Godoy, 2008; Cadime, et al., 2009). Assim, a intervenção deve incidir sobre esta capacidade nas suas componentes de segmentação silábica por constituir a competência precursora de um processo adequado de alfabetização (Lima & Colaço, 2010) e na consciência fonémica. A consciência fonémica é referida como uma competência de grande importância para a aquisição da leitura em sistemas alfabéticos, como é o caso do português (Bradley & Bryant, 1983, Lundberg, et al., 1988, Wimmer, et al., 1991, Castles & Coltheart, 2004, cit in Godoy, 2008), no qual as unidades da fala são codificadas na escrita em grafemas, sendo, desta forma, mais abstrato, principalmente pelo facto de a correspondência entre os fonemas e os grafemas não ser linear (o nome das letras muitas vezes não corresponde a todos os sons que esta pode assumir) (Alves Martins & Niza, 1998; Alves Martins, 2000). O conhecimento do nome das letras auxilia na associação entre as letras e os respetivos sons (Horta & Alves Martins, 2014), devendo a intervenção fazer-se dotar deste tipo de tarefas.

Na leitura do texto verificou-se uma velocidade inferior à expectável atendendo ao ano de escolaridade e idade (leu 20 palavras por minuto), com lacunas na capacidade de reconhecimento de palavras, observada pela mesma não revelar capacidade de autocorreção. Indica-se que a L. demonstrou intenção de atender à pontuação presente no texto lido, executando as pausas correspondentes aos pontos finais, mas a sua expressividade saiu afetada pela lentidão e hesitação na leitura.

A **competência de escrita** foi avaliada nas componentes de caligrafia, ortografia e expressão escrita. Para a análise da caligrafia são observadas as produções e modo de concretização das tarefas. A análise da ortografia baseia-se na observação de produções executadas (composição). A partir das provas integradas na análise da

expressão escrita pretende-se averiguar da eficácia da escrita, e em particular, o seu planeamento e organização (estrutura frásica/organização de ideias) (Ver tabela 10).

**Tabela 10. Análise da Escrita**

Área	Comentários
<b>Caligrafia</b>	<p>A L. segurou o instrumento de escrita recorrendo à mão direita e utilizando a mão esquerda para suporte à folha. Realizou uma pinça trípode com orientação e pressão razoáveis sobre o instrumento de escrita. A sua postura mostrou-se adequada.</p> <p>A criança efetuou <b>letra ligeiramente irregular, mas legível</b>. A sua caligrafia revelou as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efetuou <u>letra cursiva</u> com ligeira irregularidade, mas sem significativas interferências na legibilidade.</li> <li>• Demonstrou as seguintes particularidades na <u>forma</u> das letras: algumas letras que possuem porção circular não apresentam completo encerramento (ex., letras “d” e “a”);</li> <li>• Realizou letras com ligeira irregularidade no <u>tamanho</u>, com tendência para redigir letras de exagerada dimensão. Foi, contudo, identificada razoável proporção entre letras ascendentes, descendentes e médias.</li> <li>• Em termos de <u>alinhamento</u> foram verificados ligeiros desvios em relação à linha de escrita.</li> <li>• Executou letras com razoável regularidade na sua <u>orientação</u>.</li> <li>• Demonstrou <u>espaçamento</u> regular entre letras de uma mesma palavra e entre palavras.</li> <li>• A sua <u>apresentação</u> mostrou-se cuidada, tendo recorrido à borracha, quando sempre que queria corrigir. Destaca-se que a criança não evidenciou rasuras na sua produção.</li> </ul>
<b>Ortografia</b>	<p>Os <b>erros</b> identificados estão relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adições de letras (Manel/Manele).</li> <li>• Trocas de letras (c/g – escola/esgola).</li> <li>• Trocas em letras com igual valor fonológico (c/q – agricultor/agriqultor).</li> <li>• Trocas em letras de grafia próxima (q/g - quinta/gita).</li> <li>• Incorreções na aplicação das regras ortográficas (quinta/gita).</li> <li>• Omissões de letras (quinta/gita).</li> </ul>
<b>Expressão Escrita</b>	<p><b>Estrutura e conteúdo:</b></p> <p>A L. efetuou uma produção escrita com necessidade de algum reforço por parte da estagiária (quando estava a ler a tarefa verbalizou “Não quero fazer nenhum texto”). A sua produção escrita constituída por 9 palavras, distribuiu-se por apenas uma frase. Tendo em conta a sua produção e a forma de concretização da tarefa, destaca-se que a L. selecionava geralmente palavras que crê saber como se escrevem. Não incluiu todas as partes constituintes de um texto: não atribuiu um título; a sua introdução não enquadrou o tema central do seu “texto”; o seu desenvolvimento mostrou-se pouco</p>

---

explorado, pelo que os poucos dados introduzidos não foram elaborados; a conclusão mostrou-se omissa.

Tendo em conta o exposto, a L. revelou algumas dificuldades na estruturação frásica por evidenciar uma estrutura de frase ainda simples, composta por apenas uma oração.

---

**Convenções:**

Na sua produção, a L. recorreu à capitulação no início da frase e do nome próprio. Em termos de pontuação, destaca-se que a criança atribuiu ponto final para demarcar o término da sua frase. Não recorreu a outros sinais de pontuação.

---

Analisando os resultados obtidos ao nível da escrita, a L. revela lacunas na maioria das componentes avaliadas no âmbito da escrita. Revelou erros ortográficos com dificuldades na caligrafia que apesar de legível, se mostrou algo irregular. Apontaram-se, ainda, lacunas ao nível da capacidade de expressão escrita, condicionada por dificuldades na correção ortográfica, organização de ideias e na estruturação frásica, apesar de evidenciar capacidade criativa.

Para a avaliação das **competências matemáticas** foram avaliados os conceitos básicos (numeração, geometria e medidas). Na tabela 11 encontram-se os resultados da avaliação desta competência através das tarefas de identificação, representação e na leitura de números até 100, contagens de 2 em 2, identificação de formas e questões das noções temporais.

**Tabela 11.** *Análise das Competências Matemática*

Área	Comentários
Conceitos Básicos	<b>Numeração:</b> A L. evidenciou um desempenho dentro do esperado nas solicitações que incluíam identificação, representação e na leitura de números naturais. No que toca a efetuar contagens progressivas, demonstrou dificuldades significativas na contagem de 2 em 2, todavia usou como estratégia recorrer à sequência de números anteriormente realizada-0-2-4-6-8.
	<b>Geometria:</b> A criança revelou razoável capacidade nas tarefas de analisar e de comparar atributos espaciais de formas geométricas (ex., apresentou facilidade em identificar formas e seus atributos).
	<b>Medidas:</b> A L. demonstrou resultados pouco favoráveis nas noções temporais, nomeadamente na leitura de calendário (ex., identificar o dia da semana e o mês do ano).

---

Os resultados obtidos indicaram que a L. evidenciou ter conhecimento da identificação, representação e na leitura de números naturais até 100. Na tarefa das contagens progressivas de 2 em 2, demonstrou dificuldades na contagem após o número 10 (“e

agora? Eu não sei qual vem a seguir”), no entanto apresentou uma boa capacidade de resolução de problemas ao recorrer à sequência de números anteriormente realizada 2-4-6-8-10 (“agora é o 1 e o 2 – 12”). Revelou resultados razoáveis na área da geometria, nomeadamente nas componentes da análise de formas geométricas. Na leitura do calendário demonstrou dificuldades, conseguindo orientar-se tendo como referência as atividades extracurriculares. Identificou-se ainda a presença de interferências atencionais.

Para a avaliação das **competências psicomotoras** foram avaliadas as suas componentes de imobilidade, noção do corpo e praxia fina, por se tratarem, como referido anteriormente, de domínios de integração psicomotora que influenciam a aprendizagem escolar da criança. Na tabela 12 encontram-se os resultados da avaliação desta competência através das tarefas de imobilidade (manter-se imóvel durante 60 segundos), desenho do corpo e tarefas que implicam a habilidade motora fina nomeadamente escrita, recorte e dobragem.

**Tabela 12.** *Análise das Competências Psicomotoras*

Área	Comentários
Imobilidade	A L. mantém-se imóvel durante os 60 segundos, sem oscilações evidenciando um controlo postural periférico e preciso sendo observado apenas um sorriso constante na atividade, no entanto não desadequado.
Noção do corpo	A criança apresenta um desenho com pobreza em partes e detalhes anatómicos. No desenho da figura humana podemos verificar uma pobreza de pormenores anatómicos (não desenhou orelhas, mãos, dedos e pés; os olhos e nariz não apresentam qualquer detalhe sendo representados por pontos e a boca é assinalada com um traço).
Praxia Fina	Realiza uma pega e pressão adequada do instrumento de escrita. Na tarefa do origami, não demonstrou dificuldades no recorte e dobragem, coordenando os movimentos das mãos e dos dedos de forma sequencial, harmoniosa e independente, evidenciando apenas algumas dificuldades na perceção visual (posição da folha no espaço).

Na tarefa do desenho do corpo, os membros são desenhados apenas com traços, não respeitando os aspetos referentes a segmentos corporais. É possível observar (figura 1. *Desenho do Corpo produzido pela L na AI - anexo G*) que não foram desenhadas orelhas, mãos e pés, o nariz não tem qualquer detalhe, a boca é apenas indicada através de um traço, estando presente um sorriso, e os olhos por dois pontos. Demonstrou um maior cuidado e orientou a sua atenção para o desenho do cabelo utilizando dois tons de castanho de forma a deixá-lo mais parecido com o seu.

A tarefa de desenho do corpo pretendeu sobretudo analisar a representação que a criança faz do seu próprio corpo. De acordo com Fonseca (2008) as aprendizagens da leitura e escrita baseiam-se em aprendizagens não simbólicas integradas no cérebro, onde a noção do corpo assume um papel fundamental, sendo essencial uma intervenção a este nível.

Com o objetivo de aferir o nível de **funcionamento executivo** foram avaliadas as áreas da atenção, memória, controlo inibitório, planificação e resolução de problemas através de tarefas específicas como jogos de memória (visual e auditiva), percorrer labirintos dentro de referências, sequências, sombras e através da análise do funcionamento da L. da concretização das tarefas decorrentes da avaliação inicial, descrito na tabela 13.

**Tabela 13.**

*Análise do Funcionamento Executivo*

Área	Comentários
Atenção	As dificuldades foram mais evidentes à medida que a exigência da tarefa a nível atencional aumentava, com L. a exprimir sinais evidentes de cansaço e alguma inquietude motora referindo que “estou farta de ficar aqui sentada, deixa-me cansada, preciso de me mexer”, no entanto manteve sempre uma postura adequada. Por vezes, necessitou de supervisão e reforço para retomar a tarefa (i.e., Na tarefa contagens progressivas verbalizou “Vai ser um pato...eu já sei que é um pato... isto é o bico...isto são as patas” – fazendo paragens na execução da tarefa), no entanto manteve-se na mesma até ao final. Na ordenação decrescente colocou o burro 1 antes do burro 4 alegando que o “o burro 4 é mais pequenino e fofinho” tendo se esquecido do objetivo da tarefa que seria a ordenação por tamanho.
Memória	Nas tarefas “Guarda na Memória” repete várias vezes o nome do animal para interiorizar os animais apresentados, sendo que quando tem de memorizar 5 animais em 7 segundos, a L. sinalizou os animais anteriormente mostrados, no entanto não se recordava da posição dos mesmos. Na tarefa “Observa bem os Animais” a L. identificou o pato como o único animal que estava em falta. No jogo “deves ouvir atentamente”, após a instrução de que teria de responder a algumas perguntas sobre o que vai ouvir, a L. tapou de imediato os olhos. Sinalizou 3 de 4 animais falados na história e afirmou serem 6 galinhas, no entanto, após observar que as opções eram 1,2 ou 3, respondeu que seriam 3. Na variante “deves olhar atentamente” disse com uma gargalhada “Eu só me lembro do gato”. Apresentou maiores dificuldades nas respostas desta tarefa, demonstrando maiores dificuldades ao nível da memória visual.

<b>Controlo inibitório</b>	Nos labirintos fazia paragens, respirava e descansava a mão e mantinha o discurso “não posso tocar nas pedras”. Nos momentos de insucessos sucessivos demonstrava irritação (usou uma estratégia comportamental levantar-se nestes momentos e depois voltar à tarefa). Demonstrou o desejo de passar para a próxima tarefa, mas com reforço da parte da estagiária não desistiu (“Vais deixar o porquinho bebé sozinho, sem a sua mãe?”). “Já estou farta desde porco, farta, farta, farta”. No entanto não desistiu e completou com sucesso a tarefa.
<b>Planificação</b>	Ao nível da planificação revela fragilidades em antecipar possíveis situações ou consequências futuras, por exemplo, no jogo da memória vira na jogada seguinte uma carta virada na jogada anterior sem saber onde está o par. Na resolução do labirinto de conduzir o porquinho ao seu rabo demonstrou dificuldades em antecipar os finais sem saída e, portanto não conseguiu evitá-los, tendo que, por duas vezes voltar atrás. Na tarefa das bolachas, não adotou uma resolução sistemática, trocando constantemente de método, da imagem para a letra e da letra para a imagem.
<b>Resolução de Problemas</b>	Nas diversas tarefas demonstra arranjar estratégias para a resolução de problemas que se depara (i.e. durante a tarefa das contagens progressivas; por falta de tempo não conseguiu pintar o origami na sessão e referiu que tinha em casa um castanho igual, que acabava em casa).

