



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



## **Psicomotricidade e Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta**

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

### **Júri:**

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira Parrot Morato

Vogais

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Professor Doutor Raúl Alexandre Nunes da Silva Oliveira

**Cláudia Filipa Bebiano Pereira**

**2015**

*I am enough of a realist to understand that I can't reach every child, but I am more of an optimist to get up every morning and try.*

Preston Morgan

## **Agradecimentos**

À Professora Dr.<sup>a</sup> Teresa Brandão, orientadora académica, pela constante disponibilidade e apoio prestado, pelos conhecimentos, experiências e vivências partilhadas no decorrer deste percurso.

À Dr.<sup>a</sup> Joana Carvalho, orientadora local, pela paciência, exigência e motivação transmitidas, pela sabedoria e experiência comigo partilhadas, um enorme obrigada!

À Melissa Vieira, estagiária de 1º ciclo, detentora de uma calma e sensibilidade admiráveis, pela amizade, apoio e boa disposição transmitidos ao longo de toda esta experiência, um obrigada com muito carinho.

A toda a equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, um agradecimento especial já com saudade, pelo ambiente familiar e espírito de união que me fizeram sentir aceite e integrada.

À minha família, o maior obrigada de todos, por todo o amor e incansável força que ao longo de todos estes anos me têm dado. Por nunca desistirem de mim e, acima de tudo, por me fazerem acreditar no meu trabalho, nas minhas capacidades, por me terem ajudado a tornar o que sou hoje. Uma pessoa mais confiante, realizada e feliz.

A todas as crianças que, de alguma forma, fizeram parte desta minha experiência, pelos sorrisos, brincadeiras e carinho que nunca esquecerei. O mais importante de tudo: por me fazerem voltar a sentir criança, um sincero obrigada!!!

## **Resumo**

Este documento descreve o trabalho desenvolvido no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, pertencente ao 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. O estágio foi realizado na área da Psicomotricidade e Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta, no ano letivo 2014/2015. A prática profissional foi baseada numa metodologia de intervenção individual e em grupo e teve como população-alvo crianças com Patologias Neurológicas e Perturbações do Desenvolvimento. A intervenção psicomotora é uma metodologia de intervenção adequada para promover o desenvolvimento da criança nos seus diversos domínios e a intervenção precoce constitui um instrumento que assegura o direito à participação e à inclusão social. O presente relatório expõe de forma detalhada o enquadramento teórico referente ao tema e todo o processo de intervenção desenvolvido, com especial foco em dois estudos de caso, desde as avaliações do perfil de desenvolvimento psicomotor das crianças, os planos de intervenção e a implementação dos mesmos e, ainda, os resultados obtidos e conclusões finais.

**Palavras-Chave:** Intervenção Precoce, Psicomotricidade, Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II, Intervenção Individual e em Grupo, Patologias Neurológicas, Perturbações do Desenvolvimento, Perturbações do Espectro do Autismo, Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação da Linguagem, Perfil de Desenvolvimento Psicomotor.

## **Abstract**

This document describes the work carried out under the Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, belonging to the 2<sup>nd</sup> year of the Masters in Psychomotor Rehabilitation. The internship was fulfilled in the area of Psychomotricity and Early Intervention in Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta in the academic year of 2014/2015. The professional practice was based on an individual and in group intervention methodology and the target population was children with Neurological Pathologies and Developmental Disorders. The psychomotor intervention is an appropriate intervention methodology to promote children's development in their various fields and early intervention is an instrument that ensures the right to participation and social inclusion. This report sets out in detail the theoretical framework concerning the issue and the whole intervention process developed, with particular focus

on two case studies, from the evaluations of psychomotor development of children profile, the action plans and their implementation and also the final results and conclusions.

**Keywords:** Early Intervention, Psychomotricity, Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency II, Individual and Group Intervention, Neurological Pathologies, Developmental Disorders, Autism Spectrum Disorders, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Disorder of Language, Psychomotor Development Profile.

## Índice Geral

|  |    |
|--|----|
| Introdução.....  | 10 |
| Capítulo I - Enquadramento da Prática Profissional.....                    | 11 |
| (A) Enquadramento Teórico .....  | 11 |
| 1. A Intervenção Precoce na Infância.....                                  | 11 |
| 1.1. A evolução das práticas da IP - intervenção centrada na família. .... | 11 |
| 1.2. Legislação.....   | 13 |
| 2. As Perturbações do Desenvolvimento.....                                 | 15 |
| 2.1. A prematuridade. ....   | 15 |
| 2.2. A perturbação do espectro do autismo (PEA). ....                      | 17 |
| 2.3. A perturbação da hiperatividade e défice de atenção (PHDA). ....      | 18 |
| 2.4. A perturbação da linguagem. ....                                      | 20 |
| 3. A Psicomotricidade.....   | 21 |
| 3.1. Abordagem e definição. ....   | 21 |
| 3.2. A psicomotricidade relacional e a psicomotricidade instrumental. .... | 23 |
| 3.3. A intervenção individual e a intervenção em grupo. ....               | 24 |
| (B) Enquadramento Institucional Formal .....                               | 24 |
| 1. Contexto Funcional: Caracterização, Missão e Objetivos .....            | 24 |
| 2. Atividades.....   | 26 |
| 2.1. Atividade assistencial.....   | 26 |
| 2.2. Atividade formativa. ....   | 27 |
| 2.3. Atividade científica. ....  | 28 |
| 3. Modelo de Atendimento.....  | 28 |
| 4. Recursos .....  | 29 |
| 4.1. Humanos: equipa.....  | 29 |
| 4.2. Espaço e materiais. ....  | 30 |
| Capítulo II - Realização da Prática Profissional.....                      | 31 |
| (A) Organização e Calendarização das Atividades.....                       | 31 |
| (B) Horário de Estágio.....  | 33 |
| (C) Contextos e Estrutura das Sessões de Intervenção .....                 | 34 |
| 1. Contextos.....  | 34 |
| 2. Estrutura Geral das Sessões de Intervenção .....                        | 35 |
| (D) Casos Intervencionados .....   | 36 |
| 1. Casos Intervencionados Individualmente .....                            | 36 |
| 2. Casos Intervencionados em Grupo .....                                   | 38 |
| (E) Intervenção Psicomotora .....  | 41 |

|  |    |
|--|----|
| 1. O Processo .....  | 41 |
| 2. Observação/Avaliação da Criança .....   | 43 |
| 2.1. Teste de proficiência motora de bruininks-oseretsky II (TPMBO-2).....                                 | 44 |
| 2.2. Instrumentos adaptados para avaliação dos estudos de caso. ....                                       | 45 |
| Capítulo III - Estudos de Caso .....   | 48 |
| (A) Estudo de Caso I – G.S. (Individual).....  | 48 |
| 1. Caracterização da Criança .....   | 48 |
| 2. Avaliação Inicial.....  | 49 |
| 2.1. Teste de proficiência motora de bruininks-oseretsky II (TPMBO-2).....                                 | 49 |
| 2.2. <i>Checklist</i> de observação do comportamento da criança. ....                                      | 50 |
| 3. Plano de Intervenção .....  | 52 |
| 4. Intervenção Psicomotora – Implementação do Plano de Intervenção.....                                    | 54 |
| 5. Avaliação Final.....  | 55 |
| 5.1. Resultados relativos ao teste de proficiência motora de bruininks-oseretsky II (TPMBO-2) do G.S. .... | 55 |
| 5.2. Resultados relativos à <i>checklist</i> de observação do comportamento do G.S.....                    | 56 |
| 5.3. Dados relativos aos instrumentos preenchidos pela família do G.S. ....                                | 58 |
| 6. Conclusões .....  | 59 |
| (B) Estudo de Caso II – Grupo I .....  | 60 |
| 1. Caracterização do Grupo I .....   | 60 |
| 2. Caracterização das Crianças.....  | 60 |
| 3. Processo de Intervenção.....  | 62 |
| 4. Avaliação Inicial.....  | 63 |
| 4.1. Resultados relativos à escala de observação dos comportamentos do T.G., do P.G. e do R.B. ....        | 63 |
| 4.2. Resultados relativos à grelha de observação das relações entre pares do T.G., do P.G. e do R.B.....   | 65 |
| 5. Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico .....   | 68 |
| 6. Intervenção Psicomotora em Grupo .....  | 73 |
| 7. Avaliação Final.....  | 74 |
| 7.1. Resultados relativos à escala de observação dos comportamentos do T.G., do P.G. e do R.B. ....        | 74 |
| 7.2. Resultados relativos à grelha de observação das relações entre pares do T.G., do P.G. e do R.B.....   | 77 |

|  |    |
|--|----|
| 7.3. Dados relativos aos instrumentos preenchidos pelas famílias do T.G., do P.G. e do R.B. .... | 79 |
| 8. Conclusões .....  | 80 |
| Dificuldades e Limitações .....  | 82 |
| Conclusão, Reflexão Crítica e Perspetivas Futuras .....  | 84 |
| Lista de Referências .....   | 86 |

### Índice de Anexos

|   |        |
|---|--------|
| Anexo A – Planta do CDCTS.....  | II     |
| Anexo B – Fotografias da Sala de Integração Sensorial/Psicomotricidade.....         | III    |
| Anexo C – Lista de Materiais da Sala de Integração Sensorial/Psicomotricidade.....  | IV     |
| Anexo D – Materiais elaborados pelas estagiárias.....                               | V      |
| Anexo E – Avaliação Inicial do G.S.....   | VII    |
| Anexo F – Avaliação Final do G.S.....   | XII    |
| Anexo G – Avaliação da Família do G.S.....  | XVII   |
| Anexo H – Avaliação Inicial e Final do T.G.....                                     | XX     |
| Anexo I – Avaliação da Família do T.G.....  | XXIV   |
| Anexo J – Avaliação Inicial e final do P.G.....                                     | XXIX   |
| Anexo K – Avaliação da Família do P.G.....  | XXXIII |
| Anexo L – Avaliação Inicial e Final do R.B.....                                     | XXVIII |
| Anexo M – Avaliação da Família do R.B.....  | XLII   |
| Anexo N – Esquema-resumo das Sessões de Grupo.....                                  | XLVII  |
| Anexo O – Exemplos de Relatórios de Avaliação.....                                  | LXVIII |
| Anexo P – Consentimento Informado.....  | LXXII  |
| Anexo Q – Apresentação da Última Reunião com as Mães e do <i>Journal Club</i> ..... | LXXIII |

### Índice de Figuras

|   |     |
|---|-----|
| Figura 1 – Modelo de Atendimento do CDCTS.....                  | 29  |
| Figura 2 – Processo de Intervenção Psicomotora.....             | 42  |
| Figura 3 – Áreas de Avaliação do TPMBO-2.....                   | 45  |
| Figura A1 – Planta do CDCTS.....                                | II  |
| Figura B2 – Sala de Intervenção Sensorial/Psicomotricidade..... | III |
| Figura D3 – Dado em 3D.....                                     | V   |
| Figura D4 – Jogo do Gato e do Rato em tamanho real.....         | V   |

Figura D5 – Cartões do jogo do Gato e do Rato em tamanho real.....VI

### **Índice de Tabelas**

|  |       |
|--|-------|
| Tabela 1 - Calendarização da Organização do RACP.....  | 33    |
| Tabela 2 - Horário do RACP .....   | 34    |
| Tabela 3 - Objetivos do G.S. ....  | 53    |
| Tabela 4 - Comparação da Avaliação Inicial e Final.....  | 59    |
| Tabela 5 - Calendarização da Intervenção em Grupo.....   | 63    |
| Tabela 6 - Objetivos do T.G., do P.G. e do R.B.....  | 70    |
| Tabela 7 - Evolução dos Comportamentos do T.G. na Escala de Observação dos Comportamentos..... | 72    |
| Tabela 8 - Evolução dos Comportamentos do P.G. na Escala de Observação dos Comportamentos..... | 73    |
| Tabela 9 - Evolução dos Comportamentos do R.B. na Escala de Observação dos Comportamentos..... | 74    |
| <br>   |       |
| Tabela N10 – Esquema-resumo das Sessões de Grupo.....  | XLVII |

## **Introdução**

No âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), foi realizado um estágio cujas atividades desenvolvidas são descritas e analisadas no presente relatório. O RACP insere-se no 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

O regulamento do RACP apresenta como objetivos gerais a cumprir ao longo do estágio profissionalizante: (1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; (3) desenvolver 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.

O RACP visa, mais especificamente, proporcionar uma aprendizagem e treino direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências ao nível da intervenção pedagógico-terapêutica, da relação com outros profissionais e da relação com a comunidade.

O estágio foi realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDCTS), do Hospital Garcia de Orta (HGO), na área de Psicomotricidade e Intervenção Precoce (IP), durante o ano letivo 2014-2015.

O presente documento encontra-se estruturado em três capítulos. O 1º capítulo enquadra a prática profissional através de uma revisão da literatura relativa aos principais conceitos e fundamentos dos modelos de intervenção seguidos, população alvo e problemáticas acompanhadas bem como a caracterização da instituição. O 2º capítulo expõe a realização da prática profissional, nomeadamente a organização e calendarização das atividades desenvolvidas, a descrição dos casos intervencionados, dos instrumentos de avaliação utilizados, os planos de intervenção e sua implementação e os resultados do processo de intervenção. O 3º capítulo compreende a descrição e análise de dois estudos de caso. No fim, é apresentada uma reflexão sobre as dificuldades e limitações sentidas, bem como as principais conclusões decorrentes do estágio.

## **Capítulo I - Enquadramento da Prática Profissional**

O enquadramento da prática profissional é apresentado através da explicitação dos conceitos e temáticas relacionadas com o âmbito do estágio curricular realizado no CDCTS. Assim sendo, o presente capítulo encontra-se estruturado da seguinte forma: (A) Enquadramento Teórico, revisão de literatura sobre a IP na Infância (Evolução das Práticas da IP - Intervenção Centrada na Família e Legislação), algumas Perturbações do Desenvolvimento e a Psicomotricidade; (B) Enquadramento Institucional Formal, no qual é descrito o Contexto Funcional (caracterização, missão e objetivos), as Atividades, o Modelo de Atendimento e os Recursos (humanos e materiais) do CDCTS.

### **(A) Enquadramento Teórico**

#### **1. A Intervenção Precoce na Infância**

Os primeiros anos de vida de um indivíduo são marcados por uma elevada plasticidade neuronal e pela formação da maioria das sinapses que permanecerão durante a maior parte da vida deste. Hunt (1961) e Bloom (1964) cit. in Nelson (2000) introduziram o conceito *períodos críticos*, períodos que, devido à maleabilidade neuronal do cérebro seriam particularmente favoráveis em termos de desenvolvimento. Assim sendo, o sucesso de qualquer intervenção depende da possibilidade do sistema nervoso ser modificado pela experiência.

A IP tem como objetivo prevenir ou minimizar problemas que poderão surgir ao longo do desenvolvimento da criança, sendo o conceito *desenvolvimento* traduzido nas mudanças produzidas de forma sistemática e sucessiva ao longo do tempo numa organização (Lerner, 2005). Tegethof (2007) declara que estes problemas resultam de situações de risco biológico, envolvental e estabelecido e que uma intervenção atempada e eficaz pode resolvê-los ou atenuá-los, promovendo assim o bem-estar das crianças em idades precoces e das suas famílias.

##### **1.1. A evolução das práticas da IP - intervenção centrada na família.**

Segundo Stanley Hall, a componente *nature* tinha uma influência preponderante na inteligência, sendo esta determinada antes do nascimento. Neste sentido, as diferenças na aprendizagem das crianças seriam inatas, fixadas à nascença e quantitativas (Tegethof, 2007). Por sua vez, a Teoria Maturacional de Gesell afirmava que a aprendizagem era dependente da maturação do sistema nervoso central e o desenvolvimento facilitador de condições favoráveis aos processos maturacionais. Já

Piaget reconhece o papel ativo da criança neste processo, resultando o seu desenvolvimento da relação dual e interdependente entre o organismo e o meio (Tegethof, 2007).

As teorias do desenvolvimento atuais realçam o impacto que os diferentes contextos têm no desenvolvimento da criança. O Modelo Ecológico de Bronfenbrenner explica que os aspetos relacionados com a interação pais-criança e as relações bidirecionais que se estabelecem entre a família e o contexto social e cultural mais alargado devem também ser tidos em conta. Assim, os pais, a criança e a relação entre eles, integram um sistema de inter-relações entre os diferentes níveis que constituem a ecologia da vida humana. Todo este sistema está em mudança constante ao longo do tempo e as relações pais-criança são influenciadas pelas mudanças históricas. Este processo permite que a criança modifique os elementos do seu contexto e que estes a modifiquem, tendo esta um papel ativo no seu próprio desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979).

O Modelo Transacional de Sameroff e Chandler (1975) considera o desenvolvimento um processo que se vai construindo através das interações contínuas, dinâmicas e bidirecionais entre a criança e as experiências que lhe são proporcionadas pela família e pelo seu contexto social. De acordo com esta perspetiva, as situações de risco biológico ou social podem ser atenuadas ou potencializadas pelo meio. Este modelo identifica três categorias de intervenção: alterar o comportamento da criança, modificar as perceções ou adequar as competências dos pais, de forma a repor uma boa regulação no sistema desenvolvimental (Tegethof, 2007). Por esta razão, a criança deverá ser compreendida enquanto inserida na família, e esta, enquanto parte da comunidade e do contexto cultural e político (Pereira & Serrano, 2010).

Posto isto, Almeida (2004) refere que a intervenção deverá ser focada nos vários contextos de vida da criança, na avaliação das características desses contextos e na definição das estratégias de intervenção que melhor respondam às necessidades da criança e da família. É por isso crucial uma mudança de atitude dos profissionais para um modelo de prestação de serviços transdisciplinar, centrado na família e no meio envolvente. Isto implica também um trabalho cooperativo e uma partilha de objetivos, uma comunicação aberta e eficaz e um desejo de discutir e resolver os problemas em equipa, ultrapassando as fronteiras das especialidades de cada profissional (Almeida, 2004).

As decisões da família devem ser apoiadas e respeitadas e os serviços prestados a esta devem ter a preocupação de fortalecer o seu funcionamento e de manter e melhorar

o seu bem-estar. De acordo com Tegethof (2007), as forças da família devem ser enfatizadas e o objetivo final da intervenção é que a família consiga gerir os problemas do dia-a-dia de forma autónoma. As competências da família e os recursos formais e informais existentes na comunidade são utilizados com o intuito de atingir os objetivos identificados pela família de forma a promover a sua inclusão (Tegethof, 2007).

Em suma, o modelo de Bronfenbrenner permite situar a criança no contexto da família e a família no contexto mais alargado da comunidade e compreender o efeito que as redes complexas de interações têm no desenvolvimento da criança. O modelo proposto por Guralnick colocou também em ênfase a capacitação e o fortalecimento da família, o desenvolvimento das suas redes de apoio social, bem como o facto de os padrões de interação da família terem resultados na criança, alertando para a necessidade de se identificar os fatores de risco e de proteção existentes nos contextos imediatos que contêm a criança em desenvolvimento (Guralnick, 2012).

## **1.2. Legislação.**

Nos Estados Unidos da América (EUA), o **Handicapped Children's Early Education Assistance Act** forneceu fundos para o desenvolvimento de programas destinados a crianças com deficiências ou incapacidade em idades precoces e aos seus pais, abrindo as portas à implementação de programas de IP (Lei Pública 90-538, 1968). Outro marco importante foi a publicação, em 1975, da Lei Pública 94-142, que veio reconhecer o direito a uma educação pública e adequada num meio natural, não restritivo, às crianças com necessidades educativas especiais (NEE), a partir dos 6 anos. Previu também o desenvolvimento de Planos Educativos Individualizados (PEI), que pressupunham já a participação dos pais e realçavam a importância dos serviços destinados a crianças dos 3 aos 6 anos, providenciando incentivos financeiros à implementação de respostas para as crianças desta faixa etária.

A publicação, em 1986, da **Lei Pública 99-457** passou a abranger a população dos 3 aos 6 anos com carácter de obrigatoriedade e a recomendar a sua aplicação à população dos 0 aos 3 anos. Esta legislação visa a coordenação inter serviços e enfatizar o papel da família e requer, caso a família deseje, a elaboração de um Plano Individualizado de Apoio à Família (PIAF). Enquanto legislação, constituiu um marco importante para a consolidação de um modelo abrangente para a IP, ao instituir o direito das crianças com NEE, bem como das suas famílias, ao acesso a serviços de IP, públicos, individualizados, coordenados, multidisciplinares e inter serviços, dando

enquadramento legal a uma prestação de serviços holística e integrada (Lei Pública 99-457, 1999).

Tegethof (2007) refere que, sob a designação de **Individuals with Disabilities Education Act (IDEA)**, esta última foi várias vezes reautorizada, requerendo: aos Estados: o desenvolvimento de serviços abrangentes de IP para crianças com NEE do nascimento aos 3 anos e suas famílias, utilizando pela primeira vez o termo ambientes naturais, como os mais indicados para desenvolver a intervenção; a obrigatoriedade de prestação de serviços de IP para crianças até aos 3 anos, com atrasos de desenvolvimento ou incapacidade; que providenciem uma educação pública e adequada às crianças com incapacidade dos 3 aos 5 anos; a prestação de serviços em ambientes naturais, em função das necessidades que esta exige, no PIAF.

Uma última reautorização da IDEA, intitulada **Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004**, preconiza uma definição rigorosa de atraso de desenvolvimento; uma deteção e avaliação precoce e abrangente, a ser conduzida por uma equipa multidisciplinar; um sistema de IP abrangente, coordenado, multidisciplinar e inter serviços; e, ainda, uma formação e supervisão adequada dos profissionais. Esta encoraja, ainda, os estados a expandir as respostas às situações de risco de atraso de desenvolvimento (Lei Pública 108-44, 2004).

Por sua vez, em Portugal, no final da década de 80, surgiu um movimento a favor da implementação da IP na infância decorrente dos modelos já existentes nos EUA, e a partir daí as equipas de IP foram crescendo por todo o país (Tegethof, 2007). O **Despacho Conjunto nº 891/99** (1999) foi o primeiro marco que surgiu em termos legislativos. Este destinava-se a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias.

Anos mais tarde foi aprovado o **Decreto-Lei 281/2009**, o qual visava a criação de um Sistema Nacional de IP na Infância (SNIPI), que consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. O SNIPI é desenvolvido através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com o envolvimento das famílias e da comunidade.

O SNIPI abrange crianças entre os 0 e os 6 anos e tem como objetivos

assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de Intervenção Precoce na Infância (IPI) em todo o território nacional; detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; intervir em função das necessidades do contexto familiar de cada criança elegível, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação; e, envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei 281/2009).

Atualmente, a IPI é considerada um “conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei 281/2009). Posto isto, existe um consenso em relação a estes objetivos deverem centrar-se nas necessidades das famílias, envolverem ativamente as comunidades, integrarem as contribuições de diferentes disciplinas, desenvolverem um trabalho numa equipa transdisciplinar e serem capazes de coordenar uma diversidade de apoios e serviços numa perspetiva sistémica (Guralnick, 1997).

