



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



## **Intervenção Psicomotora em Contexto Clínico nas Perturbações do Neurodesenvolvimento: Relatório de Estágio no PIN - Partners in Neuroscience**

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

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Isabel Amaral do Nascimento Rodrigues de Melo

**Júri**

**Presidente:**

Doutora Maria Celeste Rocha Simões, professora associada com agregação da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

**Vogais:**

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

Doutora Evelina Ferreira Santos Brígido, professora auxiliar convidada da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa

Mariana Tarouca Martins

**2023**

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Ana Rodrigues, agradeço pela orientação, disponibilidade demonstrada, e ensinamentos transmitidos, por incitar o questionamento e pensamento crítico, por desde o meu primeiro dia na Faculdade de Motricidade Humana ter sido uma das maiores referências da profissional que ambiciono um dia ser.

Ao PIN e a toda a sua equipa técnica por terem possibilitado esta experiência, por ser uma verdadeira escola, e ter permitido que todos os dias pudesse chegar a casa e dizer que aprendi algo novo.

À equipa de psicomotricistas, nomeadamente à Dra. Rita Ávila, à Dra. Inês Alvim e à Dra. Carolina Costa, por desde o primeiro dia terem aberto a portas das vossas salas à minha aprendizagem, permitindo que absorvesse um pouco da vossa essência enquanto profissionais, que tanto contribuiu para a minha prática atual.

A todas as crianças que cruzaram o meu percurso na instituição, por estarem sempre prontas para me receber com um sorriso e por me permitirem ver e viver um pouco do vosso universo.

Aos meus amigos, por terem sempre um abraço apertado disponível para me acolher, ouvidos apurados para a escuta das minhas inquietações e uma palavra de incentivo sempre que necessária. Ao Rodrigo, por ter sido parte integrante deste processo do primeiro ao último dia, por todas as horas partilhadas em bibliotecas e salas de estudo, por apesar de muitas vezes não estar familiarizado com o tema, procurar ouvir, entender e aconselhar.

Um agradecimento muito especial às amigadas que esta casa viu nascer, Rita Palma e Beatriz Portugal, por serem as amigas de todas as horas, pelo apoio incondicional que me deram ao longo deste percurso, por todas as inquietações que calaram, por serem o significado de casa e asas, e me permitirem estar e ser.

A minha família, por todo o apoio, carinho, compreensão e incentivo, pelo investimento que fizeram ao longo da vida na minha educação, possibilitando todas estas vivências que culminam aqui, na elaboração dos agradecimentos do meu relatório de estágio com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora.

## **Resumo**

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais, inserida plano de estudos do mestrado em Reabilitação Psicomotora, lecionado na Faculdade de Motricidade Humana. Este procura descrever a experiência de estágio realizado no centro PIN – Partners in Neuroscience, no âmbito da intervenção psicomotora em contexto clínico nas Perturbações do Neurodesenvolvimento. Encontra-se estruturado em duas partes fundamentais, a primeira, dedicada ao enquadramento teórico, onde é caracterizada a instituição e a população com a qual a estagiária interveio, a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e a Perturbação do Espectro do Autismo. Na segunda parte, de carácter prático, é contextualizado o trabalho desenvolvido pela estagiária na instituição, seguida da apresentação e análise da intervenção psicomotora realizada com dois estudos de caso. Para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, é feita a caracterização de cada um deles e exposição do processo de avaliação, plano de intervenção estabelecido e resultados. De modo a finalizar, são apresentadas as atividades complementares de formação em que a estagiária esteve envolvida, e uma conclusão de componente reflexiva sobre as vivências e aprendizagens profissionais e pessoais durante o período de estágio.

**Palavras-chave:** PIN; Perturbações do Neurodesenvolvimento; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Perturbação do Espectro do Autismo; Contexto Clínico; Intervenção Psicomotora; Avaliação Psicomotora; Observação; Desenvolvimento Infantil; Crianças.

## **Abstract**

This report was developed as part of the Curricular Unit on Activities to Deepen Professional Competences, which is part of the master's degree study plan in Psychomotor Rehabilitation, taught at the Faculty of Human Motricity. This article's aim is to describe the internship experience carried out at the PIN - Partners in Neuroscience centre, within the scope of psychomotor intervention in the clinical context of Neurodevelopmental Disorders. It is structured in two fundamental parts: the first, dedicated to the theoretical framework, characterises the institution and the population with which the trainee worked, Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder. The second part, of a practical nature, contextualises the work carried out by the trainee in the institution, followed by the presentation and analysis of the psychomotor intervention carried out with two case studies. For a better understanding of the work carried out, each one is characterised and their

assessment processes, intervention plans and results are presented. Finally, the complementary training activities in which the trainee was involved are presented, as well as a conclusion with a reflective component on the professional and personal experiences and learning during the traineeship period.

**Keywords:** PIN; Neurodevelopmental Disorders; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Autism Spectrum Disorder; Clinical Context; Psychomotor Intervention; Psychomotor Assessment; Observation; Child Development; Children.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Índice Geral</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>vi</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	<b>viii</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>I Enquadramento da Prática Profissional</b> .....	<b>3</b>
I.1 Enquadramento Institucional: PIN – Partners In Neuroscience .....	3
I.1.1 Missão, Valores, Objetivos e População Alvo.....	3
I.1.2 Equipa, Serviços e Valências.....	4
I.1.3 Instalações e Horário de Funcionamento .....	5
I.1.4 Comunicação Entre e Intra Serviços.....	6
I.1.5 Processo de Encaminhamento e Avaliação no PIN.....	7
I.1.6 A Articulação entre o PIN e Outros Contextos.....	8
I.1.7 Intervenção Psicomotora no PIN.....	9
I.2 Enquadramento Teórico.....	10
I.2.1 Perturbações do Neurodesenvolvimento .....	10
I.2.2 Intervenção Psicomotora.....	25
<b>II Realização da Prática Profissional</b> .....	<b>28</b>
II.1 Calendarização das atividades de estágio .....	29
II.2 Horário de estágio.....	31
II.3 Caracterização dos Contextos de Intervenção .....	32
II.3.1 Núcleo da PHDA, Perturbações do Comportamento e do Humor .....	34
II.3.2 Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos .....	39

II.3.3	Núcleo de Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem.....	46
II.4	Estudos de Caso.....	48
II.4.1	Tomé .....	48
II.4.2	Martim.....	67
II.5	Atividades Complementares.....	84
II.5.1	Participação na formação "Reflexões sobre Perturbações do Comportamento e do Humor: Curso Breve de Avaliação e Intervenção com Crianças e Adolescentes".....	84
II.5.2	Participação no II Simpósio de Ansiedade.....	85
II.5.3	Apresentação de um artigo científico ao Núcleo de PEADC .....	85
II.5.4	Elaboração de Guiões e Vídeos para a Consulta da Sexualidade .....	85
II.5.5	Projeto de inovação ao nível da Avaliação em Reabilitação Psicomotora .....	85
	<b>Conclusão .....</b>	<b>89</b>
	<b>Bibliografia.....</b>	<b>93</b>
	<b>Anexos.....</b>	<b>106</b>
	Anexo A – Jogo de Tabuleiro de Promoção de competências pessoais e sociais.....	106
	Anexo B – Exemplo Plano de Sessão A. ....	107
	Anexo C- Exemplo Plano de Sessão N.....	110
	Anexo D – Consentimento Informado .....	112
	Anexo E – Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais .....	114
	Anexo F – Resultados Totais Avaliação Inicial T.....	133
	Anexo G – Exemplo de Sessão Tomé .....	138
	Anexo H – Resultados Totais AF Tomé .....	140
	Anexo I – Inventário de Competências Psicomotoras .....	145
	Anexo J – Resultados totais AI Martim .....	148
	Anexo K – Exemplo de plano de sessão Martim .....	152
	Anexo L – Resultados totais AF Martim .....	154

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas pela estagiária durante o período de atividade de estágio .....	30
Tabela 2- Horário de Atividades de Estágio .....	31
Tabela 3 - Instrumentos integrados no protocolo de avaliação no Núcleo de PHDA .....	35
Tabela 4 - Caracterização processos avaliativos observados no Núcleo de PHDA .....	36
Tabela 5 - Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PHDA .....	37
Tabela 6- Instrumentos integrados no protocolo de avaliação do Núcleo de PEADC.....	40
Tabela 7 - Caracterização dos processos avaliativos observados no Núcleo de PEADC	41
Tabela 8 - Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PEADC.....	42
Tabela 9 - Caracterização dos elementos do grupo de competências pessoais e sociais no Núcleo de PEADC .....	44
Tabela 10- Instrumentos integrados no protocolo de avaliação do Núcleo de Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem.....	47
Tabela 11- Caracterização do processo avaliativo observado no Núcleo das DAE.....	48
Tabela 12- Caracterização de domínios e subdomínios avaliados pela GOCPD .....	52
Tabela 13 - Síntese dos resultados da avaliação inicial do Tomé .....	53
Tabela 14 - Perfil Intraindividual do Tomé.....	57
Tabela 15- Fatores de Risco e Proteção do Tomé.....	58
Tabela 16 - Objetivos de Intervenção do Tomé.....	59
Tabela 17- Comparação entre os resultados obtidos na Avaliação Inicial e Final do Tomé .....	63
Tabela 18 - Síntese dos resultados da avaliação inicial do Martim .....	73
Tabela 19- Perfil Intraindividual do Martim .....	75
Tabela 20- Fatores de Risco e Proteção do Martim .....	76
Tabela 21- Objetivos de Intervenção do Martim.....	77
Tabela 22- Comparação entre os resultados obtidos na Avaliação Inicial e Final do Martim .....	81
Tabela 23- Planeamento de Sessão A.....	107
Tabela 24- Planeamento de Sessão N .....	110
Tabela 25 - Material necessário para a aplicação da GOCPD .....	114
Tabela 26- Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais .....	129

Tabela 27- Resultados Totais AI do Tomé.....	133
Tabela 28- Plano de sessão Tomé .....	138
Tabela 29- Resultados AF Tomé .....	140
Tabela 30- Inventário de Competências Psicomotoras .....	145
Tabela 31- Resultados totais AI Martim .....	148
Tabela 32- Planeamento de Sessão Martim .....	152
Tabela 33- Resultados totais AF Martim .....	154

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Perfil do Comportamento Adaptativo do Martim obtido a partir da aplicação da VINELAND II (Fornecido pela psicomotricista responsável pela intervenção) .....	70
Figura 2- Gestos bilaterais a reproduzir pelo avaliador e criança .....	119
Figura 3 - Estruturas sequenciais de fósforos (Adaptadas de Fonseca, 2010).....	121
Figura 4- Estruturas rítmicas para reprodução (Adaptadas de Fonseca, 2010).....	122
Figura 5- Labirinto (Retirado de Bruininks & Bruininks, 2005) .....	125
Figura 6 - Estrela de 5 pontas para tarefa de recorte (a figura não está à escala real utilizada na aplicação) .....	126

## **Lista de Abreviaturas**

**AF** – Avaliação Final

**AI** - Avaliação Inicial

**APA** – American Psychiatric Association

**APP** - Associação Portuguesa De Psicomotricidade

**AVD** - Atividades De Vida Diária

**BOT** - Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency 2

**BPM** - Bateria Psicomotora

**CAA** – Centro de Apoio à Aprendizagem

**DAE** – Dificuldades de Aprendizagem Específicas

**DID** – Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

**DSM5** – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

**GOC** – Grelha De Observação Comportamental

**GOCPC** – Grelha De Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais

**ICP** – Inventário De Competências Psicomotoras

**PAG** – Perturbação Da Ansiedade Generalizada

**PC** – Psicologia Clínica

**PCM** – Perturbação da Coordenação Motora

**PEA** – Perturbação do Espectro do Autismo

**PEADC** - Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos

**PEL** – Perturbação Específica da Linguagem

**PHDA** – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

**PIN** – Partners in Neuroscience

**PND** – Perturbações do Neurodesenvolvimento

**POC** – Perturbação Obsessiva-Compulsiva

**POD** – Perturbação de Oposição e Desafio

**TF** – Terapia Da Fala

**TO** – Terapia Ocupacional

**TSEER** – Técnico Superior de Educação Especial e Reabilitação

## **Introdução**

O presente relatório de estágio surge no âmbito da Unidade Curricular de Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais, inserida no plano curricular do 2º ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora, lecionado na Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. O estágio profissionalizante a ser descrito no presente documento objetiva o aprofundamento de conhecimentos científicos e metodológicos no âmbito da área de Reabilitação Psicomotora, de modo a prover os estudantes de competências ao nível do planeamento e organização de serviços e programas de intervenção psicomotora nos mais diversificados contextos de intervenção, com perspetivas de atualização e inovação no desenvolvimento de novas perspetivas e práticas profissionais.

O estágio retratado no presente relatório foi desenvolvido no centro clínico PIN - Partners In Neuroscience, tendo decorrido em contexto clínico, no âmbito da intervenção psicomotora em PND com a população infantojuvenil, no ano letivo de 2021/2022, mediante a orientação local da Dra. Rita Ávila e académica da Professora Doutora Ana Rodrigues.

O relatório encontra-se estruturado em duas partes fundamentais, uma de cariz teórico e outra numa vertente prática. Na primeira parte, intitulada por Enquadramento da Prática Profissional, é apresentada a caracterização das PND com as quais a estagiária teve maior contacto, a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e a Perturbação do Espetro do Autismo (PEA), com particular enfoque no quadro clínico nomeadamente no que diz respeito a diagnóstico, classificação, etiologia e prevalência, características mais frequentemente apresentadas nestes grupo e o seu impacto a nível social, emocional, cognitivo e motor, seguida de um breve enquadramento sobre intervenção psicomotora e as suas práticas, de modo a suportar o trabalho desenvolvido pela estagiária. Ainda nesta área surge o enquadramento institucional, onde o PIN é caracterizado no que diz respeito aos seus valores, objetivos, serviços, valências, equipa técnica, instalações, funcionamento e organização, bem com um enquadramento sobre a intervenção psicomotora no centro.

A segunda parte do relatório é dedicada à Realização da Prática Profissional e aborda a experiência da estagiária na instituição, introduzida pela calendarização e organização das atividades de estágio, seguida da caracterização dos diferentes contextos de intervenção, instrumentos de avaliação e diagnóstico utilizados, e uma breve

caracterização de todos os casos acompanhados pela estagiária. Ainda neste capítulo, será apresentada, analisada, discutida e refletida a intervenção com dois estudos de caso. Esta parte contará ainda com uma secção destinada à apresentação de outras atividades complementares realizadas.

De modo a finalizar, é ainda apresentada a conclusão e reflexão pessoal da estagiária sobre a sua experiência e aquelas que foram as principais aprendizagens, competências adquiridas, dificuldades e limitações sentidas, e contributos para a sua formação profissional e pessoal.

# **I Enquadramento da Prática Profissional**

As Atividades de Estágio, enquadradas no programa curricular do 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, que serão retratadas no presente relatório decorreram no centro clínico PIN- Partners In Neuroscience. Assim, no presente tópico será realizada uma caracterização da instituição, seguida do enquadramento da caracterização das populações.

## **I.1 Enquadramento Institucional: PIN – Partners In Neuroscience**

Nesta secção será caracterizada a instituição de acolhimento, de forma a apresentar a sua missão, visão, valores e objetivos, equipa multidisciplinar, especialidades e serviços, descrever o espaço, bem como o seu funcionamento e organização.

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

O PIN – Partners in Neuroscience é um centro clínico, de formação e investigação, privado, de utilidade pública, inaugurado a 3 de setembro de 2012, em Paço de Arcos, concelho de Oeiras, onde se encontra sediado (Oliveira et al., s.d.). Em 2012 surgiu enquanto PIN – Progresso Infantil, um centro clínico especializado em neurodesenvolvimento, mas ao longo da última década as respostas oferecidas pela instituição foram diversificando, e no sentido de acompanhar este crescimento, passou a PIN – Em todas as fases da vida, e mais recentemente a PIN – Partners in Neuroscience (@pin.neuroscience, 2022b).

Apresenta como premissa o auxílio às famílias no combate às atitudes e comportamentos discriminatórios face à diferença e vulnerabilidade (PIN, 2022a). O foco da intervenção não se centra unicamente no utente e nas suas dificuldades, mas sim na compreensão e resposta às mesmas, de modo a apoiar o indivíduo, minimizando o impacto que as mesmas têm na sua vida quotidiana (PIN, 2022a).

Neste sentido, o PIN rege a sua intervenção a partir de um conjunto de objetivos delineados, sendo eles: (1) avaliar cada pessoa e família tendo em conta a sua singularidade, assegurando que cada processo é tratado com o respeito, dignidade e atenção que merecem; (2) entender cada pessoa enquanto um ser holístico, cujo desenvolvimento é o resultado das interações que estabelece com o mundo, nomeadamente com o seu microssistema (i.e. família, escola, trabalho); (3) perceber que não existem pessoas problemáticas, mas sim pessoas com problemas; (4) compreender que cada pessoa e respetiva família apresentam as suas particularidades, e como tal,

requerem tempo, dedicação e empatia; (5) priorizar as necessidades e interesses dos clientes; (6) aceitar que não existem verdades absolutas, e que é necessário procurar respostas alternativas caso o que se considerava previamente correto deixe de ser; (7) reconhecer os deveres profissionais da equipa e aplica-los diariamente (PIN, 2022a).