Assim, e de acordo com os dados obtidos nas tarefas realizadas, o funcionamento executivo da L. é caracterizado pela presença de sintomas de desatenção, seja pela dificuldade em regular a atenção, divagação frequente pela tarefa e/ou dificuldade em manter a concentração por longos períodos de tempo. As tarefas ligadas à memória de trabalho e que exigiam a capacidade de planeamento apresentaram-se como mais frágeis, apresentando dificuldades na capacidade de reter um conjunto de elementos de informação essenciais para a realização da tarefa em curso.

As alterações nas funções executivas põem em causa inúmeros aspetos da vida quotidiana do sujeito, prejudicando o seu desempenho funcional em atividades que necessitem de um maior foco de atenção, que requeiram uma maior planificação, mas também uma maior capacidade de organização e planeamento de tarefas complexas, que muitas das vezes acabam por não ser terminadas (Mahone & Silverman, 2008). O funcionamento executivo e os processos de memória constituem, quando desenvolvidos e maturados, procedimentos facilitadores da aprendizagem (Alloway Bibile & Lau 2013) e, por isso, constituem objetivos terapêuticos a trabalhar com a L.

Em relação ao **comportamento observado** durante a avaliação, a L. demonstrou marcada demora e hesitação na concretização das tarefas de leitura e escrita, destacando-se a presença de comentários autodepreciativos relativamente à sua

prestação (i.e., verbalizou: “não sei ler nem escrever”, “não gosto de escrever”). Verbalizou que algumas tarefas eram difíceis (“Que difícil!”), no entanto, foi perseverante na realização das mesmas. A L. estabeleceu uma relação fácil com o adulto mostrando-se disponível e procurando corresponder ao que lhe era proposto, de forma cooperante e empenhada, executando as tarefas propostas com adequada motivação.

Com base nos resultados da avaliação e observação foram delineadas as áreas fortes e áreas a promover da L., ou seja, os aspetos desenvolvidos e as dificuldades da criança, tal como é apresentado no perfil intraindividual da L. ilustrado na tabela 14.

**Tabela 14.**

*Perfil Intraindividual da L.*

Áreas fortes	Áreas a Promover
Disponibilidade e facilidade na interação e estabelecimento de uma relação empática	Consciência Fonológica
Gosto e motivação para as tarefas da sessão	Leitura
Autoconhecimento (tem noção das suas dificuldades)	Escrita
Perseverança	Noção do corpo
Criatividade	Compreensão de instruções complexas
Praxia Fina	Planificação
Resolução de Problemas	Atenção
Controlo Inibitório	Memória

Tal como é possível verificar na tabela 14, podemos constatar que a L. apresenta como áreas fortes a disponibilidade e facilidade de interação com os outros, gosto e motivação para as sessões, auto-conhecimento, perseverança, criatividade, praxia fina, resolução de problemas e controlo inibitório. Assim sendo, estas áreas serviram como facilitadoras do processo de intervenção, permitindo, através de algo que a criança apresenta mais facilidade, desenvolver as áreas em que apresenta mais dificuldades, nomeadamente ao nível da consciência fonológica, leitura e escrita, noção do corpo, compreensão de instruções complexas, planificação, atenção e memória.

#### **II.4.1.4. Planeamento e Justificação da Intervenção**

Após o período de observação informal e da avaliação inicial foi estabelecido um plano de intervenção. Estes momentos e as informações obtidas foram fundamentais para compreender quais os domínios de desenvolvimento a trabalhar e os objetivos para

cada um desses domínios, bem como para a definição de estratégias que facilitassem o processo de intervenção.

### **Duração e Objetivos de Intervenção**

O acompanhamento do presente estudo de caso teve início a 16 de abril, e fim a 5 de julho de 2021. Ao longo deste período estavam previstas 12 sessões, agendadas às sextas-feiras das 16 às 17 horas, tendo-se realizado 11 sessões. Para melhor elucidar a divisão das diferentes etapas ao longo da totalidade das sessões, segue-se a tabela 15.

**Tabela 15.**

*Distribuição da totalidade das sessões da L..., pelas fases do processo de intervenção*

<b>Fases do Processo de Intervenção</b>	<b>Número de Sessões</b>
Observação	3
Avaliação Inicial	2
Intervenção	5
Avaliação Final	1
<b>Número Total de Sessões</b>	<b>11</b>

Considerando o perfil intra-individual traçado anteriormente, foram construídos os objetivos terapêuticos, de nível geral e específico, que constam na tabela 16.

**Tabela 16.**

*Objetivos terapêuticos a trabalhar com a L.*

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Objetivos operacionais</b>
<b>Potenciar a consciência fonológica</b>	Desenvolver a consciência silábica;	Soletrar palavras;
	Promover a capacidade de segmentar palavras em sílabas oralmente;	Segmentar as sílabas de palavras;
<b>Potenciar as Competências de Leitura</b>	Estimular a correspondência fonema-grafema.	Identificar os sons da palavra e estabelecer as correspondências som/letra - letra/som.
	Melhorar a fluência leitora (velocidade).	Ler pequenos textos; Seguir instruções escritas para realizar uma ação.

<b>Desenvolver as Competências de Escrita</b>	Promover a capacidade de segmentar palavras em sílabas graficamente;	Escrever legendas de imagens;
	Diminuição de erros na escrita.	Escrever pequenos textos; Segmentar as sílabas de palavras graficamente.
<b>Promover a Noção de Corpo</b>	Melhorar a consciência dos limites corporais;	Fazer o desenho da figura humana com cabeça, pescoço, tronco, braços, mãos, dedos, pernas, pés, olhos, nariz, boca, orelhas, cabelo e outros pormenores como pestanas, sobrancelhas, roupa, brincos...
	Consciencializar partes do corpo;	
	Melhorar o esquema e a imagem corporal;	Desenhar a figura humana com elementos de ligação.
<b>Estimular as Funções Executivas</b>	Melhorar a representação gráfica de si.	
	Aumentar o tempo de atenção e de concentração;	Aumentar o tempo de permanência numa tarefa não espontânea;
	Estimular a memória visual;	Reproduzir de memória a disposição de objetos no espaço;
	Compreensão de instruções complexas.	Seguir instruções complexas, com três ou quatro ações.

Relativamente ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção de 1 mês este é constituído por um total de 13 objetivos operacionais, subdivididos em objetivos específicos, que por sua vez se organizavam por 5 áreas: consciência fonológica, leitura e escrita, noção corporal e competências do funcionamento executivo.

### **Estrutura das Sessões e Estratégias de Intervenção**

Todas as sessões de intervenção da L.. foram estruturadas de forma a incluírem diferentes momentos com objetivos específicos a serem trabalhados. Deste modo, e de uma forma geral, as sessões iniciavam-se sempre com um diálogo entre todos no sentido de aferir o estado atual da L. e como correu a sua semana. Este momento estava destinado também para a organização e elaboração de trabalhos de casa, uma vez referida pela mãe muita resistência ao nível dos TPC's. O **corpo da sessão** era dirigido para a realização das atividades planeadas tendo em conta o plano terapêutico. Por fim, o **final da sessão** é marcado pela realização de uma atividade escolhida pela criança como estratégia de motivação para o trabalho realizado nos momentos antecedentes, terminando com a despedida.

A estrutura da sessão assumia assim um carácter semiestruturado (Fonseca, 2010) com a colaboração da criança, no sentido de motivar e orientar melhor a mesma

ao longo da sessão. Os momentos estruturados eram dirigidos aos objetivos supramencionados permitindo, no entanto a liberdade de expressão da criança.

Ao longo de toda a intervenção, foram tidas em consideração determinadas estratégias e aspetos da postura da técnica que influenciaram o sucesso da intervenção. As estratégias delineadas pela estagiária tiveram em consideração os objetivos programados para a intervenção. Na intervenção utilizou-se, assim, um conjunto de estratégias a seguir apresentadas na tabela 17, acompanhadas dos autores que corroboram a sua pertinência.

**Tabela 17.**

*Principais estratégias utilizadas ao longo da intervenção com a L.*

<b>Estratégias utilizadas</b>
- Utilização do jogo/ materiais lúdicos para trabalhar competências que a L. demonstra maior resistência;
- Fornecer instruções curtas, claras e simples;
- Incluir nas atividades dinâmicas de partilha e interação social (Fidler e Nadel, 2007; Grieco et al, 2015), através de reforços, feedbacks e/ou partilha e alternância de funções;
- Demonstração das tarefas de modo a facilitar a compreensão das mesmas;
- As tarefas devem ser intercaladas com atividades que integrem áreas fortes da criança e áreas que se pretendem promover (Fonseca, 2010);
- Reduzir o número de fatores distráteis nas atividades;
- Valorizar as ideias e os gostos da criança;
- Imprimir as instruções das atividades/jogos para potenciar a leitura;
-Trabalhar diversas competências numa mesma tarefa ou atividade.

No sentido de proporcionar um maior interesse e foco nas tarefas propostas, a vertente lúdica centrada nos gostos e nos interesses da criança foi primordial, pois para além do seu conhecido efeito positivo no desenvolvimento da criança (Aragón, 2007), através do jogo e dos materiais lúdicos foi possível motivar com maior facilidade a L. para a sessão, trabalhando os objetivos propostos. A utilização do jogo/materiais lúdicos foi essencial quer para a colaboração nas tarefas onde a L. demonstra maior resistência quer para estimular a interação com o adulto. As instruções das atividades impressas constituiu outra estratégia específica usada no sentido de potenciar uma área a desenvolver na L. (leitura).

Ao longo das sessões procurou-se um envolvimento da estagiária e da técnica nas mesmas, levando a que a criança estivesse mais motivada e concretizasse mais prontamente as atividades. Tendo em conta o funcionamento da L. foi essencial reduzir o número de fatores distráteis nas atividades. O fornecimento de feedback

(consciencializar a criança do que pode ser alterado, mantido e o que deveria repetir, compreendendo como se deveria comportar, interagir, refletir e realizar um comportamento ideal) e reforços positivos (através do elogio dado logo após a apresentação de um comportamento desejado, tornando-o assim, mais provável de se repetir) no decorrer das atividades foi essencial para a manutenção de comportamentos e aprendizagens ajustadas esperadas na sessão através das implicações positivas que a motivação tem na aprendizagem da criança (Vallet, 1969 cit in Fonseca, 2010).

As estratégias permitiram, sobretudo, o bom funcionamento das sessões bem como das diferentes dinâmicas implementadas, no sentido de orientar, motivar e permitir que a criança consiga compreender as instruções que lhe foram propostas e assim, realizar as tarefas sem evitar as mesmas perante o insucesso.

No anexo B podem-se observar exemplos de planeamentos de sessão e fotografias/imagens de algumas atividades realizadas com a L. (Anexo C).

#### **II.4.1.5. Avaliação Final: Apresentação e Discussão dos resultados**

A avaliação final (AF) decorreu no dia 5 de julho, 5 sessões após a avaliação inicial. Apesar do pouco tempo de intervenção, optou-se por realizar a avaliação final de modo a monitorizar a eficácia do plano de intervenção delineado e de forma a aferir a evolução da L. Para a avaliação final foi criado um percurso, ilustrado no anexo D, passando pelas maiores dificuldades da L. Assim, foram avaliadas as áreas da fluência da leitura, ortografia, expressão escrita, noção do corpo e funcionamento executivo (atenção, memória e execução de instruções complexas). De seguida, na tabela 18 são apresentados os resultados qualitativos obtidos na AF nessas áreas e a sua análise.