## **2. As Perturbações do Desenvolvimento**

A American Psychiatric Association (APA, 2013) define as Perturbações do Desenvolvimento um conjunto de problemáticas cujas primeiras manifestações surgem no período de desenvolvimento, geralmente, antes da entrada da criança para a escola. Estas podem coocorrer e são caracterizadas por défices desenvolvimentais que podem originar dificuldades nas áreas pessoal, social, académica ou ocupacional. As manifestações das Perturbações do Desenvolvimento vão desde limitações específicas na aprendizagem ou no controlo das funções executivas até dificuldades globais nas competências sociais ou intelectuais (APA, 2013).

De seguida, são caracterizadas algumas das problemáticas mais frequentes das crianças acompanhadas no CDCTS. A sua seleção foi feita com base nos diagnósticos dos estudos de caso, descritos detalhadamente no capítulo III deste relatório.

### **2.1. A prematuridade.**

De acordo com a Raising Children Network (2015), uma gravidez normal dura em média 40 semanas (entre 38-42 semanas), sendo que um bebé é designado *prematuro* quando nasce antes das 37 semanas de gravidez. O grau de prematuridade pode ser

definido pela idade gestacional em (1) extremamente prematuro, de 23 a menos de 28 semanas de gestação; (2) muito prematuro, entre as 28-32 semanas; (3) moderadamente prematuro, entre as 32-36 semanas; (4) prematuro final, entre as 36-37 semanas.

A causa de cerca de metade dos nascimentos prematuros é desconhecida mas os seguintes fatores aumentam a probabilidade de um nascimento prematuro: (1) fatores maternos (pré-eclampsia, doença crónica, infeção, toxicodependência, morfologia do útero, parto anterior prematuro); (2) fatores que envolvem a gravidez (função anormal ou diminuição da placenta, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, rutura prematura do saco amniótico, excesso de líquido amniótico); (3) fatores que envolvem o feto (quando o comportamento fetal indica que o ambiente intrauterino não é saudável, gestação múltipla) (University of Rochester Medical Centre, 2015).

Os bebés, quando apresentam um peso inferior a 2500g, designam-se *prematuros de baixo peso*. O baixo peso pode resultar do facto de estes bebés, ao nascerem antes do tempo, não terem a oportunidade de nas últimas semanas ou meses de gravidez ganharem peso ou por não crescerem tanto como de costume no útero, tornando-os pequenos para a idade gestacional (Raising Children Network, 2015).

De uma forma geral, a taxa de nascimentos prematuros está a aumentar, devido ao crescente número de nascimentos múltiplos nos últimos anos. Estes bebés nascem antes dos seus corpos e sistemas de órgãos estarem completamente amadurecidos mas os dados indicam que mais de 90% destes bebés sobrevive. Porém, quanto maior for o tempo de gestação de um bebé, menos probabilidades ele tem de desenvolver qualquer problema de saúde ou dificuldades no seu desenvolvimento (Raising Children Network, 2015).

Os prematuros têm maior risco de comprometimento neuro comportamental (Bhutta, Cleves, Casey, Craddock, & Anand, 2002). Além do risco biológico e dos fatores ambientais, a preparação para o parto prematuro e os comportamentos específicos dos pais são importantes para o desenvolvimento neuro comportamental destas crianças (Treyvaud et al., 2009; Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006).

Assim, alguns autores defendem que existe uma correlação forte entre o baixo peso ao nascer e algumas condições como paralisia cerebral, défices intelectuais, epilepsia, problemas visuais, dificuldades de coordenação motora e dificuldades de aprendizagem. Os bebés prematuros têm um maior risco de apresentar perdas auditivas, atrasos na linguagem, perturbações hipercinéticas (Moster, Terje, & Markestad, 2008) e problemas emocionais e comportamentais (Bhutta et al., 2002; Moster et al., 2008). Foram também

verificadas dificuldades na memória visual, no processamento espacial, nos processos organizacionais mais complexos (metacognição, funções executivas, e motivação) (Edgin et al., 2008), na regulação da atenção (Clarck, Woodward, Horwood, & Moore, 2008), um aumento da irritabilidade, diminuição da expressão emocional e uma menor iniciativa social (Feldman, Weller, Sirota, & Eidelman, 2002).

## **2.2. A perturbação do espectro do autismo (PEA).**

Entre 1940 e 1960, pensava-se que o *autismo* era despoletado devido a uma parentalidade fria e distante. Porém, sabe-se hoje que existem algumas variantes genéticas ainda desconhecidas e mutações genéticas já conhecidas que o originam. Por esta razão, o autismo padece de um fenótipo comportamental alargado (Parr, 2013).

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é caracterizada por um conjunto de características clínicas observáveis: dificuldades na comunicação e na interação social e padrões de comportamento, interesses e atividades restritas e repetitivas. Estes sintomas estão presentes desde a primeira infância e limitam ou condicionam o funcionamento diário do indivíduo (APA, 2013).

De acordo com a APA (2013), as dificuldades na comunicação verbal e não-verbal manifestam-se na linguagem através da ausência completa de discurso ou atraso na linguagem, de uma compreensão pobre do discurso e/ou de um discurso em ecolália ou estereotipado. Mesmo quando os *skills* formais da linguagem estão intactos, verificam-se défices no uso desta na comunicação social.

As crianças diagnosticadas com PEA têm também défices na reciprocidade socio-emocional, i.e., na capacidade de cativar os outros e partilhar pensamentos e sentimentos, não conseguem ou apresentam dificuldades em iniciar interações sociais, em partilhar emoções e/ou em imitar o comportamento dos outros. Uma das mais recentes características reconhecidas em crianças com PEA é a sua dificuldade na atenção conjunta, exteriorizada pela ausência ou pobreza do apontar, mostrar ou carregar objetos para chamar a atenção dos outros e a incapacidade ou dificuldade de seguir visualmente o apontar ou o olhar para algo (APA, 2013).

Segundo a APA (2013), são também evidentes as dificuldades que estas crianças têm em fortalecer, preservar e compreender as relações pessoais. O seu interesse social pode ser ausente, reduzido ou atípico, exprimindo-se pela rejeição dos outros, por passividade ou por abordagens desadequadas (agressivas ou disruptivas) nas relações. Relativamente à comunicação não-verbal, verifica-se uma ausência, pobreza ou uso

desadequado do contacto ocular, dos gestos, das expressões faciais, da orientação do corpo e/ou da entoação do discurso nos comportamentos de interação social.

No que diz respeito aos comportamentos repetitivos ou estereotipados, estes incluem as estereotipias motoras simples e o uso de objetos e discurso repetitivos. O apego desmedido às rotinas e os padrões restritos de comportamento podem ser manifestados pela resistência na mudança ou por comportamentos com padrões ritualizados verbais e não-verbais (APA, 2013).

Em termos das competências motoras, estas crianças apresentam dificuldades ao nível do controlo e do planeamento motor dos movimentos finos e globais (Bhat, Landa, & Galloway, 2011).

Na motricidade fina, são observadas dificuldades nas tarefas de precisão (Whyatt & Craig, 2012) e destreza manual que requerem a coordenação dos membros superiores e o controlo visuo-motor, verificando-se atrasos em tarefas como alcançar, bater palmas, apontar, brincar com objetos pequenos (e.g., blocos e *puzzles*) (Bhat, Landa, & Galloway, 2011). Para além disso, estas crianças podem apresentar dificuldades em tarefas como abotoar, vestir, atar os atacadores, utilizar os talheres e recortar com tesoura (Gillberg, 1989 cit. in Correia, 2012).

Por outro lado, ao nível da motricidade global, as crianças com PEA demonstram dificuldades na realização de sequências motoras complexas por imitação motora (Fontes, 2013), nas atividades de controlo de bola (Staples & Reid, 2010), na coordenação dos movimentos que envolvem ambos os lados do corpo, no controlo motor dos membros superiores e inferiores, instabilidade postural, dificuldades no equilíbrio, agilidade e velocidade (Fournier et al., 2010; Bhat, Landa, & Galloway, 2011).

Em suma, as crianças com PEA podem ter diferentes áreas do seu desenvolvimento comprometidas, resultando em dificuldades em casa e no ambiente escolar que requerem um apoio específico. Assim, é de extrema importância identificá-las o mais precocemente possível de modo a poder intervir e assim minimizar os seus efeitos (Parr, 2013).

### **2.3. A perturbação da hiperatividade e défice de atenção (PHDA).**

Harpin (2013) refere que a causa principal da Perturbação da Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) é a genética, embora algumas lesões no Sistema Nervoso Central (e.g., hipoxia, meningite) e alguns aspetos ambientais também terem influência (e.g., depressão materna e mudanças na carreira acompanhadas com falta de *attachment*). Contudo, parece então existir uma interação entre fatores genéticos e

ambientais, sendo que os ambientais são principalmente responsáveis por exacerbar o diagnóstico de PHDA.

A APA (2013) define como principal característica da PHDA um padrão persistente de inatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento da criança. As manifestações desta problemática devem estar presentes em mais do que um contexto.

A inatenção manifesta-se em termos comportamentais como “perder-se” na tarefa, ausência de persistência, dificuldade de manter a atenção e ser desorganizado. Quanto à hiperatividade, esta refere-se a uma atividade motora excessiva quando não é apropriado, ou uma inquietação excessiva, *tapping* ou loquacidade. Por outro lado, a impulsividade diz respeito a ações precipitadas que ocorrem no momento sem pensar e que têm uma grande probabilidade de prejudicar o indivíduo. Esta última pode refletir um desejo de recompensa imediata ou uma incapacidade de adiar a compensação e os comportamentos impulsivos podem ser encarados como uma intrusão social e/ou tomada de decisões sem ter em consideração consequências a longo prazo (APA, 2013).

A PHDA, de acordo com a APA (2013) coocorre frequentemente com atrasos moderados no desenvolvimento da linguagem, da motricidade e no domínio social, embora não sejam específicos da problemática. Algumas características associadas podem incluir baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade de humor. Mesmo quando não se verifica uma Perturbação da Linguagem, a prestação académica ou laboral está afetada. O comportamento de inatenção está associado a muitos processos cognitivos e, por isso, crianças com PHDA apresentam problemas cognitivos na atenção, funções executivas e/ou memória.

Assim, a PHDA está associada a uma baixa *performance* escolar e resultados académicos e rejeição social. A prestação inadequada e variável em tarefas que requerem um esforço mantido é muitas vezes interpretada como preguiça, irresponsabilidade e falha na cooperação. Para além disso, estas crianças têm maior probabilidade de desenvolver problemas de comportamento e perturbação da personalidade antissocial na idade adulta o que, conseqüentemente, aumenta a possibilidade do uso de substâncias e de sofrerem acidentes (APA, 2013).

Harpin (2013) afirma ainda que crianças com PHDA têm problemas nas seguintes funções executivas: autorregulação, sequência de comportamentos, flexibilidade, inibição de respostas, planeamento e organização. Vários estudos relatam défices motores observados em crianças com PHDA, entre eles dificuldades na coordenação global, na orientação espaço-temporal e na motricidade fina (Farré & Narbona, 2001); dificuldades

ao nível do equilíbrio, da orientação espaço-temporal, da motricidade global e, ainda, resultados médios baixos para a noção de esquema corporal (Camargo & Bruel, 2012).

#### **2.4. A perturbação da linguagem.**

A Perturbação da Linguagem integra o conjunto das Perturbações da Comunicação. A linguagem é dos aspetos mais frágil e complexo do desenvolvimento e esta inclui a forma, a função e o uso de um sistema de símbolos convencional de acordo com as regras da comunicação (Kelly & Sandiford, 2013).

Kelly & Sandiford (2013) afirmam que não existe uma classificação consistente nas Perturbações da Comunicação pois muitas crianças têm dificuldades que envolvem várias áreas. Ao excluirmos as crianças que têm uma causa óbvia para os seus problemas de comunicação (e.g., fenda palatina, paralisia cerebral), resta um número elevado de crianças com problemas que se pensa terem uma origem desenvolvimental, i.e., nas quais os processos biológicos e ambientais para o desenvolvimento da linguagem falharam de alguma forma.

As principais características da Perturbação da Linguagem são as dificuldades na aquisição e no uso da linguagem devido a défices na compreensão ou produção de vocabulário, estrutura frásica e discurso, podendo ser observados na comunicação oral, escrita ou por sinais. Assim, a aprendizagem e o uso da linguagem são dependentes de *skills* recetivos e expressivos. A capacidade expressiva está relacionada com a produção de sinais verbais, vocais ou gestuais, enquanto que a capacidade recetiva é o processo de receber e compreender mensagens da linguagem (APA, 2013).

Segundo a APA (2013), a Perturbação da Linguagem afeta geralmente o vocabulário e a gramática e, conseqüentemente, limita a capacidade do discurso. As primeiras palavras e frases da criança surgem mais tarde, o vocabulário é menor e menos variado e as frases são mais curtas e menos complexas com erros gramaticais, especialmente no pretérito perfeito. Podem também verificar-se dificuldades em encontrar as palavras certas, as definições verbais e a compreensão de sinónimos são fracas, assim como o conhecimento de significados múltiplos e o uso jogos de palavras de acordo com a idade e a cultura. Estas crianças apresentam ainda dificuldades em seguir instruções mais complexas, em ensaiar informações verbais (e.g., recordar um número de telefone) e em lembrarem sequências sonoras novas. Relativamente ao discurso, são evidentes as dificuldades na capacidade de fornecer informação adequada acerca de eventos e em narrar uma história coerente.

As dificuldades na linguagem são manifestadas por habilidades substancialmente e em quantidade abaixo do esperado para a idade e interferem de forma significativa com o conhecimento acadêmico, *performance* ocupacional, comunicação eficaz e socialização (APA, 2013).

De acordo com Aguado (1999), Bosch (2006) e Mendoza (2009), as crianças com Perturbação da Linguagem podem apresentar, para além das dificuldades linguísticas, dificuldades cognitivas (jogo simbólico, construção de imagens mentais, memória e processamento sequencial, memória auditiva a curto prazo, estruturação espaço-temporal); dificuldades perceptivas ao nível da audição; dificuldades psicomotoras (praxias global e fina, lateralização, destreza motora); e, ainda, alterações comportamentais (desatenção, inquietude, baixa autoestima, intolerância à frustração, imaturidade social).

As crianças com um diagnóstico de Perturbação da Linguagem apresentam normalmente um desenvolvimento atípico e torna-se difícil prever o seu prognóstico. Apesar de, em alguns casos, os problemas poderem ser resolvidos com a entrada para a escola, as que apresentam dificuldades mais severas persistem para além da idade dos 4 anos e são propensas a terem problemas de aprendizagem. Neste sentido, é essencial uma intervenção multidisciplinar, que inclua uma equipa constituída por um terapeuta da fala (para avaliar detalhadamente a comunicação e os *skills* de alimentação), um psicólogo clínico (para avaliar os níveis cognitivos da criança) e um terapeuta ocupacional (para avaliar e intervir nos *skills* de praxia fina, movimento funcional da mão e processamento sensorial) (Kelly & Sandiford, 2013).

Em forma de síntese, as Perturbações do Desenvolvimento condicionam o desenvolvimento normal da criança, afetando a sua participação e funcionamento nos vários contextos de vida. As suas manifestações podem ocorrer de forma isolada ou em simultâneo. Relativamente à prematuridade e às três problemáticas analisadas – a PEA, a PHDA e a Perturbação da Linguagem, verificam-se dificuldades predominantes ao nível do comportamento, da linguagem, da motricidade e das competências sociais.

### **3. A Psicomotricidade**

#### **3.1. Abordagem e definição.**

Os impulsos, as emoções, os sentimentos e os pensamentos exprimem-se através da motricidade. A psicomotricidade permite uma comunicação através do corpo, que passa essencialmente pelo não-verbal, pela expressão simbólica, pela comunicação com os objetos e pela relação com o outro. Assim, a expressão do mundo interno é possível

através da expressão do corpo em movimento, facilitando o confronto externo com as dificuldades de elaboração emocional (Costa, 2007).

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2015) defende que esta se baseia numa visão holística do ser humano, corporal e psíquica, que inclui as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais na capacidade de ser e de agir do indivíduo, num contexto biopsicossocial. A psicomotricidade pode atuar em âmbitos como a saúde, a educação, a segurança social, ou até no bem-estar, tendo uma função de prevenção, de educação, de reeducação, de terapia e de reabilitação total, levando a uma otimização das capacidades dos indivíduos e aumentando a acessibilidade e a adaptabilidade destes aos mais variados ecossistemas (Fonseca, 2010).

O desenvolvimento psicomotor está dividido em fatores psicomotores específicos: a Tonicidade tem um papel fundamental no desenvolvimento motor ao assegurar a preparação da musculatura para a atividade postural e praxica; a Equilibração é uma função determinante na construção do movimento voluntário, condição indispensável de ajustamento postural e gravitacional; a Lateralização retrata a organização inter-hemisférica em termos de dominância; a Noção do Corpo compreende a receção, a análise e o armazenamento das informações vindas do corpo, sobre a forma de tomada de consciência estruturada e armazenada somatotopicamente; a Estruturação Espaço-temporal envolve funções de receção, processamento e armazenamento espacial e rítmico; a Praxia Global diz respeito à capacidade de realizar o movimento voluntário para alcançar um objetivo; a Praxia Fina compreende tarefas de dissociação digital e de preensão construtiva, com significativa participação dos movimentos dos olhos, da coordenação óculo-manual e da fixação da atenção visual (Fonseca, 2010).

Posto isto, e de acordo com Lima, Afonso, Calado, & Nascimento (2014), o técnico de psicomotricidade tem como responsabilidade a avaliação e a intervenção nas alterações psicomotoras observadas na criança com o objetivo de estimular as áreas motoras que se encontram alteradas. As diferentes experiências e vivências corporais que a psicomotricidade oferece, através da existência ou não de contacto corporal/toque ou da utilização de objetos mediadores e ou de diferentes materiais, ao atuarem na expressão do sintoma ou na base que o desencadeia, facilitam a consciencialização do corpo, dos seus comportamentos, posturas e tonicidade (Maximiano, 2004).

A psicomotricidade possibilita aos sujeitos melhorarem a sua capacidade de atuação na sociedade, quer individualmente, quer na relação com os outros (Silva & Albuquerque, 2011). Fonseca (2010) refere que a psicomotricidade considera o indivíduo como um todo, não descurando a sua motricidade, corporalidade, funções afetivas,

relacionais, linguísticas e cognitivas. Esta envolve um processo e um produto final, i.e., é necessário que exista um ato mental para que depois esse movimento seja efetuado. Para tal, são importantes as funções de execução motora, psíquicas, de integração, elaboração, planificação, antecipação, extrapolação, controlo e referência. Assim, o psicomotricista deve realizar atividades em que o ritmo, a motricidade, o corpo, a ação, o gesto e o jogo estejam presentes. Durante a sua realização, as atividades psíquica e motora não podem ser entendidas como áreas distintas, pois formam uma só componente.

### **3.2. A psicomotricidade relacional e a psicomotricidade instrumental.**

O foco da psicomotricidade pode incidir na valorização da componente relacional e psicoafetiva, permitindo um reviver da relação mãe-bebé, relação tónico-emocional decorrente da simbiose fisiológica e afetiva da relação precoce. Neste sentido, a Psicomotricidade Relacional constitui uma experiência do corpo que envolve a gestão da problemática da identidade e da fusionalidade, permitindo a expressividade pulsional da criança, bem como o seu reinvestimento no terapeuta como agente securizante e meio de ligação com o mundo das coisas e dos outros (Martins, 2001).

A prática, segundo Martins (2001), pode também centrar-se na componente instrumental da atividade, ao envolver uma relação mais precisa e direta com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento. É através da experimentação sensoriomotora que o desenvolvimento das atividades perceptiva, simbólica e concetual são estimulados, valorizando a intencionalidade e a consciencialização da ação e a exploração de todas as formas possíveis de expressão. Assim, a Psicomotricidade Instrumental é uma intervenção centrada nas situações-problema. Estas são apresentadas de forma a serem vividas como situações de êxito, estabelecendo uma relação entre a criança e a ação, suscetível de romper com os seus bloqueios e resistências e melhorando também a autoestima e confiança.

Martins (2001) esclarece ainda que, independentemente de a intervenção ser mais focada na vertente relacional ou na vertente instrumental, o espaço psicomotor deve ser sempre um espaço de prazer e de desejo, jogo simbólico e representações. Este deve ser explorado de acordo com a personalidade de cada criança e os objetos devem representar o mundo real, tangível, que permite fazer a ponte entre a realidade subjetiva (interior) e a realidade objetiva partilhada (exterior).

### **3.3. A intervenção individual e a intervenção em grupo.**

A Intervenção Individual permite que o terapeuta tenha mais disponibilidade para a criança, tendo maior atenção ao seu ritmo de aprendizagem e, conseqüentemente, uma participação mais eficiente na sessão. Porém, estas sessões de cariz individual podem ser consideradas menos dinâmicas e o facto de a criança estar sozinha com o terapeuta pode torná-la mais inibida. De uma forma geral, este tipo de intervenção é escolhida e realizada num período inicial, e só posteriormente, caso se verifiquem as condições necessárias para tal, se passa a uma Intervenção em Grupo (Aragón, 2007).

Por outro lado, a Intervenção em Grupo constitui uma situação privilegiada pela riqueza de situações que surgem e que permitem evidenciar a organização da personalidade e os conflitos das crianças. O *feedback* imediato dos pares e dos terapeutas ajudam-nas a trabalhar o seu comportamento problemático num ambiente protegido, têm hipótese de desenvolver competências de auto-observação e de ensaiar modos de se relacionar com as pessoas, que podem usar fora do grupo terapêutico. Para além disso, são sessões mais estimulantes e favorecem a comunicação e a espontaneidade. Porém, é necessário um espaço maior e pode tornar-se mais difícil a observação e a regulação do grupo (Aragón, 2007).

Em suma, tanto a Intervenção Individual como a Intervenção em Grupo têm vantagens e desvantagens, quer para o terapeuta, quer para a criança. Contudo, estas devem sempre ter em conta o perfil de cada criança e os objetivos definidos para cada caso.

### **(B) Enquadramento Institucional Formal**

A Unidade Curricular *Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais*, pertencente ao 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, permite que o aluno, sob orientação, integre uma realidade profissional para vivenciar e aprender as dinâmicas da sua atividade futura. Neste caso, o local escolhido para a realização da atividade de estágio foi o Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva (CDCTS), do Hospital Garcia de Orta (HGO), que durante o ano letivo 2014-2015 contou com o trabalho e empenho de duas estagiárias (uma de licenciatura e uma de mestrado). A caracterização desta instituição será apresentada de seguida.

#### **1. Contexto Funcional: Caracterização, Missão e Objetivos**

O Hospital Garcia de Orta (HGO), Entidade Pública Empresarial (EPE), foi inaugurado em 1991 e visa a prestação de cuidados de saúde à população dos

concelhos de Almada, do Seixal e de Sesimbra. Este é constituído por uma grande variedade de serviços clínicos, entre os quais a Pediatria, composto pelas especialidades de Neonatologia, Desenvolvimento, Neuropediatria e Cuidados Intensivos (CDC-HGO, 2009).

O Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta encontra-se estruturado em sete áreas funcionais: Internamento e Hospital de Dia, Urgência com Unidade de Curta Duração, Consulta Externa, Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, Neonatologia/Puerpério, Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento e Unidade de Pedopsiquiatria (Carvalho, 2005). A sua construção foi iniciada em 1998, com o apoio do Programa Saúde XXI e da Fundação Calouste Gulbenkian. Porém, devido a contingências da construção e burocracias, só em 2007 é que este projeto se tornou uma realidade funcional (CDC-HGO, 2009).