No que diz respeito à população à qual dá resposta, como referido anteriormente, o PIN nasceu enquanto um centro de neurodesenvolvimento cujo publico alvo era a população infantojuvenil. No entanto, o centro clínico foi crescendo, e com ele a oferta disponibilizada, estendendo-se a todas as áreas de saúde mental e comportamento humano, dedicando-se à avaliação, diagnóstico e acompanhamento de pessoas com perturbações de foro psicológico, comportamental e neuropsiquiátrico, em todas as fases de vida (@pin.neuroscience, 2022b).

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

No sentido de assegurar uma resposta que vá ao encontro dos objetivos da clínica, e assegurar uma resposta terapêutica de qualidade, o PIN dispõe de três principais valências e serviços o PIN Clinic, a PIN Academy, e o PIN Corporate.

O PIN Clinic, dispõe de núcleos e consultas responsáveis pelo diagnóstico e intervenção, sendo eles: (1) Consulta de Hiperatividade e Défice de Atenção; (2) Consulta de Perturbações do Comportamento e Humor; (3) Núcleo da Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem; (4) Núcleo de Perturbações do Espetro do Autismo e Défices Cognitivos; (5) Consulta de Síndromes Genéticas; (6) Consulta das Perturbações da Comunicação, Linguagem e Fala; (7) Consulta das Perturbações do Espetro Obsessivo-Compulsivo e Tiques; (8) Consulta das Perturbações do Sono; (9) Consulta das Perturbações da Personalidade; (10) Consulta das Perturbações Alimentares; (11) Consulta das Perturbações da Eliminação; (12) Consulta de Intervenção no Comportamento Online; (13) Consulta de Luto; (14) Consulta do Prematuro; (15) Consulta da Adoção; (16) Orientação Escolar e Profissional; (17) Programa de Métodos e Hábitos de Estudo; (18) Núcleo da Família, Intimidade e Comunicação (PIN, 2022b).

Os núcleos e consultas apresentados são integrados por equipas multidisciplinares com profissionais de diversas áreas de intervenção, como Neuropediatras, Pediatras, Pedopsiquiatras, Psiquiatras do adulto, Neuropsiquiatras, Neurologistas, profissionais ligados a área da genética, Psicólogos Clínicos, Psicólogos Educacionais, Neuropsicólogos, Professores de Educação Especial, Técnicos Superiores de Educação Especial e Reabilitação, Psicomotricistas, Terapeutas da Fala, Terapeutas Ocupacionais,

Fisioterapeutas, e Nutricionistas (PIN, 2022b; PIN, 2022c). Tem como diretores clínicos, o Dr. Nuno Lobo Antunes, o Dr. Gustavo Jesus, que se encontra responsável pelo PIN Lisboa, e a Dra. Andreia Leitão, responsável pelo PIN Porto (PIN, 2022c).

O PIN Academy, é responsável pela oferta de formação e investigação, não só aos técnicos colaboradores do centro, mas também a inúmeros profissionais exteriores ao mesmo. Deste modo, esta valência assegura o desenvolvimento de oportunidades formativas como congressos nacionais, simpósios temáticos, cursos e workshops, destinados a diversos públicos (e.g., médicos, psicólogos, terapeutas, professores), através de diferentes modalidades, podendo estas ocorrer em regime presencial, online ou híbrido (PIN, 2023a; @pin.neuroscience, 2022a).

O PIN Corporate surge com o propósito de equipar as empresas com ferramentas indispensáveis, não só de conservar e promover a saúde mental dos seus colaboradores, mas também de aprimorar o funcionamento das equipas e, por consequência, a sua produtividade. Para que estes objetivos sejam cumpridos, o PIN desenvolve projetos de consultoria, oportunidades formativas fundamentadas em neurociências aplicadas às organizações e protocolos de assistência clínica (@pin.neuroscience, 2022c).

### **I.1.3 Instalações e Horário de Funcionamento**

No que concerne às instalações, atualmente o PIN conta com cinco polos clínicos: nos concelhos de Oeiras, especificamente em Paço de Arcos onde se encontra a sede e um polo no TagusPark; (PIN, 2022d); em Lisboa no Marquês de Pombal (PIN, 2022e); no Porto com um polo na Avenida Fernão Magalhães (PIN, 2022f); e por fim na Avenida dos Combatentes (PIN, 2022g)].

O desempenho das atividades de estágio decorreu na sede, em Paço de Arcos, ou nas instalações do TagusPark, pelo que é pertinente descrever cada um dos espaços para uma melhor compreensão por parte do leitor.

A sede, localizada em Paço de Arcos, situa-se no primeiro piso do edifício Espaço d’Arcos, onde é possível distinguir três áreas principais. Ao entrarmos no edifício deparamo-nos com o átrio do edifício que tem ligação direta ao elevador, a uma escadaria que tem acesso para o segundo piso do edifício e a porta de entrada para o PIN. Ao entrarmos na clínica, encontramos o primeiro espaço, um local que integra a receção, a sala de espera (constituída por sofás, cadeiras, mesas e uma televisão) e casas de banho destinadas aos utentes e acompanhantes. A segunda área contempla um extenso corredor com acesso à sala da coordenação, à sala de arrumos destinada aos produtos de limpeza,

bem como às 19 salas destinadas às consultas. Estas 19 salas apresentam a mesma tipologia, integrando uma secretária com um computador, cadeiras e armários de arrumação com diversos materiais didáticos e ludopedagógicos, sendo que as salas destinadas à intervenção precoce contêm ainda uma mesa e cadeiras pequenas. De referir que todas as salas apresentam uma grande janela com visão para as laterais do edifício (espaço onde regra geral os utentes não acedem, o que evita possíveis estímulos distrateis), permitindo que as salas sejam iluminadas com luz natural durante o período diurno. Por fim, após percorrido o corredor, encontramos a terceira área, um espaço destinado apenas à equipa técnica, onde encontramos as casas de banho, uma sala de arrumos onde se encontram alguns materiais de maiores dimensões, e a copa, com ligação direta para as traseiras do edifício, onde apenas os técnicos acedem.

O polo do TagusPark à semelhança do anterior, também integra três principais áreas, sendo que a primeira contempla a receção e a sala de espera, sendo esta composta por um sofá, várias cadeiras, duas mesas, uma redonda, disposta no centro da sala, e outra retangular encostada a uma das paredes, uma televisão, e uma máquina de vendas. A segunda dispõe de nove salas e um pequeno “ginásio” destinados à intervenção, sendo todos eles compostos por uma secretária com um computador, cadeiras, armários com materiais ludopedagógicos, e em alguns casos uma mesa e cadeiras de menores dimensões, destinadas à intervenção precoce, e noutras, duas poltronas. Por fim, a terceira área, que contempla a copa, destinada à equipa técnica, e as casas de banho, sendo uma delas destinada aos clientes do PIN, e outra aos colaboradores.

De referir ainda que ambos os polos têm parque de estacionamento com lugares de estacionamento destinados exclusivamente aos clientes, de modo a tornar a experiência mais cómoda para os mesmos.

As instalações do PIN encontram-se abertas ao público de segunda-feira a sábado, sendo que o horário de funcionamento nos dias úteis é das 8h30 às 21h00, e aos sábados das 9h00 às 17h00 (PIN, 2022d).

#### **I.1.4 Comunicação Entre e Intra Serviços**

A comunicação formal entre os diferentes técnicos e equipas do PIN ocorre maioritariamente em dois momentos, as reuniões clínicas, onde participam todos os elementos da equipa técnica do centro, e as reuniões de núcleo, que ocorrem em horários específicos consoante o núcleo. Dados os constrangimentos que a pandemia por COVID-

19 originou, as reuniões clínicas que outrora se realizavam presencialmente, passaram a ser realizadas através da plataforma Zoom®, à semelhança das reuniões de núcleo.

As reuniões clínicas realizam-se todas as terças-feiras, entre as 14h00 e as 15h00, e contam com a participação do todo o corpo clínico, independentemente do polo em que se encontrem a intervir. No início de cada ano letivo, a pessoa responsável pela organização e monitorização das reuniões clínicas atribui uma data de apresentação a cada um dos técnicos, que será encarregue de apresentar à restante equipa clínica um tema à sua escolha, devendo este ser validado pelo coordenador de núcleo.

As reuniões de núcleo realizam-se no decorrer da semana, no horário que é previamente estipulado para cada núcleo. O principal objetivo destas reuniões passa não só pela apresentação, discussão e reflexão sobre estudos de caso, mas também pelas passagens de casos e apresentações acerca de temáticas que os profissionais possam considerar pertinentes para a prática clínica, bem como o planeamento e calendarização de futuras formações. Os horários estimulados para as reuniões dos diferentes núcleos são os seguintes: Núcleo de Dificuldades de Aprendizagem – terças-feiras entre as 12h30 e as 14h00; Núcleo de Défice de Atenção e Hiperatividade – Perturbações do Comportamento e Humor – quartas-feiras entre as 9h00 e as 13h00; Núcleo da Perturbação do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos – sexta-feira entre as 10h30 e as 13h00.

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

No que concerne aos processos de encaminhamento e avaliação no PIN, são três as formas pelas quais os utentes chegam até ao PIN: (1) por encaminhamento médico; (2) pesquisa online; (3) ou recomendação por parte de outros pais ou professores (Oliveira et al., s.d.). Grande parte dos utentes são referenciados pelos médicos da equipa PIN, especialistas em Perturbações do foro psicológico, comportamental e neuropsicológico, sendo posteriormente encaminhados por estes para o núcleo que entendem que que melhor responderá, através de técnicos especializados, metodologias e instrumentos específicos, às necessidades de cada indivíduo, e onde é feita uma avaliação formal completa (Oliveira et al., s.d.).

O principal objetivo da avaliação centra-se na corroboração da hipótese diagnóstica, através de uma avaliação especializada, traçando o perfil de funcionamento atual, onde são apresentadas as áreas fortes e a potenciar do indivíduo, para posteriormente ser traçado um plano de intervenção estruturado tendo em consideração as necessidades de cada pessoa (Oliveira et al., s.d.).

Embora existam vários núcleos, e cada um utilize como recurso para a avaliação determinados instrumentos, os procedimentos adotados são semelhantes. Em primeira instância é feito o contacto direto com os familiares ou prestadores de cuidados, de modo a assegurar que o técnico reúne toda a informação pertinente, através da aplicação de uma anamnese em entrevista semiestruturada, onde é recolhido o historial clínico, familiar e educacional, bem como os principais interesses do indivíduo (Oliveira et al., s.d.). Nesta fase, é ainda solicitado o preenchimento de alguns questionários, por parte de pessoas relevantes na vida da pessoa, como pais ou professores, de modo a recolher informação sobre o seu funcionamento nos mais diversificados contextos onde se encontra inserido. De seguida, dá-se início à segunda fase, onde é feita uma observação direta do caso, e são aplicados os instrumentos de avaliação direcionados à problemática e faixa etária (Oliveira et al., s.d.).

A avaliação é finalizada com a elaboração e devolução de um relatório detalhado com a caracterização do cliente e do seu perfil funcional, bem como com a passagem de estratégias para pais e outros profissionais (Oliveira et al., s.d.). Para esta devolução é agendada uma reunião, no caso das crianças, com os pais, no caso de adultos, com o próprio, de modo a explicar toda a avaliação e resultados obtidos, bem como esclarecer dúvidas que possam surgir relativamente ao processo e conclusões (Oliveira et al., s.d.). Posteriormente, caso o utente, ou os seus responsáveis pretendam iniciar o acompanhamento terapêutico, é definida a área e o profissional que o irá assegurar. Neste momento é ainda elaborado um plano de intervenção, onde são estabelecidos os objetivos a trabalhar com cada um dos utentes, mediante as suas áreas fortes e a potenciar (Oliveira et al., s.d.).

### **1.1.6 A Articulação entre o PIN e Outros Contextos**

O PIN valoriza e incentiva uma intervenção onde exista interação entre todos os contextos em que a pessoa se encontra inserida, i.e., familiar, escolar, laboral e/ou clínico (PIN, 2022a). Privilegia assim uma visão ecológica entre o sujeito e o seu envolvimento, onde os familiares e agentes educativos são percecionados como coterapeutas.

Os familiares e professores são instigados desde o primeiro momento a participar, enquanto parte integrante do processo, quer de avaliação, com o preenchimento de questionários e transmissão de informações relevantes como história clínica, escolar e familiar, como de intervenção, onde são transmitidas diversas estratégias para os contextos, de modo a fornecer as melhores ferramentas, permitindo assim dar respostas

mais adequadas aos comportamentos, maximizando as suas potencialidades (Oliveira et al., s.d.).

Também o PIN Academy, e o PIN Corporate, promovem a aproximação entre a equipa e a comunidade, criando oportunidades de formação e ações de sensibilização, com abertura às escolas, famílias, instituições, e comunidade em geral, promovendo assim uma maior consciência e conhecimento, permitindo ainda o esclarecimento de questões, quer sobre a área das PND, como ao nível da saúde mental, eventos de vida traumáticos e fatores de risco.

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

O PIN dispõe de diversas valências clínicas, de modo a assegurar que seja prestada uma resposta ajustada às necessidades de cada cliente. Entre estas valências, encontra-se a intervenção psicomotora, que pode ser exercida no âmbito terapêutico, reabilitativo, reeducativo e/ou preventivo, nas mais diversas problemáticas, quer sejam estas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem ou de âmbito psicoafectivo, destinando-se a qualquer grupo etário (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.a).

No centro clínico PIN, a intervenção psicomotora destina-se essencialmente a um público infantojuvenil, e conta com psicomotricistas inseridos nas consultas da PHDA, Comportamentos de Oposição e Desafio, PEA e Síndromes Genéticas, Prematuridade, e Dificuldades de Aprendizagem Específicas, que procuram oferecer a resposta educativa e terapêutica mais adequada, face à individualidade de cada paciente, nos seus diferentes contextos de vida.

## **I.2 Enquadramento Teórico**

### **I.2.1 Perturbações do Neurodesenvolvimento**

A American Psychiatric Association (APA) define Perturbações do Neurodesenvolvimento (PND) como um conjunto de condições com início no período de desenvolvimento, manifestando-se geralmente antes da criança ingressar na escola (APA, 2013). São caracterizadas por dificuldades desenvolvimentais que têm um impacto direto em vários domínios de vida, nomeadamente sobre o funcionamento pessoal, social, académico ou profissional. Estas dificuldades englobam limitações específicas que se podem expressar ao nível das aprendizagens, funções executivas, competências sociais ou inteligência (APA, 2013).

Dada a relação de causalidade que se estabelece entre o desenvolvimento e os fatores genéticos, hereditários e ambientais, qualquer diagnóstico de uma PND deve ser caracterizado nas suas dimensões biológicas, desenvolvimentais, emocionais, comportamentais e sociais (Matos, 2009).

As PND integram diferentes perturbações, entre as quais, a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE), Perturbações Específicas da Linguagem (PEL) e Perturbações do Desenvolvimento Motor, onde se encontram incluídas, a Perturbação da Coordenação Motora (PCM), Perturbação do Movimento Estereotipado e os Tiques (APA, 2013).

Estas perturbações coexistem frequentemente, sendo que ter uma PND é um fator de risco para uma comorbilidade com outra PND ou com uma perturbação de caráter emocional e comportamental (APA, 2013; Matos, 2009; Thapar et al., 2017). Por exemplo, é frequente que indivíduos diagnosticados com PEA também apresentem algum tipo de DID, ou que uma PHDA esteja associada a uma DAE (APA, 2013).

#### ***1.2.1.1 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção***

A PHDA é uma PND, caracterizada por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade, que impacta diretamente o funcionamento e desenvolvimento do indivíduo (Antshel & Barkley, 2020; APA, 2013; Roberts et al., 2015; Wender & Tomb, 2017).

A expressão da PHDA tem início durante a infância, sendo um dos critérios para o diagnóstico, a exigência da presença de vários sintomas antes dos 12 anos de idade, e persiste durante a vida adulta, impactando de forma prejudicial o aproveitamento acadêmico, profissional e social (Antshel & Barkley, 2020; APA, 2013).

No que se refere à sintomatologia, é possível constatar a existência de duas grandes dimensões comportamentais: a desatenção e a hiperatividade/impulsividade (Antshel & Barkley, 2020; APA, 2013; Hinshaw & Ellison, 2016). Os critérios atuais de diagnóstico são descritos na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, 2013), sendo de referir que de acordo com o manual, estes sintomas devem expressar-se em dois ou mais contextos (e.g., em casa, na escola ou trabalho; com amigos ou familiares; noutras atividades), a sintomatologia não pode ser melhor explicada por outra condição e tem de interferir de forma clara com a qualidade do seu desempenho social, académico ou ocupacional (APA, 2013).

As pessoas com PHDA são frequentemente percebidas pelos outros como tendo dificuldades crónicas ao nível de regulação da atenção e impulsividade/hiperatividade, que são muitas vezes associadas a padrões que revelam um estilo considerado esquecido, imprudente, desorganizado, e aparentemente irrefletido (Hinshaw & Ellison, 2016). Estas características revelam-se precocemente no desenvolvimento, em grau excessivo e inapropriado para a sua idade e nível desenvolvimental. Estes sintomas tornam-se mais evidentes em situações que exigem a manutenção dos níveis de atenção, controlo da atividade motora, inibição de impulsos e adequação de comportamento em relação às regras estabelecidas, tempo e espaço (APA, 2013; Roberts et al., 2015).