**Tabela 18.**

*Análise do desempenho da L. na AF*

Área	Comentários
<b>Fluência da Leitura</b>	<p><b>Velocidade de leitura:</b></p> <p>Efetou uma leitura com uma velocidade inferior à esperada tendo em conta o ano de escolaridade e a sua idade (leu 34 palavras por minuto de uma lista de 40 palavras e 33 palavras por minuto de um texto com 59 palavras).</p>
	<p><b>Precisão no reconhecimento das palavras do texto:</b></p> <p>Na leitura das diferentes solicitações, a L. revelou os seguintes erros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocas em vogais (e/i – conseguiu/consigui);</li> <li>• Adições de letras (monstrinho/monsetrinho);</li> <li>• Sílabas com ditongos – faz a divisão silábica de ditongos (le-i-tura; cade-i-ra; no-i-va; pa-pa-i-a; ga-i-vo-ta).</li> <li>• Inversões intrassilábicas (se/es – escrita/secrita).</li> </ul>

	<p><b>Entoação e expressividade:</b></p> <p>Indica-se que a L. atende à pontuação presente no texto lido, executando as pausas correspondentes às vírgulas e aos pontos finais. Indica-se que a L. demonstrou frequentes recuos e emendas no decorrer da sua leitura.</p>
Ortografia	<p>Os <b>erros</b> identificados estão relacionados com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trocas em letras com igual valor fonológico (c/s – venci/vensi);</li> <li>• Separações de porções de palavras (destas/de istas).</li> </ul>
Expressão Escrita	<p><b>Estrutura e conteúdo:</b></p> <p>A L. efetuou uma produção escrita sem necessidade de reforço por parte da estagiária, no entanto quando estava a ler a tarefa verbalizou “Oie... que não seja um texto...”. Antes de começar a sua produção escrita planeou verbalmente o que iria escrever “Eu gostei muito das sessões e foi muito divertido, consegui vencer o monstinho”.</p> <p>A sua produção escrita é constituída por 10 palavras e distribuiu-se por apenas uma frase composta por duas orações separadas pela conjugação “e”.</p>
Noção do corpo	<p>O tamanho da cabeça foi realizado de forma desproporcional em relação ao corpo. É possível observar que nesta figura o pescoço não foi desenhado, no entanto, possui outros pormenores anatómicos, como por exemplo, orelhas, olhos proporcionais e detalhados, sobrelhas e pestanas, 5 dedos em cada mão e bolsos nos calções.</p>
Funcionamento executivo	<p>No jogo da Índia (penas: roxo, amarelo, azul, laranja, rosa e verde) – repetiu quatro vezes em voz alta e verbalizou: “Acho que estou pronta”. Na execução, pegou logo nas penas de cor roxa, amarela, azul (colocou nos locais corretos) e verde, colocando depois do azul. Depois começou a pensar alto “tenho a certeza que havia dois roxos, ou rosa? sim, era rosa, a minha cor preferida e depois ainda falta outra... laranja”. No final comparou com o modelo e verificou que tinha trocado o verde com o laranja.</p> <p>Na compreensão de instruções (5 ações complexas) – “vou começar pela minha cor preferida que é mais fácil”; enquanto estava a pintar referiu lembrar-se da cor das asas, tendo pintado logo de seguida as mesmas com a cor correta; “Havia um braço amarelo, foi o primeiro.. acho que é o esquerdo”, “e então o outro é laranja”, “agora só falta as patas”. Para recordar a cor das patas começou a dizer cores em voz alta concluindo que tinha sido o verde.</p> <p>Foi apenas necessário 1 vez direcionar a atenção da L. para a tarefa, quando se distraiu com um material da sala (“o que está ali atrás?”).</p>

#### **II.4.1.6 Reflexão Final do Processo de Intervenção Individual – L.**

Analisando os resultados pré e pós intervenção o balanço realizado é positivo. Apesar do pouco tempo de intervenção, foi possível registar mudanças em algumas das áreas foco da intervenção. Em comparação com a avaliação anterior, registaram-se alterações no que respeita à fluência da leitura tendo-se verificado uma maior velocidade leitora na

avaliação final tanto nas provas de leitura de palavras (10 e 34 palavras respectivamente, ver anexo E) como na leitura do texto (20 e 33 palavras, ver anexo F). Ainda na área da leitura é notória uma capacidade autocorretiva que não estava visível aquando da avaliação inicial, o que indica uma maior capacidade de reconhecimento de palavras.

É de assinalar também uma evolução ao nível da noção do corpo, observada através do desenho do corpo, em que a criança apresenta um desenho com maior riqueza das partes anatómicas, aumentando a qualidade de representação do seu corpo no final da intervenção. Nota-se que houve a introdução de novos componentes representativos, após as atividades psicomotoras, anteriormente não desenhados, como orelhas, olhos proporcionais e detalhados, sobrancelhas e pestanas, 5 dedos em cada mão e bolsos nos calções. Os desenhos produzidos na avaliação inicial e final podem ser consultados no anexo G.

Ao nível do funcionamento executivo foi possível observar uma maior permanência nas tarefas através da redução de reforços verbais dirigidos para a manutenção e direcionamento da mesma, o que se traduziu num aumento de velocidade na realização das tarefas; a nível mnésico verificou-se a adoção de algumas estratégias de memorização transversais aos contextos, tendo a L. referido, que nas aulas realiza com maior facilidade as “fichas de memória”, sendo que “é muito difícil memorizar 10 coisas, ninguém consegue”.

Alguns dos objetivos que foram estabelecidos no plano de intervenção da L. não foram trabalhados muitas vezes, como a expressão escrita. Tal aconteceu devido ao próprio tempo de intervenção, a dar-se ênfase a outros objetivos e ao momento em que certas competências foram adquiridas, por isso não foram observadas evidentes alterações em comparação com a avaliação inicial, feita em maio. As produções escritas da L. nos dois momentos de avaliação podem ser consultadas no anexo H.

Ainda que a intervenção tenha sido de curta duração, os resultados recolhidos dão informações importantes para a continuidade da intervenção. Após o descrito, será importante continuar a trabalhar os objetivos terapêuticos, de forma a promover estratégias que permitam a diminuição do impacto dos sintomas de desatenção e de promoção ao nível das funções executivas e das competências académicas como a leitura e a escrita. Essa intervenção deve incluir o lúdico e os gostos/interesses da L. uma vez que essa estratégia permitiu criar a oportunidade de a mesma não ver essas áreas como fracas e dadas como não adquiridas e investir na aquisição dessas competências.

## **II.4.2. Estudo de Caso 2 – D.**

### **II.4.2.1. Caracterização do caso - Dados anamnésicos, observacionais e de avaliações prévias**

As informações que se seguem foram recolhidas junto da técnica responsável pelo acompanhamento da L. bem como de informações expressas no relatório de avaliação realizado no PIN e de observações das sessões.

O D. é uma criança do sexo masculino nascido a 7 de setembro de 2015, tendo 5 anos no início da intervenção com a estagiária. A avaliação no PIN surge por pedido direto da família e centrava-se numa avaliação do CA e num despiste de PHDA, tendo como principal objetivo a análise do perfil do D., integrando as suas características, percurso de desenvolvimento e do comportamento com o objetivo de compreender melhor as suas fragilidades, assim como delinear uma resposta mais completa e ajustada perante as mesmas.

As principais preocupações dos pais do D. prendem-se com dificuldades relacionadas com a falta de interesse para as áreas académicas e com o desinteresse por tudo o que lhe crie um esforço adicional. Referem a dificuldade em reter informações a ouvir uma história. Revelam preocupação com o facto de o D. muitas vezes não perceber as informações diretamente, só através de pistas por parte dos outros, e as dificuldades em adaptar-se a alterações de rotina que criam diariamente conflitos. As relações com os pares também são uma preocupação.

Em contexto escolar, a educadora aponta também dificuldades na compreensão de instruções e no desempenho de tarefas onde é necessário sempre um trabalho de motivação para as realizar. Revela que ele parece estar “no mundo dele” e que revela dificuldades no pensamento abstrato assim como o trabalho realizado com ele tem que ser sempre muito mecanizado. Refere também fragilidades ao nível das interações sociais com referência a comportamentos de isolamento e sem presença de jogo simbólico nas brincadeiras.

Com efeito, relativamente à avaliação comportamental, os dados recolhidos formalmente, para despiste de sintomas e medida de impacto, em contexto escolar e familiar não apresentam resultados que permitem confirmar o despiste clinicamente significativo de uma PHDA.

Contudo, os resultados derivados do processo de avaliação no PIN remetem para a presença de dificuldades ao nível da atenção e da memória de trabalho, dificuldades ao nível das interações sociais e da comunicação e a presença um traço de inflexibilidade cognitiva.

Durante as sessões observadas o D. apresentou alguma introversão e uma postura retraída, revelando baixa iniciativa para o diálogo e para a interação com o adulto, evitando o contacto ocular e mostrando particularidades no tom de voz, que, no entanto, não o impediram de colaborar de forma adequada, estabelecendo uma relação positiva com os adultos. Foi também notório um cansaço fácil sempre que as tarefas não fossem estimulantes para ele ou do seu interesse, necessitando novamente do adulto para as conseguir terminar. Foi ainda observado, em momentos de brincadeira lúdica, pouco jogo simbólico, com pouca capacidade para imaginar, quer em atividades de desenho quer na manipulação de materiais como bonecos ou peças de montagem.

#### **II.4.2.2. Avaliação Inicial**

Após a realização de uma primeira sessão (27 de maio de 2021), destinada à apresentação da estagiária ao D. e da dinamização de uma atividade pela mesma, fundamental para o início da relação terapêutica, seguiu-se a avaliação inicial (AI) (5 de junho de 2021), de forma a se clarificar as suas principais necessidades de intervenção.

A avaliação decorreu na sala e horário habitual da sessão, com duração de 50 minutos, e sob a presença da criança, estagiária e TSEER. O protocolo de avaliação a seguir apresentado compila as tarefas e resultados obtidos na AI.

#### **Objetivo da avaliação**

De forma a complementar a avaliação já realizada e tendo em conta as preocupações dos pais em termos das áreas académicas e com a entrada do D. no 1º Ciclo, a estagiária em conjunto com a orientadora consideraram que seria benéfico a aplicação das Provas de Diagnóstico Pré-Escolar. Estas permitem avaliar as aptidões básicas essenciais para a aprendizagem escolar, aferindo a maturidade da criança para adquirir a capacidade de leitura, escrita e cálculo, possibilitando identificar eventuais fragilidades e, assim, colmatar possíveis dificuldades ao nível da aprendizagem no futuro.

A fim de identificar precocemente dificuldades de aprendizagem, devem-se ter em atenção alguns aspetos do comportamento, nomeadamente a compreensão auditiva (seguir instruções, reter pequenas histórias e rimas), a linguagem falada (vocabulário, estrutura gramatical, formulação de ideias, contar histórias), a orientação espacial (perceção figura-fundo, constância da forma, posição e relação de espaço, controlo visuo-motor, copiar grafismos e figuras geométricas), a psicomotricidade (noção do corpo, estruturação espaço-temporal, coordenação óculo-manual) e o comportamento social e emocional (cooperação, atenção, responsabilidade, integração no grupo, compreensão de situações novas) (Fonseca, 2008).

Fonseca (2008) defende que, por vezes, as dificuldades de aprendizagem que surgem devem-se ao facto de as crianças não terem adquirido pré-requisitos considerados de grande importância na aprendizagem em idade pré-escolar, considerando-se, assim, essencial a realização desta avaliação das competências pré-académicas.

### **Instrumento de avaliação**

Para a realização da avaliação foram utilizadas As Provas de Diagnóstico Pré-Escolar (PDPE) da autoria de M<sup>a</sup> Victoria de la Cruz (Maria Victoria Cruz, 1985; adaptado para a população portuguesa em 1993 por Maria Helena Coelho e Graça Remédio). A sua aplicação pode ser feita individualmente ou em grupo e a duração é em média de 60 minutos (Cruz, 2003).

Estas têm como objetivo primordial avaliar as aptidões básicas da aprendizagem de crianças entre os cinco e os sete anos, permitindo, assim, analisar a maturidade destas antes de iniciarem a escolaridade formal. Desta forma, podem ser detetadas precocemente dificuldades em aspetos específicos da aprendizagem, que poderão ser colmatadas, a fim de se evitarem posteriores dificuldades ao nível da escrita, leitura e/ou cálculo (La Cruz, 2003).

As provas foram elaboradas tendo em conta os conhecimentos que maior influência exercem na aprendizagem da leitura, escrita e aritmética (Cruz, 2003), encontrando-se divididas em dois cadernos – A e B – cada um com quatro provas. O caderno A é composto pelas seguintes provas: Conceitos Verbais, Conceitos Quantitativos, Memória Auditiva e Perceção Visual - Constância da Forma. Já o caderno B tem as provas: Posição no Espaço, Orientação Espacial, Coordenação Visuo-Motora e Perceção Visual: Figura-Fundo (Cruz, 2003). A pontuação máxima total da prova é 100 e a pontuação mínima é 0.

A aplicação é feita da seguinte forma: **Conceitos Verbais** – é pedido à criança que de entre quatro objetos selecione o indicado verbalmente pelo avaliador, sendo avaliados os seguintes conceitos: galo, par, local onde nos calçamos, objeto que tem luz, anel, alimento, objeto que está enrolado, gato, o que tem pestanas, espiga, objeto usado para pintar, objeto com degraus, peça de roupa, vegetal e objeto inclinado; **Conceitos Quantitativos** – é pedido que a criança assinale de entre quatro hipóteses a correspondente ao indicado verbalmente pelo avaliador, sendo que são avaliados os conceitos quantitativos: último, primeiro, meio, maior, tamanho médio, menos de, mais de, mais do que e menos do que; **Memória Auditiva** – o examinador diz sete objetos (casa, maçã, relógio, tesoura, peixe, chávena e balão). Após este terminar as crianças devem virar a folha e assinalar os desenhos mencionados pelo técnico que conseguiram

memorizar; Percepção Visual - **Constância da Forma** – a criança deve assinalar de entre um conjunto de desenhos semelhantes os iguais ao objeto de referência; **Posição no Espaço** – é pedido à criança que assinale os desenhos iguais aos desenhos de referência, tendo em conta a sua posição no espaço; **Orientação Espacial** – a criança deve desenhar num referencial com pontinhos uma figura igual aos modelos dados; **Coordenação Visuo-Motora** – nesta prova avalia-se a capacidade da criança realizar um traço com o lápis dentro das referências dadas; Percepção Visual: **Figura-Fundo** – as crianças devem, com o lápis, destacar os desenhos de uma garrafa e de copos de um conjunto de diversos desenhos sobrepostos (Cruz, 2003).