O CDCTS presta serviços de prevenção, apoia o diagnóstico e o tratamento de patologias neurológicas e perturbações do desenvolvimento psicomotor em crianças e jovens, entre os 0 e os 15 anos de idade, residentes na área de influência do HGO. Para além disso, o CDCTS fornece ainda apoio médico e psicossocial às famílias, promove a ligação à comunidade, privilegia a ligação com os cuidados de saúde primários, desenvolve atividade científica e fomenta a cooperação institucional. Assim, ao colaborar com os profissionais que atuam nos apoios educativos, permite uma avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança (CDC-HGO, 2009).

Como parte integrante do HGO e também abrangido pelo Sistema Nacional de Saúde, os serviços do CDCTS são gratuitos para crianças até aos 18 anos, inclusive. Deste modo, a qualidade e excelência da assistência é garantida pela equidade e universalidade de acesso (CDC-HGO, 2009).

Assim, de um modo mais estruturado, os objetivos principais do CDCTS são:

- Atender crianças com problemas neurológicos e perturbações do desenvolvimento, proporcionando uma investigação, avaliação e tratamento;
- Apoiar em termos médicos e psicossociais as famílias;
- Promover a ligação à comunidade, privilegiando a ligação com os cuidados de saúde primários e promovendo a cooperação institucional;
- Cooperar com os profissionais que atuam nos apoios educativos para a avaliação e definição conjunta da metodologia mais adequada a cada criança;
- Servir de centro de referência para o diagnóstico e avaliação de crianças que ultrapassem as capacidades técnicas dos hospitais distritais;

- Colaborar na formação dos profissionais intra e extra hospitalares, nas diferentes áreas, quer através de estágios específicos, quer com ações de formação dirigidas a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social;
- Desenvolver atividade científica através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica;
- Criar um pólo de investigação aplicada e ensaio de ajudas técnicas e novas tecnologias.

## **2. Atividades**

O CDCTS desenvolve os seus serviços em três vias de atividade diferenciadas: (a) assistencial, (b) formativa e (c) científica (CDC-HGO, 2009). Cada uma delas será descrita de forma mais pormenorizada de seguida.

### **2.1. Atividade assistencial.**

No que diz respeito à atividade (a) assistencial, o CDCTS disponibiliza (1) consultas gerais individualizadas das diferentes especialidades, que facultam serviços em cinco áreas distintas: o Desenvolvimento, a Epilepsia, a Neuropediatria, a Reabilitação Pediátrica e a Psicologia (CDC-HGO, 2009).

Em qualquer uma das diferentes especialidades é realizada uma avaliação específica, seguida do estabelecimento de um diagnóstico diferencial e da elaboração de um plano adequado de intervenção para cada criança numa perspetiva multidisciplinar que atue nas diferentes vertentes envolvidas – a criança, a família e a escola. Para além disso, este tipo de consultas permite o acompanhamento periódico da evolução da condição e desenvolvimento da criança tendo em conta a intervenção proposta (CDC-HGO, 2009).

Outro tipo de serviços disponíveis são as (2) consultas multidisciplinares para as patologias mais complexas. Estas têm um papel fundamental no acompanhamento especializado, realizado por diferentes técnicos, do seu impacto na vida da criança e da família, a nível psicológico e social. Neste sentido, é feita uma avaliação abrangente, a equipa estabelece um plano de atuação de intervenção e reabilitação, que contempla as diferentes vertentes do desenvolvimento global da criança – motor, sensitivo, sensorial, socio afetivo e familiar, e desencadeia as estratégias adequadas para o executar, possibilitando assim uma rentabilização do tempo e dos recursos (CDC-HGO, 2009).

Por último, existem ainda as (3) intervenções terapêuticas nas diferentes áreas: a fisioterapia, a hipoterapia, a terapia da fala, a terapia ocupacional e a terapia/reeducação

psicomotora. Todas elas pretendem o cumprimento de objetivos reais de forma a ser alcançado o máximo de funcionalidade e autonomia para cada criança, tendo em consideração as suas características individuais e as suas necessidades enquanto ser biopsicossocial (CDC-HGO, 2009).

A par com as consultas e intervenções, o CDCTS dispõe ainda das valências de enfermagem, serviço social e educação (CDC-HGO, 2009).

A enfermagem atua na promoção de um nível de adaptação à situação de saúde da criança, através da avaliação dos seus problemas, da definição dos resultados a atingir e do planeamento de intervenções pertinentes. Esta intervenção visa ajudá-los a ultrapassar a crise, a viver com as alterações decorrentes do diagnóstico, da terapêutica instituída e a alcançar a autonomia possível no seu auto cuidado (CDC-HGO, 2009).

O serviço social, por meio de métodos e técnicas específicas, procura promover as potencialidades das famílias e doentes, reconhecendo as suas necessidades e vulnerabilidades, com vista a desenvolver um projeto de reabilitação integrado e realista, que os capacite para a produção da sua própria mudança (CDC-HGO, 2009).

A educação, por sua vez, funciona como recurso para as famílias/comunidade na procura de respostas/orientação para os projetos de vida das crianças. Esta valência tem como funções: (1) avaliar as situações sinalizadas, procedendo à intervenção, encaminhamento e apoio na implementação do plano de intervenção; (2) articular com os diferentes serviços da comunidade de forma a sensibilizar e desenvolver comunidades inclusivas; (3) dinamizar espaços diferenciados, de forma a intervir de imediato e temporariamente; (4) implementar sistemas de comunicação aumentativa/alternativa junto de crianças/jovens com perturbações da comunicação/paralisia e acompanhar o processo junto dos diferentes contextos de vida das crianças/jovens; (5) dinamizar um gabinete de avaliação para despiste e encaminhamento para os diferentes serviços da comunidade; (6) contribuir para a rentabilização dos recursos das comunidades abrangidas pelo HGO (CDC-HGO, 2009).

## **2.2. Atividade formativa.**

Em relação à atividade (b) formativa, esta corresponde à participação na atividade pedagógica dos serviços do HGO, que proporciona cursos e ações de formação regulares a pais, médicos e outros técnicos. O CDCTS oferece, ainda, espaço para a realização de estágios curriculares e profissionais a médicos, psicólogos e técnicos das diversas áreas.

O centro, ao ter a constante preocupação de promover um conjunto diferenciado de oportunidades e iniciativas de formação aos profissionais, proporciona aos seus estagiários a possibilidade de intervir diretamente com os utentes e com toda a equipa técnica e, ainda, a participação em formações, cursos e reuniões que desenvolve com um carácter regular. Assim, a dinâmica da atividade formativa do CDCTS, traduzida pela autoformação constante, permite estimular a motivação e a eficácia da aprendizagem de toda a equipa.

No decorrer do estágio é dada a oportunidade de participação ativa nas várias atividades de formação dinamizadas, entre as quais: reuniões multidisciplinares, que ocorrem todas as terças-feiras à tarde, destinadas à equipa do CDCTS, durante as quais são apresentados e/ou analisados temas e casos clínicos, sendo a sua calendarização feita no início do ano; ações de formação sobre as mais diversas temáticas; *journal club*, realizado todas as quintas-feiras de manhã, no qual são apresentados e discutidos, pelos profissionais do centro, artigos científicos ou temáticas de interesse; visitas às escolas das zonas abrangidas pelo HGO e reuniões com as equipas de apoio educativo; e, ainda, um curso de Introdução à Neuropediatria e Desenvolvimento, realizado anualmente (CDC-HGO, 2009).

### **2.3. Atividade científica.**

Por fim, o CDCTS promove ativamente a investigação clínica, a capacidade de inovar e o sentido crítico dos seus profissionais. Surge assim a atividade (c) científica, que se baseia na elaboração de trabalhos e projetos de pesquisa clínica, regularmente apresentados em reuniões nacionais e internacionais ou sob a forma de artigos em revistas de referência do desenvolvimento infantil (CDC-HGO, 2009).

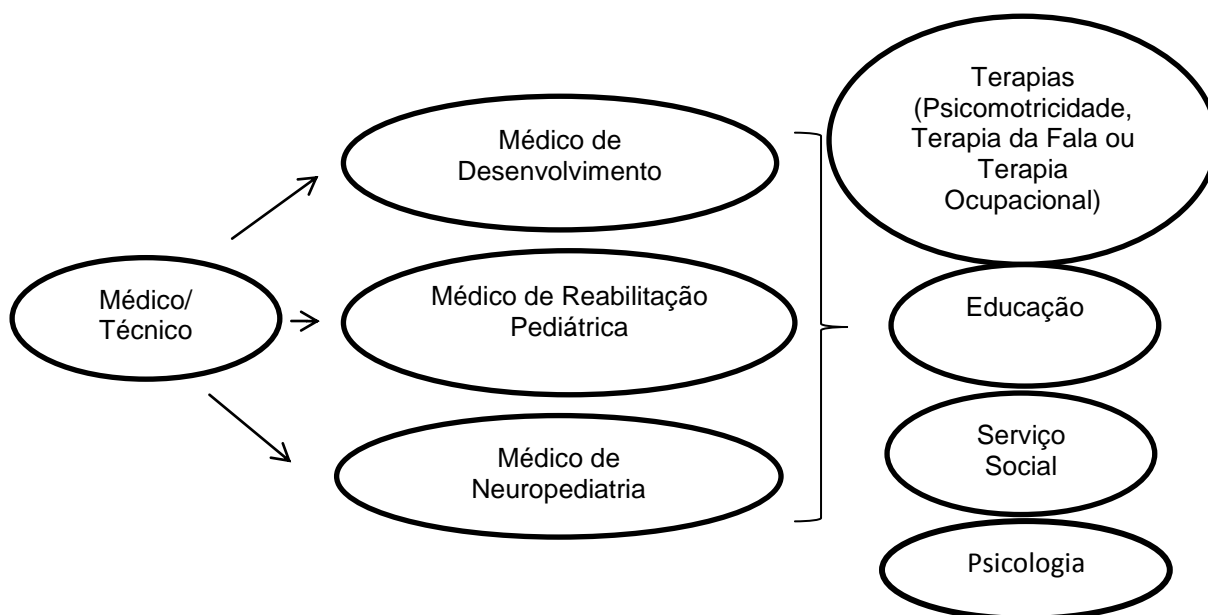
## **3. Modelo de Atendimento**

O modelo de atendimento, no CDCTS, expressa um processo de assistência global, i.e., o utente é considerado um ser biopsicossocial e por isso são tidos em conta os seus aspetos biológicos, psíquicos e sociais. Os serviços podem, caso necessário, ser prestados por vários médicos e técnicos, sempre com o intuito de ser alcançada a melhor resposta terapêutica e evolução da criança. Assim, os profissionais especializados das diversas áreas comunicam e cooperam entre si num modelo multidisciplinar.

Este é também o modelo de atendimento que caracteriza as consultas de Psicomotricidade: as crianças são encaminhadas maioritariamente pelos médicos de Desenvolvimento e de Reabilitação Pediátrica, seguindo-se um período de avaliação e

observação com o objetivo de determinar os objetivos fulcrais da intervenção. Para além disso, é de ressaltar a tentativa constante, por parte de todos os técnicos, de articulação periódica com a família e com a escola da criança. O esquema seguinte ilustra, de forma sumária, o modelo geral de atendimento do CDCTS.

**Figura 1** – Modelo de Atendimento do CDCTS



#### 4. Recursos

##### 4.1. Humanos: equipa.

No seguimento da explicitação das atividades assistencial, formativa e científica existentes no CDCTS, torna-se fundamental a caracterização da equipa multidisciplinar, composta por técnicos de diferentes áreas, que presta um apoio especializado. A equipa do CDCTS é então constituída por quatro pediatras do desenvolvimento, três neuro pediatras, dois fisiatras, uma assistente social, três enfermeiras, quatro psicólogas, uma educadora especializada em educação especial e uma professora. Em relação aos terapeutas, atualmente existem três terapeutas ocupacionais, duas terapeutas da fala, uma psicomotricista e, ainda, dois engenheiros de reabilitação em estágio profissional. Por fim, o Centro tem também duas secretárias e duas auxiliares de ação médica (CDC-HGO, 2009).

Na minha visão pessoal, a par com a nostalgia que carrego, a integração, disponibilidade, carinho e apoio de toda a equipa do CDCTS permitiu-me uma melhor

compreensão da importância desta ligação. As relações que construí, não apenas profissionais mas também pessoais, tornaram esta experiência muito mais rica e prazerosa. Esta é, sem dúvida, uma equipa que trabalha arduamente e em cooperação para atingir o mesmo fim, sabendo contudo respeitar os lugares que cada um ocupa no seio da mesma.

#### **4.2. Espaço e materiais.**

O CDCTS fica sediado no piso 0 de um edifício independente ao do HGO, com características únicas e acessível para todos, quer a nível funcional, quer motivacional. O edifício tem ainda um 1º andar destinado ao serviço de Psiquiatria.

A decoração e os materiais de todo o espaço físico do CDCTS são adequados à sua população-alvo, as crianças. O ambiente do centro, para além de funcional em termos práticos, tem ainda um carácter motivacional e relacional, sendo um espaço lúdico, divertido e com um ambiente encantador e hospitaleiro. As suas paredes, que se estendem desde a sala de espera às salas de consultas e intervenções, foram pintadas com várias imagens que contam uma história, projeto executado pela organização internacional *Paint a Smile*. Esta decoração tem como objetivo minimizar os sentimentos de ansiedade nas crianças e tornar o hospital num espaço mais agradável e pessoal. Como o próprio nome indica, pretende pintar/colorir um sorriso na face das crianças, i.e., torná-las mais felizes!

De uma forma geral, o edifício do CDCTS é composto por duas áreas: uma destinada aos utentes, onde são realizadas as consultas e as intervenções, e uma reservada para a equipa de profissionais. Estas áreas serão descritas detalhadamente mais à frente.

A área destinada aos utentes inclui: uma sala de espera, nove salas de consulta médica, duas salas de observação/avaliação, cinco salas de intervenção (uma sala de tratamentos, uma sala para a Terapia da Fala, duas salas para a Terapia Ocupacional e uma sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade), uma sala de tecnologias de apoio, uma sala para as técnicas de educação e uma sala para as técnicas de serviço social. O espaço reservado para a equipa de profissionais é constituído por duas salas de trabalho, uma sala de coordenação, uma sala de reuniões com biblioteca, uma sala de conferências, uma sala de secretariado, uma sala de pausa com copa e balneários. De salientar que o CDCTS dispõe de três arrecadações e dez instalações sanitárias, sendo duas delas adaptadas (constituídas por equipamentos de menores dimensões). A planta do CDCTS encontra-se disponível para consulta no anexo A.

## **Capítulo II - Realização da Prática Profissional**

Este capítulo descreve todo o trabalho desenvolvido no CDCTS em termos práticos e encontra-se organizado em cinco partes: (A) Organização e Calendarização das Atividades, (B) Horário de Estágio, (C) Contexto e Estrutura das Sessões de Intervenção, (D) Descrição dos Casos Intervencionados e (E) Descrição do Processo de Intervenção Psicomotora.

### **(A) Organização e Calendarização das Atividades**

O estágio no CDCTS iniciou-se, formalmente, no dia 17 de outubro de 2014 e terminou no dia 20 de julho de 2015. Porém, no dia 16 de outubro de 2014, foi realizada uma reunião com a orientadora local, a Dr.<sup>a</sup> Joana Carvalho e com a estagiária de 1º ciclo, a Melissa Vieira.

Durante esta reunião, a Dr.<sup>a</sup> Joana apresentou o Centro e explicou sumariamente o funcionamento e a organização do trabalho realizado em psicomotricidade. Neste dia, foram também acordados horários flexíveis e algumas funções das estagiárias. O horário nem sempre era fixo, pois por vezes a visita às escolas, as reuniões com os pais e as avaliações de algumas crianças, por uma questão de disponibilidade, não ocorriam no horário destinado para tal.

O período de estágio decorreu de forma sequencial, podendo ser estruturado em diferentes momentos, alguns ocorridos em simultâneo: Integração, Observação, Avaliações Iniciais, Intervenção Psicomotora, Avaliações Finais e Realização e Entrega do Relatório de Estágio. Estes momentos estão calendarizados, podendo ser observados na tabela 1.

Tabela 1

## Calendarização da Organização do RACP

|      |       | Integração | Observação | Avaliações Iniciais | Intervenção Psicomotora | Avaliações Finais | Realização e Entrega do Relatório |
|------|-------|------------|------------|---------------------|-------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| 2014 | out.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | nov.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | dez.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
| 2015 | jan.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | fev.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | mar.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | abril |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | maio  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | jun.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | jul.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | ago.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | set.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |
|      | out.  |            |            |                     |                         |                   |                                   |

O início do estágio foi marcado por um período de integração da estagiária na estruturação das dinâmicas e da equipa, que durou aproximadamente três meses. Assim, numa 1ª fase de adaptação, através de um papel mais passivo, foi dado maior destaque à observação de intervenções individuais e em grupo e de avaliações psicomotoras realizadas pela Dr.ª Joana. Relativamente às Reuniões de Equipa e ao *Journal Club*, a participação nestas teve início logo na primeira semana de estágio e manteve-se constante até ao final de junho.

Pela observação da tabela 1, verifica-se que as primeiras avaliações foram iniciadas em dezembro de 2014, sendo a partir desta altura que se deu início às intervenções. Aqui, após uma recolha inicial de informações clínicas relativas a cada criança, a minha participação tornou-se mais ativa e autónoma, ao contactar e intervir diretamente com as crianças e com as famílias, quer em situações de avaliação, como de intervenção, individual e em grupo. Assim, de acordo com o perfil de desenvolvimento de cada criança, todas as semanas eram planeadas atividades com o objetivo de serem o “fio condutor” das sessões.

De referir que, desde cedo, e tendo em conta o número elevado de casos referenciados para intervenção psicomotora, foi alargado o número de horas de estágio previstas no regulamento do RACP, o que permitiu um maior contacto e trabalho com crianças com diagnósticos diversificados e uma aprendizagem acrescida a nível profissional. O horário do RACP pode ser consultado mais à frente, na tabela 2.

A partir de maio de 2015, foram iniciadas as primeiras avaliações finais das crianças que estiveram em processo de intervenção. Estas reavaliações pretendiam verificar se existiam melhorias ao nível das dificuldades das crianças, para decidir se estas mantinham, modificavam ou tinham alta da intervenção. Os resultados das avaliações eram, sempre que possível, apresentados e discutidos em conjunto com os pais e com os médicos responsáveis, sendo a decisão tomada em conjunto e de acordo com os relatos e perceções acerca da evolução das crianças após intervenção.

### **(B) Horário de Estágio**

O horário de estágio não foi estático ao longo do tempo pois, como referido anteriormente, por vezes foi necessário adequá-lo à disponibilidade das crianças e dos pais. Numa 1ª fase de integração e observação, decorrida até meados de dezembro, o horário da estagiária era o mesmo do da orientadora local (geralmente de 2ª a 6ª feira das 8.30 às 13h).

Posteriormente, quando se deu início às intervenções (algumas sem a presença da Dr.ª Joana), foi necessário proceder a um reajustamento e aumento do horário, de acordo com o número de crianças acompanhadas e com a disponibilidade das salas para a realização de avaliações e intervenção psicomotora com um carácter mais regular.

Relativamente ao horário do RACP, realizou-se uma média de 35 horas por semana, durante cerca de 32 semanas, o que perfaz um total de 1120 horas. A tabela 2 representa o horário das atividades do RACP.

Tabela 2

Horário do RACP

|               | <b>2ª Feira</b>   | <b>3ª Feira</b>          | <b>4ª Feira</b>     | <b>5ª Feira</b>     | <b>6ª Feira</b>     |
|---------------|-------------------|--------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Manhã</b>  | Sessão de Grupo   | Avaliações               | Avaliações          | <i>Journal Club</i> | Sessão de Grupo     |
|               | Sessão Individual | Organização              |                     | Sessões individuais | Sessões Individuais |
| <b>Almoço</b> |                   |                          |                     |                     |                     |
| <b>Tarde</b>  | Sessão de Grupo   | Reunião Multidisciplinar | Sessões individuais | Sessões de Grupo    |                     |
|               |                   | Sessão de Grupo          |                     |                     |                     |

### **(C) Contextos e Estrutura das Sessões de Intervenção**

Neste tópico serão descritos pormenorizadamente os espaços pertinentes ao trabalho realizado na Psicomotricidade, bem como a organização tipo das sessões de psicomotricidade.

#### **1. Contextos**

No âmbito das consultas e intervenções em Psicomotricidade, são de destacar três espaços: a Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade, a Sala de Conferências e as Salas de Avaliação. No anexo B estão disponíveis fotografias da Sala de Integração Sensorial/Psicomotricidade, descrita de seguida,

A Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade é o espaço onde são realizadas a maior parte das sessões individuais de intervenção em Psicomotricidade. Esta é uma sala de dimensões médias, composta por duas portas e por duas janelas espelhadas (observação informal e não intrusiva) e por um conjunto muito diversificado de recursos materiais, e.g., colchões, trampolim, piscina de bolas, baloiço, etc. (lista completa e imagens de todos os materiais disponível para consulta no anexo C) que oferecem garantidamente todas as condições de segurança às crianças. No âmbito do RACP, foram também criados alguns materiais para as sessões de psicomotricidade, tal como se pode verificar no anexo D. Alguns destes materiais encontram-se arrumados nos armários exteriores localizados no corredor secundário, acessível pela porta traseira desta sala.

Relativamente à Sala de Conferências, para além de ser o espaço onde decorrem as ações de formação e reuniões de equipa, é também utilizada como recurso físico para as sessões de intervenção psicomotora em grupo, intervenção que apela a um espaço de maiores dimensões e com menos estímulos distráteis. A sala de conferências cumpre estes requisitos fundamentais por ser um espaço bastante amplo e por ser constituída apenas por duas mesas de trabalho, cadeiras, retroprojektor, um quadro e um computador.

As Salas de Observação/Avaliação, por sua vez, são espaços destinados à realização das primeiras consultas com os utentes e suas famílias. Em termos de decoração, são salas mais sóbrias, constituídas apenas por duas mesas de trabalho, cadeiras e um armário com alguns materiais. Estas salas são as preferenciais para a realização da avaliação da proficiência psicomotora das crianças e, quando já em intervenção, para as sessões de intervenção mais centradas nas tarefas de mesa. O fator que melhor o justifica é, à semelhança da sala de conferências, a existência de poucos estímulos distráteis para a prestação da criança nas tarefas não ser condicionada.

## **2. Estrutura Geral das Sessões de Intervenção**

A estrutura geral das sessões permite transmitir previsibilidade e segurança às crianças, promovendo uma participação mais ativa e confiante das mesmas durante a sessão. As atividades desenvolvidas apresentam uma base relacional e instrumental, tendo em conta as características próprias da criança e respetivos objetivos a desenvolver. Estas têm um caráter lúdico, através das quais se potencializa o desenvolvimento psicomotor, as competências sociais, a cognição, bem como a autonomia da criança.