O défice de atenção manifesta-se comportamentalmente na PHDA através de dificuldade na permanência na tarefa, dificuldade em manter os níveis de atenção, e ignorar distrações, alguma desorganização e falta de persistência (APA, 2013; Hinshaw & Ellison, 2016; Roberts et al., 2015; Wender & Tomb, 2017). Mais concretamente, as questões relacionadas com o défice de atenção verificam-se através de dificuldades em seguir instruções, compreender e prestar atenção ao detalhe, cometendo erros por descuido. A organização das tarefas e atividades podem ser um grande desafio para esta população, onde surgem esquecimentos nas atividades, uma grande facilidade de distração com estímulos externos ou perda dos materiais necessários à realização das mesmas. Muitas vezes demonstram alguma relutância em participar em atividades que requeiram um esforço mental sustentado (APA, 2013).

A hiperatividade e a impulsividade são conceitos conceptualmente distintos, no entanto, é possível constatar uma correlação significativa entre os sintomas de ambas, daí serem agrupadas enquanto um único fator de sintomas (Roberts et al., 2015). A hiperatividade enquadra uma atividade motora exagerada ou constante inquietação (e.g., mexer os pés ou as mãos excessivamente, dificuldade em permanecer sentado) (APA, 2013). A impulsividade encontra-se relacionada com ações que ocorrem de forma desenfreada e precipitada, resultando de pouca ou nenhuma ponderação (e.g., atravessar a estrada sem olhar, interromper excessivamente os outros, tomar uma decisão sem pensar no seu impacto a longo prazo) (APA, 2013). Este traço pode refletir uma dificuldade no adiamento da gratificação, existindo uma necessidade de recompensação imediata (APA, 2013). Neste sentido, é possível observar que as crianças com PHDA de expressão hiperativa/impulsiva têm dificuldades em envolver-se de forma tranquila em atividades de lazer, estão frequentemente em movimento, correm ou trepam em ocasiões em que é considerado inadequado, e/ou abandonam o lugar em momentos que se espera que permaneçam sentados (APA, 2013; Roberts et al., 2015). Existe uma tendência para interromper ou intrometer-se nas atividades dos outros, falar de forma excessiva, responder de forma precipitada, e dificuldades para esperar pela sua vez (APA, 2013; Roberts et al., 2015).

Desta forma, os indivíduos com PHDA podem ser classificados de acordo com os seus sintomas, em três categorias, sendo estas a desatenta, a hiperativa/impulsiva, e a combinada, que na realidade consiste na conjunção dos dois tipos de sintomas (APA, 2013; Hinshaw & Ellison, 2016).

Os indivíduos com PHDA vivem a sua vida impactada em diversos contextos, como por exemplo: (1) o académico, estando associada uma diminuição do desempenho e rendimento escolar; (2) a nível laboral, tendo estes adultos um desempenho profissional inferior em termos de rendimento e assiduidade, contribuindo para uma maior probabilidade de desemprego; (3) a nível familiar, onde as relações tendem a ser caracterizadas por desentendimentos e interações negativas; (4) a nível social, surgem sentimentos de rejeição e alguma negligência na relação com os pares; (5) emocional, onde a sua autoimagem acaba por ser impactada negativamente (APA, 2013; Hinshaw & Ellison, 2016; Roberts et al. 2015).

Para além dos sintomas acima descritos, também a área do funcionamento emocional se vê impactada nas crianças e adultos com esta condição (Christiansen et al.,

2019), surgindo sintomas como a baixa tolerância à frustração, a impaciência, bem como a prontidão na resposta à raiva, e a procura por sensações imediatas (Barkley, 2015a; Nigg et al., 2019). Neste sentido as teorias neuropsicológicas atuais da PHDA consideram as questões da impulsividade emocional e as dificuldades ao nível da autorregulação emocional, uma componente central da perturbação, no entanto, atualmente não se encontra entre os critérios de diagnóstico (Barkley, 2015a).

A PHDA apresenta uma prevalência de 5% nas crianças e de 2,5% na idade adulta, tendo uma maior incidência no sexo masculino, sendo a proporção de 2 para 1 em crianças, e 1,6 para 1 nos adultos (APA, 2013). Existe, contudo, uma maior probabilidade de, quando comparadas com os homens, as mulheres apresentarem características de desatenção (APA, 2013).

A nível biológico, a PHDA pode ser explicada por modificações: (1) bioquímicas, sendo que se verificam alterações na condução e captação dos neurotransmissores, nomeadamente, a dopamina, responsável pelo estado de alerta, concentração e sensibilidade às recompensas e a noradrenalina, que desempenha um papel crucial no controlo dos impulsos (Hinshaw & Ellison, 2016); (2) estruturais, sendo que os estudos de ressonância magnética indicam a existência de um cérebro de menores dimensões, com reduções significativas no volume dos lobos frontais anteriores, dos gânglios da base, do corpo caloso, do córtex cingulado anterior e do vermis cerebelar (Barkley, 2015b); (3) funcionais, sendo que através da ressonância magnética funcional, se compreende que algumas estruturas do cérebro de pessoas com PHDA, como a região frontal, os gânglios da base, o cerebelo e o córtex cingulado, envolvidas na aprendizagem e autorregulação, apresentam desempenhos ineficientes quando os participantes estão envolvidos em testes de memória de trabalho, atenção e outras funções cognitivas (Barkley, 2015b; Hinshaw & Ellison, 2016), que é corroborado através do fluxo sanguíneo cerebral reduzido nessas áreas, indicando menor atividade ao nível dos lobos frontais, estriado e cerebelo, consistente com a subactividade que se verifica nestas regiões (Barkley, 2015b).

No que diz respeito à etiologia, a PHDA é considerada uma condição de origem multifatorial (APA, 2013; Kian et al., 2022), uma vez que são vários os fatores de origem neurobiológica e genética, associados ao desenvolvimento e funcionamento cerebral que contribuem de forma substancial para o surgimento de sintomas associados à PHDA (e.g., complicações durante a gestação e nascimento, lesões cerebrais adquiridas, infeções, toxinas e genética, bem como a ocorrência de alguma problemática numa via final comum

do sistema nervoso, vista, até à data, enquanto a integridade da rede pré-frontal (Barkley, 2015b).

Atualmente, estudos apontam os fatores hereditários como fatores preponderantes para a ocorrência de sintomas de PHDA. Não obstante, esta PND também pode ser causada ou acentuada por exposição a toxinas, complicações na gravidez ou doenças neurológicas. Apesar dos fatores ambientais, intrinsecamente, não serem perspetivados enquanto causais para esta PND, podem interagir com a predisposição genética da condição e contribuir assim para o surgimento de comorbilidades associadas à PHDA (APA, 2013; Barkley, 2015b; Hinshaw & Ellison, 2016; Kian et al., 2022; Wender & Tomb, 2017).

Existem alguns fatores ambientais que podem influenciar uma predisposição para a PHDA, entre eles, o baixo peso à nascença, os hábitos da mãe durante o período pré-natal (e.g.: tabagismo, exposição ao álcool), infeções (e.g., encefalite), ou ainda histórias de negligência ou abuso infantil (APA, 2013; Wender & Tomb, 2017).

A nível temperamental, existem várias características, que apesar de não serem específicas da PHDA, podem predispor algumas crianças para a mesma. Entre elas encontra-se a dificuldade ao nível da inibição comportamental e controlo de esforço, a constante procura de novidade, e a negatividade emocional (APA, 2013).

Para além dos défices nas áreas mais afetadas pela PHDA, as crianças com esta condição apresentam dificuldades a nível desenvolvimental e neuropsicológico, sendo que a nível desenvolvimental, estas dificuldades são expressas ao nível do funcionamento adaptativo, desenvolvimento psicomotor, autorregulação, e dificuldades ao nível da linguagem e aprendizagem (APA, 2013; Weyandt & Gudmundsdottir, 2015).

Quando comparadas com crianças com um desenvolvimento neurotípico, as crianças com PHDA tendem a apresentar um funcionamento adaptativo mais pobre, estando associado a dificuldades nas áreas de vida quotidiana e comunicação social (e.g., organização de informações e comunicação efetiva) (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015).

As dificuldades ao nível do domínio da linguagem apresentam uma prevalência considerável em crianças com PHDA, sendo frequentemente expressas de forma evidente ao nível das competências linguísticas recetivas, expressivas e pragmáticas. As competências linguísticas impactam diretamente o funcionamento social das crianças com PHDA, podendo causar dificuldades na compreensão de instruções, fazer inferências

sobre o contexto social e hesitação para iniciar, manter ou terminar uma conversa (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015).

Como apresentado anteriormente no presente enquadramento teórico, a PHDA encontra-se muitas vezes em comorbilidade com DAE (Wender & Tomb, 2017), sendo que a taxa de comorbilidade entre estas duas condições pode atingir os 45% (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015). Apesar de várias crianças com PHDA não preencherem os critérios de diagnóstico para uma DAE, apresentam frequentemente algumas dificuldades nos processos de aprendizagem, tendem a ter um menor rendimento académico, taxas mais elevadas de abandono escolar no ensino secundário, e uma taxa inferior de indivíduos prosseguem para o ensino superior (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015). As estratégias baseadas no comportamento são apontadas por vários estudos como sendo as mais eficazes para suprimir as dificuldades académicas apresentadas por esta população.

Uma percentagem significativa de crianças com PHDA apresentam algum tipo de problema de coordenação motora (Goetz et al., 2017; Moradi et al., 2020; Sáenz et al., 2021; Wender & Tomb, 2017; Weyandt & Gudmundsdottir, 2015). Acredita-se que o principal motivo para estas limitações se centre na inabilidade para planear e executar tarefas motoras, surgindo por isso associadas a tarefas distais, de maior complexidade e que exijam uma maior agilidade (Mokobane et al., 2019).

Estas limitações são expressas em diferentes domínios, tendo os trabalhos desenvolvidos no âmbito da avaliação de habilidades psicomotoras em crianças com PHDA identificado atrasos ao nível do esquema corporal (Goulardins et al., 2011), equilíbrio (Çak et al., 2018; Mao et al., 2014; Moradi et al., 2020; Shorer et al., 2012), coordenação oculomotora (Wender & Tomb, 2017; Weyandt & Gudmundsdottir, 2015), organização espacial (Goulardins et al., 2011), organização e perceção temporal (Goulardins et al., 2011; Guardiano et al., 2017; Nejati & Yazdani, 2020) destreza, coordenação e integração motora fina (Çak et al., 2018; Lelong et al., 2021; Mokobane et al., 2019; Sáenz et al., 2021; Wender & Tomb, 2017; Weyandt & Gudmundsdottir, 2015), coordenação bilateral e agilidade (Çak et al., 2018; Weyandt & Gudmundsdottir, 2015).

As crianças cuja forma de expressão da PHDA é predominantemente desatenta ou combinada, são mais propensas a apresentarem dificuldades neste âmbito, do que as crianças que se enquadram na forma predominantemente hiperativa-impulsiva (Mokobane et al., 2019; Weyandt & Gudmundsdottir, 2015). De referir, no entanto, que apesar de serem

vários os estudos que abordam estas limitações, algumas crianças com PHDA não demonstram qualquer tipo de dificuldade a este nível, ou até apresentam resultados acima da média (Weyandt & Gudmundsdottir, 2015).

No que diz respeito ao desenvolvimento neuropsicológico e cognitivo, a PHDA tem impacto em diferentes áreas, nomeadamente ao nível do: (1) funcionamento intelectual, onde se observa que as crianças com esta condição tendem a obter resultados inferiores em provas específicas dos testes de QI, contudo a avaliação global do mesmo está dentro da média, uma vez que os sintomas de desatenção se encontram diretamente relacionados com vários processos cognitivos subjacentes, às provas de atenção, memória e funções executivas (APA, 2013); (2) funcionamento executivo, estando associada a défices em funções como o controlo inibitório, a memória de trabalho verbal e não verbal, bem como nas habilidades de planeamento (Guardiano et al., 2017; Hinshaw & Ellison, 2016; Roberts et al., 2015).

Para além dos fatores psicossociais, as dificuldades expressas na execução de determinadas tarefas de carácter motor têm consequentemente um impacto negativo ao nível da autoestima e qualidade de vida destas crianças, influenciando desfavoravelmente o seu desempenho escolar e social, a autoestima e o desenvolvimento da personalidade (Çak et al., 2018; Goulardins et al., 2011; Goulardins et al., 2017; Lelong et al., 2021). Por este motivo, é crucial que haja uma identificação precoce e intervenção, não só de modo a promover o seu sucesso académico e social, mas também com a intenção de procurar evitar o surgimento de sentimentos de frustração e fracasso (Goulardins et al., 2017).

São vários os autores que referem a pertinência de intervenções não farmacológicas específicas para a PHDA, que sejam adaptadas às características e necessidades específicas desta população (Lelong et al., 2021). A intervenção psicomotora num ambiente lúdico e contextualizado àquela que é a rotina da criança garante uma maior adesão por parte da mesma (Lelong et al., 2021), e promove evoluções significativas não só a nível do desempenho psicomotor e cognitivo, nomeadamente ao nível da atenção e funções executivas (Fernandes et al., 2019), como também na construção de uma autoimagem positiva, aumento da autoestima e confiança no próprio (Kim & Suh, 2016).

A avaliação psicológica das crianças com PHDA é uma tarefa complexa que requer tempo e conhecimentos por parte do avaliador de investigações relevantes e literatura clínica de referência, bem como diagnóstico diferencial, competência para o julgamento

clínico na triagem das questões relevantes e recursos suficientes para obter informações de diferentes fontes, recorrendo para isso a diversos métodos de avaliação (Barkley, 2015c). Esta avaliação requer a integração de informações provenientes de várias fontes (e.g.: pais, professores, outros prestadores de cuidados ou profissionais), a utilização de diferentes métodos de recolha (entrevistas estruturadas e semiestruturadas, escalas padronizadas de classificação do comportamento, testes psicológicos, e exames médicos), bem como a compreensão do funcionamento socioecológico que envolve a criança nas principais áreas de vida (funcionamento da comunidade, da família, da escola, dos pares, entre outros) (Barkley, 2015c).

Uma avaliação de despiste à PHDA tem como principais objetivos (Barkley, 2015c): não só determinar a presença ou ausência de perturbações psiquiátricas, mas também para fazer a diferenciação entre o diagnóstico de PHDA e outras perturbações psiquiátricas da infância; traçar os tipos de intervenção mais adequados às necessidades apresentadas pela criança; compreender se existem outras condições em comorbilidade e se estas podem afetar o prognóstico e as tomadas de decisões face à intervenção; identificar aqueles que são os pontos fortes e fracos da criança e refletir sobre a forma como estes podem influenciar o plano de intervenção.

Após a avaliação, é traçado o plano de intervenção. A intervenção farmacológica poderá não ser efetiva em todas as pessoas com PHDA, mas pode melhorar alguns sintomas na grande maioria das crianças e adultos com esta condição (Hinshaw & Ellison, 2016). Os estimulantes promovem o estímulo do desempenho cognitivo, nomeadamente ao nível do foco, motivação e autocontrolo, através do aumento de alguns neurotransmissores cerebrais como a dopamina e a norepinefrina, contribuindo assim para a redução dos sintomas enquanto o medicamento está ativo na corrente sanguínea e cérebro (Hinshaw & Ellison, 2016). No entanto, apesar de reduzir os sintomas de forma praticamente imediata, este tipo de intervenção não instrui competências, nem transmite estratégias. Neste sentido, associada à prescrição farmacológica, surge também muitas vezes o encaminhamento para uma intervenção não farmacológica específica (Hinshaw & Ellison, 2016; Lelong et al., 2021).

Ao nível da terapia comportamental, uma das abordagens que parece obter melhores resultados com as crianças trata-se de terapias comportamentais baseadas na recompensa (Hinshaw & Ellison, 2016). Nesta intervenção, é fundamental que os terapeutas trabalhem cooperativamente com a família e professores, preparando-os para

a implementação e manutenção de um ambiente rico em recompensas, e a eliminar de forma progressiva os programas de recompensas, quando for evidente a motivação intrínseca da criança (Hinshaw & Ellison, 2016).

Os resultados da intervenção revelam-se de maior significância quando os pais e os professores estão alinhados quanto aos objetivos estabelecidos para a criança, assegurando assim um acompanhamento uniforme, consistente e eficaz (Hinshaw & Ellison, 2016; Pfiffner & DuPaul, 2015).

O terapeuta tem um papel preponderante neste acompanhamento, nomeadamente na capacitação dos pais e professores, devendo procurar educar sobre a PHDA, transmitir estratégias modelo para o ambiente escolar e familiar, bem como orientar a família de modo a assegurar que as interações são desenvolvidas num sentido favorável, transitando de uma abordagem persuasiva e hostil, para positiva e empoderadora, contribuindo para que o encorajamento positivo seja utilizado enquanto recurso, em detrimento da punição, sempre que possível (Hinshaw & Ellison, 2016).