Este instrumento de avaliação encontra-se validado para a população portuguesa, tendo sido utilizada uma amostra constituída por crianças entre os cinco e os sete anos (pré-escolar e 1º ano de escolaridade do ensino básico), num total de cerca de 800 crianças (Cruz, 2003).

A prova contém ainda um manual com instruções de aplicação e de correção bem como uma tabela de normas com os percentis para a população portuguesa. As normas para a faixa etária do D. podem ser consultadas no anexo I. Esta tabela é utilizada no final da avaliação de forma a converter as cotações em percentis.

### **Material utilizado na aplicação da PDPE**

Para a aplicação, a estagiária dispôs do seguinte material: Folhas de resposta das provas e lápis (material obrigatório) e, opcionalmente, usou diversos materiais sensoriais como areia, moedas de ouro, diamantes, pinças, um tesouro (bolas de sabão), 8 peças de puzzle que juntas mostravam o mapa do tesouro e um diploma de pirata. O material utilizado encontra-se descrito na tabela 19.

**Tabela 19.**

*Material utilizado para a aplicação da PDPE*

<b>Obrigatório</b>	<b>Opcional</b>
Folhas de resposta - Caderno A da PDPE (Provas de Diagnóstico Pré-Escolar)	Caça ao tesouro: material sensorial (areia, moedas, diamantes); pinças; tesouro; diploma de pirata; 8 peças de puzzle (que juntas formam um mapa)
Folhas de resposta - Caderno B da PDPE (Provas de Diagnóstico Pré-Escolar)	
Lápis	<b>Nota:</b> o material utilizado poderá ser consultado no anexo J.

### **Forma de cotação e pontuação das provas**

A cotação é variada consoante o tipo de tarefa, sendo apresentados, de seguida, os procedimentos de cotação das diferentes provas que compõem a bateria Pré-Escolar.

Nas tarefas relativas aos Conceitos Verbais e Conceitos Quantitativos (provas 1 e 2 do caderno A) atribui-se 1 ponto a cada resposta correta e a cotação resulta do somatório das respostas corretas (Cruz, 2003).

Nas tarefas correspondentes à memória auditiva, constância da forma (provas 3 e 4 do caderno A) e Figura-Fundo (prova 4 do caderno B), a cotação tem por base a atribuição do valor de 1 a cada resposta correta na tarefa em questão e de -1 a cada resposta errada ou omissa, sendo que a cotação total tem por base o somatório das respostas corretas e das respostas incorretas (Cruz, 2003).

Nas tarefas de posições no espaço, orientação espacial e coordenação visuomotora (provas 1,2 e 3 do caderno B), a cotação é baseada num sistema numérico que varia de 0 a 2. Sendo que a cotação total tem por base o somatório atribuído aos diferentes itens (Cruz, 2003).

Como referido cada área avaliada tem parâmetros específicos para a resposta ser contabilizada como correta, havendo ainda uma pontuação mínima e máxima. A pontuação mínima é zero em todas as áreas e a pontuação máxima varia consoante a prova e está apresentada na tabela 20.

**Tabela 20.**

*Pontuações Máximas das provas da PDPE*

<b>Caderno</b>	<b>Provas</b>	<b>Pontuação Máxima</b>
<b>A</b>	Verbal	16 pontos
	Conceitos Quantitativos	14 pontos
	Memória Auditiva	7 pontos
	Perceção Visual: Constância da Forma	12 pontos
<b>B</b>	Posições no Espaço	14 pontos
	Orientação Espacial	16 pontos
	Coordenação Visuomotora	12 pontos
	Perceção Visual: Figura-Fundo	9 pontos
<b>Total Geral</b>		<b>100 pontos</b>

### **Folha de Resposta**

As folhas de resposta utilizadas pelo D. na aplicação da PDPE poderão ser consultadas no anexo K.

### **II.4.2.3. Apresentação e Análise dos Resultados**

É de ter em consideração que os materiais opcionais utilizados nesta avaliação foram pensados de forma a oferecer um maior reforço, pistas e motivação para a concretização das tarefas, uma vez observadas algumas dificuldades em se focar em

tarefas que envolviam um maior esforço e envolvimento para o D, distraíndo-se maioritariamente com estímulos integrantes do envolvimento externo. Assim, na transição entre as diversas provas foi possível um momento exploratório/sensorial. Estas pausas são sugeridas no manual, caso se observarem sinais de cansaço e não interferem posteriormente na interpretação dos resultados.

A avaliação inicial ocorreu no dia 5 de junho de 2021 com a duração de uma hora. Neste dia, a estagiária conseguiu avaliar a totalidade das provas. Os resultados são apresentados através do percentil obtido em cada prova. Os percentis (obtidos na normalização do instrumento para a população portuguesa) dos resultados alcançados pelo D. encontram-se seguidamente apresentados na tabela 21, sendo a média esperada para a faixa etária acima do percentil 50. O perfil do D. na prova está esquematizado na figura 1.

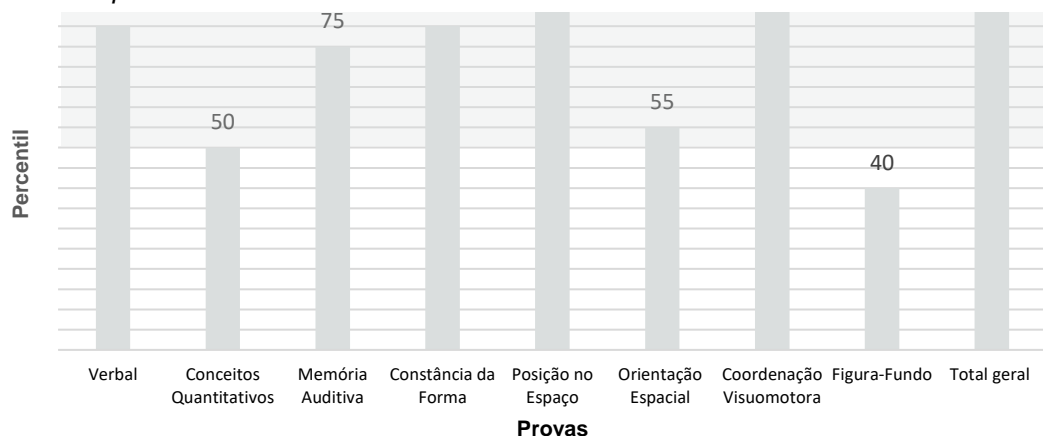
**Tabela 21.**

*Resultados quantitativos obtidos com a aplicação da PDPE*

Prova	Pontuação	Eneatipo	Percentil
Verbal	15 pontos	7	80
Conceitos quantitativos	11 pontos	5	50
Memória Auditiva	6 pontos	6	75
Perceção Visual: Constância da Forma	11 pontos	7	80
Posições no Espaço	14 pontos	9	99
Orientação Espacial	5 pontos	5	55
Coordenação Visuomotora	9 pontos	8	95
Perceção Visual: Figura-Fundo	4 Pontos	4	40
Total geral	75 pontos	7	85

**Figura 2.**

*Perfil da prova PDPE*



A primeira prova (conceitos verbais) integra 16 itens cada um categorizado por um símbolo específico, com uma instrução específica (Cruz, 2003), em que a criança deve assinalar os desenhos indicados pelo examinador. Após a instrução é realizado um ensaio de modo a ter a certeza que a criança percebeu o procedimento, pois os 16 itens procedem-se da mesma forma.

Nesta prova foi solicitado que o D. marcasse com um “x” conceitos como o de galo, de par, onde nos calçamos, do que tem luz, anel, alimento, enrolado, gato, pestanas, espiga, do que se usa para pintar, do que tem degraus, de uma peça de roupa, de um vegetal e de inclinado. De todos os conceitos o D. apenas mostrou o não entendimento do conceito de par tendo assinalado o segundo quadrado onde estão representados 3 bonecos. Assim, face ao somatório das respostas corretas o D. apresentou uma cotação de 15, sendo a cotação máxima desta tarefa de 16.

A tarefa de Conceitos Quantitativos consiste em assinalar os quadrados que têm as características indicadas pelo examinador (i.e., maior comprimento, maior tamanho, último, etc.) num total de 14 subtarefas e, à semelhança da anterior é apresentada também por símbolos e instruções específicas, sendo a sua aplicação feita nos mesmos moldes.

Nas subtarefas que remetiam para noções de comprimento (i.e. linha mais comprida; bola maior; seta maior; letra de tamanho médio) e de posições (i.e. última flor; casa que está no meio da fila; primeira estrela) o D. assinalou a imagem correta, obtendo a cotação de 1 ponto para todos os itens. Nas subtarefas que implicam noções de quantidades o seu desempenho não se demonstrou tão coerente, uma vez que assinalou corretamente três itens (i.e. que tem mais pontos; que tem mais de 5 pontos; que tem menos pontos), mas incorretamente o último item que solicitava a marcação do quadrado com menos de 4 pontos. Ainda no que se refere às noções de quantidade, nas tarefas de instrução complexa (i.e. tantas bolas como quadradinhos; e, menos quadradinhos do que bolas) o D. não conseguiu indicar as imagens solicitadas, pelo que obteve a cotação de 0 nesses dois itens.

A cotação total máxima nesta tarefa, através do somatório das diferentes cotações das subtarefas, corresponde um valor de 14. No caso específico do D, o somatório total foi de 11.

Para a realização da terceira prova, a estagiária diz sete objetos (casa, maçã, relógio, tesoura, peixe, chávena e balão), alertando a criança para o facto que a mesma deve memorizar o máximo de nomes que consegue. O D. assinalou os sete objetos enumerados, assinalando por último um objeto não mencionado. Assim, a cotação final resulta da subtração da resposta incorreta ao somatório das respostas corretas, o que contabiliza um total de 6 pontos em 7 possíveis.

A tarefa Constância da Forma, última prova do caderno A, tinha como objetivo assinalar de entre um conjunto de desenhos semelhantes os iguais ao objeto de referência (uma flor e um cisne). O D selecionou todas as flores semelhantes ao modelo sem qualquer dificuldade obtendo a cotação máxima (6 pontos). Já na subtarefa cujo modelo é representado por um cisne, apesar de ter indicado apenas os cisnes que eram iguais ao modelo representado, não assinalou 1. Deste modo, a cotação total foi de 5. Assim sendo, face ao somatório das duas subtarefas (flor e cisne) o D apresentou uma cotação de 11, sendo a cotação de 12 a pontuação total máxima nesta tarefa.

Passando aos resultados obtidos nas provas do caderno B, a tarefa de posições no espaço consiste em sinalizar os desenhos cuja orientação é a mesma que o desenho apresentado como modelo. O D. não demonstrou dificuldades significativas em nenhuma das subtarefas apresentadas obtendo, por isso, a cotação de 2 em cada uma, obtendo o total máximo de 14 pontos.

Na tarefa de orientação espacial, a criança deve desenhar num referencial com pontos uma figura igual aos modelos dados. Em todas as subtarefas não se verificou uma precisão da reprodução exata do desenho. Nas figuras 1, 3 e 4 atribuiu-se 1 ponto a cada reprodução, pois, apesar de reproduzidas fora dos pontos ou de tamanho reduzido, em termos de orientação espacial estão corretas. As restantes reproduções, por não apresentarem uma orientação espacial correta foram cotadas com 0 pontos. Assim, a cotação final resulta do somatório das pontuações atribuídas às reproduções dos desenhos, o que contabiliza um total de 5 pontos em 16 possíveis.

Na prova de coordenação visuomotora avalia-se a capacidade da criança realizar um traço com o lápis dentro das referências dadas, sem levantar o lápis durante a sua realização. Os quatro primeiros itens, no qual tinha de traçar uma linha por entre duas linhas retas, não colocaram dificuldades ao D., obtendo uma cotação de dois pontos para cada. Em comparação com os restantes, nos quais as linhas de referência onde a criança tinha de desenhar o percurso eram curvas o desempenho do D. foi menor, sendo observadas toques e transposições das linhas-guia. Assim, a pontuação nesta prova foi de 9 pontos em 12 possíveis.

Na última prova, figura-fundo é pedido que, com o lápis, a criança destaque os traços que compõem os objetos indicados pelo examinador. Inicialmente os desenhos de uma garrafa e de 2 copos e posteriormente de 3 círculos, 2 retângulos e um triângulo de um conjunto de diversos desenhos sobrepostos. Na primeira sub-tarefa, o D. não destaca os limites da garrafa nem dos copos, não lhe sendo atribuído nenhum ponto. Na segunda sub-tarefa, assinala corretamente 4 figuras, deixando uma por destacar. Assim, no final da prova foi-lhe atribuído 4 pontos em 9 possíveis.