O CDCTS inclui duas modalidades de formatos de intervenção: intervenções individuais e em grupo, sendo que as crianças são selecionadas para uma delas tendo em conta as suas características e necessidades. As sessões têm uma frequência semanal, sendo que normalmente as individuais têm a duração de 45 minutos e as de grupo de 1 hora. As sessões individuais são dinamizadas na sala de psicomotricidade, enquanto que as sessões de grupo são maioritariamente realizadas na sala de reuniões.

A maioria das sessões são constituídas por um ritual e diálogo iniciais, pelas atividades propriamente ditas, pelo de retorno à calma e por um diálogo e ritual finais. No ritual inicial, a criança descalça-se, tira os casacos, é questionada e fala do modo como correu a semana e sobre o que pretende fazer naquele dia, durando isto cerca de 10 minutos. As atividades correspondem a um momento da sessão planeado previamente, tendo em conta os interesses e as necessidades de cada criança ou sugeridas pela

mesma, com um tempo de aproximadamente 30 minutos. No retorno à calma, são realizadas atividades mais calmas, de forma a promover o relaxamento e calma da criança e prepará-la para o fim da sessão. No diálogo final, fala-se acerca da sessão, refletindo-se acerca das atividades realizadas, durando este momento cerca de 5 minutos. Por fim, no ritual final arruma-se a sala, calça-se os sapatos e vestem-se os casacos. No final de cada sessão, surge ainda uma breve conversa com os pais onde se partilham aspetos relevantes da sessão e os pais revelam as suas preocupações e expectativas.

Ao longo de todas as sessões, são utilizadas estratégias de verbalização, de questionamento, de imitação e/ou de demonstração, tendo em conta o tipo de atividade e as necessidades e dificuldades apresentadas pelos utentes no decorrer das mesmas, de forma a facilitar e melhorar a prestação das crianças. A acrescentar a estas estratégias, o facto de as sessões procurarem ir de encontro aos interesses das crianças, recorrendo a uma dinâmica lúdica, na qual são criadas situações-problema e atividades mais ou menos estruturadas (de acordo com o perfil de cada criança) e utilizam-se diferentes materiais e estímulos, sempre com o intuito de promover ativamente a comunicação da criança.

#### **(D) Casos Intervencionados**

Durante o período de estágio, iniciado a 17 de outubro de 2014, foram avaliadas um total de 40 crianças. Em termos de intervenção individual, a estagiária era responsável por nove crianças, três das quais passaram mais tarde a ter intervenção em grupo.

Relativamente aos casos apoiados, variados em termos de diagnósticos, idades e características, serão apenas realçados os casos em que a estagiária planeou e dinamizou a intervenção psicomotora, quer individual, quer em grupo.

#### **1. Casos Intervencionados Individualmente**

**M.O.:** tem 5 anos de idade e é do género masculino. É um menino imaturo, com hipercinésia e tempos de atenção e concentração curtos. Tem também dificuldades de coordenação motora (principalmente nos membros superiores) e motricidade fina. Apresenta alguma impulsividade, baixa tolerância à frustração e dificuldades em autorregular-se. A sua educadora refere rigidez nos movimentos, na motricidade fina e alguma descoordenação nos movimentos com lápis, pincel, jogos de encaixe, etc., que

dificultam o relacionamento com os outros, existindo inclusive algumas situações de conflito.

**G.S.:** Os dados clínicos do G.S. serão apresentados no capítulo III pois este é um dos estudos de caso.

**A.P.:** tem 11 anos de idade e frequenta o 6º ano de escolaridade. É uma criança sem dificuldades cognitivas mas diagnosticada com PHDA e Perturbação da Ansiedade/Emocional. Tem muitos medos (e.g., andar de comboio, cordas, pontes, parques infantis, escadas, etc.), um discurso e comportamento exuberantes, dificuldades de socialização e sofre de urticária. Na escola, tem negativa a Ginástica mas notas às restantes disciplinas globalmente boas. Apresenta episódios de ansiedade e instabilidade emocional. Os pais estão em fase de separação conflituosa e não têm capacidade financeira, são muito pobres. A mãe pede que seja novamente acompanhada na Pedopsiquiatria.

**M.S.:** criança do género feminino com 6 anos e diagnosticada com Perturbação da Linguagem, apresentando dificuldades de compreensão e expressão. Tem dificuldades na formação de conceitos verbais (linguagem expressiva) e ao nível da compreensão e da capacidade de resposta a pedidos verbais mais complexos. Está a ser acompanhada em terapia da fala uma vez por semana. É uma criança impulsiva, que recorre frequentemente ao jogo simbólico, com dificuldades em esperar e concentrar-se nas tarefas. Para além disso, é autónoma e de fácil relacionamento mas mimada e apresenta imaturidade para a resolução de problemas do dia-a-dia, recorrendo ao choro. Apresenta insegurança na gestão do tempo e nem sempre adere à tarefa de forma espontânea. Investimento da família nesta criança.

**N.B.:** criança do género feminino com 5 anos de idade. Está diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo (Síndrome de Asperger) e tem um bom potencial cognitivo. Existem relatos de comportamentos agressivos no passado. Apresenta dificuldades na pragmática e na socialização, sendo uma criança desorganizada, retirada e desatenta. Perde-se quando as orientações são dadas por mais de uma pessoa, demonstra pouca evolução na relação e alterações de comportamento. Costuma brincar sozinha e dispersa-se muito facilmente. Tem um comportamento desadequado perante

acontecimentos stressantes. A mãe está em Angola a trabalhar mas a avó materna é muito presente e disponível.

**L.A.:** criança do género masculino com 6 anos, diagnosticado com Atraso Global do Desenvolvimento e Défice Visual. Foi institucionalizado aos 24 meses e adotado em maio de 2014. Vive com a mãe e o pai adotivos e com uma irmã mais velha, filha biológica do casal. Apresenta dificuldades globais em diversos domínios, sendo uma criança que precisa de vivenciar novas experiências, diminuir os seus receios e aumentar a autoconfiança e segurança. Tem também algumas particularidades na coordenação e motricidade fina, nem sempre adere às tarefas, dificuldades na orientação temporal, concentração e atenção, em regular as emoções, na abstração, organização e planeamento da ação, flexibilidade cognitiva e resolução de problemas, estruturação espacial e motricidade fina. Demonstra impulsividade e inibição num contacto inicial.

## **2. Casos Intervencionados em Grupo**

Relativamente à intervenção em grupo, existiram seis grupos (um total de 20 crianças), tendo trabalhado diretamente com cinco deles (no grupo da 2ª feira apenas tinha um papel de observador).

Na avaliação das crianças decidiu atribuir-se maior importância a aspetos mais relacionados com o comportamento e com as competências sociais visto que estas eram as principais necessidades das crianças analisadas. Estes aspetos comportamentais e sociais foram também os critérios que determinaram a inserção das crianças nos grupos.

### **Grupo I**

**A.F.:** criança do género masculino e tem 8 anos de idade. Atualmente, frequenta o 2.º ano de escolaridade e está diagnosticado com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção. Vive com a mãe, o pai e dois irmãos gémeos de 4 anos. Tem apoio educativo na escola e apoio psicopedagógico especializado duas vezes por semana. Apresenta problemas de comportamento, instabilidade motora, dificuldades de concentração, dificuldades em respeitar e cumprir regras e impulsividade que afetam a sua aprendizagem escolar. Para além disso, possui uma baixa autoestima, antecipando o fracasso de forma ansiosa. São também apontadas algumas questões de foro emocional. Tem dificuldades de organização em grupo (interfere com as brincadeiras/tarefas dos colegas, perturba a dinâmica do grupo) e trabalha sobretudo sozinho. Apresenta ainda dificuldades na coordenação da motricidade fina e na memória de curto prazo.

**P.G.:** Os dados clínicos do P.G. serão apresentados no capítulo III pois este é um dos estudos de caso.

**R.B.:** Os dados clínicos do R.B. serão apresentados no capítulo III pois este é um dos estudos de caso.

**T. G.:** Os dados clínicos do T.G. serão apresentados no capítulo III pois este é um dos estudos de caso.

### **Grupo II**

**J.C.:** criança do género masculino com 6 anos e sem diagnóstico. Frequenta o pré-escolar, onde tem terapia da fala uma vez por semana. É uma criança imatura, inibida e retraída e apresenta alterações da linguagem, períodos curtos de atenção, insegurança, impulsividade, dificuldade em relatar as tarefas e pouca interação e envolvimento nas tarefas em grupo. Este menino estava anteriormente em intervenção individual com as estagiárias.

**D.C.:** criança do género masculino com 6 anos e sem diagnóstico. É uma criança impulsiva, com comportamentos de oposição, dificuldades na relação, no cumprimento de regras e na concentração. Em termos de comunicação, mantém frequentemente o mesmo tema e é desadequado. O D.C. estava anteriormente em intervenção individual com a Dra. Joana.

### **Grupo III**

**S.C.:** tem 12 anos, é do género masculino e frequenta o 6º ano. É uma criança pouco autónoma, muito mimada e desmotivada. Apresenta uma descoordenação motora, dificuldades de socialização, insegurança e baixa autoestima. Evita determinadas situações para não se expor em situações que acredita não saber resolver. Por vezes parece não compreender algumas instruções que lhe são dadas.

**M.O.:** criança do género masculino, tem 11 anos e frequenta o 5º ano de escolaridade. Tem dislexia, disortografia e Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção. No final do dia a medicação deixa de fazer efeito e fica mais “indisponível”. Tem dificuldades na procrastinação, na compreensão da leitura e na memória a curto prazo.

Apresenta problemas de concentração na sala de aula e dificuldades na coordenação motora, que comprometem as atividades diárias. Porém, tem bom potencial cognitivo e um desenho e criatividade acima da média.

**F.D.:** criança com 13 anos do género masculino que frequenta o 6º ano de escolaridade. Tem disgrafia e dificuldades na relação – está muitas vezes sozinho. Apresenta défice cognitivo com dificuldades na linguagem. Para além disso, tem uma marcha desequilibrada e dificuldades de atenção. *Não existem mais informações relevantes disponíveis que possam completar a sua descrição clínica.*

**G.A.:** tem 13 anos, frequenta o 6º ano de escolaridade e tem um diagnóstico de PHDA e dificuldades de aprendizagem. O seu funcionamento cognitivo encontra-se no nível médio baixo, é uma criança conflituosa, que afirma sofrer de *bullying*. Apresenta dificuldades na memória visual e um nível baixo de atenção/concentração. Tem também alguma descoordenação motora e impulsividade.

#### **Grupo IV**

**D.S.:** tem 6 anos de idade e é do género masculino. Ao nível do desenvolvimento psicomotor, apresenta várias áreas com dificuldades; no entanto, não tem diagnóstico. Tem dificuldades na motricidade fina, um tónus baixo, dificuldades em saltar ao pé-coxinho, na marcha em linha e sincinesias. Para além disso, estão presentes estereotipas discretas, uma baixa autonomia e autoestima, bem como algumas particularidades de relação. Apresenta dificuldades de coordenação e na motricidade fina. Tem também alguns medos.

**G.B.:** criança do género masculino com 6 anos de idade. Apresenta instabilidade psicomotora e um ligeiro atraso do desenvolvimento psicomotor. É irrequieto, impulsivo, tem dificuldades na regulação do comportamento, na expressão verbal e na motricidade fina. Os seus tempos de atenção são muito reduzidos. Apresenta agitação psico-motora, dificuldade em esperar pela sua vez e ainda não consegue dizer palavras complicadas. Tem uma boa compreensão, mas dificuldades articatórias, na construção frásica e uma atitude conflituosa na resolução dos problemas.

## **Grupo V**

**T.M.:** criança com 6 anos e do género masculino. Tem um atraso na aquisição da linguagem. É uma criança muito inibida, calma e com dificuldades em estabelecer uma relação. *Não existem mais informações relevantes disponíveis que possam completar a sua descrição clínica.*

**A.G.:** criança do género feminino com 6 anos de idade. Está diagnosticada com Atraso Global do Desenvolvimento, tem muitas inseguranças e dificuldades de coordenação motora. Apresenta um desempenho e comportamento flutuantes, com birras frequentes. É uma menina muito difícil de manter a atenção em determinada tarefa e em cumpri-la por falta de atenção e, por vezes, por dificuldades de compreensão. Na sala de psicomotricidade dispersa-se com enorme facilidade, requerendo sempre apoio para cumprir tarefas até ao fim.

**R.R.:** tem 5 anos, é do género masculino e está diagnosticado com Perturbação do Espectro do Autismo. Tem alguns medos, é autónomo e apto para a aprendizagem. Tem um discurso organizado e com muita imaginação. Mostra alguma ansiedade e maior agitação em ocasiões/dias especiais, tem interesses específicos (e.g., letras) e jogo simbólico. É uma criança inibida que desde os 6 meses apresenta movimentos estereotipados (*flapping*) e sons vocais. Interação difícil com as outras crianças e não gosta do toque mas já o permite. Brinca muito no mundo dele. Apresenta ainda alterações da coordenação, da motricidade fina e grosseira e não consegue andar de bicicleta ou saltar com os pés juntos.

### **(E) Intervenção Psicomotora**

#### **1. O Processo**

No CDCTS, o Processo de Intervenção é realizado, de forma geral, de acordo com o gráfico seguinte. Este gráfico é explicitado, pormenorizadamente, de seguida.

**Figura 2 -** Processo de Intervenção Psicomotora



As crianças são referenciadas por um médico, tendo ou não um diagnóstico clínico estabelecido (Referenciação). Após encaminhamento para a Psicomotricidade, ocorre um momento inicial em que é realizada uma 1ª consulta com a presença da família e da criança. O seu objetivo é apurar e conhecer um pouco a história desenvolvimental da criança, o seu estado atual e informações pertinentes em relação ao contexto escolar e doméstico, assim como os interesses, as maiores preocupações e dúvidas dos pais. Esta 1ª consulta serve também para esclarecer e explicitar à família todo o processo que a criança irá percorrer, desde a avaliação inicial e a intervenção em psicomotricidade e são calendarizadas e marcadas cerca de duas a três sessões para a realização da avaliação psicomotora da criança.

A fase de Observação/Avaliação Psicomotora inicial, como já referido, dura cerca de duas a três sessões. Nesta fase recorre-se ao Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II e ainda a uma observação mais informal da criança. Após esta avaliação estar concluída, é realizado um relatório que descreve os principais resultados da prova, resume as áreas fortes e as áreas em que a criança apresenta maiores dificuldades, bem como o tipo de resposta mais adequada e viável em termos de intervenção propriamente dita. De salientar que este relatório é, sempre que possível, analisado na presença do médico que efetuou a referenciação da criança para a psicomotricidade e, de seguida, entregue uma cópia aos pais.

Em relação à fase seguinte, tendo em conta os resultados da avaliação, o CDCTS tenta sempre providenciar algum tipo de resposta que cubra as necessidades da criança e da família. Esta resposta pode ser dada sob a forma de intervenção individual ou intervenção em grupo, de acordo com o perfil da criança em questão. Nos casos em que não é necessária intervenção ou quando o número e vagas em Psicomotricidade não permite acompanhar mais crianças, as crianças poderão ser reencaminhadas para outras especialidades ou para intervenção no exterior. Para além disso, na grande maioria dos casos avaliados, é verificada a necessidade de uma participação das crianças em

atividades complementares no exterior (e.g., atividades desportivas - natação, *karaté*; escutismo).

No que diz respeito à articulação, esta é constante durante todo o processo, pois a criança pode estar a ser acompanhada por outras especialidades. Assim, são abordados os restantes profissionais que têm contacto com a criança, a escola e os educadores ou outros técnicos de IP, bem como a família. Todos eles têm um papel importante no planeamento e na evolução da intervenção. Por fim, são estabelecidos os contactos necessários para que a criança possa dar continuidade ao trabalho na comunidade em que está inserida. A continuidade ou não da intervenção está dependente dos progressos e da evolução da criança.

## **2. Observação/Avaliação da Criança**

No CDCTS, a Observação/Avaliação, em Psicomotricidade, é iniciada logo na 1ª consulta que é realizada em conjunto com os pais. Nesta, são recolhidas o maior número de informações acerca da criança e da dinâmica familiar. A criança costuma estar presente na consulta e, por vezes, é convidada a participar na conversa ou, quando a idade é reduzida, a realizar uma atividade (e.g., *puzzle*, jogos de encaixe, desenho).

Posteriormente, como referido anteriormente, ao longo de duas ou três sessões, é realizada a Observação/Avaliação formal da criança, através da aplicação do Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2) – descrito no ponto 2.1.. Sempre que possível, é aplicada a forma completa da prova, pois os resultados possibilitarão retirar conclusões mais completas de todas as áreas do Desenvolvimento Psicomotor.

Nem sempre é possível avaliar a criança formalmente, pois algumas crianças não mostram disponibilidade para colaborar (têm reações de fuga ou evitamento da atividade) ou, noutros casos, as características próprias da criança não permitem que esta consiga realizar as atividades da prova. Quando estas situações ocorrem, é crucial realizar uma observação/avaliação mais informal da criança num contexto de carácter lúdico, neste caso, a sala de psicomotricidade. Nesta, a criança pode explorar livremente o espaço de forma contida e segura. De ressaltar a importância de se estabelecer uma relação empática com a criança, que proporcione confiança, segurança e bem-estar.

Para avaliar os estudos de caso, para além da aplicação do TPMBO-2 na avaliação do caso individual, foram ainda utilizados os seguintes instrumentos, caracterizados no ponto 2.2.:

- Assessment, Evaluation, and Programming System for Infants and Children – AEPS Measurement for Three to Six Years (Bricker, Ayers, Slentz, & Kaminsky, 1992);
- Inventário das Rotinas na Família (Boyce, Jensen, James, & Peacock, 1983);
- Questionário sobre os Interesses da Família – traduzido e adaptado de AEPS – Family Interest Survey (Cripe & Bricker, 1993) por Santos & Brandão, em 2002;
- TABS – Escala de Temperamento e Comportamento Atípico - adaptado do TABS (Bagnato, Salvia, Neisworth, & Hunt), traduzido e adaptado por Vaz, Lopes, e Brandão, 2009;
- Questionário das Atividades Diárias (Garnstein).

De seguida, é apresentada uma descrição dos instrumentos utilizados ao longo do estágio para avaliar formalmente as crianças.

### **2.1. Teste de proficiência motora de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2).**

O Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2) é normativo, administrado individualmente (permite *feedback* verbal e visual) e constituído por atividades que avaliam *skills* motores em indivíduos com idades compreendidas entre os 4 e os 21 anos de idade (Bruininks & Bruininks, 2005).

Esta prova, de acordo com Bruininks & Bruininks (2005), permite o despiste de perturbações do desenvolvimento e dificuldades de aprendizagem e separa os *skills* motores em motricidade global e motricidade fina. Neste sentido, utiliza uma estrutura organizada em torno dos grupos musculares e membros envolvidos na execução dos movimentos.

Bruininks & Bruininks (2005) explicam que o TPMBO-2 pode ser aplicado na forma reduzida ou na forma completa, sendo que ambas avaliam as quatro áreas motoras seguintes:

- **Controlo Manual Fino**, que corresponde ao controlo e à coordenação da musculatura distal das mãos e dos dedos, especialmente no agarrar, escrever e desenhar. Esta área tem como subtestes a Precisão Motora Fina e a Integração Motora Fina.

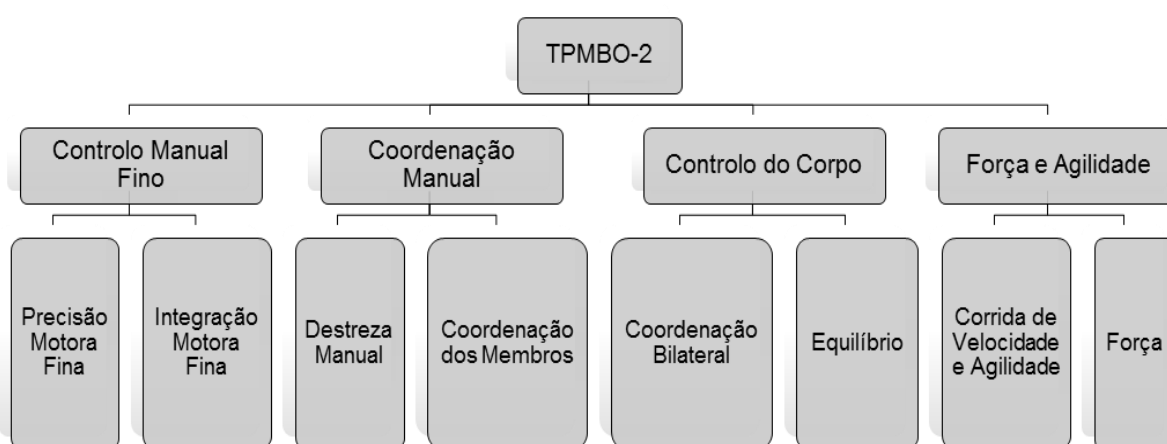
- **Coordenação Manual**, que se traduz no controlo e na coordenação dos braços e das mãos com um enfoque particular na manipulação de objetos. A Coordenação Manual é composta pelos subtestes Destreza Manual e Coordenação dos Membros.

- **Controlo do Corpo**, com tarefas que avaliam a coordenação da musculatura de maiores dimensões em movimentos que implicam a manutenção da postura e do equilíbrio. A esta área correspondem os subtestes Coordenação Bilateral e Equilíbrio.

· **Força e Agilidade**, área que avalia o controlo e a coordenação da musculatura envolvida na locomoção, especialmente na prática de desportos de competição e de lazer. Esta divide-se nos subtestes Corrida de Velocidade e Agilidade e Força.

Os resultados da prova traduzem-se na obtenção de quocientes e informações qualitativas do desenvolvimento em cada uma das áreas motoras avaliadas, permitindo ainda conhecer um quociente geral da proficiência motora do indivíduo que poderá ser benéfico em termos informativos e útil no desenvolvimento e avaliação de programas de intervenção (Bruininks & Bruininks, 2005).

**Figura 3** - Áreas Motoras Avaliadas no TPMBO-2



## 2.2. Instrumentos adaptados para avaliação dos estudos de caso.

Na avaliação das crianças decidiu atribuir-se maior importância a aspetos mais relacionados com o comportamento e com as competências sociais visto que estas eram as principais necessidades das crianças analisadas.

As escalas de observação do comportamento utilizadas resumem, de forma quantitativa, o julgamento ou perceção sobre os comportamentos da criança avaliada e são usualmente respondidas por adultos (pais, cuidadores e professoras) (Bandeira et al., 2006). Deste modo, a avaliação do estudo caso individual foi baseada no TPMBO-2 e na adaptação da escala Assessment, Evaluation, and Programming System for Infants and Children – AEPS Measurement for Three to Six Years (Bricker et al., 1992). A AEPS adaptada é constituída por cinco domínios – o cognitivo (que engloba os subdomínios *participação*, *compreensão de conceitos*, *categorização*, *sequencialização*, *recordar eventos*, *resolução de problemas*, *jogo*, *pré-matemática* e *pré-leitura*), o sócio-comunicativo (com os subdomínios *interações socio-comunicativas* e *produção de palavras e frases*), o social (que integra os subdomínios *interação com os outros*,

*interação com o envolvimento e conhecimento do próprio e do outro*), o da praxia fina (constituído pelos subdomínios *manipulação de objetos* e *pré-escrita*) e o da praxia global (que compreende os subdomínios do *equilíbrio e mobilidade estática e em movimento* e os *skills de jogo*). Cada um dos subdomínios apresenta determinados marcos desenvolvimentais correspondentes, aos quais é atribuída uma pontuação (0 se o comportamento não for observado, 1 se o comportamento é inconsistente e 2 se o comportamento é observado).