A PHDA está frequentemente associada à coexistência de outras perturbações de foro psiquiátrico, sendo que 67 a 80% das crianças com PHDA referenciadas para consulta têm pelo menos outra perturbação (Pliszka, 2015). As perturbações que se encontram associadas à PHDA com maior frequência são a perturbação da oposição e desafio, perturbações do humor, da ansiedade e de uso de substâncias, tiques, DID e PEA (Pliszka, 2015). Uma vez que um dos estudos de caso acompanhado cujo perfil será descrito posteriormente apresenta, para além dos sinais da PHDA, alguns relacionados com a PEA, no parágrafo seguinte será dada maior relevância a esta PND.

Apesar de outrora a PHDA e a PEA serem consideradas excludentes uma da outra, atualmente o mesmo não se verifica, sendo que cada vez mais são consideradas enquanto PND que partilham fatores clínicos e etiológicos (Rommelse et al., 2011). Tanto as pessoas com PHDA como as com PEA apresentam sintomatologia de desatenção, dificuldades na interação social, e alguns comportamentos difíceis de gerir. No entanto, é de ter em consideração e distinguir as dificuldades na interação social e a rejeição por parte dos pares que as pessoas com PHDA experienciam, do isolamento, desvinculação social e dificuldades na compreensão da linguagem não verbal, que muitas vezes observadas nos indivíduos com PEA (APA, 2013; Pliszka, 2015). Outro desafio comum centra-se ao nível da gestão comportamental, onde também são perceptíveis algumas diferenças entre ambas populações, enquanto as crianças com PEA têm dificuldades em tolerar uma mudança no

curso esperado dos acontecimentos, o que por vezes origina birras, no caso das crianças com PHDA, estes momentos de maior frustração tendem a acontecer aquando se dá uma transição importante, sendo impulsionados pela sua impulsividade e baixo autocontrolo (APA, 2013).

### ***1.2.1.2 Perturbação do Espetro do Autismo***

A Perturbação do Espetro do Autismo (PEA) trata-se de uma PND caracterizada por dificuldades persistentes ao nível da comunicação e interação social, associadas a padrões restritos e repetitivos de comportamentos, atividades ou interesses, transversais a vários contextos (APA, 2013).

Os défices persistentes ao nível da comunicação e interação social nos diversos contextos expressa-se a partir de dificuldades na reciprocidade socioemocional, limitações em comportamentos de comunicação não-verbal utilizados para a interação social, bem como dificuldades para criar, manter e compreender relações (APA, 2013).

Já o critério de comportamentos, atividades ou interesses específicos e repetitivos, refere que pelo menos dois dos sintomas apresentados seguidamente devem estar presentes no momento atual, ou durante o desenvolvimento, sendo estes sintomas: (1) movimentos, discurso, ou uso de objetos de forma repetitiva e estereotipada; (2) insistência nos mesmos comportamentos, rituais de comportamento verbal ou não-verbal, inflexibilidade à alteração de rotinas; (3) interesses fixos e específicos num nível anormal de intensidade e foco; (4) hipo ou hiper-reatividade a estímulos sensoriais (APA, 2013).

São igualmente critérios de diagnóstico, a expressão de sintomas no início do desenvolvimento (apesar de poderem vir a manifestar-se apenas quando as exigências sociais superem as suas capacidades ou poderem ser camuflados por estratégias aprendidas), que impactam de forma clinicamente significativa o funcionamento social e ocupacional do indivíduo (Antunes et al., 2019; APA, 2013). De referir que, as dificuldades apresentadas não devem ser melhor explicadas por uma DID ou um Atraso Global do Desenvolvimento (APA, 2013).

É fundamental, ainda assim, compreender que as formas de manifestação da PEA são variadas, sendo influenciadas pela idade cronológica, pelo nível de desenvolvimento e pelo nível da própria condição, daí o facto de se afirmar que se trata de um espectro (Antunes et al., 2019; APA, 2013).

De acordo com o nível de gravidade e impacto dos sintomas, o DSM5 estabelece três níveis de apoio. No nível 1 são enquadrados aqueles que, sem acompanhamento terapêutico, em termos de comunicação social apresentam dificuldades para iniciar interações sociais e muitas vezes respondem de forma atípica ou longe do expectável às solicitações sociais dos outros, demonstrando muitas vezes uma diminuição do interesse pelas interações sociais (APA, 2013). Está também presente uma inflexibilidade do comportamento que causa interferência significativa no funcionamento em vários contextos, manifestada, por exemplo, na alternância entre tarefas e através de problemas de organização e planeamento, que dificultam a independência do indivíduo (APA, 2013).

No nível 2, as limitações são nítidas mesmo com recurso a apoios, manifestando-se através de dificuldades evidentes na esfera das capacidades de comunicação verbal e não verbal, na fraca iniciativa para interações sociais, e pelas respostas breves e invulgares a qualquer tentativa de abertura social por parte do outro (APA, 2013). Existe uma inflexibilidade cognitiva que impacta a forma como lidam com a mudança e apresentam comportamentos repetitivos frequentes e perceptíveis para o observador comum, trazendo um impacto direto e significativo para o seu funcionamento nos mais variados contextos (APA, 2013).

Também no nível 3, as competências de comunicação verbal e não verbal encontram-se afetadas, no entanto, com maior intensidade, e por consequência, maior impacto social. Por norma, as pessoas que se encontram classificadas neste nível apresentam um discurso incompreensível, com poucas palavras, raramente iniciam interação e quando o fazem, fazem-no de modo a satisfazer apenas as suas necessidades pessoais e respondem somente a abordagens objetivas e bastante diretas (APA, 2013). No âmbito comportamental, denota-se dificuldade em lidar com a mudança e os comportamentos repetitivos e restritos, que interferem de forma vigorosa com todas as esferas de funcionamento (APA, 2013).

Estes especificadores de gravidade têm como propósito a sua utilização para descrever de forma sucinta a sintomatologia atual, considerando que as dificuldades associadas à comunicação social e dos comportamentos restritos e repetitivos devem ser classificadas separadamente, compreendendo que a gravidade das mesmas pode sofrer alterações ao longo do tempo, e mediante o contexto (APA, 2013). De referir que, estas categorias não devem ser utilizadas para estabelecer a elegibilidade e o fornecimento de serviços, mas sim, para o estabelecimento de prioridades e objetivos pessoais (APA, 2013).

No que diz respeito ao especificador “com ou sem DID associada”, é fundamental que se compreenda o perfil intelectual da pessoa com PEA para posteriormente se interpretar as características do diagnóstico, e para estes casos é necessário que as competências verbais e não verbais sejam avaliadas separadamente, com recurso, por exemplo a testes não verbais e não cronometrados, para avaliar o potencial dos indivíduos com dificuldades ao nível da linguagem (APA, 2013).

Para que o especificador “com ou sem perturbação da linguagem associada” possa ser utilizado, deverá existir uma avaliação e posterior descrição ao nível atual de funcionamento verbal. Alguns exemplos deste especificador podem incluir um discurso incompreensível, ou apenas através de palavras isoladas (APA, 2013).

Outro especificador que deve ser tomado em consideração é a “associação a uma condição médica ou genética conhecida ou a um fator ambiental”, usado quando a pessoa tem uma doença genética conhecida (e.g.: Trissomia 21, Síndrome de X-Frágil, Síndrome de Rett), médica (e.g.: epilepsia) ou história de exposição ambiental (e.g.: muito baixo peso à nascença, Síndrome Alcoólica Fetal) (APA, 2013). Para além dos especificadores mencionados, também devem ser indicadas outras PND, cognitivas ou comportamentais (APA, 2013).

A PEA está frequentemente associada a várias condições que, apesar de não fazerem parte dos critérios de diagnóstico, têm um impacto significativo, e muitas vezes negativo para o bem-estar do indivíduo e núcleo familiar (NCCMH, n.d.). As comorbilidades mais comuns incluem outras PND (DID, DAE, PHDA, Tiques, Perturbação Específica da Linguagem [PEL], Perturbação da Coordenação Motora [PCM]); perturbações do funcionamento (e.g.: problemas de sono, alimentação ou eliminação); competências de comportamento adaptativo; problemas de saúde mental [e.g.: Perturbação da Oposição e Desafio (POD), Depressão, Perturbação da Ansiedade Generalizada (PAG)]; condições médicas e genéticas (e.g.: Trissomia 21, Síndrome de X-Frágil, Epilepsia) (NCCMH, n.d.).

Como referido anteriormente, as características específicas do diagnóstico da PEA estão relacionadas com o comprometimento permanente da comunicação social recíproca e da interação social (critério A), e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (critério B). Sendo de destacar que estes sintomas devem estar presentes desde a primeira infância (critério C) e de alguma forma impactar negativamente o seu funcionamento quotidiano, por exemplo, a nível profissional e social (critério D) (APA, 2013). De referir ainda que, mesmo quando acompanhados por uma DID, os défices ao

nível da comunicação social excedem as dificuldades expectáveis para o nível de desenvolvimento (critério E) (APA, 2013).

As características comportamentais da PEA são evidentes na primeira infância, onde alguns casos começam por manifestar comprometimentos ao nível da reciprocidade social e linguagem (Antunes et al., 2019; APA, 2013). Neste sentido, alguns sintomas são tipicamente identificados no decorrer do segundo ano de vida, i.e., entre os 12 e os 24 meses de idade. No entanto, em casos em que os atrasos de desenvolvimento forem graves, os sintomas podem ser observáveis antes dos 12 meses, ou, pelo contrário, apenas depois dos 24 meses em casos em que os sintomas se expressam de forma mais subtil (APA, 2013).

Estes primeiros sintomas estão frequentemente relacionados com um atraso ao nível do desenvolvimento da linguagem, estando associados regularmente a algum desinteresse social, interações desajustadas, padrões de comunicação e de jogo diferenciados (Antunes et al., 2013; APA, 2013). Exemplos de sinais são: a perda de habilidades previamente adquiridas; a não responsividade aos sons emitidos; o fraco contacto ocular; repulsa ao toque; utilização do corpo do adulto como um instrumento; obsessão por estímulos sensoriais visuo-motores; reduzida ou nenhuma vocalização; interesse por alguns objetos em específico; estereotípias; comportamentos ritualizados; desconforto atípico a sons altos; perturbação moderada ou grave do sono (Antunes et al., 2019; Falkenbach et al., 2010; NCCMH, n.d.).

Como referido anteriormente, a PEA tem um impacto significativo na vida das pessoas, e desde cedo este impacto é expresso, sendo que a falta de capacidades sociais de comunicação pode interferir negativamente nos processos de aprendizagem, nomeadamente na aprendizagem que é mediada num ambiente com pares ou através da interação social (APA, 2013). No ambiente familiar, as dificuldades expressam-se maioritariamente em momentos de insistência nas rotinas e aversão à mudança que, à semelhança das sensibilidades sensoriais que interferem com a alimentação e sono, tornam as dinâmicas familiares excessivamente exigentes (APA, 2013).

Incorretamente, várias pessoas regem-se pela crença dos critérios de exclusão, acreditando que a ausência de alguns sintomas da PEA funciona como um fator eliminatório para o diagnóstico da mesma. No entanto, refutar esta crença é fundamental, uma vez que nenhum sintoma por si só é suficiente para formular ou excluir o diagnóstico (Antunes et al., 2019).

A etiologia desta PND ainda é alvo de vários estudos e discussão, uma vez que a sua causa ainda é desconhecida (Barros & Coutinho, 2023). Embora exista uma predisposição genética evidente na PEA (Lyll et al., 2017), onde as estimativas de hereditariedade variam entre os 37% e mais de 90% (APA, 2013), dada a vasta heterogeneidade fenotípica e genética, atualmente a etiologia é considerada multifatorial (Lyll et al., 2017), uma vez que as alterações que se verificam a nível cerebral são influenciadas por fatores genéticos e ambientais (Antunes et al., 2019; Hodges et al., 2020).

Existe uma variedade de fatores de risco ambientais não específicos que podem contribuir para o risco de PEA como a idade avançada dos progenitores (Antunes et al., 2019; APA, 2013; Idring et al., 2014; Wang et al., 2017), prematuridade, baixo peso à nascença (Antunes et al., 2019; APA, 2013; Wang et al., 2017; NCCMH, n.d.), um intervalo inferior a 12 meses entre gestações (Coo et al., 2015; Durkin et al., 2015; Zerbo et al., 2015b), fatores imunológicos, sendo que a hospitalização da mãe com uma infeção durante a gestação está associada com o aumento do risco (Lee et al., 2015; NCCMH, n.d., Zerbo et al., 2015a), histórico familiar de doenças autoimunes (Atladóttir et al., 2009; Croen et al., 2005; Keil et al., 2010), complicações obstétricas (e.g.: hemorragias uterinas, cesariana, baixo índice de Apgar à nascença) (APA, 2013; Wang et al., 2017), ou a exposição do feto ao Valproato (APA, 2013).

No que diz respeito à prevalência, estima-se que aproximadamente 1% da população mundial tenha uma PEA, sendo que, a incidência de diagnósticos continua a ser quatro vezes superior no sexo masculino (APA, 2013). A população feminina com PEA é muitas vezes subdiagnosticada, não só por frequentemente apresentarem formas subtis de PEA, que são mais difíceis de diagnosticar, mas também porque é mais provável que estas mascarem as suas dificuldades de interação social, através de um processo de camuflagem (Antunes et al., 2019; APA, 2013; Duvekot et al., 2016; Volkmar et al., 2014). Não obstante, é de salientar que as mulheres detêm uma maior probabilidade de apresentarem uma DID associada (APA, 2013; Mandy et al., 2012).

As dificuldades a nível motor também se encontram frequentemente presentes neste grupo, sendo expressos através de uma marcha considerada invulgar, falta de habilidade motora, e por outros sinais motores incomuns como andar em bicos de pés. Muitas vezes surgem também comportamentos de auto-agressão, como bater com a cabeça ou morder-se (APA, 2013).

Quando comparadas com as crianças de desenvolvimento típico, aquelas com PEA tendem a apresentar maiores dificuldades ao nível da proficiência motora. Estas podem

ser provenientes de comprometimentos psicomotores observáveis nesta população, como: (1) hipotonia (Paquet et al., 2016a, 2019; Renzo et al., 2017); (2) dificuldades no controle postural (Nobile et al., 2018; Paquet et al., 2015, 2019; Stins et al., 2015); (3) défices na manutenção do equilíbrio estático e dinâmico (Nobile et al., 2018; Paquet et al., 2015, 2019; Stins et al., 2015); (4) disfunções na lateralidade (Paquet et al., 2017); (5) dificuldades ao nível do planeamento e coordenação de ações motoras finas e grossas (Fournier et al., 2010; NCCMH, n.d.; Nobile et al., 2018; Nordin et al., 2021; Paquet et al., 2016 a, b); (6) e problemas de orientação espacial, dificuldades na imitação e no jogo simbólico (Lidstone & Mostofsky, 2021; Renzo et al., 2017).

A intensidade das dificuldades motoras experienciadas por esta população poderá ser um preditor não só das suas habilidades sociais e comunicativas (MacDonald et al., 2014), mas também das suas habilidades no âmbito emocional e comportamental (Papadopoulos et al., 2012; Stins & Emck, 2018), uma vez que a proficiência motora interfere diretamente no tipo e frequência de oportunidades de interação com os outros, trazendo assim implicações claras para o desenvolvimento social (Leonard & Hill, 2014).

As principais características do diagnóstico são evidentes desde o período de desenvolvimento, no entanto, com os apoios necessários e intervenção individualizada, as dificuldades podem ser atenuadas em determinados contextos (APA, 2013).

O aumento significativo de diagnósticos de PEA que se tem verificado, promoveu a procura de intervenções educativas e terapêuticas eficazes (Steinbrenner et al., 2020).

O acompanhamento das crianças diagnosticadas com PEA deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, composta por profissionais de diversas áreas (e.g.: psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicopedagogos), com formação especializada na área da PEA (NCCMH, n.d.), sendo fundamental a inclusão da família no processo terapêutico, de modo a que esta possa não só compreender o propósito do acompanhamento, mas também enquanto facilitadores de mudança comportamental e aprendizagem (Laureano & Fiorini, 2021).

As abordagens de intervenção assentes no movimento corporal realizadas na esfera multidisciplinar assumem um papel significativo para as crianças com PEA (Papadopoulos et al., 2012), uma vez que podem intervir não só sobre as dificuldades motoras, mas também apoiar os marcos gerais de desenvolvimento (Matson et al., 2011; Stins et al., 2015).

A intervenção psicomotora com crianças com PEA oferece a possibilidade de superar as dificuldades que surgem não só ao âmbito do desenvolvimento motor, mas também ao nível da interação social (Barros & Coutinho, 2023).

Os resultados da intervenção psicomotora são influenciados por diferentes fatores, nomeadamente o perfil cognitivo, sendo que nos casos de crianças com PEA, o facto de terem ou não uma DID em comorbilidade, encontra-se frequentemente associado a uma discrepância no que diz respeito aos resultados da intervenção, uma vez que as crianças sem uma DID associada demonstram melhorias significativas, quando comparadas com o outro grupo (Bem-Itzhak et al., 2014; Bentenuto et al., 2020).