A tabela 22 expressa os resultados qualitativos obtidos nas provas, através da interpretação e análise dos resultados quantitativos obtidos.

**Tabela 22.**

*Descrição de Resultados da aplicação da PDPE*

<b>Subtestes</b>	<b>Comentários</b>
<b>Verbal</b>	Fazendo uma análise qualitativa das respostas correspondentes a esta área, a prestação do D. não apontou para dificuldades no conhecimento de vocabulário que está na base da compreensão verbal; apenas demonstrou lacunas na noção de par.
<b>Conceitos Quantitativos</b>	A criança demonstrou capacidade para identificar os conceitos quantitativos apresentados, efetuando uma razoável aplicação dos mesmos. <b>Nota:</b> Nas instruções mais complexas (com duas premissas) o D. solicitou a repetição das instruções frequentemente, e, em algumas situações, executa a tarefa no decorrer da instrução.
<b>Memória Auditiva</b>	O D. evocou e assinalou os sete objetos enumerados, demonstrando nesta tarefa que apresenta capacidade na retenção auditiva imediata. É de realçar que assinala por último um objeto não mencionado.
<b>Constância da Forma</b>	O D. demonstrou facilidade na comparação de figuras iguais entre si, apontando para capacidade de perceção e interpretação de atributos específicos. Salientar apenas o esquecimento de uma das figuras.
<b>Posições no Espaço</b>	O resultado obtido indica que o D. manifesta capacidade de perceção visual através da apreciação nas diferenças de posição espacial.
<b>Orientação Espacial</b>	A criança evidenciou resultados que se situaram ligeiramente superiores à média no presente sub-teste apontando para algumas dificuldades ao nível da orientação espacial. A orientação espacial engloba a capacidade de compreender e operar com as diferentes posições no espaço (Clements, 1998, 2004; Moreira & Oliveira, 2003). Tendo em conta que a orientação espacial faz parte dos pré-requisitos psicomotores importantes para a aquisição da leitura e da escrita de números e letras (Fonseca, 2010; Martin, et al, 2010; Okuda & Pinheiro, 2015), considera-se desta forma uma área que deve ser alvo de intervenção.
<b>Coordenação Visuomotora</b>	Os resultados situados acima da média apontaram competências na coordenação óculo-manual.

O resultado obtido indica dificuldades na percepção de bordas e limites que fazem diferenciar um objeto de uma figura, traduzindo-se em lacunas na capacidade de analisar e interpretar a informação visual.

**Figura-Fundo** A percepção da figura-fundo constitui uma competência de orientação espacial e um pré-requisito considerado de grande importância na aprendizagem em idade pré-escolar (Fonseca, 2008), e, portanto, uma área que deve ser alvo de intervenção.

As pontuações obtidas nas provas dão informações sobre o nível de desenvolvimento alcançado pelo D. em algumas das aptidões que influenciam a aprendizagem. Atendendo aos resultados das provas e ao valor total da bateria PDPE verifica-se que o D. apresenta um percentil acima do que seria esperado para a sua faixa etária nas áreas avaliadas, com exceção das áreas da percepção visual – figura-fundo e da área dos conceitos quantitativos. Sobressai, ainda, a área da orientação espacial que, por se situar no percentil 55 deve constituir também um alvo de intervenção.

Perante as preocupações levantadas pelos pais e as características evidenciadas pela própria criança (pela observação e avaliação) foi delineado o perfil intraindividual apresentado na tabela 23.

**Tabela 23.**

*Perfil Intraindividual do D.*

Áreas fortes	Áreas a Promover
Relação positiva com os adultos (colaborante)	<b>Interações sociais e comunicação</b> (partilha brincadeiras, manutenção da conversação recíproca, integrar regras sociais)
Vocabulário	Estruturação e organização espacial
Memória auditiva	Inflexibilidade cognitiva
Percepção visual	Atenção
Noção do corpo	Aptidão numérica: Conceitos quantitativos
Praxia Fina	Figura-fundo
	Compreensão de instruções complexas
	Criatividade (jogo simbólico)

Posto isto, foi possível identificar um conjunto de domínios onde se evidenciaram mais fragilidades em comparação com outros onde o D. não manifestou grandes dificuldades. As limitações ao nível da estruturação espacial, da percepção figura-fundo e da

compreensão de instruções complexas foram evidentes ao longo da realização das tarefas de avaliação. Apesar de não avaliada diretamente, a componente da interação social e comunicação foi um ponto fundamental a ser desenvolvido, visto que a criança ao longo das sessões apresentou alguma introversão e uma postura retraída, revelando baixa iniciativa para o diálogo e para a interação com o adulto. O D. demonstrou ainda, a este nível, dificuldade em conversar espontaneamente sobre si próprio e situações da sua vida (amigos, brincadeiras, gostos e preferências), revelando dificuldades em organizar e transmitir ideias de forma ordenada e clara, colocando pouca informação na comunicação e aguentando pouco tempo na conversação.

#### **II.4.2.4. Planeamento e Justificação da Intervenção**

Os objetivos estabelecidos e as estratégias utilizadas no decorrer da intervenção tiveram em conta o funcionamento do D. nas sessões, as dificuldades manifestadas no momento da avaliação assim como as que foram sendo relatadas pelos pais. Assim, o processo de intervenção do D. seguiu a estrutura já apresentada no estudo de caso da L.

#### **Duração e Objetivos de Intervenção**

O primeiro contacto com o D. ocorreu na data de 27 de maio de 2021 e teve como objetivo a construção de uma aliança terapêutica. Após a sessão de avaliação inicial realizada no dia 5 de junho de 2021, a intervenção teve início a 11 de junho e término a 21 de julho de 2021, tendo-se seguido a avaliação final, realizada no dia 29 de julho. Ao longo deste período de tempo as sessões tiveram frequência de uma vez por semana e duração de 50 minutos, em contexto individual, sendo que, das 9 sessões previstas, foram realizadas 8. Para melhor elucidar a divisão das diferentes etapas ao longo da totalidade das sessões, segue-se a tabela 24.

**Tabela 24.**

*Distribuição da totalidade das sessões do D., pelas fases do processo de intervenção*

<b>Fases do Processo de Intervenção</b>	<b>Número de Sessões</b>
Observação	1
Avaliação Inicial	1
Intervenção	6
Avaliação Final	1
Número Total de Sessões	9

Com base no seu perfil intraindividual foi traçado o plano terapêutico, sistematizado na tabela 23, mostrando os objetivos traçados com base na avaliação realizada, no comportamento do D, durante a realização da mesma e nos momentos de sessão e ainda nas informações/preocupações apontadas pelos pais ao nível das competências pré-acadêmicas.

Os objetivos delineados estão organizados na tabela 25, em objetivos gerais, específicos e operacionais.

**Tabela 25.**

*Objetivos de Intervenção do D.*

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Objetivos operacionais</b>
<b>Promover Competências Sócio Emocionais</b>	Promover a partilha de brincadeiras;	Aumentar a interajuda, a partilha e a cooperação;
	Promover interações sociais;	Fazer pedidos de jogo em sessão;
	Promover a manutenção da conversação recíproca;	Explicar à psicomotricista como é realizado um jogo;
	Promover a exploração;	Explorar espontaneamente os materiais;
	Desenvolver o sentimento de competência.	Propor tarefas com os materiais existentes;
<b>Desenvolver a Estruturação e Organização Espacial</b>	Respeitar a distância relativa entre objetos;	Não evitar tarefas em que preveja o insucesso.
	Desenvolver a noção dos diversos conceitos espaciais;	Disponer, por cópia de um modelo, objetos no espaço respeitando as distâncias relativas entre si (i.e. utilizando o geoplano);
	Desenvolver a capacidade de realizar exercícios de topologia/simetrias;	Aplicar os conceitos espaciais (cima/baixo, dentro/fora, trás/frente, lado direito/lado esquerdo);
	Desenvolver a percepção das relações de figura e fundo.	Efetuar representações topográficas do espaço;
<b>Desenvolver Competências Cognitivas</b>	Promover a flexibilidade cognitiva;	Discriminar um objeto, no meio de vários.
	Aumentar a capacidade de memória visual;	Explorar diferentes possibilidades dos objetos (e.g. numa situação de jogo fingir que uma caneta é uma escova de dentes);

<b>Desenvolver as Competências Pré-Acadêmicas</b>	Desenvolver a atenção;	Reproduzir de memória a disposição de objetos no espaço; Aumentar o tempo de permanência numa tarefa não espontânea;
	Promover o acesso ao simbólico;	Fazer construções e brincar com objetos que não “brinquedos” (i.e., elásticos, tecidos);
	Compreensão de instruções complexas.	Seguir instruções complexas, com três ou quatro ações.
	Identificação de figuras geométricas;	Identificar formas geométricas como o quadrado, triângulo, círculo, retângulo, estrela, coração e losango.
	Identificar os números até dez;	Ler e escrever números;
	Correspondência de números e quantidade;	Associar o número à quantidade até dez;
Desenvolver a capacidade de identificar e reproduzir as letras do alfabeto.	Reconhecer as letras que estão presentes no seu nome;	
Escrever o nome próprio sem apoio;	Escrever o nome próprio.	

Relativamente ao plano de objetivos traçados para o tempo de intervenção de 1 mês, este é constituído por objetivos operacionais, subdivididos em objetivos específicos, que por sua vez se organizavam por 4 áreas do desenvolvimento: Competências Sócio Emocionais (5 objetivos), Estruturação e Organização Espacial (4 objetivos), Competências Cognitivas (5 objetivos) e Competências Pré-Acadêmicas (5 objetivos).

### **Estrutura das Sessões e Estratégias de Intervenção**

Do mesmo modo que no caso descrito anteriormente, as sessões realizadas com o D. eram estruturadas de forma a incluírem momentos diferentes de atividade, para serem estimulados diferentes competências. As sessões iniciavam-se sempre com um diálogo entre todos no sentido de aferir o estado atual do D. e como correu a sua semana, tendo o D. espaço para trazer e apresentar as suas preocupações e motivações. Este momento estava destinado também para a organização e planeamento das atividades a realizar. Esta organização consistia no desenho da sala e posterior distribuição das tarefas nos locais assinalados na folha para o referencial da sala, uma vez que a organização e estruturação espacial constitui-se como uma dificuldade apresentada pelo D.. O **corpo da sessão** era dirigido para a realização das atividades planeadas tendo em conta o plano terapêutico. Por fim, o **final da sessão** é marcado pela

realização de uma atividade escolhida pela criança como estratégia de motivação para o trabalho realizado nos momentos antecedentes, terminando com a despedida.

A estrutura da sessão assumia assim um caráter semiestruturado (Fonseca, 2010) com a colaboração da criança, no sentido de motivar e orientar melhor a mesma ao longo da sessão. Os momentos estruturados eram dirigidos aos objetivos supramencionados permitindo, no entanto a liberdade de expressão da criança.

Ao longo de toda a intervenção, foram tidas em consideração determinadas estratégias e aspetos da postura da técnica que influenciaram o sucesso da intervenção. Na intervenção utilizou-se, assim, um conjunto de estratégias a seguir apresentadas, acompanhadas dos autores que corroboram a sua pertinência.

#### **Tabela 26.**

*Principais estratégias utilizadas ao longo da intervenção com o D.*

<b>Estratégias utilizadas</b>
- Utilização do jogo/ materiais lúdicos e exploração de materiais sensoriais;
- Recurso a experiências e elementos concretos em tarefas de contagem (Cruz, 2009; Fonseca, 2006b; Lerner, 2003).
- Fornecer instruções curtas, claras e simples;
- Fornecimento de poucas instruções de uma vez só;
- Incluir nas atividades dinâmicas de partilha e interação social (Fidler et al, 2009; Grieco et al, 2015), através de reforços, feedbacks e/ou partilha e alternância de funções;
- Demonstração das tarefas de modo a facilitar a compreensão das mesmas;
- As tarefas devem ser intercaladas com atividades que integrem áreas fortes da criança e áreas que se pretendem promover (Fonseca, 2010);
- Reduzir o número de fatores distráteis nas atividades;
- Valorizar as ideias e os gostos da criança;
- Realização de uma atividade proposta pelo D. por sessão, usando a mesma para incluir os objetivos de trabalho estabelecidos;
- Utilizar diferentes atividades/materiais para reforçar os conteúdos (Fidler & Nadel, 2007; Troncoso & Del Cerro, 2004);
-Trabalhar diversas competências numa mesma tarefa ou atividade.

No sentido de proporcionar um maior interesse e foco nas tarefas propostas, a vertente lúdica centrada nos gostos e nos interesses da criança foi primordial, pois para além do seu conhecido efeito positivo no desenvolvimento da criança (Aragón, 2007), através do jogo e dos materiais lúdicos foi possível motivar com maior facilidade o D. para a sessão, trabalhando os objetivos propostos. A utilização dos materiais lúdicos e sensoriais foi

essencial quer para a colaboração nas tarefas quer para estimular a interação com o adulto.