A avaliação do estudo de caso do grupo I foi feita através da adaptação de uma escala de observação de comportamentos e de numa grelha de observação das relações entre pares adaptada do *Assessment of Peer Relations* de Michael J. Guralnick (1992). A escala de observação de comportamentos avalia a frequência de determinados comportamentos (1 – nunca; 2 – raramente; 3 – por vezes; 4 – frequentemente; 5 - sempre): a relação com o adulto, a atenção nas tarefas, a impulsividade, a persistência, a participação nas tarefas, o ajustamento às tarefas, o respeito pelas regras, a tolerância à frustração, a linguagem recetiva e a linguagem expressiva. Quanto à grelha de observação das relações entre pares, este instrumento engloba inicialmente informação geral acerca das interações da criança em conjugação com os processos que formam as interações efetivas e apropriadas entre os pares, informação acerca do desenvolvimento cognitivo, da linguagem, afetivo e motor da criança e a sua influência nas relações entre os pares. Por fim, avalia a entrada no grupo de pares, a resolução de conflitos e a manutenção do jogo. A pontuação é atribuída de acordo com a frequência dos comportamentos descritos (0 - não observado/não se aplica; 1 – raramente; 2 – por vezes; 3 – frequentemente; 4 – quase sempre) (Guralnick, 1999).

O TABS, embora preenchido pelos pais, tem como objetivo identificar as crianças com um desenvolvimento atípico ou as que se encontram em risco de desenvolvimento de modo a serem encaminhadas para a IP (Laudan, Jahromi, Crystal & Bryce, 2013). Os itens desta escala representam alguns dos problemas mais frequentes ao nível do temperamento e autorregulação que os pais e profissionais observam nas crianças e o seu preenchimento é dicotómico (SIM/NÃO), caso o comportamento constitua ou não um problema para a família. Para além disso, quando os itens são registados com *SIM*, os pais têm a possibilidade de registar *P. Ajuda* se houver alguma preocupação especial e se precisarem de ajuda para lidar com o comportamento do filho.

Na avaliação da família aplicaram-se questionários à família, nomeadamente adaptações do Inventário das Rotinas na Família (Family Routines Inventory) de Boyce, Jensen, James, e Peacock (1983) e do Questionário das Atividades Diárias de Garstein.

O Inventário das Rotinas na Família é uma lista que engloba o conjunto de comportamentos que podem ser encontrados entre diversos membros de uma família, sendo que em cada item é assinalada a alternativa que melhor descreve a frequência com que esses comportamentos ocorrem, na família, ao longo da semana (quase nunca, 1 a 2 vezes por semana, 3 a 5 vezes por semana ou todos os dias). Em relação ao Questionário das Atividades Diárias, é assinalada a frequência (nunca, raramente, algumas vezes, frequentemente ou muito frequentemente) de algumas atividades que a criança realiza em contexto familiar.

## Capítulo III - Estudos de Caso

Neste capítulo são descritos e analisados dois estudos de caso, um de intervenção individual e outro de intervenção em grupo, perfazendo um total de quatro crianças. Inicialmente são apresentadas as características do grupo e os dados clínicos das crianças, seguindo-se os resultados da avaliação inicial, o plano de intervenção e a sua implementação, bem como os resultados da avaliação final e as principais conclusões obtidas.

### (A) Estudo de Caso I – G.S. (Individual)

#### 1. Caracterização da Criança

O G.S. é uma criança do género masculino que nasceu no dia 6 de novembro de 2008. Atualmente tem 6 anos de idade. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências, tendo nascido às 40 semanas de parto eutócico no HGO. Apresentava um peso ao nascer de 3.2 kg, 50 cm de comprimento, um perímetro cefálico de 34 cm e um *Apgar* 9/10. Relativamente ao seu desenvolvimento psicomotor, adquiriu a marcha autónoma aos 9 meses, as primeiras palavras antes de um ano e o controlo dos esfíncteres aos dois anos de idade.

Esteve numa ama desde os 5 aos 9/10 meses de idade, tendo ficado ao cuidado da avó até aos 18 meses, altura em que ingressou no infantário. É uma criança independente: come sozinho, vai à casa de banho sozinho, despe-se e por vezes já veste algumas das peças de roupa. Quando quer algo vai buscar de modo independente (água, comida, etc.).

O G.S. é filho único de pais brasileiros não consanguíneos. A mãe tem 27 anos e o pai 33 anos, ambos são saudáveis e ajudantes de cozinha. Atualmente, frequenta a pré-primária da Escola Básica do Alto do Moinho, estando lá das 9h15 às 15h15. Este ano pediram adiamento da matrícula. Tem apoio da educação especial uma vez por semana, terapia da fala na escola e psicomotricidade no HGO desde março de 2014. Foi avaliado em Terapia da Fala em novembro de 2014 com os seguintes resultados: TALC com resultados abaixo do esperado para a idade, compreensão e expressão abaixo do P5, TAV não revelou alterações significativas embora no discurso espontâneo surjam alguns erros articulatórios e dificuldades na coordenação manual e no planeamento motor.

Está diagnosticado com uma Perturbação da Linguagem – tem uma linguagem pobre, dificuldades na compreensão, alguma ecolália e erros articulatórios. Por vezes, parece não compreender o que lhe dizem e tem dificuldade em cumprir ordens simples.

Apresenta algumas particularidades na relação, um jogo simbólico muito rico, dificuldades de atenção e concentração, não conhece as cores, os números, etc. Tem pouca persistência e tende a desistir quando a tarefa é mais difícil. Apresenta também alguns comportamentos de oposição.

## **2. Avaliação Inicial**

A Avaliação Inicial foi iniciada em novembro com o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II (TPMBOT-2), aplicado pela Dr.<sup>a</sup> Joana Carvalho e em março, após cerca de três meses de observação informal e conhecimento da criança, foram registadas as informações relativas à observação informal na *Checklist* de Observação do Comportamento da Criança, construída e adaptada (com base no AEPS) pela terapeuta estagiária.

### **2.1. Teste de proficiência motora de bruininks-oseretsky II (TPMBO-2).**

O G.S., em novembro de 2014, realizou uma 1ª avaliação em psicomotricidade com a Dr.<sup>a</sup> Joana Carvalho no âmbito da consulta de Desenvolvimento (Dra. Laura Lourenço) e Reabilitação Pediátrica (Dra. Cristina Duarte), por dificuldades de aprendizagem.

É uma criança que apresenta um contacto inicial adequado, mostrando-se participativo. Contudo, ao longo da avaliação vai-se dispersando com relativa facilidade.

Ao nível da observação psicomotora, com o TPMBO-2, apresenta um desenvolvimento psicomotor heterogéneo, verificando-se diferenças significativas na realização entre as provas de motricidade fina e motricidade global. Ao nível da prova verificou-se um grande nível de alerta para tudo o que se passava ao seu redor e manteve-se sempre muito conversador.

Ao nível do controlo manual fino, apresentou resultados adequados nos subtestes avaliados de integração motora fina e precisão motora fina. Mostrou-se motivado, seguindo algumas das pistas visuais, nomeadamente na cópia de figuras, realizando com sucesso a cópia de algumas (círculo, quadrado, onda e triângulo).

Ao nível da coordenação manual, apresentou dificuldades globais. Na destreza manual, demonstra alguma lentidão na execução motora das tarefas e quando solicitada apenas a utilização da mão dominante (direita), este revela dificuldade em inibir o movimento da mão não dominante. Por vezes, parece não compreender as tarefas pedidas. Nas atividades de controlo de bola que requerem a coordenação dos membros superiores (e.g., tarefas de apanhar e driblar, quer com uma das mãos quer com ambas), revela dificuldades no planeamento motor e no controlo visuo-motor.

No que diz respeito ao controlo do corpo, foram avaliadas algumas tarefas que envolvem a coordenação bilateral e o equilíbrio. Ao nível da coordenação bilateral, revela facilidade nas tarefas que envolvem coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores. Porém, nas atividades de equilíbrio revelou dificuldade, podendo ser observada pouca estabilidade postural, estática e em movimento.

Na força e agilidade teve algumas dificuldades nas tarefas de saltos, demonstrando já algum cansaço físico, o que pode ter influenciado a avaliação.

Em suma, apresenta um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo, revelando-se uma criança motivada e empenhada, quando as tarefas são mais estruturadas e têm um modelo para copiar (e.g., controlo manual fino). Ao nível da motricidade global, apresenta melhores resultados nas tarefas de coordenação bilateral e mais dificuldades ao nível do equilíbrio e nas tarefas de controlo de bola.

## **2.2. Checklist de observação do comportamento da criança.**

No domínio cognitivo, relativamente à participação, o G.S. apenas responde a pedidos para iniciar uma atividade, embora de forma inconsistente. Em termos de compreensão de conceitos, demonstra uma compreensão inconsistente de: três cores diferentes, três figuras diferentes, dois conceitos de tamanho diferentes, quatro conceitos qualitativos e dois quantitativos diferentes. Para além disso, compreende apenas, de forma inconsistente, três conceitos de relações espaciais e temporais diferentes. Na categorização, também de forma inconsistente, consegue agrupar objetos, pessoas ou eventos com base na sua função e em atributos físicos. Na sequencialização, apenas encaixa um conjunto de objetos segundo determinada ordem e recorda eventos que aconteceram no mesmo dia, sem pistas contextuais e informação verbal sobre ele próprio. O G.S. não é capaz de avaliar soluções para os problemas ou fazer afirmações e responder, de forma apropriada a questões que requerem raciocínio sobre objetos, situações ou pessoas. Envolve-se no jogo imaginário, sendo capaz de representar papéis ou identidades mas não é ainda capaz de cumprir as regras. Ao nível das competências da pré-matemática, a criança diz os números de um a cinco, conta cinco objetos e identifica os números impressos de 1 a 10 de forma inconsistente, assim como acontece na correspondência de números impressos a conjuntos de um a dez objetos. Por fim, no âmbito da pré-leitura, apenas demonstra uso funcional dos livros, fala sobre as imagens do livro e participa no contar uma história, sendo estes comportamentos também inconsistentes.

No domínio socio-comunicativo, subdomínio das interações socio-comunicativas, a criança ainda não é capaz de usar palavras ou frases para informar, direcionar, questionar e expressar antecipação, imaginação, afeto ou emoções de forma eficaz; na conversação não responde a mudanças de assunto iniciadas pelos outros nem responde a questões contingentes e não consegue estabelecer ou variar papéis socio-comunicativos. Na produção de palavras e frases, apenas usa, de forma inconsistente, o verbo ser/estar, o possessivo, questões de sim/não, perguntas de “o quê e onde” e com entoação crescente. Para além disso, usa pronomes demonstrativos e adjetivos.

No domínio social, na interação com a terapeuta, a relação é inconsistente, não inicia ainda atividade cooperativa nem é capaz de resolver conflitos com estratégias afetivas. Na interação com o envolvimento observa-se inconsistência, conseguindo apenas atender às necessidades físicas observáveis e de fome e sede e seguir algumas regras específicas do contexto de intervenção. Por outro lado, consegue afirmar o que gosta e o que não gosta, embora de forma ainda pouco consistente, não relaciona informações de identificação de si próprio nem dos outros, conhecendo apenas o seu género e o dos outros e, por vezes, consegue identificar afeto/emoções nos outros e em si com comportamentos observáveis.

No domínio da praxia fina, no âmbito da manipulação de objetos, o G.S. é capaz de manipular dois objetos diferentes ao mesmo tempo, ainda não corta figuras com linhas curvas mas consegue apertar fechos com fios. Relativamente aos *skills* de pré-escrita, copia, de forma inconsistente, figuras simples e o seu 1º nome, sendo incapaz de realizar o desenho do corpo com pelo menos seis partes.

No domínio da praxia global, na área do equilíbrio e mobilidade, alterna os pés ao subir e descer as escadas e nos *skills* de jogo realiza sem dificuldades os seguintes comportamentos: mantém o equilíbrio a andar, corre evitando obstáculos e salta. O único marco desenvolvimental que ainda não é capaz de realizar, nesta área, é driblar uma bola.

A *checklist* completa encontra-se disponível para consulta no anexo E.

### 3. Plano de Intervenção

**Duração:** 6 meses.

**Periodicidade:** uma vez por semana, 4<sup>as</sup> feiras das 15h30 às 16h15.

**Divisão das Sessões:** (1) Avaliação Inicial - novembro (TPMBO-2 Dr.<sup>a</sup> Joana Carvalho) e março (*checklist* de avaliação informal); (2) Intervenção Psicomotora – de 10/12/2014 até 20/07/2015; (3) Avaliação Final – 27 de maio, 3 e 17 de junho (TPMBO-2) e 17 de junho (*checklist* de avaliação informal).

Tabela 3

*Objetivos do G.S.*

| <b>Domínios do Desenvolvimento</b> | <b>Objetivos Gerais</b>                             | <b>Objetivos Específicos</b>                  | <b>Objetivos Comportamentais</b>  |
|------------------------------------|---|---|---|
| <b>Motricidade Global</b>          | Promover o Desenvolvimento das Competências Motoras | Melhorar o equilíbrio                         | - A criança deve ser capaz de permanecer em estátua, durante 20 segundos, podendo ter incentivos verbais por parte da terapeuta.  |
|                                    |   | Melhorar a coordenação dos membros superiores | - A criança deve ser capaz de realizar cinco dribles com a bola, utilizando a mão preferencial, quando solicitado pela terapeuta;<br>- A criança deve ser capaz de realizar cinco dribles com a bola, utilizando as duas mãos de forma alternada, quando solicitado pela terapeuta. |

|                  |   |  |   |
|------------------|---|--|---|
| <b>Cognitivo</b> | Promover o Desenvolvimento das Competências Cognitivas              | Aumentar a atenção                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma, sem ajudas verbais da terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de concentrar-se numa tarefa durante a sua realização, podendo ter ajudas verbais da terapeuta.</li> </ul>   |
| <b>Linguagem</b> | Promover o Desenvolvimento das Competências da Comunicação          | Melhorar as competências da linguagem expressiva | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de elaborar um discurso contextualizado à situação e ao contexto com a terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de verbalizar o que deseja realizar, quando questionada pelo terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de expressar verbalmente eventos que ocorreram durante a semana, quando solicitado pelo terapeuta.</li> </ul> |
|                  |   | Melhorar as competências da linguagem recetiva   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de verbalizar uma resposta adequada, tendo em conta o que foi questionado pela terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de realizar uma atividade de acordo com o que foi explicado pela terapeuta, podendo ter pistas verbais por parte da mesma.</li> </ul>   |
| <b>Social</b>    | Promover o Desenvolvimento das Competências Sociais e Interpessoais | Melhorar a autorregulação de comportamentos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de respeitar a maioria das regras de uma atividade, podendo ser lembrado das mesmas pela terapeuta.</li> </ul>  |

#### **4. Intervenção Psicomotora – Implementação do Plano de Intervenção**

O G.S. iniciou a Intervenção Individual com a estagiária no dia 10 de dezembro de 2014 e terminou no dia 17 de junho de 2015 com a avaliação psicomotora, tendo sido a última consulta (dia 20 de julho de 2015) realizada apenas com a presença do pai. Neste período de tempo, foram realizadas um total de 23 sessões de intervenção.

Através do que foi observado ao longo das várias sessões de intervenção, o G.S. mostrou ser uma criança tímida num contacto inicial, que a pouco e pouco se foi soltando e construindo uma relação de afeto e proximidade com a terapeuta. Para além disso, estava sempre muito irrequieto e apresentava um comportamento com momentos onde predominava a desorganização do pensamento e a ausência de planeamento da ação, assim como irrequietude, desatenção, incumprimento e incompreensão de regras. As tarefas que iniciava nunca eram terminadas até ao fim nem seguiam uma sequência lógica, escolhendo atividades apenas do seu interesse pessoal e resistindo à realização de tarefas em que sabia, à partida, ter mais dificuldade.

Outra particularidade do G.S. eram as suas notórias dificuldades de compreensão e de expressão. Muitas instruções verbais ou mesmo conversa informal realizada pela terapeuta não eram compreendidas, tendo sido necessário recorrer a estratégias (e.g., demonstração, repetição) que permitissem que a criança se sentisse apoiada, livre e envolvida no decorrer das sessões. Quando ouvia um barulho fora do contexto, ficava sempre muito receoso e questionava sempre do que se tratava, sendo muitas vezes difícil retomar a atividade que estava a executar.

Em termos motores, as dificuldades do G.S. não eram tão evidentes. Este não mostrava receio ou ansiedade em realizar coisas novas, mesmo que nunca as tivesse experienciado anteriormente. Por outro lado, parecia até ter pouca consciência do perigo de alguns comportamentos e das consequências dos mesmos.

A intervenção com o G.S. teve sempre implícito o objetivo de organizá-lo internamente, ensiná-lo a esperar e a pensar sobre as suas ações e a facilitar o estabelecimento de uma relação com o adulto, onde a comunicação teve, obviamente, um papel fundamental. Assim, foi-lhe dada a oportunidade de escolher, em algumas sessões, as atividades que pretendia realizar, sempre indo de encontro às suas particularidades individuais e maiores dificuldades.

As sessões, ao longo do tempo, tornaram-se cada vez mais estruturadas, com o espaço organizado previamente à entrada da criança na sala, de forma a esta dispersar-se o menos possível e aumentar o tempo de concentração nas atividades. Relativamente à linguagem, em todas as sessões a criança era estimulada, questionada e envolvida

num determinado tema de conversa, de modo a eliminar o seu receio de errar, questionar os outros. Assim, ao mesmo tempo, o seu vocabulário e compreensão eram constantemente estimulados e promovida a organização e coerência do seu discurso e ideias.

De uma forma geral, as atividades desenvolvidas foram sempre de encontro aos objetivos pré-estabelecidos no plano de intervenção e baseados numa abordagem instrumental e relacional. Foram realizadas atividades motoras, de consciencialização corporal, atividades gráficas, *puzzles*, atividades de jogo simbólico, entre muitas outras.

## **5. Avaliação Final**

A avaliação final da criança foi realizada nos dias 27 de maio, 3 e 17 de junho (TPMBO-2) e 17 de junho e teve por base os mesmos instrumentos que a avaliação inicial. Esta avaliação traduz uma descrição e análise da comparação com os resultados iniciais em termos qualitativos, aspeto a aspeto. Para além disso, são ainda descritos os dados mais relevantes da avaliação realizada à família.

### **5.1. Resultados relativos ao teste de proficiência motora de bruininks-oseretsky II (TPMBO-2) do G.S..**

O G.S. foi reavaliado em psicomotricidade aos 6 anos e 6 meses. Ao longo das sessões de avaliação mostrou-se entusiasmado e participativo; contudo, ao longo da avaliação vai-se dispersando com alguma facilidade.

No controlo motor fino, apresenta resultados abaixo do esperado para a sua idade. Ao nível da precisão motora fina, a qual é avaliada com tarefas que requerem um controlo preciso das mãos, apresenta dificuldades mais notórias na tarefa de desenhar linhas através de labirintos curvos. Em relação à integração motora fina, para a qual é solicitada a cópia de figuras, consegue copiar com sucesso a maioria das figuras, revelando dificuldades à medida que o nível de complexidade aumenta.

Na coordenação manual, que engloba atividades de destreza manual e de controlo de bola, apresenta resultados heterogéneos. No que diz respeito à destreza manual, que implica a realização de tarefas que requerem velocidade e precisão com o uso das mãos, demonstra despreocupação com o tempo e, por vezes, dificuldade em inibir o movimento da mão não dominante. Nas atividades de controlo de bola, que requerem a coordenação dos membros superiores tendo em conta estímulos visuais, apresenta facilidade na realização das tarefas de acordo com o esperado para a sua idade.

No que concerne ao controlo do corpo, foram avaliadas tarefas que envolvem a coordenação bilateral e o equilíbrio. Ao nível da coordenação bilateral, que envolve a coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores, consegue realizar a maioria das tarefas. Nas atividades de equilíbrio, revela ainda alguma instabilidade postural, não conseguindo realizar as tarefas em que a base de sustentação é menor e que exigem menos pistas visuais (olhos fechados).

Nas tarefas de agilidade e força os resultados também são baixos, referindo cansaço e demonstrando um fraco investimento, o que pode explicar os resultados.

Em suma, apresenta um nível de desenvolvimento psicomotor abaixo do esperado para a sua idade. Apresenta como áreas fortes a integração motora fina, as atividades de controlo de bola e a coordenação bilateral.

Relativamente à avaliação inicial, realizada anteriormente à intervenção, melhorou a sua prestação nas atividades de controlo de bola. Ao longo da intervenção de carácter individual, foram ainda observadas melhorias particularmente ao nível da impulsividade, da relação e da comunicação. O G.S. consegue permanecer em atividades mais estruturadas até ao fim e regular o seu comportamento. Estas melhorias relativas ao comportamento são descritas de seguida através da comparação com os resultados iniciais da avaliação.

## **5.2. Resultados relativos à *checklist* de observação do comportamento do G.S..**

No domínio cognitivo, relativamente à participação, o G.S. já responde a um pedido para terminar uma atividade. Em termos de compreensão de conceitos, atualmente demonstra uma compreensão inconsistente de seis cores diferentes e de três cores diferentes já sem se enganar e demonstra compreensão de: uma figura, dois conceitos de tamanho diferentes, dois conceitos qualitativos diferentes e três conceitos de relações espaciais diferentes. Na categorização, já consegue agrupar objetos, pessoas ou eventos com base em categorias, embora de forma pouco consistente, e agrupa objetos, pessoas ou eventos com base em atributos físicos; na sequencialização já segue instruções de três ou mais passos diferentes que são dados na rotina, coloca objetos em série de acordo com o comprimento ou tamanho e completa uma sequência de um evento ou história familiar. O G.S., atualmente, é capaz de recordar eventos que aconteceram no mesmo dia, com e sem pistas contextuais e imediatamente após acontecerem. Relativamente ao subdomínio da resolução de problemas, faz predições sobre o futuro ou eventos hipotéticos, planeia e dramatiza um evento, tema ou história conhecida e

envolve-se em jogos com regras, de forma ainda inconsistente mas consegue usar adereços imaginários eficazmente. Em relação aos *skills* de pré-matemática, já diz corretamente os números de um a dez, conta dez objetos, demonstra compreensão de um para um, faz corresponder inconsistentemente números impressos a conjuntos de um a dez objetos e na pré-leitura fala corretamente sobre as imagens de um livro.

No domínio socio-comunicativo, a criança já utiliza palavras ou frases para informar, direcionar, questionar e expressar antecipação, imaginação, afeto ou emoções de forma eficaz, na conversação já responde a questões contingentes e usa comportamentos socialmente adequados. Na produção de palavras e frases, usa verbos no pretérito perfeito; adjetivos eficazmente; plurais regulares e *o, a, os, as* de forma inconsistente.