Quando a PEA surge em comorbilidade com uma DID, as dificuldades a nível psicomotor intensificam-se, e são perceptíveis dificuldades significativas de coordenação motora e orientação espacial, influenciadas por fatores como a perceção e orientação (Jucan et al., 2021). Estas dificuldades, assim que sinalizadas devem ser avaliadas para que posteriormente se possa intervir sobre elas, de modo que seja realizado um treino de competências necessárias à integração escolar, profissional e social da criança (Jucan et al., 2021). A Intervenção Psicomotora adota um papel importante neste sentido, uma vez que contribui para a aquisição de independência física, desenvolvimento de relações interpessoais, superação das exigências do contexto educativo, e por consequência a promoção do bem-estar (Jucan et al., 2021).

## **1.2.2 Intervenção Psicomotora**

A Psicomotricidade é o campo disciplinar que, através do corpo em movimento, tem como objeto de estudo o indivíduo e a sua relação com o seu mundo interno e externo (Barros e Coutinho, 2023; Fonseca, 2004; 2010a; Probst, 2017), sendo o corpo percecionado como o ponto de partida para o conhecimento e interação com o ambiente, a nível cognitivo, emocional e orgânico, através de comportamentos, palavras e posturas (Aguiar & Simão, 2007; Barros & Coutinho, 2023).

A intervenção psicomotora procura estudar e melhorar a expressão motora disfuncional, que pode ser o reflexo de problemas de desenvolvimento, comportamentais, de maturação psicomotora e/ou questões emocionais, utilizando para esse fim o corpo enquanto meio de expressão e mediação (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], s.d.a; Fonseca, 2010a). Apoiada no modelo biopsicossocial (Probst, 2017), visa potenciar a capacidade da pessoa para interagir consigo mesma, com objetos e com os outros, através de três áreas de atuação distintas: preventiva, ao promover o

desenvolvimento saudável; educacional, ao estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem; e terapêutica, que intervém ao nível dos problemas desenvolvimentais, de aprendizagem, emocionais ou comportamentais (APP, s.d.a.; European Forum of Psychomotricity, 2022; Fonseca, 2006, 2009, 2010b).

A partir de uma visão holística do indivíduo, e a interação recíproca que é estabelecida entre este e o contexto em que se encontra inserido, esta metodologia terapêutica procura capacitar para a adaptação aos diferentes contextos, visando uma relação harmoniosa, adaptada e equilibrada entre o sujeito e o envolvimento (Fonseca, 2001; Probst, 2017; Sánchez et al, 2008), contribuindo assim para uma autoimagem positiva e melhoraria do bem estar pessoal e qualidade de vida (APP, s.d.a.; Fonseca, 2010a; Naia & Martins, 2006; Probst, 2017).

O trabalho desenvolvido em reabilitação psicomotora promove o desenvolvimento global do indivíduo, favorecendo um conjunto de competências nos diferentes domínios (Aragón, 2012; Martins, 2001; Probst et al., 2010; Probst, 2017; Santos & Melo, 2018), como: o psicomotor (e.g. tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, motricidade global e motricidade fina); comportamental (e.g. resistência à frustração, impulsividade, irrequietude, agressividade e oposição); cognitivo (e.g. memória, atenção, concentração, criatividade, compreensão, planeamento, flexibilidade cognitiva, organização, raciocínio, monitorização e interpretação); psicoafetivo (e.g. identificação, expressão e regulação das emoções); académico (leitura, escrita e aritmética); social e pessoal (promoção de competências sociais e pessoais) trabalhando sobretudo a partir de propostas de carácter motor e com recurso às componentes verbal e não verbal de comunicação (APP, s.d.b.; Fonseca, 2009; Probst et al., 2010).

O investimento corporal e do corpo em ação e movimento, permitem que o indivíduo melhore a sua consciência sobre si mesmo, do seu corpo, dos seus limites e potencialidades, favorecendo assim uma maior noção sobre si e o meio envolvente, facilitando o desenvolvimento global do sujeito, e por consequência, os processos de aprendizagem (APP, s.d.b.).

O corpo e a atividade lúdica têm, portanto, um papel fundamental no processo terapêutico com o público infantojuvenil, uma vez que se revelam formas privilegiadas de comunicação entre a criança ou jovem, e o técnico. As atividades de carácter lúdico e o jogo, facilitam o desenvolvimento global da criança, nomeadamente através do jogo simbólico, onde podem ser trabalhadas questões relacionadas com o desenvolvimento de competências sócio emocionais e comunicativas, bem como a criatividade, imaginação e

expressão corporal, e também através do jogo de regras, que promove competências sociais, uma vez que exigem questões como a cooperação, entreaajuda, resistência à frustração e resolução de problemas (APP, s.d.b.).

A sessão de intervenção psicomotora deve ser orientada por determinadas diretrizes que devem ser respeitadas, como por exemplo, no que diz respeito à escolha do espaço (Aragón, 2012). É importante que este disponha de determinadas condições, tais como (Aragón, 2012; Fonseca, 2010a; Sánchez et al., 2008): deve ser uma sala espaçosa e ampla que convide ao movimento e permita que todos os intervenientes na sessão se possam mover descontraidamente e em segurança; deve apresentar uma boa luminosidade, de preferência, natural; deve haver uma temperatura amena e uma boa ventilação; o chão deve ser firme e agradável, de modo a permitir o movimento seguro e que se ande confortavelmente descalço; e a sua decoração deve ser mínima e discreta, de modo a não dispersar a atenção dos intervenientes. De referir ainda que, é fundamental para o processo terapêutico que as sessões decorram sempre no mesmo espaço, de modo a garantir a perceção de segurança e continuidade (Aragón, 2012; Fonseca, 2009; Sánchez et al., 2008).

Em termos de organização temporal, uma sessão de intervenção psicomotora deve apresentar três momentos distintos, sendo eles: o momento inicial ou ritual de entrada, que tem como finalidade a preparação para o corpo de sessão, inicia-se com a receção da criança, é recordada a sessão precedente e são delineadas as atividades a realizar na sessão; de seguida dá-se o tempo de trabalho/corpo da sessão, onde são promovidos objetivos definidos pelo plano de intervenção através de um momento de expressividade motora e pelo retorno à calma ou representação das vivências experienciadas; por fim, o momento final ou ritual de saída, onde são analisadas os momentos vividos em sessão (Aragón, 2012; Sánchez et al., 2008).

De referir que, a intervenção deve ser orientada por um plano de intervenção individual, que idealmente tem por base o modelo de reabilitação psicomotora, assente em várias etapas, sendo elas: a identificação e diagnóstico psicomotor, onde através de uma avaliação psicomotora inicial se procura compreender quais as características do potencial de aprendizagem; elaboração do perfil intraindividual, a partir da interpretação dos dados obtidos na avaliação e identificação de hipóteses explicativas; formulação de objetivos terapêuticos, mediante as áreas fortes e a potenciar identificadas na avaliação, de modo a, de uma forma planificada, colmatar as dificuldades identificadas; elaboração e implementação do plano de reabilitação individualmente orientado; e por fim, a avaliação

final, onde é feita a análise dos resultados do processo interventivo e estratégias implementadas (Aragón, 2012; Fonseca, 2010a; Probst, 2017).

Na intervenção psicomotora com crianças, é fundamental que, em determinados momentos, seja dada à mesma a possibilidade de propor atividades do seu interesse, devendo o psicomotricista adotar o papel de mediador, de modo a assegurar que os objetivos definidos no plano de intervenção para aquela criança são promovidos, bem como a oportunidade de escolha e capacidade de tomada de decisão, através de atividades lúdicas e expressivas (Aragón, 2012; Fonseca, 2009; Llauradó, 2008; Naia & Martins, 2006). São ainda referidas como estratégias para a intervenção psicomotora: a primazia por uma abordagem focada nas áreas fortes e de preferência da criança, para aquelas em que apresenta maiores dificuldades ou desmotivação, de modo a garantir a sua envolvência nas diferentes tarefas (Fonseca, 2009, 2010a; Llauradó, 2008; Naia & Martins, 2006); decompor a tarefa complexa em tarefas de maior simplicidade (Fonseca, 2009, 2010a; Lima et al., 2014; Llauradó, 2008); estabelecer as regras que devem ser respeitadas em todas as sessões, devendo estas ser lembradas no ritual de entrada, e no decorrer da sessão, se necessário (Llauradó, 2008); priorizar os reforços positivos e interrogativos, reforçando sempre os comportamentos de tranquilidade e atenção, as suas conquistas e capacidades relacionais e afetivas (Aragón, 2012; Naia & Martins, 2006); provocar situações que promovam os sentimentos de frustração e agressividade, para que o psicomotricista possa fornecer ferramentas de autorregulação para estes momentos (Llauradó, 2008); fornecer instruções curtas, claras e simples (Llauradó, 2008); fornecer oportunidades para diversas dimensões de expressão (e.g.: motora, linguística, auditiva, gráfica e artística) (Fonseca, 2009; Naia & Martins, 2006); e respeitar o ritmo da criança, transmitindo-lhe segurança e confiança, e potenciar a sua autonomia (Llauradó, 2008).

## **II Realização da Prática Profissional**

No presente capítulo é apresentada a caracterização detalhada daquela que foi a prática profissional desenvolvida no decorrer da atividade de estágio. Primeiramente, é introduzida a calendarização, horário e descrição geral das atividades realizadas, seguidas por um enquadramento detalhado daqueles que foram os contextos de intervenção e respetivo funcionamento, metodologias de avaliação e intervenção, e apresentação dos casos acompanhados. De seguida, são apresentados dois estudos de caso, onde é feita a sua caracterização, apresentadas as metodologias de avaliação e intervenção, e análise do

processo de intervenção a partir dos resultados das avaliações iniciais e finais e apreciações qualitativas relativamente à intervenção. Para finalizar, são referidas outras atividades complementares à formação realizadas pela estagiária, e as dificuldades e limitações percebidas por esta.

De referir que, de modo a salvaguardar a confidencialidade dos dados das crianças com as quais a estagiária teve contacto durante este período, serão utilizadas iniciais em detrimento do nome próprio. Não obstante, nos estudos de caso optou-se pela introdução de nomes fictícios, não só com o intuito de proteger a entidade dos mesmos, mas também transmitir alguma proximidade para o tratamento dos dados descritos.

## **II.1 Calendarização das atividades de estágio**

As atividades de estágio tiveram início no dia 25 de outubro de 2021 e término no dia 25 de julho de 2022. O início do estágio foi marcado por uma reunião de apresentação com a coordenadora de estágios no PIN. Esta reunião ocorreu presencialmente, no polo de Paço de Arcos, e teve como principais objetivos apresentar à estagiária aquele que seria o seu local de estágio, bem como familiarizá-la com a estrutura organizacional do PIN. No dia 28 de outubro de 2021 ocorreu a primeira reunião formal com a orientadora local, onde foram dadas algumas orientações sobre aquele que deveria ser o papel da estagiária, organização da equipa e horários compatíveis para observação e posterior intervenção.

De uma forma sucinta, o estágio caracterizou-se pela observação e participação em sessões de intervenção e avaliação na Consulta da Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (Consulta da PHDA), no Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos (Núcleo PEADC) e no Núcleo da Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem (Núcleo das DAE's), com maior incidência sobre os dois primeiros.

O PIN defende que os estagiários transitem pelos diferentes núcleos durante o período de estágio, estando inseridos cerca de 3 meses em cada um deles. No entanto, no início do período de estágio, em novembro de 2021, não se pôde desde logo assegurar esta dinâmica, uma vez que ainda não tinham sido levantadas todas as restrições impostas pelo combate à COVID-19, e de modo a assegurar o mínimo de contactos possível, ficou estabelecido que iria começar por acompanhar a Dra. Rita Ávila, e posteriormente, mediante o desenvolver da situação, avaliar-se-ia a possibilidade de assistir a sessões dinamizadas por outros técnicos. No entanto, a partir do final do mês de novembro, a estagiária integrou não só a consulta da PHDA, mas também o núcleo PEADC, estando

presente em todas as reuniões de núcleo agendadas, realizando as atividades propostas, assistindo a avaliações formais e entrevistas a pais.

No sentido de esquematizar e enquadrar cronologicamente as atividades desenvolvidas ou participadas pela estagiária durante o período de atividades de estágio, é apresentada de seguida a tabela 1.

Tabela 1 – Cronograma das atividades desenvolvidas pela estagiária durante o período de atividade de estágio

Atividades desenvolvidas/participadas pela estagiária durante o período de atividades de estágio	2021			2022						
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Contacto com a instituição										
Reunião com a orientadora local										
Participação nas reuniões de núcleos										
Participação nas reuniões clínicas										
Formação específica para os estagiários sobre os instrumentos de avaliação utilizados no PIN										
Observação de avaliações no Núcleo de PHDA										
Observação de acompanhamentos no Núcleo de PHDA										
Observação de avaliações no Núcleo de PEADC										
Observação de acompanhamentos no Núcleo de PEADC										
Observação de avaliações no Núcleo de DAE										
Observação da intervenção em grupos de competências sociais e pessoais										
Avaliações iniciais dos estudos de caso										
Avaliações finais dos estudos de caso										
Planeamento e dinamização de sessões										
Apoio à elaboração de relatórios clínicos através da cotação e interpretação de testes e questionários de avaliação										
Aplicação de provas de avaliação com supervisão										
Participação no II Simpósio da Ansiedade do PIN										
Participação na formação "Reflexões sobre Perturbações do Comportamento e do Humor: Curso Breve de Avaliação e Intervenção com Crianças e Adolescentes"										
Elaboração de guião sobre identidade de géneros para a consulta de sexualidade										

Tabela 1 (cont.) - Cronograma das atividades desenvolvidas pela estagiária durante o período de atividade de estágio

Elaboração do guião e respetivo vídeo sobre relacionamentos saudáveis para a consulta de sexualidade						
Apresentação de artigo científico ao Núcleo de PEADC						

## II.2 Horário de estágio

O horário de estágio, apresentado na tabela 2, foi desenvolvido pela estagiária, tendo em consideração os critérios definidos pelo regulamento da Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais, nomeadamente no que respeita ao número de horas a cumprir, bem como a formação e disponibilidade dos técnicos de Educação Especial e Reabilitação/ Reabilitação Psicomotora, ou de outras áreas que demonstrassem disponibilidade para receber a estagiária nas suas sessões, como ainda o consentimento por parte dos pais.

De referir que o horário abaixo apresentado engloba apenas as atividades de carácter semanal ou quinzenal, uma vez que surgiram ainda observações e participações em sessões de outros técnicos e valências (e.g.: psicologia), de forma esporádica.

Tabela 2- Horário de Atividades de Estágio

Horas	Segunda-Feira	Terça-Feira	Quarta-Feira	Quinta-Feira	Sexta-Feira	Sábado
9:00-10:00						Intervenção Individual
10:00-11:00	Avaliações Formais PHDA		Reunião núcleo PHDA	Avaliações Formais PHDA		Intervenção Individual
11:00-12:00					Reunião núcleo PEADC	Intervenção Individual
12:00-13:00						Intervenção Individual
13:00-14:00						
14:00-15:00		Reunião clínica geral	Intervenção Individual		Intervenção Individual	Intervenção Individual
15:00- 16:00			Intervenção Individual		Intervenção Individual	Intervenção Individual

Tabela 2 (cont.) - Horário de Atividades de Estágio

<b>16:00-17:00</b>	Intervenção	Intervenção	Grupo de Competências Sociais e Pessoais
	Individual	Individual	
<b>17:00-18:00</b>	Intervenção		
	Individual	Estudo de Caso	
<b>18:00-19:00</b>			Intervenção Individual

Nota: Em alguns momentos, o horário sofreu alterações, em consequência de incompatibilidades horárias para a realização das avaliações ou pela desmarcação de consultas e posterior compensação das mesmas, pelo que, o horário presente nesta tabela não corresponde exatamente ao horário realizado pela estagiária, uma vez que, semanalmente existiam imprevistos. Serve, portanto, como uma representação, para que o leitor possa compreender com maior facilidade, aquele que foi o frequente horário de atividades de estágio.

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

O PIN organiza-se através de núcleos, que foram anteriormente mencionados. A integração dos clientes nos diferentes núcleos é feita com base naquela que é a PND diagnosticada e a sintomatologia apresentada, bem como a área de intervenção sobre a qual é necessário incidir, consoante a especialização de cada técnico. É, no entanto, de referir que apesar de a organização ser feita a partir de diferentes núcleos, estes apresentam um funcionamento idêntico.

Como referido anteriormente, as atividades de estágio desenvolveram-se essencialmente em dois núcleos do PIN: Núcleo da PHDA e o Núcleo de PEADC, onde a estagiária participou assiduamente nas reuniões de núcleo, e em momentos de avaliação formal e de intervenção, mediados por técnicos de diferentes especialidades.

No que diz respeito ao processo avaliativo, embora a organização do centro pressuponha a existência de núcleos especializados, um sujeito pode ser avaliado por técnicos de diferentes núcleos, mediante aquelas que sejam as dificuldades referenciadas. Nas avaliações, a estagiária assumiu a postura de observadora não participante, adotando assim um comportamento passivo. Esta decisão foi tomada pela equipa técnica do PIN, uma vez que o processo de avaliação se trata de um procedimento de elevada responsabilidade e exigência, mas também pelo facto de a aplicação de determinados instrumentos requerer uma formação específica. Não obstante, desde o primeiro mês de atividades de estágio que foi dada à estagiária a possibilidade de ter um papel ativo no

processo de avaliação, nomeadamente no que diz respeito à cotação de alguns questionários para os quais a estagiária já tinha tido formação específica. No período final do estágio, após vários momentos de observação não participada, foi confiada à estagiária a oportunidade de aplicar alguns itens de determinados instrumentos de avaliação, e cotar algumas provas. É de extrema importância referir ainda que todos os momentos mencionados foram supervisionados por técnicos experientes e com formação específica que garantiram que todos os procedimentos eram assegurados, de modo a não interferir com o resultado das provas.