Uma outra estratégia importante foi dar oportunidade à criança de repetir as atividades e a preocupação em transferir determinadas competências para diferentes situações, utilizando diversos materiais, para que o procedimento se tornasse cada vez mais consciente, permitindo a aquisição de determinada competência.

Ao longo das sessões procurou-se um envolvimento da estagiária e da técnica nas mesmas, levando a que a criança estivesse mais motivada e concretizasse mais prontamente as atividades. Tendo por base as características do D., também se recorreu à complexificação ou simplificação das tarefas sempre que se revelou necessário, a instruções simples e claras, dando poucas informações de uma só vez com fornecimento de ajuda verbal e/ou física no sentido de proporcionar à criança uma melhor compreensão das mesmas.

O fornecimento de feedback e reforços positivos no decorrer das atividades foi essencial para a manutenção de comportamentos e aprendizagens ajustadas esperadas na sessão através das implicações positivas que a motivação tem na aprendizagem da criança (Vallet, 1969 cit in Fonseca, 2010).

As estratégias permitiram, sobretudo, o bom funcionamento das sessões bem como das diferentes dinâmicas implementadas, no sentido de orientar, motivar e permitir que a criança consiga compreender as instruções que lhe foram propostas e assim, realizar as tarefas sem evitar as mesmas perante o insucesso.

No anexo L podem ser consultados exemplos de planos de sessão e no anexo M atividades realizadas com o D.

#### **II.4.2.5. Avaliação Final: Apresentação e Discussão dos resultados**

A avaliação final decorreu no dia 29 de julho, 6 sessões após a avaliação inicial. Apesar do pouco tempo de intervenção optou-se pela aplicação da mesma prova contudo, apenas se avaliou as tarefas que se constituíram como objetivos da intervenção, nomeadamente as áreas da perceção visual – figura-fundo, área dos conceitos quantitativos e a área da orientação espacial, de forma a aferir a evolução do D. Os resultados obtidos na AF encontram-se na tabela 27 e as folhas de resposta podem ser observadas no anexo N.

**Tabela 27.**

*Resultados quantitativos obtidos com a aplicação das três provas avaliadas da PDPE*

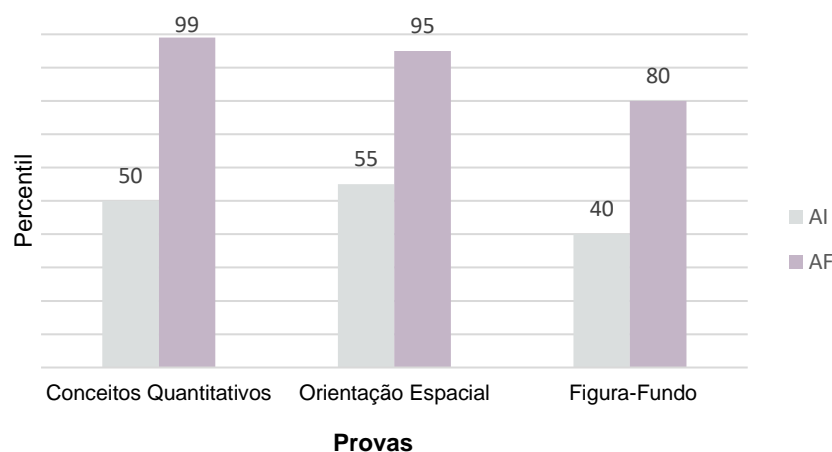
Prova	Pontuação	Eneatipo	Percentil
Conceitos quantitativos	14 pontos	9	99
Orientação Espacial	14 pontos	8	95
Percepção Visual: Figura-Fundo	7 Pontos	7	80

Na tarefa de Conceitos Quantitativos o D. assinala a opção correta em todos os itens obtendo o total máximo de 14 pontos. No que se refere à tarefa de orientação espacial, a criança realizou 6 reproduções exatas obtendo a cotação de 2 pontos. Nas 2 restantes figuras atribuiu-se 1 ponto a cada reprodução, pois, apesar de reproduzidas fora dos pontos ou de tamanho reduzido, em termos de orientação espacial estão corretas. Assim, a cotação final resulta do somatório das pontuações atribuídas às reproduções dos desenhos, o que contabiliza um total de 14 pontos em 16 possíveis. Na última prova, figura-fundo o D. destaca os limites da garrafa e dos copos, tendo dificuldade na delimitação dos 2 retângulos apresentados, saindo do referencial das linhas. Assim, no final da prova foi-lhe atribuído 7 pontos em 9 possíveis.

#### **II.4.2.6. Reflexão Final do Processo de Intervenção Individual - D**

De seguida são apresentados os resultados da intervenção, analisando-se as diferenças dos dois momentos de avaliação, no que respeita à PDPE, ilustradas na figura 2.

**Figura 3.** *Perfil do desenvolvimento do D. na avaliação inicial e final*



Uma breve análise à figura 2 permite considerar que os resultados foram satisfatórios ainda que o tempo de intervenção tenha sido reduzido. O perfil apresentado obtido pela aplicação da PDPE revela-nos melhorias significativas nas escalas que requereram maior atenção na avaliação inicial. Nas três provas avaliadas, a classificação foi superior, em relação à avaliação inicial, passando de valores médios para um valor superior ao esperado para os pares da mesma idade.

Relativamente a área da cognição e das competências pré-académicas houve melhorias a vários níveis. A associação de número-quantidade de um a dez encontra-se consolidada, sendo o D. capaz de contar os objetos de forma autónoma e identificando o número correspondente.

Ao nível das competências e relações sociais o D. na evolução das sessões foi capaz de expressar que estava com dúvidas, quando não sabia como realizar determinada tarefa, contrapondo com o comportamento passivo que adotava no início da intervenção, de parar e bloquear, evitando a tarefa. A nível da comunicação, notou-se uma grande evolução, que, apesar de não existirem dados quantitativos que o comprovem, considera-se que foi promovida essa competência, no sentido em que o D. mostrou-se mais interessado na partilha de situações ocorridas durante a semana e a propor tarefas para serem realizadas em conjunto com as técnicas.

Ao longo da intervenção foram-se incluindo noções espaciais básicas (cima/baixo; frente/trás; grande/pequeno; dentro/fora; perto/longe; no meio/entre; antes/depois) para que posteriormente se pudesse dar lugar ao trabalho de competências mais complexas a este nível, nomeadamente de organização, relações espaciais entre objetos e representação topográfica, competências que devem ser inseridas na continuidade do trabalho iniciado. Ainda assim, no final da intervenção foi possível verificar uma maior organização do espaço, particularmente em tarefas em papel, (copiar para a folha um modelo previamente desenhado; copiar uma imagem realizada com peças de tangram; copiar um modelo unindo pontos).

## **II.5. Atividades Complementares de Formação**

Ao longo do estágio, foram várias as atividades que complementaram esta formação. No presente capítulo serão apresentadas outras atividades complementares de formação nas quais nas quais a técnica estagiária teve oportunidade de participar e dinamizar e que contribuíram para um grande crescimento em termos profissionais.

### **II.6.1. Participação na formação Reflexões sobre Perturbações do Comportamento e do Humor: Curso Breve de Avaliação e Intervenção com Crianças e Adolescentes.**

Esta formação foi promovida e organizada pelo Núcleo Défice de Atenção e Hiperatividade, Perturbações do Comportamento e Humor do PIN que se dedica ao trabalho com crianças e jovens que apresentem dificuldades nestas áreas e respetivas famílias. A formação teve como objetivo a partilha de informação pertinente e atualizada sobre algumas perturbações do desenvolvimento, do comportamento e do humor, da expressão das diversas problemáticas nas diferentes fases do desenvolvimento, bem como pensar acerca dos impactos nos diferentes contextos e momentos do ciclo de vida. A formação decorreu entre novembro de 2020 e março de 2021, totalizando 40 horas de formação. Cada módulo teve a duração de aproximadamente seis horas e correspondia a um tema específico, apresentado por um técnico especialista da área, tendo sempre uma componente teórica e outra prática. No final de cada módulo era preenchido um questionário de avaliação da formação e, a obtenção do certificado de participação dependia da realização de uma avaliação. O primeiro módulo consistiu na Introdução às Perturbações do Desenvolvimento, seguido das problemáticas Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Comportamentos de Oposição e Desafio, Perturbações de Ansiedade, Desregulação Emocional, Perturbação Bipolar e Luto. A calendarização e temas de formação podem ser consultados no Anexo O.

### **II.6.2. Seleção, adaptação e organização de instrumentos para juntar aos já utilizados pela equipa**

Estimulado por um ajustamento do protocolo de avaliação, a equipa do núcleo da PHDA apresentou como tarefa aos estagiários uma análise do protocolo de avaliação atual e uma pesquisa de instrumentos não incluídos nesse protocolo em que a sua inserção no mesmo poderia ser útil, no sentido de enriquecer o mesmo.

Após a análise do protocolo base do núcleo da PHDA, procedeu-se à pesquisa de novos instrumentos com base nas características próprias da PHDA e na sua manifestação direcionados para as várias áreas do funcionamento executivo, para a componente familiar e escolar e para as questões do sono. Assim, da pesquisa surgiram os seguintes instrumentos de avaliação:

O **SNAP-IV** foi desenvolvido nos EUA para monitorizar a evolução dos sintomas da PHDA e POD, frequentemente associadas, e pode ser respondido por Pais e Professores de crianças e adolescentes dos 6 aos 17 anos. É um questionário

comportamental elaborado com base nos critérios de diagnóstico do DSM-IV para as duas perturbações, podendo então ser utilizado como ferramenta auxiliar para rastreio, avaliação da gravidade, frequência dos sintomas e acompanhamento do tratamento (permitindo avaliar a sua evolução após intervenções e ao longo do tempo). É um questionário breve, fácil de preencher e pode funcionar como ponto de partida para o levantamento de alguns possíveis sintomas primários da PHDA. Os itens estão organizados em três subescalas: Nove sintomas de desatenção, 9 sintomas de hiperatividade-impulsividade e 8 sintomas de perturbação de oposição e desafio. A avaliação de cada item/comportamento é feita numa escala semi-quantitativa de 4 pontos entre “não ocorre” e “muito frequente”, permitindo monitorização da sua evolução e resposta ao tratamento. A versão portuguesa mostrou boa correspondência com os critérios de diagnóstico do DSM-5 pelo que apresenta validade de conteúdo (McMillan, et al.,2018).

Uma vez que a PHDA interfere na realização destas tarefas mais escolares, nem sempre pelas dificuldades nas FE, mas por vezes pela dificuldade em organizarem-se ou por falta de estratégias, a estagiária considerou que seria válido a inserção de um inventário que desse mais informação efetivas dos hábitos de estudo. **O Inventário de Hábitos de Estudo (IHE)** (Pozar, 1997) – com adaptação Portuguesa de Alexandra Figueiredo de Barros, destina-se a adolescentes dos 12 aos 18 anos e tem como objetivos: avaliar qualitativa e quantitativamente as atitudes ou condições de estudo do estudante; prever o nível do progresso escolar em função do conhecimento dos seus hábitos de estudo; atuar, a partir do diagnóstico, na direção adequada à modificação dos hábitos menos eficientes e à aquisição e desenvolvimento de hábitos mais eficazes, mediante quatro escalas fundamentais e uma adicional. É constituído por 90 questões e está estruturado de modo a detetar até que ponto o estudante conhece as técnicas elementares do estudo e a definir as atitudes do estudante perante o mesmo. Os seus resultados têm em consideração aspetos como as condições ambientais de estudo, planificação, utilização de materiais e assimilação de conceitos. A cotação é feita através da introdução das respostas, num programa informático que produz um perfil do estudante.

Refletindo um pouco sobre as dinâmicas familiares, perante os sintomas subjacentes à PHDA, os pais sentem-se muitas vezes cansados e incapazes de compreender o comportamento dos filhos e isso acaba por ter um impacto nas práticas parentais que, por sua vez, influenciam o comportamento e desenvolvimento das crianças. Assim, considerou-se útil a apresentação do Índice de Stress Parental (Abidin, 2003). Com adaptação Portuguesa de Salomé Vieira Santos (Santos, 2011), para Pais ou Cuidadores de crianças com idade compreendida entre os 5 e os 10 anos, este índice

avalia a intensidade do stress no sistema pais-filhos. Pode ser utilizado em vários contextos, nomeadamente o clínico, como técnica de despiste e diagnóstico, e como medida da eficácia de um determinado método de intervenção, ou ainda em termos de investigação. Contém 132 itens que se repartem por dois domínios – Domínio dos Pais e Domínio da Criança, sendo que cada Domínio integra diversas subescalas, as quais possibilitam a identificação de fontes específicas de stress. O Domínio da Criança engloba sete subescalas que pretendem avaliar aspetos do temperamento da criança e as perceções que os pais têm do impacto das características da criança neles próprios: Distração/Hiperatividade, Reforço aos Pais, Humor, Aceitação, Maleabilidade de Adaptação, Exigência e Autonomia. O Domínio dos Pais compreende sete subescalas que procuram avaliar as características pessoais das figuras parentais e variáveis do contexto familiar que têm um impacto na sua capacidade para lidar com as tarefas e exigências subjacentes à ação parental: Sentido de Competência, Vinculação, Restrição do Papel, Depressão, Relação com Marido/Mulher, Isolamento Social e Saúde.