No domínio social, na interação com a terapeuta, já consegue estabelecer e manter proximidade com esta, inicia alguma atividade cooperativa e contesta e defende os seus bens. Na interação com o envolvimento, atende às necessidades físicas quando inquieto, doente, ferido ou cansado e segue regras específicas do espaço de intervenção. Inicia atividades do seu interesse, seleciona atividades e/ou objetos e sabe o seu nome e idade.

No domínio da praxia fina, no âmbito da manipulação de objetos, o G.S. é capaz de cortar figuras com linhas direitas, copiar três letras eficazmente e realizar o desenho do corpo com pelo menos seis partes.

No domínio da praxia global, na área do equilíbrio e mobilidade, salta para a frente, salta de uma plataforma, dribla, apanha e atira uma bola e salta sem dificuldades.

A *checklist* completa encontra-se disponível para consulta no anexo F.

A contagem dos comportamentos observados na avaliação inicial e na avaliação final, em termos de pontuação atribuída, pode ser observada na tabela 4. Assim, em termos gerais, verifica-se que:

- No domínio cognitivo, os 44 comportamentos iniciais que não eram observados diminuíram para 33, houve uma diminuição de três comportamentos inconsistentes e um aumento de 14 comportamentos observados;

- No domínio socio-comunicativo, os 27 comportamentos que não eram observados passaram a ser 22, os comportamentos inconsistentes mantiveram-se iguais e verificou-se um aumento de cinco comportamentos observados;

- No domínio social, verifica-se que os 13 comportamentos iniciais que não eram observados diminuíram para 8, os comportamentos inconsistentes mantiveram-se iguais e houve um aumento de cinco comportamentos observados;

- No domínio da praxia fina, os seis comportamentos iniciais que não eram observados diminuíram para quatro, houve um aumento de um comportamento inconsistente e de zero comportamentos observados, passou a um;

- No domínio da praxia global, os 2 comportamentos iniciais que não eram observados diminuíram para 1, os comportamentos inconsistentes diminuíram para 5 e houve um aumento de cinco comportamentos observados.

Tabela 4

*Comparação da Avaliação Inicial e Final do G.S. com a Checklist de Observação do Comportamento*

|  | Domínio Cognitivo |       | Domínio Socio-Comunicativo |       | Domínio Social |       | Domínio da Praxia Fina |       | Domínio da Praxia Global |       |
|--|-------------------|-------|----------------------------|-------|----------------|-------|------------------------|-------|--------------------------|-------|
|  | Inicial           | Final | Inicial                    | Final | Inicial        | Final | Inicial                | Final | Inicial                  | Final |
| <b>Pontuação</b>                       |                   |       |                            |       |                |       |                        |       |                          |       |
| <b>0 – Não</b>                         | 44                | 33    | 27                         | 22    | 13             | 8     | 6                      | 4     | 2                        | 1     |
| <b>1 - Comportamento Inconsistente</b> | 33                | 30    | 21                         | 21    | 17             | 17    | 8                      | 9     | 9                        | 5     |
| <b>2 – Sim</b>                         | 6                 | 20    | 1                          | 6     | 3              | 8     | 0                      | 1     | 6                        | 11    |

### 5.3. Dados relativos aos instrumentos preenchidos pela família do G.S..

A avaliação da família do G.S. foi realizada com base num questionário com questões relacionadas com a criança, a família e os interesses e rotinas da família. O questionário foi entregue à mãe da criança no mês de março, contudo apenas foi entregue preenchido cerca de um mês e meio depois. Por esta razão, existe apenas um momento de avaliação desta família. Este questionário encontra-se disponível para consulta no anexo G.

A mãe do G.S. considera um problema os seguintes comportamentos realizados pela criança: resiste olhar os outros, nos olhos; age como se o(s) outro(s) não estivesse(m) presentes; a sua disposição e desejos são muito difíceis de perceber; parece estar no seu próprio mundo; desliga-se do que está a acontecer ao seu redor; interessa-se em demasia por um certo brinquedo/objeto; aborrece-se por pequenas coisas; frustra-se facilmente; não consegue esperar pela comida ou pelos brinquedos; exige atenção continuamente; a maior parte das vezes é irrequieto, não pára; não se chateia quando lhe é retirado o brinquedo e raramente balbucia ou tenta falar, entre outros. Contudo, esta mãe não registou que tinha uma preocupação especial ou que

precisava de ajuda para lidar com nenhum dos comportamentos considerados um problema.

Relativamente às questões mais relacionadas com a família, o questionário sobre os interesses da família indica que estes pais têm um interesse prioritário em saber mais acerca das capacidades e necessidades atuais do filho, em obter informação sobre serviços e programas, aprender sobre como lidar com e ajudá-lo, obter mais informação sobre leis que tenham a ver com os seus direitos, falar com professores e profissionais acerca do problema do seu filho e aconselhamento para a família, incluí-lo em atividades e, com menos prioridade, obter mais informações sobre apoios específicos ou qualquer forma de apoio necessário para a criança ou família.

O inventário das rotinas na família mostra que os pais do G.S. são uns pais presentes na vida do seu filho, que dispõem de algum tempo para falar, brincar, passear em conjunto e que cumprem determinadas rotinas diárias de forma a organizar internamente a criança. Para além disso, por vezes, praticam algum *hobby* ou desporto em conjunto, com regularidade, comem juntos o pequeno-almoço algumas manhãs e a criança participa em algumas tarefas domésticas. Por último, a mãe do G.S. afirma que quase nunca leem ou contam histórias à criança, que esta não participa regularmente em atividades extracurriculares nem frequenta ludotecas ao longo da semana.

De um modo geral, ao longo de toda a intervenção, os pais do G.S. mostraram-se sempre muito disponíveis e interessados em todo o processo. Assim, a articulação com eles foi permanente e permitiu melhor clarificar e minimizar as suas principais preocupações, necessidades e dúvidas. Este foi um fator importante na evolução do G.S. e na superação das suas dificuldades.

## **6. Conclusões**

Em termos gerais, os objetivos previamente estabelecidos para a criança foram cumpridos e verificou-se que o G.S. teve uma evolução gradual muito positiva. Os seus comportamentos tornaram-se mais adequados ao contexto, a sua capacidade de permanecer numa atividade até ao fim e o planeamento das ações foram também aspetos onde se verificou uma melhoria. Para além disso, tornou-se uma criança mais madura, mais confiante, interessada e motivada para aprender e para se relacionar com os outros.

A participação e o envolvimento ativo da família foi uma mais-valia para a evolução do desenvolvimento da criança e quando a intervenção terminou, os pais do G.S. mostraram interesse na continuação do trabalho desenvolvido, mostrando-se apreensivos

pela interrupção da intervenção durante o período das férias escolares mas ao mesmo tempo satisfeitos com a evolução do filho. Estes referiram que o filho está muito mais comunicativo, expressa-se melhor e parece compreender melhor o que lhe é dito, mesmo quando lhe são dadas instruções/pedidos com maior grau de complexidade; salientaram também o facto de o G.S. já ser capaz de contar algo que tenha acontecido na escola, recordando acontecimentos passados; e, em termos de permanência e concentração na realização de determinada tarefa também verificaram uma melhoria significativa.

Apesar do tempo de intervenção ter sido significativo e de a sua evolução ter sido notória, o G.S. continua a apresentar dificuldades em algumas áreas do desenvolvimento, com especial enfoque para a comunicação. Neste sentido, o G.S. será reavaliado no fim do ano 2015 de forma a averiguar a pertinência da continuação da intervenção, visto ser um ano importante e prévio à sua entrada na escola.

## **(B) Estudo de Caso II – Grupo I**

### **1. Caracterização do Grupo I**

A intervenção em grupo começou dia 6 de novembro de 2014 com três crianças - o T.G., R.B e P.G. iniciando-se com uma reunião de mães. Contudo, no dia 9 de abril de 2015, o A.F. integrou o Grupo, passando este a ser composto por quatro crianças até ao fim da intervenção. O A.F., anteriormente, estava a ser acompanhado em sessões de psicomotricidade individual pela estagiária.

A intervenção com o grupo de crianças era acompanhada por uma reunião de mães a cada quatro semanas.

As três crianças que iniciaram o Grupo no dia 6 de novembro são caracterizadas de seguida.

### **2. Caracterização das Crianças**

**T.G.:** nasceu a 27 de setembro de 2005, é uma criança do género masculino com 9 anos, está no 3.º ano e tem diagnóstico de Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção e Perturbação do Espectro do Autismo (Síndrome de Asperger). Tem apoio de educação especial e de terapia da fala, ambos na escola e semanalmente. Tem uma irmã mais nova, fruto da relação da mãe com o companheiro, e um irmão, fruto da ligação do pai com a sua companheira. A companheira do pai tem um filho, fruto de uma relação anterior. Atualmente, o T.G. vive com a mãe, o padrasto, a irmã e a avó. Frequenta uma vez por semana sessões de Psicomotricidade no Centro de Desenvolvimento da Criança.

As sessões decorrem em contexto grupal, devido a dificuldades na relação interpessoal e nas competências sociais. Apresenta comportamentos de oposição/desafio, dificuldades de aprendizagem globais (especialmente na escrita – disgrafia e disortografia), perturbação da coordenação e dificuldades de equilíbrio. Para além disso, tem tempos de atenção curtos, pouca resistência à frustração, dificuldade em aceitar regras e dificuldade em estar em grupo e na relação com os outros. Se as atividades forem difíceis dispersa-se, resiste. Para além disso, apresenta dificuldades na destreza manual, não diferencia a direita e a esquerda, tem um raciocínio/discurso ideofúgico e persiste nos temas de seu interesse.

**P.G.:** criança do género masculino com 8 anos, que frequenta o 2.º ano e não tem, até ao momento, diagnóstico clínico. Vive sozinho com a mãe pois o pai trabalha no estrangeiro. Tem terapia da fala e *karaté* três vezes por semana. Apresenta imaturidade que influencia o seu desempenho académico e tem reflexo na interação social, gerando conflitos, tem dificuldades de concentração (perde muito tempo a realizar os TPC), em estar em grupo e na relação com os outros. É muito impulsivo, tem dificuldades na realização visuo-motora, na compreensão verbal, na resolução de problemas e no raciocínio matemático. Gosta de participar nas atividades mas nem sempre o faz de forma oportuna e não cumpre as regras. Apresenta resultados académicos satisfatórios, um discurso consistente e perceptível e capacidade para manter diálogo. Contudo necessita de acompanhamento e incentivo constante por parte do adulto.

**R.B.:** criança do género masculino com 8 anos, está no 2.º ano, e tem diagnóstico de Perturbação da Linguagem. Vive com a mãe, o pai e a irmã com 14 anos, com a qual mantém uma relação conflituosa. Tem educação especial duas vezes por semana, terapia da fala uma vez por semana e possui um Plano Educativo Individualizado (PEI). É uma criança inibida e retraída e apresenta alterações da linguagem, períodos curtos de atenção, insegurança, dificuldade em relatar as tarefas e pouca interação e envolvimento em grupo. Tem ainda alterações do comportamento, dificuldades na comunicação verbal e não-verbal, interesses mais restritos e dificuldades em algumas mudanças preferindo e sentindo-se mais confortável com a rotina. Para além disso, apresenta alguma dificuldade no controlo da impulsividade e uma lentificação na execução de tarefas.

### 3. Processo de Intervenção

Anteriormente à integração no Grupo e devido ao facto de este ser um trabalho de continuidade, cada criança tinha sido recentemente avaliada pela Dr.<sup>a</sup> Joana Carvalho com o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2), com o objetivo de se conhecer a sua prestação e competências em termos motores. Após estas avaliações, as crianças tiveram algumas sessões de intervenção individual. Apenas o A.F., o 4º elemento que integrou o Grupo mais tarde, tinha sido acompanhado individualmente pela estagiária. Porém, esta criança não será tida em conta para a descrição do Grupo enquanto Estudo de Caso.

Depois de ser debatido com a orientadora local que seria benéfico para estas crianças, devido às suas particularidades, integrarem um Grupo de intervenção, procedeu-se a uma conversa com a família das mesmas com o intuito de perceber a disponibilidade e o interesse para que tal acontecesse.

A Intervenção em Grupo iniciou-se no dia 6 de novembro de 2014 e em março de 2015 procedeu-se ao registo das informações informais relativas ao comportamento e interação social com os pares, transmitidas pelas crianças até ao momento, numa Escala de Observação de Comportamentos e de uma Grelha de Observação das Relações entre Pares. Foi nesta altura que se entregou aos pais um questionário que incluía a TABS – Escala de Temperamento e Comportamento Atípico, o Inventário das Rotinas na Família e o Questionário das Atividades Diárias, para preenchimento, tendo os mesmos sido devolvidos já preenchidos pelos pais algumas semanas depois. O carácter extenso dos questionários e o facto de terem sido entregues preenchidos tardiamente resultou na realização de apenas um momento de avaliação à família.

No que diz respeito ao total de sessões realizadas, foram 27 (total de 27 horas de intervenção), com a duração de 60 minutos cada, sendo que a 1ª ocorreu no dia 6 de novembro de 2014 e a última sessão no dia 25 de junho de 2015 (intervenção ao longo de cerca de 8 meses), tendo sido a penúltima sessão em conjunto com as mães e com as crianças e a 1ª e a última sessões uma reunião apenas com a presença das mães.

Tabela 5

*Calendarização da Intervenção em Grupo*

| <b>Mês</b>      | <b>nov.</b> | <b>dez.</b> | <b>jan.</b> | <b>fev.</b> | <b>mar.</b> | <b>abril</b> | <b>maio</b> | <b>Junho</b> |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| <b>Crianças</b> | 13, 20, 27  | 11          | 8, 15, 29   | 5, 12, 26   | 5, 12       | 9, 16, 23    | 7, 21       | 4, 11        |
| <b>Mães</b>     | 6           | 4           | 22          | 19          | 19          | 30           | 28          | 25           |

A 1ª sessão foi realizada apenas com as mães das crianças e constou de uma apresentação e partilha de informações, receios, preocupações das famílias em relação a cada criança. Na última sessão, uma reunião que contou com a presença apenas das mães das crianças, foi exposta uma apresentação em *PowerPoint* com a descrição da evolução de cada criança e foram também mostrados excertos das filmagens das sessões de forma a explicar o trabalho desenvolvido. Esta apresentação, disponível para consulta no anexo Q, foi também apresentada no *Journal Club*. De referir que a maioria das sessões foi filmada, após uma autorização prévia dos pais (ver consentimento informado anexo P).

Posteriormente aos primeiros meses de contacto com as crianças e aos registos da avaliação informal realizados em março de 2015, seguiu-se a elaboração de um plano de Intervenção Pedagógico Terapêutico, com o objetivo de serem colmatadas as maiores dificuldades de cada criança e na relação com o Grupo. Assim, de seguida são descritos, pormenorizadamente, os resultados das avaliações iniciais, bem como apresentado o plano de intervenção com os objetivos adaptados e adequados a cada criança.

No anexo N encontra-se um esquema que resume a intervenção psicomotora com este grupo, especificando as atividades realizadas em cada sessão, materiais e observações revelantes.

#### **4. Avaliação Inicial**

As três crianças que inicialmente formavam o Grupo – o T.G., o P.G. e o R.B. foram avaliadas através da observação informal com a Escala de Observação dos Comportamentos e com a Grelha de Observação das Relações entre Pares nos dias 5, 12 e 19 de março de 2015.

A Escala e a Grelha, pertencentes ao T.G., ao P.G. e ao R.B., encontram-se nos anexos H, J e L, respetivamente.

##### **4.1. Resultados relativos à escala de observação dos comportamentos do T.G., do P.G. e do R.B..**

**T.G.:** Na relação com o adulto, o T.G. raramente mostra cooperação, nunca demonstra afeto e frequentemente revela indiferença, oposição-desafio, agressividade e rejeição. Relativamente à atenção nas tarefas, nunca presta atenção a atividades mais de 5 min, sendo frequentemente necessário repetir as instruções por não prestar atenção nas tarefas. A impulsividade é frequentemente demonstrada, por vezes inicia as tarefas antes de terminada a instrução, raramente planeia a execução da tarefa e espera pela

sua vez numa atividade. Na persistência, raramente investe nas tarefas, pois a maioria das vezes desmotiva facilmente e desiste. Na participação nas tarefas, nunca permanece nas tarefas até ao fim autonomamente e raramente fá-lo com ajuda, tendo muita dificuldade em terminá-las. No ajustamento às tarefas, raramente apresenta comportamentos adequados no decorrer das atividades e muitas vezes não se ajusta às tarefas, revelando comportamentos de oposição/desafio. Em relação às regras, o T.G. por vezes respeita apenas algumas regras. Na tolerância à frustração, nunca reage de forma adequada à frustração ou tolera o insucesso autonomamente, fazendo-o apenas periodicamente com ajuda da terapeuta. Na linguagem recetiva, frequentemente compreende as instruções simples com apoio e por vezes, compreende as instruções simples que são dadas sem apoio. Na linguagem expressiva, por vezes realiza os pedidos de forma adequada, expressa verbalmente as tarefas realizadas e responde de forma coerente num discurso com o adulto.

**P.G.:** Na relação com o adulto, o P.G. mostra frequentemente cooperação e afeto e raramente revela indiferença, oposição-desafio, agressividade ou rejeição. No que diz respeito à atenção nas tarefas, raramente presta atenção a atividades mais de 5 minutos, sendo por vezes necessário repetir as instruções. Em termos de impulsividade, esta é por vezes demonstrada, assim como por vezes inicia as tarefas antes de terminada a instrução e espera pela sua vez, e frequentemente não planeia a execução da tarefa. Na persistência, por vezes investe nas tarefas e desmotiva facilmente e desiste. Na participação nas tarefas, por vezes permanece nas tarefas até ao fim autonomamente e frequentemente fá-lo com ajuda, apresentando raramente dificuldade em terminá-las. No ajustamento às tarefas, por vezes apresenta comportamentos adequados no decorrer das atividades, mas raramente revela comportamentos de oposição/desafio. Em relação às regras, por vezes respeita-as. Na tolerância à frustração, por vezes reage de forma adequada à frustração e frequentemente tolera o insucesso. Na linguagem recetiva, frequentemente compreende as instruções simples com e sem apoio e na linguagem expressiva, realiza os pedidos de forma adequada, expressa verbalmente as tarefas realizadas e responde de forma coerente num discurso com o adulto.

**R.B.:** Na relação com o adulto, o R.B. raramente mostra cooperação, oposição desafio e rejeição, nunca demonstra afeto ou agressividade e por vezes revela indiferença. No que diz respeito à atenção nas tarefas, raramente presta atenção a atividades mais de 15 min, sendo frequentemente necessário repetir as instruções.

Raramente demonstra impulsividade, por vezes inicia as tarefas antes de terminada a instrução, raramente planeia a execução da tarefa mas costuma esperar pela sua vez. Na persistência, por vezes investe nas tarefas mas outras vezes desmotiva facilmente e desiste. Na participação nas tarefas, raramente permanece nas tarefas até ao fim autonomamente mas frequentemente fá-lo com ajuda, tendo raramente dificuldade em terminá-las. No ajustamento às tarefas, por vezes apresenta comportamentos adequados e outras vezes desadequados mas não revela comportamentos de oposição/desafio. Em relação às regras, por vezes respeita-as. Na tolerância à frustração, consegue reagir de forma adequada à frustração e tolerar o insucesso. Na linguagem recetiva, frequentemente compreende as instruções simples com apoio e por vezes, compreende as instruções simples sem apoio. Na linguagem expressiva, raramente realiza os pedidos de forma adequada, tendo dificuldade em expressar verbalmente as tarefas realizadas mas por vezes responde de forma coerente num discurso com o adulto.

#### **4.2. Resultados relativos à grelha de observação das relações entre pares do T.G., do P.G. e do R.B..**

**T.G.:** O T.G. raramente se envolve em inversões de papéis durante o jogo com os seus pares ou num jogo social fingido que inclui comunicação explícita sobre temas e desempenho de papéis, bem como raramente propõe atividades conjuntas. Este não dá ou obtém afeto nem pede permissão a outras crianças. Para além disso, as interações com os pares raramente ocorrem de forma rápida, não se acalma depois de se zangar nem parece compreender as regras da sala relativamente à partilha e tomada de vez. A criança, por vezes, tende a estar sem brincar ou a envolver-se em respostas ou trocas simples e breves com os seus pares. Por vezes envolve-se no contacto social e os pares reconhecem, respeitam e respondem apropriadamente a pedidos de intervenção e clarificação por parte da criança. O brincar é feito também, algumas vezes, com considerável entusiasmo e expressividade, responde positivamente às iniciativas e interações dos pares e demonstra através de ações ou descrições um acontecimento básico de temas partilhados, envolvendo eventos quotidianos, semelhantes aos de outras crianças. Com um carácter mais frequente, a criança apercebe-se e de seguida ignora as aproximações e iniciativas dos outros, parecendo não ter consciência das mesmas. Porém, costuma obter a atenção dos outros e adquirir os seus materiais. Os pares, a maioria das vezes, respondem aos seus pedidos quando solicita ajuda e aos seus esforços para obter atenção. Verifica-se também que o T.G. fica ansioso quando é abordado pelos outros, rejeita as aproximações dos pares, ficando zangado e hostil

durante estas. Tende a rodear os outros no jogo, com reações que oscilam entre a aproximação e o afastamento e desorganiza-se e fica zangado durante as sociais.

**P.G.:** O P.G. é uma criança que raramente fica ansiosa quando é abordada por outros. Por vezes tende a estar sem brincar e apenas às vezes se apercebe e ignora de seguida as aproximações e iniciativas dos outros ou não tem consciência das mesmas. Por vezes envolve-se no contacto social e os pares respondem, reconhecem e respeitam os seus pedidos de ajuda, de intervenção, clarificação e esforços para obter atenção. Para além disso, por vezes rejeita as aproximações sociais dos pares e outras vezes responde de forma positiva às mesmas, fica zangado ou hostil durante as interações e rodeia os outros no jogo, com reações que oscilam entre a aproximação e o afastamento e desorganiza-se e fica zangado durante as interações. Com um carácter regular, envolve-se em respostas ou trocas simples e breves, em inversões de papéis e num jogo social fingido com comunicação explícita sobre temas e desempenho de papéis. Frequentemente, obtém a atenção e adquire materiais dos outros, dá ou obtém afeto, pede permissão a outras crianças e propõe atividades conjuntas. Brinca regularmente com entusiasmo e expressividade, responde positivamente, retribuindo de uma forma razoável às iniciativas dos pares, sendo que as interações com estes parecem ocorrer de forma rápida. Costuma ficar calmo depois de se zangar, compreende as regras da sala relativamente à partilha e tomada de vez e demonstra através de ações ou descrições um acontecimento básico de temas partilhados, envolvendo eventos quotidianos, semelhantes aos de outras crianças.