Já no que concerne às sessões de intervenção, a integração da estagiária nas mesmas necessitou de autorização, não só da criança ou adolescente, mas também dos seus encarregados de educação. Uma vez que nos encontrávamos sobre a ameaça da doença COVID-19, com medidas de contingência, alguns pais mostraram-se receosos e preferiram que a estagiária não estivesse presente nas sessões, de modo a reduzir o número de contactos, e por consequência, o risco de contágio, o que se revelou uma limitação ao número de avaliações e intervenções observadas. Nos casos em que a aprovação da presença da estagiária era concedida, na grande maioria, as sessões iniciaram-se com observação não participada, que posteriormente foi dando lugar a uma observação participada, com integração da estagiária em diversas dinâmicas desenvolvidas em sessão. O nível de participação da estagiária nas sessões de intervenção variou consoante a criança/jovem envolvido e as suas necessidades, existindo casos onde pôde existir uma participação mais ativa desde a primeira sessão, outros onde o nível de participação foi evoluindo progressivamente ao longo das semanas, e outros onde o papel da estagiária foi maioritariamente passivo. Foram vários os casos onde os técnicos solicitaram à estagiária o planeamento de atividades para desenvolver com os casos acompanhados, mediante os objetivos que estavam a ser trabalhados com cada criança/jovem. De referir ainda que existiu a possibilidade de integração de dois grupos de promoção de competências pessoais e sociais, no núcleo de PEADC.

No que respeita à estrutura de sessões, é de referir que, apesar da diversidade de especialidades clínicas e população apoiada, as sessões organizavam-se de acordo com a mesma estrutura. As sessões começavam com o ritual inicial, momento destinado à partilha das novidades da semana, onde era dada à criança ou jovem a possibilidade de relatar alguns momentos da semana que o tivessem impactado. De seguida, o corpo da sessão, constituído por uma ou mais tarefas, centradas nos objetivos da intervenção estabelecidos para cada caso. Por fim, o momento que sinalizava o final da sessão, que variava consoante cada caso e até mesmo técnico, podendo por vezes ser centrado num

momento de retorno à calma, com uma atividade de relaxação, ou, por outro lado, numa atividade à escolha do sujeito.

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

O núcleo da PHDA, Perturbações do Comportamento e do Humor (Núcleo da PHDA), tem como principal objetivo responder às dificuldades apresentadas ao nível da atenção, comportamento ou humor, de modo a atenuar o impacto negativo que estas podem trazer à vida pessoal, familiar e escolar (PIN, 2023b). Para este fim, é fornecida uma resposta holística e integrada, que envolva não só o sujeito, mas também a sua família e o contexto escolar, através de uma abordagem multimodal. É constituído por uma equipa técnica multidisciplinar, que integra profissionais de diferentes áreas, como psicologia clínica e educação especial e reabilitação/reabilitação psicomotora, que atua desde o diagnóstico e intervenção terapêutica à elaboração e dinamização de ações de formação específicas, bem como atividades de investigação, associadas à prática clínica desenvolvida (PIN, 2023b).

Este núcleo integra diferentes consultas, sendo estas direcionadas para a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Comportamentos de Oposição e Desafio, Perturbações da Conduta, Perturbações da Regulação do Humor, Perturbações da Ansiedade e Mutismo, Luto e acontecimentos de vida, Perturbações da Personalidade, Perturbação Bipolar e Perturbação Borderline, e Intervenção familiar, adoção e problemas de comportamento (PIN, 2023b).

O processo de intervenção neste núcleo normalmente inicia-se com a avaliação, cujo objetivo final consiste na realização de um diagnóstico formal e compreensão do perfil funcional do sujeito, considerando aquele que é o seu percurso de desenvolvimento e fatores ecológicos (PIN, 2023b). Para que o diagnóstico seja o mais fiel possível, é aplicado um protocolo de avaliação, onde se encontram enquadrados diversos instrumentos de avaliação, não só ao próprio, como à família e à escola, com o intuito de obter o máximo de informação possível acerca daquele que é o seu comportamento nos diversos contextos em que se encontra inserido (PIN, 2023b).

Do protocolo de avaliação fazem parte vários instrumentos, que serão apresentados e descritos de seguida, na tabela 3.

Tabela 3 - Instrumentos integrados no protocolo de avaliação no Núcleo de PHDA

<b>Instrumentos de Avaliação</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Objetivos</b>
Inventário Comportamental de Avaliação das Funções Executivas em Crianças – versão para pais e professores – traduzido e adaptado de Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF)	Gioia et al., (2000); Traduzido e adaptado por Ana Rodrigues, Luis Pereira, Inês Teixeira e Filipa Aires (2008)	Avaliação das funções executivas em contexto ecológico (escola e casa)
Escalas Revisadas de Conners - Formas Completas para Pais e Professores em crianças de idade escolar	Conners, K. (1997); Traduzidas e adaptadas por Rodrigues, A. (2004).	Avaliação de problemas de comportamento e identificação de sintomas de PHDA
Sistema de Avaliação de Achenbach	Achenbach, T. (2013)	Avaliação de sintomas e perturbações psicopatológicas e competências psicossociais de crianças e adolescentes
Questionário de Avaliação de Perturbações Emocionais Relacionadas com a Ansiedade em Crianças (SCARED-R)	Muris et al., (1999); Traduzido e Adaptado por Pereira & Barros (2010)	Avaliação da sintomatologia ansiosa em crianças
Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	Goodman, R. (1997); Traduzido e Adaptado por Fleitlich et al., (2005).	Avaliação dos indicadores de saúde mental na população infantojuvenil
Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra (BANC)	Simões et al. (2016)	Avaliação de funções neurocognitivas como a memória, orientação, linguagem, atenção e funcionamento executivo, motricidade e lateralidade.
Cognitive Assessment System (CAS)	Naglieri, J. A. & Das, J. P. (1997).	Avaliação multidimensional do funcionamento cognitivo, através de provas de atenção, planeamento e processamento simultâneo e sucessivo.
CPT 3 – Continuous Performance Test 3	Conners, C. K. (2014).	Avaliação dos processos atencionais através de domínios como a desatenção, atenção sustentada, impulsividade e vigilância
Teste de Cópia de Figuras Complexas	Rey, A. (1998). Adpatado e traduzido por António Menezes Rocha e Maria Helena Coelho	Avaliação da capacidade de organização perceptivo-motora, atenção e memória visual imediata
Teste de atenção d2	Brickencamp, R. (2007) Adaptado e traduzido por Carla Ferreira e António Menezes Rocha	Avaliação dos vários aspetos da atenção seletiva e da capacidade de concentração
Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças- 3ª Edição (WISC III)	Wechsler, D. (2003)	Avaliação do perfil cognitivos de crianças e adolescentes através de provas de domínio verbal e de realização

As sessões de avaliação observadas pela estagiária encontram-se identificadas na tabela 4. De referir que, não existiu a possibilidade de observar a aplicação de um protocolo de avaliação completo, tendo as avaliações observadas sido maioritariamente ao perfil cognitivo, funcionamento executivo e algumas provas de carácter psicomotor, nomeadamente ao nível dos domínios da noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e fina, uma vez que são áreas onde muitas vezes as crianças com PHDA apresentam dificuldades.

Tabela 4 - Caracterização processos avaliativos observados no Núcleo de PHDA

Identificação	Género	Idade	Áreas avaliadas			Entrevista Semiestruturada
			AC	FE	APM	
Tomé *	Masculino	6				
T.L	Masculino	9				
L.M	Masculino	9				
SF.	Masculino	9				
G.R	Masculino	8				
D.F	Masculino	7				
H.L	Masculino	7				
V.S	Feminino	9				
S.N	Masculino	7				
L.J	Masculino	8				
J.F	Masculino	13				
R.J	Feminino	7				
M.P	Masculino	7				
R.F	Masculino	13				
M.T	Masculino	8				
B.P	Feminino	9				
P.L	Masculino	13				
D.E.	Feminino	9				
L.S	Masculino	8				
K.N.	Feminino	7				
E.J	Masculino	9				

Legenda: ■ - Instrumentos aplicados; AC- Avaliação Cognitiva; FE- Funcionamento Executivo; APM – Atividades de carácter Psicomotor; \* - Nome fictício

Ainda no que respeita ao processo de avaliação, é de referir que se trata de um processo composto por diversos momentos, sendo que, à aplicação dos instrumentos de avaliação específicos, precede uma entrevista semiestruturada aos cuidadores e o preenchimento de vários questionários de avaliação por parte da família nuclear e

professores, no sentido de compreender o funcionamento do indivíduo de uma forma global. A estagiária teve a possibilidade de assistir enquanto observadora não participante a seis entrevistas iniciais semiestruturadas aos cuidadores.

Quando aferidos os resultados da entrevista, questionários e provas aplicadas, procedesse à elaboração de um relatório, e posterior devolução dos resultados. Neste âmbito, a estagiária teve a oportunidade não só de participar na cotação e interpretação de provas e questionários, como observar a devolução dos resultados a quatro dos casos mencionados na tabela 4.

Como referido anteriormente, quando concluído o processo de avaliação inicia-se o processo de intervenção, através de programas específicos de intervenção, que são estabelecidos mediante aquelas que são as necessidades individuais da criança, da família e do contexto escolar, social e comunitário em que se encontra inserido. De modo a providenciar uma resposta que vá ao encontro das necessidades identificadas pelo processo de avaliação, o núcleo apresenta um variado conjunto de programas de intervenção de natureza direta (e.g.: treino de competências pessoais e sociais; treino de autocontrolo; métodos e hábitos de estudo), intervenção em contexto escolar (com deslocações às escolas) e ainda, intervenção parental (formação, treino e apoio parental na gestão do comportamento) (PIN, 2023b).

### ***II.3.1.1 A Integração da estagiária no núcleo de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção***

Durante o período de atividades de estágio, a estagiária teve a possibilidade de acompanhar 7 casos de intervenção individual na especialidade de Reabilitação Psicomotora, com idades entre os 6 e os 13 anos. Na tabela seguinte (tabela 5) serão caracterizados cada um dos casos acompanhados.

Tabela 5 - Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PHDA

Identificação	Género	Idade (anos)	Diagnóstico	Áreas de Intervenção
A.M	Masculino	7	PHDA	Funcionamento executivo Competências ao nível da leitura e escrita Autorregulação comportamental Competências psicomotoras (equilíbrio, estruturação espaço-temporal, motricidade global e fina)
G.R.	Masculino	9	PHDA e PEA	Funcionamento executivo Competências pessoais e sociais Organização, autonomia e rotinas

Tabela 5 (cont.) - Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PHDA

D.S	Masculino	6	--	Competências ao nível da leitura e escrita Competências sociais ao nível das interações e comunicação
S.G	Masculino	7	PHDA, PEA e POC	Competências sociais e pessoais Autorregulação emocional e comportamental Flexibilidade cognitiva
G.J	Masculino	13	PHDA e PEA	Funcionamento executivo Competências pessoais e sociais Planeamento e gestão de rotinas académicas Flexibilidade cognitiva
R.M	Masculino	7	PHDA e PEA	Competências pessoais e sociais Consciência emocional Resolução de problemas Flexibilidade cognitiva
Tomé*	Masculino	6	PHDA	Competências pessoais e sociais Treino comportamental Funções executivas

Legenda: PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; PEA- Perturbação do Espectro do Autismo; POC – Perturbação Obsessiva-Compulsiva; \* - Nome fictício; ■ - Estudo de caso.

De referir que, para além dos casos mencionados em tabela, a estagiária teve a oportunidade de assistir a sessões com outras crianças, em momentos de substituição, que coincidiram com o horário da estagiária, no entanto, a estagiária não considerou pertinente para o estudo incluí-los na tabela em questão, uma vez que se tratou de uma interação singular.

A estagiária teve a oportunidade de observar e participar em sessões cuja intervenção terapêutica se centrou no trabalho ao nível do funcionamento executivo, na promoção de competências sociais, capacidade de regulação emocional e comportamental, resolução de problemas, competências académicas ao nível da leitura e escrita, e ao nível de domínios psicomotores como equilíbrio, organização e estruturação espaciotemporal e motricidade global e fina.

Nos casos S e G a estagiária assumiu o papel de observadora, tendo participado de forma passiva em algumas das dinâmicas propostas em sessão.

Nos casos GR e R, a estagiária teve a oportunidade de dinamizar com cada um dos casos uma atividade que fosse ao encontro daqueles que eram os objetivos a trabalhar com eles. Neste sentido, a estagiária desenvolveu um jogo, cuja execução se prolongou por duas sessões, onde o objetivo se centrava na promoção de competências pessoais e sociais através da consciencialização sobre as emoções no próprio e no outro, tomada de perspetiva, podendo ser observado no anexo A.

Já nos casos A e D a estagiária teve a oportunidade de participar de forma ativa nas sessões, tendo sido proposto à mesma, o planeamento e dinamização de algumas atividades. Deste modo, e para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, será disponibilizado em anexo um exemplo do planeamento de sessão (Anexo B).

Por se tratar de um dos estudos de caso que a estagiária irá apresentar no presente relatório, o acompanhamento prestado ao Tomé (nome fictício) será analisado de forma mais pormenorizada adiante.

Para além das atividades desenvolvidas, a estagiária integrou ainda as reuniões de núcleo, de carácter semanal, com duração de 4 horas. Estas reuniões ocorreram às quartas-feiras, entre as 9h00 e as 13h00. No período inicial, estas reuniões contemplavam os elementos de todas as consultas do núcleo, no entanto, de modo a promover uma maior organização, a partir do mês de março de 2022 as reuniões de núcleo passaram a ser dinamizadas entre consultas. De referir que, a partir deste momento a estagiária começou a frequentar as reuniões da consulta da PHDA, onde se encontra inserida orientadora local, Dra. Rita Ávila. As reuniões mantiveram a mesma estrutura, sendo constituídas por um momento inicial, dedicado à discussão de dúvidas e partilha de estratégias sobre casos em intervenção e processos de avaliação, organização de projetos, ações de sensibilização e formações, entre outras. O segundo momento, que em algumas reuniões acabava por não se verificar, consistia em apresentações temáticas, apresentações e discussões de estudos de caso e apoio a projetos de investigação.

### **II.3.2 Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos**

O objetivo do Núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos (Núcleo de PEADC) centra-se no apoio às pessoas com PEA, e aos seus contextos, nomeadamente, familiar, escolar ou laboral, de modo a responder às adversidades que vão emergindo. Neste sentido, o PIN integra uma equipa de especialidades de diversas áreas profissionais (e.g.: medicina, psicologia, educação especial e reabilitação/reabilitação psicomotora, terapia ocupacional e terapia da fala), que procura

diariamente ter uma ação transdisciplinar e abrangente, não só ao nível do diagnóstico e intervenção, mas também ao âmbito da investigação e formação de profissionais na área das PEA e outras perturbações relacionadas (PIN, 2023c). Este núcleo dedica-se não só à PEA, mas também a quadros clínicos que se encontram frequentemente associados a esta PND, tais como Perturbações do Sono, da Ansiedade, da Eliminação, DAE, Perturbações Obsessivo Compulsivas, PHDA e DID (PIN, 2023c).

O processo de intervenção inicia-se frequentemente pela avaliação, onde se dá especial relevância não só ao cliente, mas também ao ambiente familiar e escolar onde se encontra inserido, através da aplicação de questionários ou entrevistas, de modo a providenciar ao técnico uma visão holística sobre o indivíduo, o seu funcionamento e o impacto nos diferentes contextos de vida. São ainda aplicados instrumentos formais de diagnóstico ao próprio, que em conjunto com as informações tecidas pelos contextos, permitem não só estabelecer um diagnóstico, mas também averiguar os pontos fortes e fragilidade, que poderão estabelecer linhas orientadoras para a intervenção (PIN, 2023c).

No protocolo de avaliação estão integrados vários instrumentos, que serão apresentados e descritos de seguida, na tabela 6.