O **Questionário de Hábitos de Sono** (Owens, et. al., 2000) é um questionário para ser preenchido pelos pais ou cuidadores de crianças dos 2 aos 10 anos com base no padrão de sono da última semana típica, e permite avaliar os hábitos e os problemas do sono mais comuns das crianças. Inclui um conjunto de 33 questões que permitem calcular a cotação total que nos dá o índice de perturbação do sono (IPS) e cotações de 8 subescalas de problemas do sono como Resistência em ir para a cama, Início e Duração do sono, Ansiedade associada ao sono, Despertares noturnos, Parassónias, Perturbação respiratória do sono e Sonolência diurna. Existem ainda uma versão longa que inclui outras questões que, embora não entrem na cotação, poderão ser úteis na prática clínica. A pontuação de itens é feita de forma a que valores mais elevados correspondam a comportamentos problemáticos mais frequentes.

É um questionário breve e de preenchimento fácil e poderá ser pedido o seu preenchimento, quando os pais sinalizam muito estas questões do sono quer no momento de avaliação ou mesmo depois na intervenção, com intuito de rastrear, mas também de sensibilizar para este tipo de problemas, e depois encaminhar, se for o caso, para o especialista nas perturbações do sono.

O último instrumento selecionado e apresentado foi **A Bateria Tartaruga da Ilha** da autora Isabel Magno (Isabel, 2016), que apesar da estagiária nunca ter tido contacto com este instrumento, o facto de ter sido elaborado especificamente para a população infantil (com um formato mais lúdico) e o facto de integrar a vertente das funções executivas (FE) emocionais acrescentaria algo novo e pertinente ao protocolo do núcleo. É um instrumento de avaliação das Funções Executivas para crianças dos 6 aos 10 anos que permite situar a criança em diferentes níveis progressivos de complexidade,

quer em dimensões cognitivas (em provas de Fluência verbal, Atenção, Memória, Planeamento) quer em dimensões emocionais (Teoria da mente, Compreensão da ironia e Tomada de decisão com base em informação emocional). Permite ainda avaliar a interação entre as Funções Executivas cognitivas e emocionais na produção de uma conduta competente (Direcionamento e Flexibilidade). O instrumento é apresentado à criança como uma história que contém jogos, tendo o formato de um pequeno livro, com estímulos atrativos para as crianças. Reúne 8 provas de Funções Executivas cognitivas, 4 provas de FE emocionais, e 2 provas de avaliação da forma como a criança utiliza em simultâneo as suas FE emocionais e cognitivas, num total de 14 provas.

A apresentação conta ainda com exemplos de algumas provas desta bateria. Como por exemplo a prova dos animais disfarçados, baseada nos modelos Stroop, onde é proposto à criança que esta nomeie os animais, com a particularidade dos mesmo estarem disfarçados de outro animal, sendo apenas possível observar os seus pés. Numa outra tarefa apresentada (i.e., animais da cor errada) as crianças devem recordar a cor correta dos animais, sendo que estes estão apresentados num primeiro nível todos pintados numa cor errada. No nível de maior complexidade, alguns animais mantêm as cores corretas – e a criança é instruída para dizer a cor correta quando a cor está errada e para dizer “certo” quando a cor do animal estiver certa. Por último, um exemplo das provas de avaliação da FE emocionais - da teoria da mente consiste numa história onde são apresentadas 2 casas (uma vermelha e uma azul) num cenário noturno e onde entram duas personagens. Uma delas (tartaruga) despede-se do pinguim e entra na casa vermelha. No entanto durante a noite muda-se para a casa azul enquanto o pinguim está a dormir. Quando na história o dia chega é dito à criança que o pinguim quer procurar a tartaruga, sendo a mesma questionada quanto à compreensão da história e da realidade – onde está realmente a tartaruga ?, quanto à perspetiva do pinguim (onde é que o pinguim pensa que a tartaruga está) e quanto à inferência relativa ao seu comportamento (onde achas que o pinguim vai procurar a tartaruga?).

De modo a dar a conhecer, de forma geral, o instrumento, a apresentação incluía uma ficha técnica de cada instrumento e as informações mais relevantes. A apresentação realizada pela estagiária pode ser consultada no anexo P.

### **II.6.3. Apresentação de um artigo científico recente à equipa do núcleo PEADC**

O núcleo PEADC propôs a pesquisa e posterior apresentação de um artigo científico recente que abordasse a avaliação/ intervenção em PEA. A Estagiária escolheu o artigo *Diagnostic Evaluations of Autism Spectrum Disorder during the COVID-19 Pandemic*, Jang J, White SP, Esler AN, Kim SH, Klaiman C, Megerian JT, Morse A, Nadler C, Kanne

SM. (Mar, 2021). A apresentação realizada pela estagiária pode ser consultada no anexo Q.

#### **II.6.4. Projeto de estágio - Manual de Intervenção nas Funções Executivas: O meu filho tem PHDA. E agora? kit de sobrevivência**

Este projeto consiste na construção de um Kit de trabalho (manual informativo e atividades/dicas práticas) que contém uma componente teórica explicativa com as várias funções executivas definidas (de acordo com o modelo das funções executivas que serve de suporte à BRIEF (Gioia, Isquith & Guy, 2001; Diamond, 2013)), a importância e o impacto do défice nas FE no dia-a-dia (ex.: como é que um défice no controlo inibitório se expressa no dia-a-dia?). Após esta fundamentação teórica são apresentadas situações/tarefas que auxiliam na estimulação e no desenvolvimento dessas habilidades executivas.

É apresentada inicialmente a contextualização da PHDA (APA, 2013) com linguagem simples para que possa ser compreendida e de fácil acesso para qualquer pessoa, seguido das alterações ocorridas a nível cerebral e como isso afeta o funcionamento executivo levando aos sintomas nucleares da desatenção, hiperatividade e impulsividade (Antunes, Rodrigues e Jesus, 2019). Após a contextualização da PHDA segue-se uma explicação das funções executivas de acordo com o modelo que serve de suporte à BRIEF (Gioia, Isquith, Guy & Kenworthy, 2000).

Seguidamente, são apresentados comportamentos muito facilmente reportados pelos pais/cuidadores e foi feito um paralelo entre o comportamento e a vulnerabilidade do ponto de vista executivo, de forma a ajudá-los a não interpretar o comportamento como qualquer coisa que a criança faz porque “lhe apetece”, porque “é preguiçoso” ou porque “está só a testar os limites” e que percebam que aquele comportamento tem uma vulnerabilidade associada.

Assim, esta informação assim apresentada em paralelo foi pensada para quem lida com a PHDA consiga identificar quais são as funções executivas que estão mais em causa a partir dos comportamentos que as crianças apresentam e, que assim, mais facilmente façam a ponte entre o comportamento disruptivo/ fragilidade da função executiva (este comportamento tem a ver com esta vulnerabilidade e então o que eu tenho de fazer é desenvolvê-la e ajudar a promovê-la), pois, a partir do momento que adquirem essa capacidade, mais facilmente conseguem encontrar estratégias autonomamente.

Para auxiliar nesse trabalho, para cada função executiva o manual contém sempre uma componente teórica explicativa apresentando também a importância e o impacto do défice dessa FE no dia-a-dia. Após esta fundamentação teórica dispõe de

orientações e dicas para auxiliar na estimulação e no desenvolvimento dessa habilidade executiva. Sempre seguido de situações/tarefas que permitam desenvolver as FE.

Por fim, a conclusão apela à consciencialização e à compreensão das famílias sobre as dificuldades destas crianças, que o problema da PHDA é crónico e, que é importante manter a ideia de que a possibilidade das crianças continuarem a demonstrar algumas dificuldades (apesar das estratégias) existe. Realça ainda a relevância do reforço positivo e a importância de não encarar as falhas das crianças como intencionais ou por falta de competência, mas sim como a natureza da perturbação do desenvolvimento (défice na regulação dos processos de atenção, nas funções executivas e conseqüentemente na regulação do comportamento) que interfere significativamente no seu desempenho. O projeto de estágio poderá ser consultado no anexo R.

### **III. Dificuldades e Limitações**

No presente tópico pretende-se enumerar algumas dificuldades e limitações sentidas durante o período do estágio curricular.

Uma das dificuldades iniciais sentidas pela estagiária constitui-se pelo facto da mesma não estar familiarizada com o contexto clínico, ainda que a escolha do local do estágio se tenha prendido por esse facto, no sentido da mesma se superar e evoluir pessoal e profissionalmente. O contexto e modelo de funcionamento exigiu um investimento de tempo de pesquisa para aprofundar conceitos e modelos, surgindo frequentemente dúvidas que necessitavam de esclarecimento. Esta lacuna foi preenchida através da constante articulação com a orientadora local e através das reuniões de equipa/núcleo, onde se verificava o confronto com a linguagem usada no âmbito clínico, permitindo a interiorização e consolidação desses conceitos, tornando a linguagem cada vez mais acessível e fomentando o pensamento crítico em relação aos casos expostos.

A maior limitação prende-se pelo facto da estagiária, devido à situação pandémica, ter estado restrita apenas a um núcleo, não tendo usufruído de todas as oportunidades que o estágio realizado no PIN oferece. A impossibilidade de integrar o núcleo das DAE's e o núcleo PEADC constitui um ponto menos positivo, visto ser um momento que integraria a experiência de estágio em situações normais e que seria uma mais valia na formação da estagiária.

As dificuldades e limitações ao nível do período de intervenção foram sentidas, principalmente, ao nível da construção dos planos de intervenção, no sentido de definir prioridades para cada um dos casos. O tempo reduzido disponível para a avaliação e

posteriormente intervenção dificultou esse processo. Assim, e dado que cada um dos casos dispunha de apenas uma sessão por semana, optou-se pela inclusão de objetivos considerados prioritários e trabalhar as diversas competências numa mesma tarefa ou atividade. Esta limitação temporal levou a que alguns dos objetivos que foram estabelecidos no plano de intervenção não fossem trabalhados muitas vezes.

## **Conclusão**

A decisão de ingressar no mestrado em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana foi o resultado da necessidade e da vontade de um aprofundar os conhecimentos adquiridos ao longo da licenciatura não só numa vertente teórica, mas fundamentalmente prática. A preferência pelo local de estágio recaiu pela exigência e profissionalismo conhecido do contexto e da instituição em causa, tendo sido um desafio pessoal e profissional.

O relatório encerra um conjunto de processos e procedimentos realizados ao longo do período de estágio. Ao terminar este relatório, faço uma retrospectiva reflexiva sobre este período, que apesar de algumas limitações já mencionadas, ficou marcado por diversas aprendizagens, experiências e conquistas.

A integração numa equipa multidisciplinar, assumiu um lugar de extrema importância pois permitiu capacitar-me de uma perspetiva sobre a intervenção mais ampla, através da troca de experiências, perspetivas e conhecimentos diversos, com diferentes pontos. Apesar da não integração nos diferentes núcleos, foi possível através das reuniões clínicas e de núcleo ter contacto com os diferentes quadros clínicos neles integrados, permitindo, durante discussões de casos, uma melhor compreensão dos mesmos e uma maior proximidade ao diagnóstico. A proximidade entre a estagiária e a orientadora local estimulou, na estagiária, um crescimento a nível profissional uma vez que sempre lhe foi permitida a colocação de dúvidas e de questões, tendo obtido sempre que solicitado o seu esclarecimento.

A observação dos processos de avaliação, constituiu uma experiência enriquecedora, tanto pelo conhecimento e forma de aplicação dos instrumentos de avaliação usados, mas também pela consolidação dos aspetos fundamentais do processo de avaliação. Este processo de avaliação constituiu um desafio, levando à necessidade de ajustar a mesma tendo em conta o tempo limitado de intervenção e também às especificidades e necessidades individuais de cada criança.

A oportunidade de observação e posteriormente participação nas dinamizações das sessões permitiu observar posturas, tanto do técnico como das crianças, e ter atenção a detalhes e pormenores que não seria possível de outra forma. Esta observação permitiu estar atenta ao corpo e às suas manifestações e assim, desenvolver o meu olhar de profissional e estar atenta aos sinais corporais. A participação ativa nas sessões permitiu o solidificar da segurança profissional, que tanto procurava na inserção deste mestrado.

Outro aspeto importante foi a elaboração do projeto de estágio, o qual exigiu um grande investimento de tempo de pesquisa para aprofundar conceitos e modelos e

assim constituir um momento de aprendizagem enriquecedor. A elaboração de um trabalho que possa permitir a consciencialização e compreensão das dificuldades da PHDA, onde estão presentes informações importantes sobre a mesma, mas de uma forma simples e acessível para todas as pessoas constitui um marco de enriquecimento pessoal importante.