**R.B.:** A criança raramente se envolve em inversões de papéis durante jogos sociais, num jogo social fingido que inclui comunicação explícita sobre temas e desempenho de papéis ou propõe atividades conjuntas. Por vezes parece não ter consciência das iniciativas dos outros, envolve-se em respostas ou trocas simples e breves, adquire os materiais dos outros, dá ou obtém afeto, pede permissão a outras crianças ou envolve-se no contacto social. Em relação aos pares, por vezes respondem, reconhecem ou respeitam os seus pedidos de ajuda, de intervenção, clarificação e para obter atenção. O R.B., por vezes, rejeita as aproximações sociais dos pares, fica zangado ou hostil durante as mesmas, rodeia os outros no jogo, com reações que oscilam entre a aproximação e o afastamento, responde de forma positiva às interações com os pares e estas interações ocorrem de forma rápida. Para além disso, pontualmente, a criança desorganiza-se e fica zangada durante as interações mas parece compreender as regras

da sala, relativamente à patilha e tomada de vez. Acontece com alguma frequência a criança aperceber-se e depois ignorar as aproximações e iniciativas dos outros, obter a sua atenção, ficar ansiosa quando abordada pelos outros, brincar com entusiasmo e expressividade, responder positivamente às iniciativas dos outros, ficar calma, depois de se zangar e, ainda, demonstrar através de ações ou descrições um acontecimento básico de temas partilhados, envolvendo eventos quotidianos, semelhantes aos de outras crianças.

## 5. Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico

**Duração:** 8 meses.

**Periodicidade:** uma vez por semana, 5<sup>as</sup> feiras das 14h-15h.

**Número de Participantes:** inicialmente, 3 elementos e a partir de abril, 4 elementos.

**Divisão das Sessões:** (1) Avaliação Inicial – março; (2) Intervenção Psicomotora – de 6 de novembro de 2014 até 25 de junho de 2015; (3) Avaliação Final – junho.

Tabela 6

*Objetivos do T.G., do P.G. e do R.B.*

| T.G.                        |  |                                       |   |
|-----------------------------|--|---------------------------------------|---|
| Domínios do Desenvolvimento | Objetivos Gerais                                       | Objetivos Específicos                 | Objetivos Comportamentais   |
| Cognitivo                   | Promover o Desenvolvimento das Competências Cognitivas | Aumentar a atenção                    | - A criança deve ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma, sem ajudas verbais da terapeuta;<br>- A criança deve ser capaz de verbalizar uma atividade, após a explicação da mesma pela terapeuta, sem ajudas verbais. |
|                             |  | Melhorar a capacidade de planejamento | - A criança deve ser capaz de verbalizar o que pretende realizar, quando questionado pela terapeuta, antes da realização.   |

|               |   |   |   |
|---------------|---|---|---|
| <b>Social</b> | Promover o Desenvolvimento das Competências Sociais e Interpessoais | Aumentar a tomada de consciência do outro   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de esperar pela sua vez numa atividade, sem ajudas verbais da terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de verbalizar sentimentos/emoções do outro, de forma coerente, quando questionado pela terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de partilhar os objetos durante a interação com a terapeuta e/ou par, quando solicitada.</li> </ul>  |
|               |   | Melhorar a autorregulação de comportamentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de reconhecer as ações que afetam o seu par, pedindo desculpa, sem necessidade de solicitação por parte da terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de respeitar a maioria das regras de uma atividade, podendo ser lembrado das mesmas pela terapeuta; <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de tolerar as derrotas ou insucessos, de forma adequada às situações, podendo a terapeuta facultar apoio;</li> </ul> </li> <li>- A criança deve ser capaz de diminuir comportamentos de impulsividade, mantendo-se na atividade, podendo a terapeuta solicitar uma vez a regulação destes;</li> <li>- A criança deve ser capaz de diminuir comportamentos de oposição e desafio, acedendo às solicitações da terapeuta, podendo esta solicitar uma vez a regulação dos mesmos;</li> <li>- A criança deve ser capaz de conter os comportamentos de instabilidade motora, mantendo-se na atividade, podendo a terapeuta solicitar uma vez a sua contenção.</li> </ul> |

|                                    |   |  |   |
|------------------------------------|---|--|---|
|                                    |   | Estimular a expressão afetiva/emocional    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de verbalizar os seus próprios sentimentos/emoções (e.g., alegria, tristeza, surpresa) de forma coerente, quando questionado anteriormente pela terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de diminuir a indiferença perante situações, através de expressões verbais ou faciais, espontaneamente.</li> </ul> |
| <b>P.G.</b>                        |   |  |   |
| <b>Domínios do Desenvolvimento</b> | <b>Objetivos Gerais</b>   | <b>Objetivos Específicos</b>               | <b>Objetivos Comportamentais</b>  |
| <b>Cognitivo</b>                   | Promover o Desenvolvimento das Competências Cognitivas              | Aumentar a concentração                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de focar a atenção apenas para estímulos relevantes à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma, sem ajudas verbais da terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de concentrar-se numa tarefa durante a sua realização, podendo ter ajudas verbais da terapeuta.</li> </ul>                               |
| <b>Social</b>                      | Promover o Desenvolvimento das Competências Sociais e Interpessoais | Aumentar a tomada de consciência do outro  | - A criança deve ser capaz de esperar pela sua vez numa atividade, sem ajudas verbais da terapeuta.   |
|                                    |   | Estimular a consciencialização de atitudes | <ul style="list-style-type: none"> <li>A criança deve ser capaz de reconhecer verbalmente os comportamentos menos adequados, quando questionado pelo terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de identificar as ações que afetam o seu par, pedindo desculpa, sem necessidade de solicitação por parte da terapeuta.</li> </ul>   |

|                                    |  |   |  |
|------------------------------------|--|---|--|
|                                    |  | Melhorar a autorregulação de comportamentos | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de respeitar a maioria das regras de uma atividade, podendo ser lembrado das mesmas pela terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de tolerar as derrotas ou insucessos, de forma adequada às situações, podendo a terapeuta facultar apoio;</li> <li>- A criança deve ser capaz de conter os comportamentos de instabilidade motora, mantendo-se na atividade, podendo a terapeuta solicitar uma vez a regulação destes;</li> <li>- A criança deve ser capaz de verbalizar uma resposta adequada, tendo em conta o que foi questionado pela terapeuta ou criança.</li> </ul> |
| <b>R.B.</b>                        |  |   |  |
| <b>Domínios do Desenvolvimento</b> | <b>Objetivos Gerais</b>                                | <b>Objetivos Específicos</b>                | <b>Objetivos Comportamentais</b>   |
| <b>Cognitivo</b>                   | Promover o Desenvolvimento das Competências Cognitivas | Aumentar a atenção                          | - A criança deve ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma, sem ajudas verbais da terapeuta.  |

|                  |   |  |   |
|------------------|---|--|---|
| <b>Linguagem</b> | Promover o Desenvolvimento das Competências da Comunicação          | Melhorar as competências da linguagem expressiva | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de elaborar um discurso contextualizado à situação e ao contexto com outra criança ou com a terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de verbalizar o que deseja realizar, quando questionada pela terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de expressar verbalmente eventos que ocorreram durante a semana, quando solicitado pela terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de partilhar a sua opinião com as outras crianças;</li> <li>- A criança deve ser capaz de utilizar frases completas que incluam sujeito, verbo e alguns adjetivos.</li> </ul> |
| <b>Social</b>    | Promover o Desenvolvimento das Competências Sociais e Interpessoais | Aumentar a tomada de consciência do outro        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de esperar pela sua vez numa atividade, sem ajudas verbais do terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de partilhar os objetos durante a interação com a terapeuta e/ou par, quando solicitada.</li> </ul>  |
|                  |   | Melhorar a autorregulação de comportamentos      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- A criança deve ser capaz de reconhecer as ações que afetam o seu par, pedindo desculpa, sem necessidade de solicitação por parte da terapeuta;</li> <li>- A criança deve ser capaz de respeitar a maioria das regras de uma atividade, podendo ser lembrado das mesmas pela terapeuta.</li> </ul>  |

## **6. Intervenção Psicomotora em Grupo**

Como já foi referido, esta tipologia de intervenção possibilita que as crianças vivenciem um conjunto muito rico de experiências no seio do grupo o que, conseqüentemente, resulta numa melhoria das suas dificuldades relacionais e da comunicação na interação social.

A intervenção realizada nos primeiros meses tinha como objetivo facilitar a integração e a comunicação das crianças no seio do grupo, ficando a conhecer-se um pouco mais a elas e às terapeutas estagiárias. Neste sentido, foram sugeridas atividades de exploração do espaço, dinâmicas com vista ao conhecimento do outro e alguns jogos de quebra-gelo, com o intuito de estimular e promover a participação, o bem-estar e a espontaneidade das crianças no espaço de intervenção.

O planeamento das sessões e dos materiais, feito semanalmente, tinha por vezes uma certa flexibilidade no que diz respeito às atividades propostas, de forma a não diminuir apenas as dificuldades de cada criança mas também para ser dada uma resposta aos seus interesses e desejos.

Em meados de maio, os dados obtidos com os questionários à família complementaram a avaliação informal inicial realizada à criança. Assim, muitos dos comportamentos apontados pelos pais foram de encontro ao percebido pelas estagiárias, e por isso muitos dos objetivos delineados encontravam-se adaptados às famílias. Para além disso, semanalmente, antes e após as sessões de grupo fazia-se um breve diálogo com os pais sobre as suas preocupações e a perceção do impacto da intervenção. Nestas alturas, as estagiárias referiam comportamentos relevantes observados nas sessões e partilharam dicas sobre o modo de lidar com o comportamento da criança e promover o seu desenvolvimento.

A estrutura das sessões foi permanecendo sempre muito semelhante, iniciando-se as sessões com um ritual e conversa iniciais, passando depois à(s) atividade(s) propriamente dita(s) e terminando com um diálogo e ritual finais, muitas vezes acompanhado da realização de um desenho sobre a sessão. Esta estrutura homogénea tem um papel de extrema importância pois permite que se criem rotinas e que as crianças se organizem internamente.

As sessões de psicomotricidade em Grupo basearam-se numa abordagem de natureza quer de cariz instrumental, quer relacional. Assim foram realizadas atividades muito variadas que incluíram: jogos de regras, de cooperação, sensoriomotores, simbólicos, atividades expressivas, de representação do corpo, rítmicas e de expressão gráfica e plástica, entre outras. Relativamente às estratégias utilizadas, recorreu-se

muitas vezes à verbalização, à demonstração, à repetição, e à utilização de reforços positivos nas atividades. Para além disso, procurou-se sempre estruturá-las em tarefas curtas e simples que evoluíram para tarefas mais complexas.

As crianças do Grupo, de uma forma geral, aderiram e mostraram-se quase sempre recetivas às tarefas propostas, evoluindo cada vez mais para uma postura participativa nas sessões. As famílias das crianças, neste caso específico as mães, mantiveram também sempre um papel ativo e de interesse ao longo deste processo.

No mês de junho de 2015, após cerca de 8 meses de intervenção, as estagiárias voltaram a realizar uma avaliação informal de cada criança, através de um registo de informações com os mesmos instrumentos utilizados inicialmente. O ponto seguinte apresenta os resultados obtidos nestas avaliações finais.

## **7. Avaliação Final**

A avaliação final da criança foi realizada no dia 4 de junho de 2015 e teve por base os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial. Esta avaliação traduz uma análise da comparação dos resultados em termos qualitativos, aspeto a aspeto. Para além disso, são ainda descritos os aspetos mais relevantes da avaliação realizada à família.

As avaliações finais do T.G., do P.G. e do R.B. estão disponíveis para consulta nos anexos H, J e L, respetivamente.

### **7.1. Resultados relativos à escala de observação dos comportamentos do T.G., do P.G. e do R.B..**

**T.G.:** Na relação com o adulto, melhorou a cooperação e o afeto e diminuiu os comportamentos de indiferença, oposição-desafio, agressividade e rejeição. O T.G. consegue manter a atenção em atividades durante mais tempo e a necessidade de repetir as instruções é cada vez menor. Na impulsividade, melhorou todos os parâmetros e aumentou o investimento nas tarefas, diminuindo os níveis de desmotivação e desistência. Para além disso, a criança aumentou ainda a permanência autónoma nas tarefas e melhorou a capacidade de realizá-las até ao fim. Os comportamentos desadequados diminuíram, assim como os comportamentos de oposição/desafio, verificando-se também um aumento crescente no respeito pelas regras. As suas reações à frustração tornaram-se mais adequadas e já consegue tolerar o insucesso. Os resultados na linguagem recetiva mantiveram-se e na linguagem expressiva melhorou a expressão verbal das tarefas realizadas e a coerência nas respostas no discurso com o

adulto. Tudo isto pode ser observado na tabela 7, onde são apresentadas as frequências médias dos comportamentos do T.G. na avaliação inicial e na avaliação final, com a respetiva conclusão e evolução (+ quando é positiva, = se se manteve e - quando é negativa).

Tabela 7

*Evolução dos Comportamentos do T.G. na Escala de Observação dos Comportamentos*

| <b>Comportamentos</b>           | <b>Frequência Média Av. Inicial</b> | <b>Frequência Média Av. Final</b> | <b>Conclusão</b> | <b>Evolução</b> |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------|
| <b>Relação com o Adulto</b>     | 3,17                                | 3                                 | ↓                | +               |
| <b>Atenção nas Tarefas</b>      | 2                                   | 3                                 | ↑                | +               |
| <b>Impulsividade</b>            | 3,25                                | 3                                 | ↓                | +               |
| <b>Persistência</b>             | 3                                   | 3,33                              | ↑                | +               |
| <b>Participação nas Tarefas</b> | 2,25                                | 3                                 | ↑                | +               |
| <b>Ajustamento às Tarefas</b>   | 3                                   | 3,5                               | ↑                | +               |
| <b>Respeito pelas Regras</b>    | 3                                   | 3,33                              | ↑                | +               |
| <b>Tolerância à Frustração</b>  | 2                                   | 2,25                              | ↑                | +               |
| <b>Linguagem Recetiva</b>       | 3,5                                 | 3,5                               | ↔                | =               |
| <b>Linguagem Expressiva</b>     | 3                                   | 3,65                              | ↑                | +               |

**P.G.:** O P.G. manteve a maioria dos resultados obtidos nos comportamentos na relação com o adulto (com exceção da indiferença, que diminuiu), a necessidade de repetição das instruções para manter a atenção, o investimento apenas em algumas tarefas, o permanecer nas mesmas até ao fim com e sem ajuda, assim como os comportamentos de ajustamento a estas. Manteve ainda o respeito pelas regras, a tolerância à frustração e as suas competências de linguagem recetiva. Alguns aspetos como a impulsividade, o iniciar as tarefas antes de terminada a instrução, a ausência de planeamento da tarefa e a desmotivação e desistência diminuíram. Por fim, a sua capacidade de manter a atenção nas atividades, o esperar pela vez, o investimento nas atividades, o respeito por algumas regras, o tolerar o insucesso com ajuda e, ainda, a expressão verbal das tarefas realizadas foram pontos onde se verificou uma melhoria significativa. Tudo isto pode ser observado na tabela 8, onde são apresentadas as frequências médias dos comportamentos do P.G. na avaliação inicial e na avaliação final, com a respetiva conclusão e evolução (+ quando é positiva, = se se manteve e - quando é negativa).

Tabela 8

*Evolução dos Comportamentos do P.G. na Escala de Observação dos Comportamentos*

| <b>Comportamentos</b>           | <b>Frequência Média Av. Inicial</b> | <b>Frequência Média Av. Final</b> | <b>Conclusão</b> | <b>Evolução</b> |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------|
| <b>Relação com o Adulto</b>     | 2,67                                | 2,5                               | ↓                | +               |
| <b>Atenção nas Tarefas</b>      | 2,75                                | 3,25                              | ↑                | +               |
| <b>Impulsividade</b>            | 3,25                                | 2,75                              | ↓                | +               |
| <b>Persistência</b>             | 3                                   | 3                                 | ↔                | =               |
| <b>Participação nas Tarefas</b> | 3,25                                | 3,25                              | ↔                | =               |
| <b>Ajustamento às Tarefas</b>   | 2,75                                | 2,75                              | ↔                | =               |
| <b>Respeito pelas Regras</b>    | 2,67                                | 3                                 | ↑                | +               |
| <b>Tolerância à Frustração</b>  | 2,75                                | 3                                 | ↑                | +               |
| <b>Linguagem Recetiva</b>       | 4                                   | 4                                 | ↔                | =               |
| <b>Linguagem Expressiva</b>     | 4                                   | 4,3                               | ↑                | +               |

**R.B.:** Na relação com o adulto, o R.B. aumentou o afeto e a cooperação, melhorando a agressividade. A criança consegue ficar atenta durante mais tempo nas atividades, permanecer nelas até ao fim e investir mais nas mesmas sem desistir. Os comportamentos tornaram-se mais adequados às tarefas, o respeito por algumas regras aumentou e a capacidade para tolerar o insucesso com ajuda também. Para além disso, é de salientar a melhoria significativa na compreensão de instruções simples e na linguagem expressiva, onde já é capaz de realizar pedidos de forma adequada, expressar verbalmente as tarefas realizadas e responder de forma coerente no discurso com o adulto. De uma forma geral, os comportamentos de oposição-desafio, de rejeição, a impulsividade, o esperar pela sua vez numa atividade, o respeito pelas regras e a sua tolerância à frustração mantiveram-se iguais. Contudo, a necessidade de repetir regras por falta de atenção, o iniciar tarefas antes de terminada a instrução, o planeamento, o investimento, motivação e desistência nas atividades, os comportamentos desadequados, assim como a necessidade de ajuda para compreender instruções simples foram aspetos em que se verificou uma melhoria significativa.

Tudo isto pode ser observado na tabela 9, onde são apresentadas as frequências médias dos comportamentos do R.B. na avaliação inicial e na avaliação final, com a respetiva conclusão e evolução (+ quando é positiva, = se se manteve e - quando é negativa). Apesar de o balanço geral da evolução do R.B. ser muito positivo, verifica-se pela tabela 9 que os aspetos *relação com o adulto*, *persistência*, *ajustamento às tarefas* e

*linguagem recetiva* se encontram assinalados com “-”, ou seja, com evolução negativa. Em termos práticos, estes aspetos, embora tivessem piorado, podem considerar-se positivos pois o R.B. inicialmente era uma criança muito inibida e retraída que, ao longo da intervenção, se foi soltando e desinibindo cada vez mais. Considera-se, no fundo, uma evolução positiva nestes comportamentos devido ao facto de o R.B. ser atualmente capaz de manifestar as suas emoções, expressando aquilo que realmente sente sem ter necessidade de se conter e “mascarar” os seus sentimentos relativos a determinado acontecimento. Por outro lado, em termos de linguagem recetiva, conclui-se que a sua evolução negativa pode estar relacionada com o facto de, ao estar muito mais desinibido e integrado no grupo, a sua atenção em relação ao que lhe é dito tenha diminuído.

Tabela 9

*Evolução dos Comportamentos do R.B. na Escala de Observação dos Comportamentos*

| <b>Comportamentos</b>           | <b>Frequência Média Av. Inicial</b> | <b>Frequência Média Av. Final</b> | <b>Conclusão</b> | <b>Evolução</b> |
|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|------------------|-----------------|
| <b>Relação com o Adulto</b>     | 1,83                                | 2,67                              | ↑                | -               |
| <b>Atenção nas Tarefas</b>      | 3,25                                | 3,25                              | ↔                | =               |
| <b>Impulsividade</b>            | 3,25                                | 2,75                              | ↓                | +               |
| <b>Persistência</b>             | 3                                   | 2,67                              | ↓                | -               |
| <b>Participação nas Tarefas</b> | 3                                   | 4                                 | ↑                | +               |
| <b>Ajustamento às Tarefas</b>   | 2,75                                | 2,5                               | ↓                | -               |
| <b>Respeito pelas Regras</b>    | 2,67                                | 3                                 | ↑                | +               |
| <b>Tolerância à Frustração</b>  | 2,75                                | 2,75                              | ↔                | =               |
| <b>Linguagem Recetiva</b>       | 3,5                                 | 3                                 | ↓                | -               |
| <b>Linguagem Expressiva</b>     | 2,33                                | 4                                 | ↑                | +               |

## **7.2. Resultados relativos à grelha de observação das relações entre pares do T.G., do P.G. e do R.B..**

**T.G.:** A criança diminuiu o estar sem brincar, o aperceber-se e de seguida ignorar as aproximações e iniciativas dos outros e passou a ter mais consciência das mesmas. Para além disso, mostra-se menos ansiosa quando abordada pelos outros, não rejeita tão frequentemente as aproximações sociais, não se zanga tanto e desorganiza-se cada vez menos durante as interações com os pares. Os resultados em relação à obtenção de atenção dos outros, o adquirir materiais, o rodear os pares no jogo com reações quer de

aproximação, quer de afastamento e, ainda, o responder de forma positiva às interações mas com um atraso na resposta mantiveram-se iguais. Por último, o T.G. melhorou o seu envolvimento em respostas ou trocas simples e breves, no jogo com inversão de papéis e no jogo social fingido. Outros aspetos como o afeto, pedir permissão a outras crianças, envolver-se no contacto social, propor atividades conjuntas, responder, respeitar e reconhecer pedidos de ajuda, de intervenção e para obter a atenção, brincar com entusiasmo e expressividade, responder positivamente, a velocidade em que ocorrem as interações com os pares, acalmar-se depois de se zangar, compreender as regras da sala e o demonstrar um acontecimento foram todos melhorados ao longo da intervenção.

**P.G.:** Na relação entre os pares, o P.G. melhorou o estar sem brincar, o ignorar as aproximações e iniciativas dos outros, assim com a consciência das mesmas e diminuiu a rejeição das aproximações. Os resultados no que diz respeito à sua envolvimento em inversões de papéis, no jogo social fingido, o adquirir materiais, a sua ansiedade, hostilidade, as reações de aproximação e afastamento, desorganização e respeito pelas regras da sala permaneceram iguais. Por outro lado, envolve-se mais em respostas ou trocas simples e breves, obtém mais a atenção dos outros, melhorou o afeto, o contacto social, propõe mais atividades conjuntas e os pares respondem, reconhecem e respeitam mais frequentemente os seus pedidos de ajuda, de intervenção e de atenção. O entusiasmo e expressividade com que brinca, o tempo de ocorrência de interações com os pares e o demonstrar um acontecimento básico foram pontos onde se verificou uma melhoria significativa.

**R.B.:** Na relação com os pares, o R.B. manteve a sua participação respostas ou trocas simples e breves, a atenção que desperta nos outros, o adquirir materiais, a zanga ou hostilidade durante as interações com os pares, as respostas positivas e a demonstração de ações de acontecimentos básicos. Por outro lado, diminuiu os momentos em que está sem brincar, o ignorar as aproximações e iniciativas dos outros e melhorou a sua consciência das mesmas. A criança fica menos ansiosa quando abordada pelos outros, não rejeita com tanta frequência as aproximações sociais e responde de forma positiva às interações dos pares com um menor atraso na resposta. Para além de tudo isto, o R.B. envolve-se mais em inversões de papéis e no jogo social fingido, dá e obtém mais afeto, pede mais vezes permissão a outras crianças, envolver-se mais no contacto social e propõe com mais frequência atividades conjuntas. Os pares respondem, reconhecem e respeitam os seus pedidos de ajuda, de intervenção e de

atenção, brinca com maior entusiasmo e expressividade, as interações com os pares ocorrem de forma mais rápida e compreende melhor as regras da sala. Porém, verifica-se que a criança fica mais vezes zangada e desorganizada durante as interações sociais.