Tabela 6- Instrumentos integrados no protocolo de avaliação do Núcleo de PEADC

<b>Instrumentos de Avaliação</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Objetivos</b>
Inventário de Síndrome de Asperger	Leitão e Antunes (2006)	Identificação de características associadas à PEA
Escalas Revisadas de Conners - Formas Completas para Pais e Professores em crianças de idade escolar	Conners, K. (1997); Traduzidas e adaptadas por Rodrigues, A. (2004).	Avaliação de variáveis comportamentais
Sistema de Avaliação de Achenbach	Achenbach, T. (2013)	Avaliação de sintomas e perturbações psicopatológicas e competências psicossociais de crianças e adolescentes
Escala de comportamento adaptativo de Vineland - II	Sparrow et al. (2005)	Avaliação do comportamento adaptativo
Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths – 3ª Edição	Green et al. (2018)	Avaliação global do desenvolvimento infantil

Tabela 6 (cont.) - Instrumentos integrados no protocolo de avaliação do Núcleo de PEADC

<p>Escala de Observação para o Diagnóstico do Autismo – 2ª edição (ADOS-2)</p>	<p>Rutter et al. (2012) Traduzida e adaptada por Gonçalves, Botelho e Gonçalves</p>	<p>Observar comportamentos relevantes para o diagnóstico de PEA. Avaliação do comportamento do sujeito ao nível da comunicação, interação social, jogo/uso imaginativo dos materiais e quanto à presença de comportamentos restritos e repetitivos</p>
<p>Entrevista para o Diagnóstico do Autismo- Edição Revista (ADI-R)</p>	<p>Rutter et al. (2003)</p>	<p>Avaliar, através da percepção dos pais ou cuidadores, a sintomatologia relacionada com as PEA</p>
<p>Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças- 3ª Edição (WISC - III)</p>	<p>Wechsler, D. (2003)</p>	<p>Avaliação do perfil cognitivo de crianças e adolescentes através de provas de domínio verbal e de realização</p>
<p>Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos - 3ª Edição (WAIS - III)</p>	<p>Wechsler, D. (2008)</p>	<p>Avaliação do perfil cognitivo de adultos através de provas de domínio verbal e perceptivo-motor</p>

As sessões de avaliação observadas pela estagiária encontram-se identificadas na tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização dos processos avaliativos observados no Núcleo de PEADC

Identificação	Género	Idade (anos)	Instrumentos Aplicados				Avaliação Global do Desenvolvimento (Griffiths)
			Entrevista Semi-Estruturada	ADI-R	ADOS	Avaliação Cognitiva	
A.S	Masculino	6					
S.S.	Masculino	3					
S.T	Masculino	7					*

Legenda: ■ - Instrumentos aplicados; \* - Aplicação da Griffiths por quartis.

Como é observável, a estagiária teve a oportunidade de observar três avaliações, sendo duas delas de despiste de PEA, nos casos A e SS, e uma reavaliação, ao caso S.

De referir, no entanto, que no caso A, a estagiária apenas pôde assistir à aplicação do ADI-R aos pais, uma vez que no dia da avaliação formal com a criança estes optaram por não contar com a presença da mesma no consultório, dada a possibilidade da mesma interferir de alguma forma com a prestação do filho, e consecutivamente os resultados.

Quando concluído o processo de avaliação e aquando compreendidos os pontos fortes e a promover da criança, dá-se início ao processo de intervenção. O núcleo de PEADC apresenta diversos programas de intervenção, quer de natureza direta, em que há intervenção direta com o sujeito e familiares, ou indireta, sendo dirigida ao ambiente escolar e à sensibilização dos agentes nele presentes (pais, professores e auxiliares de ação educativa) (PIN, 2023c).

Os programas de natureza direta incluem: programas de intervenção precoce na PEA; treino de competências académicas e autonomia nas PEA e DID; treino de competências pessoais e sociais; programa de intervenção na ansiedade associada às PEA; programa para perturbações alimentares nas PEA; treino de regulação e expressão emocional; programa de integração sensorial; e terapia cognitivo comportamental (PIN, 2023c).

No âmbito da sensibilização, a grande premissa do núcleo passa pela consciencialização e partilha de informação sobre os diferentes quadros clínicos, as suas etiologias e formas de expressão, bem como a transmissão de recomendações e estratégias relevantes para os diferentes contextos de vida (PIN, 2023c).

### ***II.3.2.1 A Integração da estagiária no núcleo de Perturbações do Espectro do Autismo e Défices Cognitivos***

No presente núcleo, durante o período de atividades de estágio, a estagiária teve a possibilidade de acompanhar 6 casos de intervenção individual na especialidade de Psicomotricidade, nomeadamente no programa de intervenção precoce, tendo estas crianças idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, e ainda dois grupos de promoção de competências pessoais e sociais. Na tabela seguinte (tabela 8) serão caracterizados cada um dos casos acompanhados.

Tabela 8 - Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PEADC

<b>Identificação</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Especialidade</b>	<b>Áreas de Intervenção</b>
T.	Masculino	3	PEA	PM e TF	Estimulação Global do Desenvolvimento
I.	Masculino	3	PEA	PM e TF	Estimulação Global do Desenvolvimento

Tabela 8 (cont.) - Caracterização dos casos acompanhados no Núcleo de PEADC

M.	Feminino	5	PEA	PM	Competências pré académicas Competências pessoais e sociais
N.	Feminino	6	*	PM e TF	Competências académicas Competências pessoais e sociais Funções executivas
S.	Masculino	6	PEA com sintomas de oposição e desafio e desatenção	PM	Competências académicas Competências pessoais e sociais Funções executivas Gestão comportamental Regulação emocional
Martim**	Masculino	6	PEA e DID	PM e TF	Estimulação global do desenvolvimento Autonomia Competências psicomotoras
Grupo	Masculino			EER e PC	Competências pessoais e sociais

Legenda: PM – Intervenção Psicomotora; TF – Terapia da Fala; EER – Educação Especial e Reabilitação; PC – Psicologia Clínica; PEA – Perturbação do Espectro do Autismo; DID – Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais; \* - Sem diagnóstico; \*\* - Nome fictício; ■ - Estudo de caso; ■ - A caracterização do grupo será apresentada na tabela 9.

Nos casos T e I a estagiária adotou a postura de observadora não participante por indicação da técnica superior de reabilitação psicomotora que os acompanhava, dado o facto de se tratarem de crianças mais novas, pelo que as sessões precisavam de ser mais estruturadas, mas também pelo facto de estarem no processo de estabelecimento de relação terapêutica e os pais estarem presentes em sessão, pelo que se concordou que a estagiária devia adotar um papel passivo nas sessões destes casos.

Já nos casos M e S, a estagiária começou por estar presente nas sessões enquanto observadora não participante, mas passou a ser chamada para participar nas atividades de sessão com alguma regularidade, servindo como um recurso para o trabalho de competências de comunicação não verbal e de interação social, não só na iniciativa da interação, mas na reciprocidade do diálogo.

Após discussão sobre os objetivos terapêuticos com a psicomotricista responsável sobre a intervenção com a N, a estagiária ficou responsável pelo planeamento e dinamização das sessões, desde fevereiro de 2022 até julho de 2022, tendo uma periodicidade semanal. A intervenção com a N centrou-se em várias áreas, desde as competências académicas, associadas à leitura, escrita e cálculo, como ao nível do funcionamento executivo e processos atencionais, tendo como principais objetivos a

promoção da memória de curto e longo prazo, controlo inibitório, e regulação da atenção seletiva e sustentada, com recursos a atividades de caráter lúdico e expressivo, contribuindo para a motivação da N, uma vez que se tratavam de áreas onde a N demonstrava algumas dificuldades e relutância. Para além das áreas já mencionadas, a estagiária procurou fazer um trabalho ao nível da consciência e expressão emocional, uma vez que a N revelava dificuldades significativas na identificação dos vários estados emocionais no outro e na própria. A nível psicomotor, o trabalho desenvolvido centrou-se ao nível da equilíbrio, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina, áreas onde ao longo da intervenção a estagiária foi observando algumas limitações. Deste modo, e para uma melhor compreensão do trabalho desenvolvido, será disponibilizado em anexo um exemplo de planeamento de sessão (anexo C).

Por se tratar de um dos estudos de caso que a estagiária irá apresentar no presente relatório, o acompanhamento prestado ao Martim será analisado de forma mais pormenorizada adiante.

Neste núcleo a estagiária integrou ainda um grupo de promoção de competências pessoais e sociais, com frequência quinzenal, orientado por uma Técnica Superior de educação especial e reabilitação - TSEER e por uma psicóloga clínica - PC, com a duração de 1h30 por sessão. Na tabela seguinte (tabela 9) é feita uma breve caracterização do grupo.

Tabela 9 - Caracterização dos elementos do grupo de competências pessoais e sociais no Núcleo de PEADC

<b>Identificação</b>	<b>Género</b>	<b>Idade (anos)</b>	<b>Diagnóstico</b>
B	Masculino	10	PEA
MF	Masculino	9	PEA
MM	Masculino	9	PEA
J	Masculino	11	PEA
JP	Masculino	12	PEA
JJ	Masculino	8	PEA
I	Masculino	9	PEA
P	Masculino	11	PEA
V	Masculino	8	PEA
JS	Masculino	10	PEA
S	Masculino	8	PEA

Legenda: PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

Como é possível compreender a partir da tabela 9, o grupo é inteiramente constituído por elementos do género masculino, com idades compreendidas entre os 8 e

os 12 anos, e diagnóstico de PEA. A principal dificuldade da grande maioria dos casos consiste numa dificuldade para criar e manter relações interpessoais positivas.

De referir que, apesar de frequentarem o grupo de competências pessoais e sociais, a maioria das crianças tinham ainda de acompanhamento individualizado nas áreas de psicologia clínica ou reabilitação psicomotora.

O objetivo central destes grupos consistia não só na promoção de um conjunto de competências sociais, mas também pessoais, inerentes à interação com o outro.

O período de observação das sessões de grupo teve início em fevereiro de 2022 e término em junho de 2022, tendo o grupo, durante este período, sofrido algumas alterações com a entrada e saída de alguns elementos. No final do ano letivo, foi ainda estabelecido que após o período de férias alguns elementos iriam transitar para outro grupo, uma vez que ainda não teriam desenvolvido as competências esperadas para o grupo em questão, o que estava a impactar o ideal funcionamento do mesmo.

No que concerne à estrutura das sessões, foi possível verificar que estas seguiam o mesmo modelo, quinzenalmente. As sessões tinham início com o ritual de entrada, onde cada criança escolhia e sentava-se aleatoriamente numa das cadeiras dispostas em círculo no centro da sala. Quando todos os elementos do grupo, incluindo técnicas e estagiária, se encontrassem sentados, dava-se início à partilha das novidades da semana, onde cada criança tinha a oportunidade de contar a sua, com a condição de que esta tinha de ser sobre o próprio. Após a partilha, era dada aos restantes elementos, a possibilidade de colocar questões ou fazer comentários sobre a mesma ao colega, tendo para isso de levantar a mão e esperar pela sua vez, sendo que a gestão da ordem com que as crianças fazem as questões é estabelecida pelo colega que partilhou a novidade.

Por vezes, a sessão consistia apenas na partilha de novidades e algum debate sobre as mesmas. No entanto, quando existia oportunidade, era ainda dinamizada uma atividade proposta pelas técnicas. Estas atividades consistiram em jogos de cooperação, debates sobre limites e alguns vídeos ilustrativos sobre os temas debatidos, estando maioritariamente relacionados com a comunicação verbal, não verbal e interações sociais.

A sessão findava com a saída das crianças da sala, de forma ordeira, e a dirigirem-se aos seus cuidadores. Neste momento, as técnicas reuniam com todos os pais e crianças para descreverem as atividades realizadas no decorrer da sessão. Por circunstâncias variadas, nunca foi dada à estagiária a possibilidade de estar presente nestas reuniões.

Para além das atividades desenvolvidas, a estagiária integrou ainda as reuniões de núcleo, de carácter semanal. Estas reuniões ocorrem às sextas-feiras, e têm a duração de 2h e 30 minutos, uma vez que iniciam pelas 10:30 e finalizam pelas 13:00. Estas reuniões foram constituídas por um momento inicial, menos estruturado, estando destinado à exposição de dúvidas ou passagem de casos, e por um momento mais estruturado, dirigido à discussão de casos, discussão sobre dinâmicas a desenvolver pelo núcleo, ou à divisão dos técnicos por grupos de trabalho.

### **II.3.3 Núcleo de Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem**

O núcleo das DAE tem como premissa a avaliação e acompanhamento individualizado e especializado de crianças e jovens com dificuldades de aprendizagem, dando também apoio em dificuldades ao nível da gestão de hábitos e métodos de estudo, perturbações da coordenação motora ou DID ligeiras, que podem influenciar os processos de aprendizagem das crianças e jovens (PIN, 2023d). No sentido de dar uma resposta adequada às necessidades da população, o núcleo integra uma equipa de profissionais especializados em áreas como educação especial, psicologia e educação especial e reabilitação (PIN, 2023d).

Os programas de intervenção são estabelecidos tendo em consideração um plano de trabalho planeado em função daquelas que são as necessidades individuais de cada criança ou jovem e dos contextos escolares, familiares e sociais em que o mesmo se encontra inserido. De acordo com a visão do PIN é fundamental que a intervenção não seja centrada apenas no sujeito, devendo o acompanhamento focado também focado na família e professores, pelo que o núcleo tem ainda a seu cargo uma componente formativa sobre DAE, no sentido de formar e consciencializar estes agentes (PIN, 2023d).

No que concerne ao processo de avaliação, inicialmente é aplicada uma anamnese com o intuito de recolher informações referentes ao desenvolvimento da criança e a sua história clínica. Para além da recolha de informação junto dos cuidadores e professores, são utilizados diversos instrumentos, de carácter formal e informal, que permitem fazer a avaliação do perfil cognitivo, de linguagem, psicopedagógico e comportamental, possibilitando assim uma visão abrangente do perfil funcional do sujeito (Oliveira et al., n.d.). De seguida, é apresentada a tabela 10, onde são apresentados, sucintamente, os instrumentos de avaliação utilizados pelo núcleo das DAE, para os principais domínios de avaliação.

Tabela 10- Instrumentos integrados no protocolo de avaliação do Núcleo de Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem

<b>Instrumentos de Avaliação</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Objetivos</b>
Escalas Revisadas de Conners - Formas Completas para Pais e Professores em crianças de idade escolar	Conners, K. (1997); Traduzidas e adaptadas por Rodrigues, A. (2004).	Identificação de variáveis comportamentais que possam interferir com os processos de aprendizagem
Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças- 3ª Edição (WISC - III)	Wechsler, D. (2003)	Avaliação do perfil cognitivo de crianças e adolescentes através de provas de domínio verbal e de realização
Pediatric Early Elementary Examination 2 (PEEX2)	Levine, M. D. & Sandler, A. D. (1996a)	Avaliação das habilidades de linguagem expressiva e recetiva de crianças com idades entre os seis e os nove anos
Pediatric Examination of Education Readness of Middle Childhood 2 (PEERAMID 2)	Levine, M. D. & Sandler, A. D. (1996b)	Avaliação das habilidades de linguagem expressiva e recetiva de crianças com idades entre os nove e os quinze anos
KeyMath-3 Diagnostic Assessment	Connolly, A. J. (2007)	Avaliação de conceitos e competências matemáticas essenciais
Provas Informais de Leitura e Escrita com referência ao ano de escolaridade	PIN – Núcleo da Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem Específicas	
Prova informal de Consciência fonológica	PIN – Núcleo da Dislexia e Dificuldades de Aprendizagem Específicas	Avaliação das dificuldades e níveis de competência associados à aprendizagem da escrita e leitura
Teste Exploratório de Dislexia Específica (PEDE)	Condemarin & Blomquist (1989)	

Legenda:   - Avaliação Comportamental;   - Avaliação Cognitiva;   - Avaliação de Linguagem;   - Avaliação Psicopedagógica.

### ***II.3.3.1 A Integração da estagiária no núcleo de Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem***

No presente núcleo, a estagiária apenas teve oportunidade de observar um momento de avaliação, o caso SF, descrito abaixo, na tabela 11.

Tabela 11- Caracterização do processo avaliativo observado no Núcleo das DAE

Identificação	Género	Idade (anos)	Tipo de Avaliação			
			Comportamental	Cognitiva	Linguagem	Psicopedagógica
SF	Masculino	9	x	X	X	x

Legenda: x - Tipo de Avaliação administrada

De referir que o SF foi encaminhado para avaliação formal no PIN para despiste de DAE e PHDA, estando por isso também referenciado na tabela 4, onde se encontram caracterizados os casos avaliados no núcleo de PHDA.

No que diz respeito à observação de processos de intervenção, a estagiária, com o auxílio da orientadora local, entrou em contacto com vários técnicos do núcleo em questão para compreender a possibilidade de assistir a outras avaliações ou sessões de intervenção. No entanto, não foi obtida qualquer resposta, e o único parecer positivo coincidia com o horário ocupado por um dos estudos de caso da estagiária, o que impossibilitou a observação de outros momentos no presente núcleo.

## **II.4 Estudos de Caso**

Esta secção destina-se à apresentação e discussão de dois estudos de caso de intervenção individual acompanhados no âmbito da intervenção psicomotora. Será feita uma caracterização de ambos, a descrição dos processos avaliativos, instrumentos utilizados, análise dos perfis intraindividuais, o plano de intervenção, incluindo os objetivos terapêuticos estabelecidos e estratégias de intervenção utilizadas, bem como os resultados da avaliação final acompanhados por uma breve reflexão da estagiária quanto aos processos de intervenção.

### **II.4.1 Tomé**

A caracterização do caso que será apresentada de seguida integra informações recolhidas no decorrer da entrevista clínica integrada no protocolo de avaliação, que a estagiária teve a oportunidade de observar, informações presentes no relatório de avaliação formal para despiste de PHDA, e ainda dados recolhidos a partir de observações informais realizadas pela estagiária durante as sessões de acompanhamento.

#### **II.4.1.1 Caracterização do caso**

O Tomé é uma criança do sexo masculino, nascida em Portugal, a 20 de março de 2015, tendo no início da intervenção com a estagiária 6 anos e 11 meses. Frequenta o 1º ano de

escolaridade no Instituto Espanhol e pratica Karaté e Natação. Inserido numa família nuclear, vive com o pai e a mãe. Tem um meio-irmão consanguíneo mais velho, no entanto, apesar de não coabitarem, de acordo com os pais mantêm uma relação positiva.