A componente mais teórica, nomeadamente a realização deste relatório, após o término do estágio permitiu uma retrospectiva para o trabalho desenvolvido. Olhar para o trabalho desenvolvido, estratégias adotadas, atividades, postura e para os resultados obtidos após a intervenção constituiu uma forma de evolução, pois permitiu refletir sobre a forma de atuação e pensar no que poderia ter sido diferente e melhorado.

Em suma, esta experiência correspondeu e cumpriu os objetivos do estágio, tendo sido adquiridas competências e aprendizagens, que colmataram num aperfeiçoamento do exercício da atividade profissional. Esta experiência é apenas o início, sendo que este aperfeiçoamento continuará sempre a ser promovido.

## Referências Bibliográficas

- Abidin, R. (2003). Índice de Stress Parental (PSI) – Manual. Lisboa, CEGOC-TEA.
- Alloway, T., Bibile, V. & Lau, G. (2013). Computerized working memory training: can it lead to gains in cognitive skills in students? *Computers in Human Behavior*, 29 (3): 632–638.
- Alves Martins, M. (2000). *Pré-História da Aprendizagem da Leitura*. Lisboa: ISPA.
- Alves Martins, M. & Niza, I. (1998). *Psicologia da Aprendizagem da Linguagem Escrita*. Lisboa: Universidade Aberta.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) (Fifth ed.)*. Washington (DC).
- Antunes, N. L. (2012). *Mal-entendidos* (7.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Verso de Kapa.
- Antunes, N.L., Rodrigues, A., & Jesus, G. (2019). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. In N. L. Antunes (2<sup>a</sup> Ed). *Sentidos: o grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento*, (pp 219-270). Alfragide: Lua de Papel.
- Aragón, M. B. Q. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (s.d.). *Psicomotricidade. Práticas Profissionais*. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Barkley, R. A. (2015). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *A Handbook for Diagnosis and Treatment*. (Fourth Edition). The Guildford Press. New York.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159(1), 36-42. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36>
- Branco, M. (2000). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Bridges, M. S. & Catts, H. W. (2011). The Use of a Dynamic Screening of Phonological Awareness to Predict Risk for Reading Disabilities in Kindergarten Children.

- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique: Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28(2), 20-22.
- Cadime, I., Fernandes, I., Brandão, S., Nóvoa, P., Rodrigues, A., & Ferreira, A. (2009). Aquisição da leitura e da escrita: variáveis predictoras no nível pré-escolar. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, 4001-4015. Braga: Universidade do Minho.  
<http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/t9/t9c294.pdf>.
- CAPITI (s.d.). A CAPITI. Consultado a 18 de novembro de 2021 do sítio de <http://capiti.pt/a-capiti/>
- Capovilla, A. G. S., Dias, N. M. & Montiel, J. M. (2007). Desenvolvimento dos componentes da consciência fonológica no ensino fundamental e correlação com nota escolar. *Psico-USF*, 12(1), 55-64.  
<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a07.pdf>.
- Castellanos, F., Lee, P., Sharp, W., Jeffries, N., Greenstein, D., Clasen, L. ... e Rapoport, J. (2002). Developmental Trajectories of Brain Volume Abnormalities in Children and Adolescents with Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. *JAMA*, 288 (14), 1740- 1748.
- Clements, D. H. (1998). *Geometric and Spatial Thinking in Young Children*.  
<http://eric.ed.gov/?q=Geometric+and+Spatial+Thinking+in+Young+Children.&id=ED436232>
- Clements, D. H. (2004). Geometric and Spatial Thinking in Early Childhood Education. In D. H. Clements, e J. Sarama, *Engaging Young Children in Mathematics* (pp. 267-298). United States of America: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coelho, J., Melo, C., Rocha, F., Santos, S., Barros, S., & Martins, C. (2014). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: casuística de um Centro Secundário. *Nascer e Crescer*, XXIII(4).
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Cruz, M. (2003). *Manual Pré-Escolar. Provas de Diagnóstico Pré-escolar: Manual Técnico*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.

- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: Lide
- Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.  
<http://dx.doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2004). *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Consultado em 16 de dezembro de 2021 do sítio:  
<https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>
- Faraone, S., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J., Ramos-Quiroga, J., Rohde, L., Sonuga-Barke, E., Tannock, R., & Franke, B. (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1-23.  
<https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.20>
- Feitosa, H., Riscou, R., Rego, S., & Nunes, R. (2011). A saúde mental das crianças e dos adolescentes: Considerações epidemiológicas, assistências e bioética. *Revista Bioética*, 19, 259-275.
- Fidler, D. & Nadel, L. (2007). Education and children with Down Syndrome: Neuroscience, development, and intervention. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 13, 262-271
- Fonseca, V. (2006a). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006b). *Terapia Psicomotora: estudo de caso*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008). *Dificuldades de Aprendizagem – Abordagem Neuropsicológica e Psicopedagógica ao Insucesso Escolar*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa. Âncora Editora.~
- Frith, U. (1989). *Autism*. Oxford: Blackwell.
- Garcia, M. (2001). *Hiperatividade: Prevenção, Avaliação e Tratamento na Infância*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., e Guy, S. C. (2001). Assessment of executive functions in children with neurological impairment. In R. J. Simeonsson & S. L. Rosenthal (Eds.), *Psychological and developmental assessment: Children with disabilities and chronic conditions* (pp. 317–356). The Guilford Press.

- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., e Kenworthy, L. (2000). Behavior Rating Inventory of Executive Function. *Child Neuropsychology*, 6, 235-238. <http://dx.doi.org/10.1076/chin.6.3.235.3152>
- Godoy, D. (2008). Por que ensinar as relações grafema-fonema? *Revista Psicopedagogia*, 25(77), 109-119. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v25n77/v25n77a03.pdf>.
- Grieco, J., Pulsifer, M., Seligsohn, K., Skotko, B., & Schwartz, A. (2015). Down Syndrome: Cognitive and Behavioral Functioning Across the Lifespan. *American Journal of Medical Genetics Part C (Seminars in Medical Genetics)*, 169(C), 135–149. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.31439>
- Horta, I. V., & Alves Martins, M. (2014). Desenvolvimento de competências no pré-escolar: A importância das práticas de escrita inventada. *Revista Psicologia*, 28(1), 41- 51. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psi/v28n1/v28n1a04.pdf>.
- Hoza, B. (2007). Peer functioning in children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics*, 7, 101-106. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.04.011>
- Hoza, B., Mrug, S., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Bukowski, W. M., Gold. J. A. ... e Arnold, L. E. (2005). What Aspects of Peer Relationships Are Impaired in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 411-423. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.411>
- Isabel, M. (2016). *TI - BAFEC : tartaruga da ilha : bateria de avaliação de funções executivas em crianças*. Viseu : Qualconsoante
- Landerl, K., Bevan, A., & Butterworth, B. (2004). Developmental dyscalculia and basic numerical capacities: a study of 8–9-year-old students. *Cognition*, 93, 99–125. doi: 10.1016/j.cognition.2003.11.004.
- Leal, T., Peixoto, C., Silva, M., & Cadima, J. (2006). Desenvolvimento da literacia emergente: competências em crianças de idade pré-escolar. *Actas do 6.º Encontro Nacional (4.º Internacional) de Investigação em Leitura, Literatura Infantil e Ilustração*, 1-13. Braga: Universidade do Minho. [002271\\_ot\\_desenvolvimento\\_literacia\\_emergente\\_b.pdf \(casadaleitura.org\)](http://casadaleitura.org/002271_ot_desenvolvimento_literacia_emergente_b.pdf)
- Lerner, J. (2003). *Learning Disabilities Theories, Diagnosis, and Teaching Strategies* (9th Edition). Boston: Houghton Mifflin.

- Lima, R. M., & Colaço, C. S. P. T. F. (2010). Falantes Conscientes, Leitores Competentes. *Exedra Journal*, 245-256. <http://www.exedrajournal.com/docs/02/23-ROSAMARIALIMA.pdf>.
- Lopes, J. (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Mahone, E., & Silverman, W. (2008). ADHD and Executive Functions: Lessons Learned from Research. *Exceptional Parent*, 38 (8): 48-51.
- Marques, C. (2009). A saúde mental infantil e juvenil nos cuidados de saúde primários-avaliação e referenciação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 : 569-575.
- Martin, N. C., Piek, J., Baynam, G., Levy, F., & Hay, D. (2010). An examination of the relationship between movement problems and four common developmental disorders. *Human movement science*, 29(5), 799-808.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Crianças Hiperativas com Défice de Atenção (PHDA). In M. J. Vidigal (e colaboradores) (Eds), *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes Aprender a Pensar*, (pp. 179-214). Lisboa: Trilhos Editora.
- Martins, R., Simões, C., e Brandão, T. (2014). *Regulamento da Unidade Curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do 2º Ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Matos, P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil-conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 21: 669-676.
- McMillan, M., Antunes, R., Medeiros, P., & Silva, F. (2018). Adaptação Cultural do Questionário MTA-SNAP-IV para o Português Europeu. *Gazeta Médica*, 5(3). <https://doi.org/10.29315/gm.v5i3.184>
- Milich, R., Balentine, A., & Lynam, D. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(4), 463-488. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.4.463>
- Ministério da Saúde. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007- 2016 – Coordenação Nacional para a Saúde. <https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>

- Moreira, D. & Oliveira, I. (2003). *Iniciação à Matemática no Jardim de Infância*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Okuda, P. M. M., & Pinheiro, F. H. (2015). Motor performance of students with learning difficulties. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 174, 1330-1338.
- Oliveira, A., Ávila, M., & Dias, M. (s.d). *Manual dos Estagiários*. PIN- Progresso Infantil. (documento não publicado).
- Owens, J., Spirito, A., e McGuinn, M. (2000). The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 23:1043-51.
- Pardilhão, C., Marques, M., & Marques, C. (2009). Perturbações do comportamento e perturbação de hiperactividade com défice de atenção: Diagnóstico e intervenção nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 25, 5 (Set. 2009), 592–9. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i5.10677>.
- PIN (2020a). Missão e Objectivos. Consultado a 11 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/missao-e-objectivos/>
- PIN (2020b). Diagnóstico e Intervenção. Consultado a 11 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/diagnostico-e-intervencao/>
- PIN (2020c). A Equipa. Consultado a 11 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/a-equipa-pin/>
- PIN (2020d). Formação e Supervisão. Consultado a 15 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/formacao-e-supervisao-2/>
- PIN (2020e). Investigação. Consultado a 15 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/investigacao-2/>
- PIN (2020f). Parceiros. Consultado a 15 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/parceiros/>
- PIN (2020g). PIN Porto. Consultado a 15 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/porto-fernao-magalhaes/>
- PIN (2021h). PIN Porto. Consultado a 15 de novembro de 2021 do sítio: <https://pin.com.pt/porto-combatentes/>
- Pozar, F. (1997). *Inventário de Hábitos de Estudo*. Lisboa: CEGOC-TEA.

- Ribeiro (2011). Dificuldades de Aprendizagem Específicas da Escrita: Estratégias de Intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, IV Série 18, 57-70.
- Rodrigues, A., & Antunes, N. (2014). *Mais forte do que eu!*. Alfragide: Lua de Papel.
- Rodrigues, A. e Morato, P. (2001). Expressão Motora e Instabilidade: Análise Multidimensional da Expressão Motora de Crianças Instáveis de 7 e 8 anos em Situação Escolar. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 79-93). Lisboa: FMH Edições.
- Rutter, M., Cohen, J., & Maughan, B. (2006). Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (3): 276-295. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01614.x>
- Salgueiro, E. (Jan.-Jun. de 1999). Aspectos psicomotores das crianças irrequietas. *Revista de educação Especial e Reabilitação*, 6 (1), pp. 35-44.
- Santos, S. V. (2011). *Versão Portuguesa do Parenting Stress Index (PSI) – Forma Reduzida: Estudo com uma amostra de mães de crianças com idade inferior a 5 anos*. VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação/Evaluación Psicológica e XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos, Lisboa
- Silva, E., & Martins, R. (2005). Competências psicomotoras e capacidade grafomotora em crianças de idade pré-escolar. *A Psicomotricidade*, 5, 22-31.
- Staller, J., & Faraone, S. V. (2006). Attention-deficit hyperactivity disorder in girls: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 20(2), 107-123. <https://doi.org/10.2165/00023210-200620020-00003>
- Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. G. (2015). A developmental psychopathology perspective on ADHD and comorbid conditions: The role of emotion regulation. *Child Psychiatry and Human Development*, 46(6), 951–966. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2>
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J. ... e Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolesc Psychiatry*, [Suppl 1] 13, 7-30. <https://doi.org/10.1007/s00787-004-1002-x>
- Thapar, A., Cooper, M., & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *Lancet Psychiatry*, 4(4), 339-346. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)

Troncoso, M., & Del Cerro, M. (2004). *Síndrome de Down: leitura e escrita Um guia para pais, educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

World Health Organization [WHO]. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. Consultado a 2 de dezembro do sítio: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1)

## **Anexos**