### **7.3. Dados relativos aos instrumentos preenchidos pelas famílias do T.G., do P.G. e do R.B..**

Os questionários foram entregues às mães das crianças no mês de março, contudo apenas foram entregues preenchidos cerca de um mês e meio depois. Os questionários à família do T.G., do P.G. e do R.B. encontram-se disponíveis para consulta nos anexos I, K e M, respetivamente. Apenas os aspetos mais relevantes serão apresentados seguidamente.

**T.G.:** A mãe do T.G. identifica os seguintes comportamentos em que refere precisar de ajuda: o seu filho fica demasiado excitado em locais com muita gente, interessa-se em demasia por um certo brinquedo/objeto, vagueia sem propósito, tem fortes birras, irrita-se facilmente, tenta controlar o comportamento do adulto como se mandasse e a maior parte das vezes é irrequieto. Em relação às rotinas na família, verifica-se que os pais do T.G., embora separados, têm uma presença ativa na vida do filho e tentam fazer programas no exterior de forma a que a criança tenha contacto com um conjunto de experiências e atividades. Pela observação das respostas no Questionário de Atividades Diárias, apurou-se que o T.G. brinca frequentemente com artigos de casa, sozinho ou apenas com um dos pais e quando um dos pais se envolve no jogo com a criança, o seu principal objetivo é promover o seu desenvolvimento.

**P.G.:** A mãe do Pedro não referiu necessitar de ajuda em qualquer um dos comportamentos assinalados positivamente. Contudo, refere que os seguintes comportamentos constituem um problema: as reações emocionais são desadequadas à situação, tem graves variações no humor, exige atenção continuamente, não se chateia quando lhe é retirado o brinquedo, não se consegue auto confortar quando está chateado, entre outros. No que diz respeito ao Inventário das Rotinas na Família, sabe-se que o pai do P.G. emigrou e, como tal, é a mãe que tem um papel mais ativo e presente na vida da criança. Apenas durante o fim de semana tem tempo para brincar com a criança ou um período de descanso para falarem. Para além disso, a família não tem por hábito reunir-se à hora do jantar ou visitar os familiares. Em termos de atividades diárias,

verifica-se que o P.G. não costuma brincar ao faz de conta, com artigos domésticos ou com ambos os pais. Porém, frequentemente, entretém-se com brinquedos musicais.

**R.B.:** A mãe do R.B. assinalou que necessita de ajuda nos seguintes comportamentos que considera um problema: raramente inicia o jogo com os outros, desliga-se do que está a acontecer ao seu redor, frustra-se facilmente, irrita-se e amua, não espera pela comida ou pelos brinquedos, exige atenção continuamente, parece não ver os objetos em movimento e não se consegue autorregular quando está chateado. Através da observação dos registos no Inventário das Rotinas na Família, conclui-se que os pais do R.B. têm uma presença ativa na vida do filho e tentam que este mantenha determinadas rotinas. Porém, esta mãe refere que quase nunca contam histórias ao filho, que este não frequenta ludotecas durante a semana e que a família não tem rituais específicos quando chegam a casa. Em relação às atividades diárias, o R.B. raramente brinca com livros, brinquedos de aprendizagem e musicais, mas brinca frequentemente com artigos domésticos ou sozinho, em casa.

## **8. Conclusões**

Em todas as crianças foi possível verificar uma melhoria na frequência de determinados comportamentos, aumentando a frequência dos mais adequados e diminuindo a frequência dos menos adequados.

As três crianças intervencionadas em Grupo evoluíram muito positivamente em termos de desenvolvimento global, devido às variadas experiências motoras e, essencialmente, sociais que vivenciaram. A relação entre as crianças e entre elas e as estagiárias também evoluiu significativamente, culminando numa relação segura e baseada na confiança.

Em termos de competências sociais, foi evidente a melhoria de todas elas em aspetos como a cooperação, o espírito de equipa, o respeito pelas regras, a comunicação, a partilha, entre outras. A acrescentar que se verificou uma diminuição geral dos comportamentos de oposição-desafio, indiferença, rejeição e isolamento por parte destas crianças. Após alguns meses de intervenção, as crianças alteraram progressivamente a sua postura, passando de mais inibidas e ao mesmo tempo irrequietas para crianças mais espontâneas e organizadas em termos de comportamento.

A participação e o envolvimento ativo da família, a sua presença nas reuniões mensais nas quais eram partilhadas evoluções e preocupações das crianças foi uma mais-valia para estas mães, que não só aprenderam muito com os testemunhos umas

das outras como perceberam que não estão sozinhas a enfrentar muitas vezes as mesmas dificuldades. Assim, quando a intervenção terminou, todas elas mostraram interesse na continuação do trabalho desenvolvido no próximo ano letivo, após uma interrupção para férias, que coincide com as férias escolares.

## **Dificuldades e Limitações**

O trabalho desenvolvido no CDCTS possibilitou a aquisição de experiências e vivências muito enriquecedoras que resultaram numa aprendizagem de competências não apenas profissionais mas também pessoais. Contudo, esta aprendizagem não resultou unicamente de fatores positivos, mas também de dificuldades que foram surgindo ao longo de todo este processo. Estas dificuldades e algumas limitações sentidas e envolvidas ao longo do estágio serão apresentadas e explicitadas de seguida.

Desde o início que tinha um especial interesse em ingressar num estágio em contexto hospitalar. Apesar de inicialmente desejar que o estágio escolhido envolvesse o contacto com uma população adulta, um grupo etário com o qual já tinha trabalhado previamente e, como tal, à partida me sentiria mais à vontade, este estágio surpreendeu-me de forma positiva pois o contacto com as crianças revelou-se muito estimulante e deu-me mais versatilidade, permitindo que adquirisse experiência noutra área de possível atuação da psicomotricidade. A par com a versatilidade e experiência adquiridas, o contacto com as crianças permitiu-me reconhecer e perceber o gosto que tenho em trabalhar com esta população.

O número elevado de casos reencaminhados constantemente para a psicomotricidade e o horário reduzido da psicomotricista local, resultaram numa oportunidade de maior autonomia de trabalho. Por outro lado, durante as intervenções em que não era possível ter a supervisão da orientadora local por questões de indisponibilidade, surgiram dúvidas momentâneas que não puderam ser esclarecidas devidamente. Isto obrigou-me a desenvolver uma maior capacidade de resolução de problemas e autonomia. Estas dúvidas, porém, foram sempre discutidas posteriormente com a orientadora local.

A pouca experiência que tinha e também algumas características próprias da minha personalidade, i.e., alguma falta de confiança e insegurança que sentia em relação às minhas competências enquanto profissional, foram também obstáculos neste percurso. Porém, com o decorrer das sessões de intervenção, progressivamente consegui ultrapassar estas minhas inseguranças, tendo sentido uma evolução e melhoria. Com o passar do tempo, fui-me sentindo cada vez mais capaz de resolver determinadas situações mais autonomamente e de lidar com os obstáculos e limitações que iam surgindo de forma mais positiva.

Uma das dificuldades mais evidentes com que me deparei foi a falta de conhecimento prático da aplicação do instrumento de avaliação utilizado, o TPMBO-2. Apesar de este ser um instrumento já conhecido, durante a Licenciatura e o Mestrado

não foi possível a aquisição de competências de aplicação prática deste (o mesmo aconteceu com muitos outros instrumentos lecionados). Por esta razão, foi necessário um período maior de adaptação e conhecimento do mesmo.

Outra limitação prende-se com a necessidade de avaliar as crianças em termos de comportamento. Para tal, a maioria dos instrumentos utilizados tiveram de ser adaptados (à exceção do TABS) e, conseqüentemente, passaram a apresentar um carácter mais subjetivo e resultante da observação informal das crianças. Para além disso, foi possível constatar a necessidade da existência de mais documentos científicos relacionados com a maioria das temáticas em questão, especialmente quando pretendemos focarmo-nos no campo mais restrito da psicomotricidade.

Por último, foram também sentidas dificuldades relacionadas com a gestão da utilização do espaço, especialmente da sala de psicomotricidade, pois este é partilhado com a Terapia Ocupacional. Em algumas situações foi necessário arranjar alternativas e reestruturar as sessões pois a disponibilidade das crianças não coincidia com a disponibilidade do espaço de intervenção.

## **Conclusão, Reflexão Crítica e Perspetivas Futuras**

O Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais tem como propósito a aprendizagem e o treino relacionados com a prática da atividade profissional e a aquisição de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade.

O facto de estar integrada numa equipa multidisciplinar permitiu-me compreender toda a dinâmica que envolve a mesma, ponto este essencial ao bom funcionamento de qualquer local de trabalho. Na minha opinião, é de louvar a relação que todos os técnicos do CDCTS mantêm entre si e a boa disposição que se faz sentir. Sem nunca por de lado o profissionalismo, verifica-se que existe uma grande empatia nas suas relações, bem como na proximidade que têm com os utentes, tendo em variadas situações constatado que existe uma grande preocupação com o seu bem-estar.

O trabalho realizado possibilitou a aquisição de uma gama variada de aprendizagens e competências que serão essenciais no exercer da psicomotricidade. Por vezes, nem sempre é fácil aplicar aquilo que aprendemos na teoria a situações práticas e da vida real. A área do desenvolvimento infantil é, sem dúvida, uma área que abrange um conjunto de patologias e perturbações de interesse especial, que nos motiva a aprender cada vez mais e a descobrir diferentes estratégias que facilitem a nossa intervenção com as crianças.

Em termos gerais, o balanço é de facto muito positivo. Porém, como é natural, há sempre algo mais a fazer e/ou melhorar. O facto de ter sido um estágio longo deu-me outra visão e conhecimento, permitindo-me refletir acerca de alguns aspetos não tão positivos relacionados com o mesmo. Estes aspetos, em grande parte já mencionados anteriormente, dificultaram e limitaram a minha prestação e atuação, especialmente no período mais inicial do estágio. Os aspetos a que me refiro estão relacionados com a diminuída margem de manobra que, enquanto estagiária, foi de alguma forma reduzida sempre que havia uma tentativa de mudança de algo que considerava estar a ser realizado ou equacionado de uma forma menos correta ou eficaz. Alguns exemplos concretos estão intimamente relacionados, e.g., com a frequência semanal com que eram realizadas as intervenções (a habitual 1 vez/semana); a não existência de critérios formais de seleção e/ou alta de determinada criança no que diz respeito às intervenções, bem como do encaminhamento pós-alta; a necessidade de uma maior frequência de reuniões formalmente agendadas destinadas à articulação entre a psicomotricidade, a família e a escola da criança; a evidente necessidade de contratação de mais psicomotricistas de forma a colmatar o grande número de casos que requerem

intervenção, assim como a criação de um novo espaço que possibilite isto. Tudo isto advém da existência de alguns critérios que são fixos e que caracterizam o típico modelo clínico pelo qual o CDC é regido. Outro aspeto que penso ser necessário melhorar é o facto de o estagiário, quando inserido nesta instituição, ser quase “obrigado” a cumprir um horário que constitui praticamente o dobro do estipulado e regulamentado inicialmente, sendo muito superior ao da psicomotricista local. Tendo em conta a minha experiência, senti-me muitas vezes numa posição constrangedora pois é difícil uma estagiária impor-se quando lhe é sugerido ou mesmo atribuído um horário de trabalho exigente, que por um lado permite um contacto com variados casos e uma aprendizagem cada vez maior, mas que por outro não deixa tempo livre para haver uma reflexão, uma melhor preparação para a atuação propriamente dita (e.g., a realização de planeamentos de sessão, construção de materiais, participação em *workshops* ou cursos relevantes à área em questão) ou até mesmo para a realização sequencial e simultânea de um relatório de estágio final.

Todo o trabalho desenvolvido pela equipa do CDCTS é uma mais-valia para os utentes, sendo visíveis os efeitos positivos que a intervenção psicomotora, em parceria com as outras terapias (terapia ocupacional, terapia da fala, com a psicologia e com as especialidades médicas) surtem no desenvolvimento da criança. Esta é uma das razões que considero contribuir para o orgulho, prazer e nostalgia que sinto, após participar na promoção de uma melhor qualidade de vida e autonomia para estas crianças tão especiais.

Após um ano de estágio, considero que a minha formação profissional e pessoal foi potenciada e melhorada, pois tive a oportunidade de colocar a minha personalidade um pouco à prova, através do desafio constante que a intervenção com esta população requer. Em jeito de conclusão, com o passar do tempo, senti-me cada vez mais capaz de enfrentar as situações e dificuldades que foram surgindo e por isso transporto comigo uma sensação de missão cumprida e que todo o trabalho realizado foi bastante positivo. Esta foi sem dúvida uma experiência enriquecedora e relevante para o meu crescimento e experiência futura.

No que diz respeito a perspetivas futuras, foi realizada uma tentativa da minha em integrar a equipa do CDCTS. Para tal, dirigi-me aos recursos humanos do Hospital Garcia de Orta, entreguei o meu currículo e a minha proposta em realizar um estágio de cariz profissional no mesmo. Contudo, não me foram abertas quaisquer portas neste sentido, sendo desde início negada a minha proposta devido a causas relacionadas com regras do IEFP quanto à elegibilidade da instituição, por esta ser de cariz público.

## Lista de Referências

- Aguado, G. (1999) *Transtorno específico del lenguaje - Retraso de lenguaje y disfasia*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Almeida, I. (2004). IP: focada na criança ou centrada na família e na comunidade? *Análise Psicológica*, 1(22), 65-72. Retirado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v22n1/v22n1a07.pdf>.
- American Pshychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington D.C.: Climepsi Editores.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2015). *Psicomotricidade*. Obtido em 10 de julho de 2015, de Associação Portuguesa de Psicomotricidade: <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>.
- Bhat, A., Landa, R., & Galloway, J. (2011). Current perspectives on motor functioning in infants, children and adults with autismo spectrum disorder. *Pshysical Therapy*, 91(7), 1116-1129. Retirado de <http://ptjournal.apta.org/content/91/7/1116.full.pdf+html>.
- Bosch, L. (2006). El desarrollo comunicativo y lingüístico en niños com un trastorno específico del lenguaje. In M. Rio, e V. Torrens (Eds.). *Lenguaje y comicación en trastornos del desarrollo*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development – Experiments by Nature and Design*. Retirado de [https://books.google.pt/books?id=8cf0FYm0jW0C&printsec=frontcover&dq=bronfenbrenner+1979+the+ecology+of+human+development&hl=pt-PT&sa=X&ved=0CB4Q6AEwAGoVChMlrYHmgvqjyAIVi\\_EUCh1ZVQFB#v=onepage&q=bronfenbrenner%201979%20the%20ecology%20of%20human%20development&f=false](https://books.google.pt/books?id=8cf0FYm0jW0C&printsec=frontcover&dq=bronfenbrenner+1979+the+ecology+of+human+development&hl=pt-PT&sa=X&ved=0CB4Q6AEwAGoVChMlrYHmgvqjyAIVi_EUCh1ZVQFB#v=onepage&q=bronfenbrenner%201979%20the%20ecology%20of%20human%20development&f=false).
- Bruininks, R. & Bruininks, B. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (end ed., BOT-2)*. Bloomington: Pearson Assessments.
- Butha, A., Cleves, A., Casey, P., Cradock, M., & Arnand, K. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288(6), 728-737. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12169077>.
- Camargo, F. & Bruel, M. (2012). Psicomotricidade para portadores de transtorno de déficit de Atenção e hiperactividade. *Saúde e Meio Ambiente*, 1(2), 41-52. Retirado de <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/292/311>.
- Carvalho, J. (2005). Terapia psicomotora em contexto hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.
- CDC-HGO (2009). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva. Consultado em <http://www.cdc-hgo.com/>.
- Clark, C., Woodward, L., Horwood, L., & Moor, S. (2008). Development of emotional and behavioral regulation in children born extremely preterm and very preterm: biological and social influences. *Child Development*, 79(5), 1444-62. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01198.x.

- Correia, E. (2012). *Proficiência motora em crianças e jovens com síndrome de Asperger: estudo descritivo e comparativo do perfil motor de crianças e jovens com síndrome de Asperger com base na bateria de testes de proficiência motora de Bruininks-Oseretsky* (Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa: Cruz Quebrada.
- Costa, A. (2007). *Psicopedagogia & Psicomotricidade: Pontos de intersecção nas dificuldades de aprendizagem*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Decreto-Lei n.º 281/2009. Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1ª série – Nº 193 – 6 de outubro de 2009, 7298-7301. Retirado de [http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2009/dl\\_281\\_2009.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/noticias/2009/dl_281_2009.pdf).
- Despacho Conjunto nº 891/99. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Segurança Social. *Diário da República*, 2ª série – Nº 244 – 19 de outubro de 1999, 15566–15568. Retirado de [http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35251/Desp\\_C\\_891\\_99](http://www4.seg-social.pt/documents/10152/35251/Desp_C_891_99)
- Edgin, J., Inder, T., Anderson, P., Hood, K., Clark, C., & Woodward, L. (2008). Executive functioning in preschool children born very preterm: relationship with early white matter pathology. *Journal of The International Neuropsychological Society*, 14(1), 90-101. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18078535>.
- Education for All Handicapped Children Act: Public Law 94-142. Governo dos Estados Unidos da América. Retirado de <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-89/pdf/STATUTE-89-Pg773.pdf>.
- Education of the Handicapped Act Amendments: Public Law 99-457. Governo dos Estados Unidos da América. Retirado de <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-100/pdf/STATUTE-100-Pg1145.pdf>.
- Farré-Ribba, A. & Narbora, J. (2001). *ADAH: Escala para la evaluation del transtorno por deficit de atención com hiperactividade*. Madrid: TEA.
- Feldman, R., Eidelman, A., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of skin-to-skin (kangaroo) and traditional care: parenting outcomes and preterm infant development. *Pediatrics*, 110(1Pt1), 16-26. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12093942>.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores* (2ª Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fontes, A. (2013). *Desenvolvimento Psicomotor em Crianças com Perturbações do Espectro do Autismo e Desenvolvimento Típico: um Estudo Comparativo* (Dissertação elaborada com vista à obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa: Cruz Quebrada.
- Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C. (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1). Retirado de [www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/1/e107](http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/1/e107).

- Fournier, K., Cauraugh, J., Lodha, N., Hass, C., & Naik, S. (2010). Motor coordination in Autism Spectrum Disorders: a synthesis and meta-analyses. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 227-1240. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20195737>.
- Guralnick, M. (1997). Second-Generation Research in the Field of Early Intervention. In M. Guralnick, *The Effectiveness of Early Intervention* (pp.3-17). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Guralnick, M. (1999). *The assessment of peer relations*. Seattle: University of Washington Press.
- Guralnick, M. (2012). Preventive Interventions for Preterm Children: Effectiveness and Developmental Mechanisms. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 33(4), 352–364. doi:10.1097/DBP.0b013e31824eaa3c.
- Handicapped Children's Early Education Assistance Act: Public Law 90-538. Governo dos Estados Unidos da América. Retirado de <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/STATUTE-82/pdf/STATUTE-82-Pg901.pdf>.
- Harpin, V. (2013). Attention difficulties. In A. Seal, G. Robinson, A. Kelly, e J. Williams (Eds.). *Children with neurodevelopmental disabilities: the essencial guide to assessment and management* (1ª ed., pp. 385-396). United Kingdom: Mac Keith Press.
- Individuals with Disabilities Education Improvement Act of 2004: Public Law 108-44. Governo dos Estados Unidos da América. Retirado de <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/PLAW-108publ446/pdf/PLAW-108publ446.pdf>.
- Kelly, A. & Sandiford, J. (2013). Communication disorders. In A. Seal, G. Robinson, A. Kelly, e J. Williams (Eds.). *Children with neurodevelopmental disabilities: the essencial guide to assessment and management* (1ª ed., pp. 135-160). United Kingdom: Mac Keith Press.
- Laudan, B., Jahromi, P., Crystal, I. & Bryce, M. (2013). Temperament and atypical behavior scale screener (TABS Screener). In F. Volkmar, *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 3079-3081). New York: Springer New York.
- Lerner, R. (2005, setembro). *Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases*. Comunicação apresentada no Science of Adolescent Health and Development organizado pela National Research Council/Institute of Medicine, Washington, DC. Retirado de <http://ase.tufts.edu/iaryd/documents/pubpromotingpositive.pdf>.
- Lima, C., Afonso, C., Calado, A., Torgal, F., Gouveia, R., & Nascimento, C. (2014). O impacto do programa integrado para o Autismo (PIPA). *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 5(1), 231-244. Retirado de [http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1338/1/rpca\\_v5\\_n1\\_15.pdf](http://repositorio.ulusiada.pt/bitstream/11067/1338/1/rpca_v5_n1_15.pdf).
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade – as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando da Fonseca*. Retirado de <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/60>.

- Mendoza, E. (2009). Conceptos básicos sobre TEL. In E. Lara (Ed.). *Trastorno Específico del Lenguaje (TEL)*. Madrid: Edições Pirâmide.
- Moster, D., Terje, V., & Markestad, T. (2008). Long-Term Medical and Social Consequences of Preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 359(3), 262-273. Retirado de <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa0706475>.
- Nelson, C. (2000). Neural plasticity and human development: the role of early experience in sculpting memory systems. *Developmental Science*, 3(2), 115-136.
- Parr, J. (2013). Autism spectrum disorders. In A. Seal, G. Robinson, A. Kelly, e J. Williams (Eds.). *Children with neurodevelopmental disabilities: the essencial guide to assessment and management* (1ª ed., pp. 367-384). United Kingdom: Mac Keith Press.
- Pereira, A. & Serrano, A. (2010). Abordagem Centrada na Família em IP: Perspectivas Histórica, Conceptual e Empírica. *Revista Diversidades*, 4-11. Retirado de [http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista\\_Diversidades/dwn\\_pdf\\_ACrescer\\_27.pdf#page=4](http://www02.madeira-edu.pt/Portals/5/documentos/PublicacoesDRE/Revista_Diversidades/dwn_pdf_ACrescer_27.pdf#page=4).
- Raising Children Network [formato online]. (2015). Retirado de [http://raisingchildren.net.au/articles/premature\\_birth.html/context/1442](http://raisingchildren.net.au/articles/premature_birth.html/context/1442).
- Silva, E. & Albuquerque, C. (2011). Atraso do Desenvolvimento: a imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 12(1), 19-39. Retirado de [http://www.researchgate.net/publication/262598323\\_Atraso\\_no\\_desenvolvimento\\_a\\_impreciso\\_de\\_um\\_termo](http://www.researchgate.net/publication/262598323_Atraso_no_desenvolvimento_a_impreciso_de_um_termo).
- Staples, K. & Reid, G. (2010). Fundamental movement skills and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 209-217. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19685284>.
- Tegethof, M. (2007). *Estudos sobre a IP em Portugal: ideias dos especialistas, dos Profissionais e das famílias* (Dissertação de Doutoramento não publicada em Psicologia do Desenvolvimento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.12/47>.
- Treyvaud et al. (2009). Parenting behavior is associated with the early neurobehavioral development of very preterm children. *Pediatrics*, 123(2), 555–561. Retirado de <http://pediatrics.aappublications.org/content/123/2/555.abstract>.
- University of Rochester Medical Center [formato online]. (2015). Retirado de <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P02401>.
- Whyatt, C., & Craig, C. (2012). Motor skills in children aged 7-10 years, diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(9), 1799-1809. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22180003>.