Os seus principais interesses são legos, puzzles, vídeos no *Youtube* (*Minecraft* e *Luccas Neto*) e alguns filmes. No decorrer das sessões demonstrou um grande interesse por personagens de animação como o *Naruto*, *Sonic*, e pelo *Pokémon*. Os pais referem que apesar do Tomé gostar muito de ver vídeos, dificilmente os termina, no entanto, consegue manter a atenção enquanto vê um filme, ainda que, de acordo com os mesmos, tenha de estar sempre em movimento.

Foi avaliado no PIN, entre novembro e dezembro de 2021, com 6 anos e 8 meses. A avaliação surgiu através de um pedido direto da família para despiste de PHDA. As principais preocupações dos pais centravam-se no facto de o Tomé poder estar num nível de esforço superior ao esperado em contexto escolar devido às dificuldades observadas ao nível da regulação e manutenção da atenção. Os pais apontaram ainda dificuldades ao nível da gestão do seu comportamento e cumprimento de ordens, excessiva agitação motora e impulsividade, mencionando ainda alguma fragilidade ao nível das interações sociais.

As dificuldades do Tomé são referenciadas em diferentes contextos, quer familiar, desportivo ou escolar, sendo que, desde a idade pré-primária a sua agitação motora era uma das queixas por parte da educadora de infância. Atualmente, no 1º ano do 1º ciclo, a professora titular apresenta como principais preocupações a dificuldade do Tomé para regular e manter a atenção, a agitação motora e impulsividade. Menciona ainda alguns comportamentos que perturbam o funcionamento em sala de aula como o facto deste a interromper frequentemente, emitir sons atípicos e a necessidade constante de monitorização e supervisão por parte do adulto. Refere ainda, à semelhança dos pais, fragilidades nas interações com os pares. No contexto desportivo, quer o professor de karaté, como de natação sinalizam as questões acima mencionadas, no entanto, de acordo com a mãe, encontraram estratégias para lidar com as mesmas.

O Tomé apresentou desde o primeiro momento alguma extroversão nos momentos das sessões, revelando iniciativa para a interação com o adulto, ainda que nem sempre de forma adequada e demonstrando alguma dificuldade na manutenção do contacto ocular. É uma criança que demonstra alguma dificuldade em conversar espontaneamente sobre si próprio e situações da sua vida (e.g.: amigos, brincadeiras, gostos e preferências), em resposta às questões colocadas pelo adulto, revelando dificuldades na organização e

transmissão de ideias e pensamentos de forma clara e organizada, adicionando pouca informação à comunicação e mantendo um tempo reduzido de conversação.

No âmbito desta avaliação, através dos dados recolhidos formalmente para despiste de sintomas e medida de impacto, no contexto escolar e familiar, e da avaliação comportamental, apresentaram resultados clinicamente significativos, permitindo assim confirmar o despiste de PHDA, de apresentação combinada. Pelas descrições feitas sobre o seu comportamento em contexto familiar e escolar, bem como pelas observações de comportamento realizadas durante o processo de avaliação, foi possível constatar que as dificuldades que o Tomé apresenta ao nível da regulação da atenção e de inibição, se revelam persistentes e abrangentes a diversos contextos, impactando de forma direta e significativa na resposta a desafios dos seus contextos de vida.

No decorrer desta avaliação, foram ainda observáveis sintomas compatíveis com o diagnóstico de Perturbação do Esperto de Autismo de nível 1, tais como, os padrões de interesse, a inflexibilidade cognitiva, a presença de particularidades na comunicação e relação com os outros, bem como a pobre expressão e identificação emocional e a presença de hipersensibilidades. Pelo que, foi sugerida a monitorização através de uma avaliação formal, de modo a confirmar a hipótese.

Posto isto, a técnica responsável pela avaliação recomendou que o Tomé fosse acompanhado na valência de Psicomotricidade, e que fosse desenvolvido um trabalho ao nível no treino de competências sociais, direcionado para as interações sociais e comunicação, bem como a promoção de estratégias ao nível da atenção e funções executivas. Sugeriu ainda que o Tomé iniciasse acompanhamento em neuropediatria, com o intuito de avaliar a possibilidade de introdução de intervenção psicofarmacológica, a fim de regular as dificuldades na manutenção da atenção e controlo do comportamento.

O Tomé iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade, no dia 29 de janeiro de 2022, tendo-se revelado desde o início uma criança bem-disposta, proativa, criativa, curiosa e afável. Colaborou de forma empenhada em todas as atividades que lhe foram sendo propostas, respeitando as regras pré-estabelecidas para o espaço e atividades.

### ***II.4.1.2 Avaliação Inicial***

#### *II.4.1.2.1 Procedimentos e Condições de Aplicação*

O processo de avaliação do Tomé foi precedido por um período de 3 sessões dinamizadas pela técnica responsável pela criança, onde a estagiária adotou um papel de observadora participante. Este período teve como principal objetivo a integração e familiarização da

criança com o processo de intervenção, uma vez que o Tomé não tivera qualquer tipo de contacto com o contexto terapêutico, técnica ou estagiária, para além do momento de avaliação para despiste de PHDA anteriormente referida. Esta abordagem foi essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica, não só com a técnica, mas também com a estagiária, dado anteceder-se à avaliação inicial (AI) de cariz psicomotor, onde o envolvimento, cooperação e qualidade da relação criança-avaliador se mostra essencial para uma observação e avaliação psicomotora eficientes (Fonseca, 2010).

Antes do início da avaliação e intervenção com o estudo de caso, foram respeitados todos os procedimentos éticos, com a entrega do consentimento informado aos pais, sendo este o documento onde são explicados aos encarregados de educação quais os objetivos, as etapas e procedimentos do estudo, sendo também dada a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados, sem riscos para a integridade física, de modo a esclarecer o processo e solicitar a sua autorização para o acompanhamento (anexo D). Posteriormente, deu-se início à AI para a identificação das áreas fortes e a potenciar, de modo a delinear o plano de intervenção.

A AI decorreu nos dias 26 de fevereiro e 12 de março de 2022. Cada sessão de avaliação teve a duração de 50 minutos e decorreu no espaço e horário habitual da sessão, com a supervisão da psicomotricista responsável pelo caso. A estagiária procurou que os momentos de avaliação tivessem uma componente lúdica enquanto estratégia de motivação para o Tomé, recorrendo assim ao jogo simbólico e um jogo de tabuleiro com desafios elaborado pela mesma, sendo que estes desafios consistiam nas diferentes provas de avaliação a que a criança seria submetida.

Para a realização do processo avaliativo recorreu-se à Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais (GOCP), elaborada pela estagiária.

#### *II.4.1.2.2 Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais (GOCP)*

A GOCP (anexo E) constitui uma grelha de avaliação informal que objetiva qualificar/analisar o desenvolvimento de algumas habilidades específicas do desenvolvimento psicomotor e comportamental. Para a seleção dos domínios a avaliar e posterior elaboração, a estagiária teve em consideração as dificuldades identificadas não só a nível psicomotor e relacional, mas também ao nível da regulação comportamental, bem como aqueles que foram estabelecidos como os objetivos a serem promovidos durante a intervenção psicomotora nestes domínios, que foram identificadas com algumas fragilidades pelos diferentes contextos integrados pelo Tomé.

Assim sendo, a GOCP é construída tendo por base 3 diferentes domínios: competências psicomotoras (integra cinco subdomínios), comportamento e desempenho na sessão (integra dez subdomínios) e relação (integra três subdomínios). Na tabela 12 são apresentados os domínios e os respetivos subdomínios da GOCP, para uma melhor compreensão por parte do leitor.

Tabela 12- Caracterização de domínios e subdomínios avaliados pela GOCP

Domínio	Subdomínio	Domínio	Subdomínio
Competências Psicomotoras	Equilibração	Comportamento e Desempenho na Sessão	Postura perante a tarefa
	Noção do Corpo		Participação na tarefa
	Estruturação		Ajustamento à tarefa
	Espaciotemporal		Iniciativa e sugestões
	Praxia Global		Atitudes face à tarefa
	Praxia Fina		Comunicação verbal
Relação	Características gerais		Comunicação não-verbal
	Relação com o terapeuta		Respeito pelas regras
	Relação com o espaço envolvente		Tolerância à frustração
			Jogo simbólico

Para a sua elaboração, a estagiária recorreu a outros instrumentos de avaliação, uma vez que os domínios de avaliação eram semelhantes aos pretendidos e se encontravam adequados à idade do Tomé. O domínio de competências psicomotoras e respetivas provas, integram tarefas dos seguintes instrumentos: Bateria Psicomotora (BPM; Fonseca, 2010a); Movement ABC – Assessment Battery for Children (M-ABC; Henderson & Sudgen, 1992 traduzido por S. Santos & P. Morato) e Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – 2ª edição (BOT; Bruininks & Bruininks, 2005 traduzido e adaptado por C. Duarte, J. Carvalho, A. Rodrigues & P. Morato). Os domínios de comportamento e desempenho na sessão e relação e os seus subdomínios e itens tiveram como suporte à sua elaboração a Grelha de Observação Comportamental (GOC) de Duarte et al., (2015). De referir que, os procedimentos a aplicar para cada item, os materiais utilizados e os critérios de cotação foram elaborados e adaptados tendo em consideração as orientações e parâmetros referidos nos instrumentos de origem, supracitados.

A opção de elaboração de uma grelha de avaliação baseada em provas de diferentes instrumentos, em detrimento da seleção de um único instrumento foi tomada em colaboração com a orientadora local e responsável pelo acompanhamento do Tomé. Esta decisão justifica-se não só pelo facto de se procurar uma avaliação que fosse ao encontro das características das criança e aquelas que foram as necessidades identificadas no decorrer do processo de observação precedente, mas também por uma questão de

logística temporal, uma vez o que número de sessões previstas até ao final do período de estágio era reduzido e por consequência, foi necessário diminuir o número de provas, uma vez que a estagiária dispunha apenas de 2 sessões para a realização da avaliação.

De mencionar que a GOCP é um instrumento de avaliação com referência a critério, pelo que permite que os resultados obtidos no início e pós intervenção sejam comparados.

#### II.4.1.2.3 Apresentação e análise dos resultados da avaliação inicial

Os resultados da AI, obtidos a partir da aplicação da GOCP, são apresentados de forma sintetizada, na tabela 13. Para a elaboração desta tabela, a cotação atribuída a cada subdomínio foi calculada a partir da média das tarefas/itens enquadrados em cada um deles. No entanto, não prescinde a análise da tabela 27, disponível para análise no anexo F, onde é apresentada não só a cotação atribuída a cada uma das tarefas/itens, mas também algumas observações qualitativas sobre as mesmas.

Tabela 13 - Síntese dos resultados da avaliação inicial do Tomé

Competências Psicomotoras		Comportamento e Desempenho em sessão	
Subdomínios	Cotação (média)	Subdomínios	Cotação (média)
Equilibração	2 (1.5)	Postura perante a tarefa	3 (3.0)
Noção do Corpo	3 (2.6)	Participação na tarefa	2 (2.09)
Estruturação Espaciotemporal	2 (2.33)	Ajustamento à tarefa	2 (2.333)
Praxia Global	2 (1.5)	Iniciativa e Sugestões	1 (1.0)
Praxia Fina	2 (2.0)	Atitudes face à tarefa	3 (3.11)
Relação		Comunicação Verbal	3 (2.8)
Subdomínios	Cotação (média)	Comunicação Não-Verbal	3 (2.67)
Características Gerais	3 (2.75)	Respeito pelas Regras	3 (3.0)
Relação com o terapeuta	2 (2.13)	Tolerância à Frustração	2 (2.0)
Relação com o espaço envolvente	3 (3.0)	Jogo Simbólico	2 (2.0)

Sistema de cotação para o domínio de **competências psicomotoras**:

- 1- Realização imperfeita, descoordenada e incompleta;
- 2- Realização com dificuldades evidentes de controlo;
- 3- Realização controlada e adequada;
- 4- Realização excelente, bem controlada e harmoniosa.

Sistema de cotação para os domínios "Relação" e "Comportamento e Desempenho na Sessão":

- 1- Nunca/ Quase Nunca
- 2- Poucas Vezes
- 3- Muitas Vezes
- 4- Sempre/Quase Sempre

Nota: Os sistemas de classificação são adaptados da Bateria Psicomotora por Fonseca (2010) e Grelha de Observação Comportamental de Duarte et al. (2015)

No domínio das competências psicomotoras, o equilíbrio foi avaliado nas suas duas componentes, estático e dinâmico, sendo que as maiores dificuldades foram identificadas ao nível do equilíbrio estático, onde o Tomé não foi capaz de se manter em apoio unipodal, com os olhos fechados por mais que 5 segundos. Foram evidentes sinais de insegurança gravitacional, com oscilações e reequilibrações posturais frequentes, para além do estado de hipertonidade e visíveis gesticulações faciais.

Ao nível do equilíbrio dinâmico, avaliado através do deslocamento com saltos a pés juntos, o Tomé apresentou um desempenho superior, no entanto, foram observadas reequilibrações frequentes, sincinesias bocais, bem como a perda de simetria na receção.

No que diz respeito ao subdomínio de noção do corpo, o Tomé apresentou um perfil euprático (cotação de 3).

Na prova relativa ao sentido cinestésico, apresentou uma boa prestação, onde apesar de manifestar algumas hesitações, foi capaz de identificar todos os pontos táteis com exceção do cotovelo. No reconhecimento direita-esquerda, o Tomé apesar de apresentar algumas hesitações, nomeadamente na identificação contralateral, realizou a prova com algum proveito, conseguindo responder corretamente à maioria das instruções. Na auto-imagem, a execução do movimento revelou-se controlado e adequado, no entanto, o Tomé na maioria das tentativas não conseguiu tocar na ponta do nariz, demonstrando ainda uma grande tensão corporal.

Ainda neste subdomínio, as provas de imitação de gestos e desenho do corpo foram aquelas onde o Tomé apresentou resultados inferiores. Na primeira foram evidentes distorções significativas ao nível da forma, proporção e angularidade, bem como sinais de descoordenação recíproca. No desenho do corpo, são observáveis distorções significativas ao nível da proporção, nomeadamente nas extremidades, e alguma omissão de elementos.

No subdomínio de estruturação espaciotemporal, obteve a cotação total de 2, revelando um perfil disprático.

A prova de estruturação dinâmica, bem como a de representação topográfica foram aquelas onde os resultados se apresentaram mais favoráveis, sendo que em ambas obteve cotação de 3. Na primeira o Tomé concretizou corretamente 4 das 6 sequências propostas, com falhas de orientação espacial nas últimas duas, ou seja, as de maior complexidade. Na segunda, realizou o percurso correta e eficaz, ainda que com breves hesitações. Noutro sentido, a prova de estruturação rítmica foi aquela onde os resultados se demonstraram

inferiores, uma vez que o Tomé realizou várias alterações e inversões dos batimentos, pelo que apenas conseguiu executar com exatidão, duas das cinco sequências.

No que concerne à praxia global, avaliada através das tarefas de coordenação óculo-manual e óculo-podal, o Tomé obteve uma cotação total de 1, revelando um perfil apráxico.

Neste subdomínio apresentou resultados inferiores na prova de coordenação óculo-podal, onde se verificou um mau julgamento de força e uma dismetria na execução do movimento, o que fez com que apenas acertasse em uma das quatro tentativas. Já na prova de coordenação óculo-manual, acertou em duas das quatro tentativas, no entanto, apesar de ser capaz de orientar o seu corpo para o alvo, apresenta, à semelhança da outra prova, é percebido um mau julgamento da força e dismetrias.

O último subdomínio integrado no domínio de competências psicomotoras é a praxia fina, onde o Tomé obteve a cotação total de 2, estando inserido no perfil dispráxico.

Na prova de tamborilar, o Tomé apresentou sinais de um fraco planeamento micromotor com muitas hesitações, dismetrias e saltou alguns dedos na sequência. A prova do labirinto foi aquela onde demonstrou uma melhor execução, aqui, apesar de ter demonstrado alguns sinais de impulsividade e ter tocado nas linhas limítrofes, demonstrou uma boa execução. Por fim, o recorte da estrela, onde obteve a cotação 1, pois revelou-se uma atividade bastante desafiante, onde o Tomé revelou dificuldades no manuseamento da tesoura e do papel, na alteração da direção no recorte e por consequente, vários sinais de frustração como “Eu não consigo”, várias gesticulações e alterações bruscas na velocidade do recorte.

Apesar de não se encontrar contemplado na GOCP, a lateralização foi observada de forma informal a partir da execução de outras provas, e foi percebido que o Tomé ainda não apresenta uma preferência bem definida, nomeadamente a nível podal, onde em algumas tarefas ele apresenta preferência pelo pé esquerdo, noutras pelo direito, e mesmo no decorrer da própria tarefa é capaz de trocar de pés entre ensaios. A nível manual, o Tomé demonstra uma preferência evidente pela mão esquerda.

De um modo geral, foi possível constatar que dentro do domínio de competências psicomotoras, o subdomínio com melhor aproveitamento por parte do Tomé foi a noção do corpo, sendo o único onde obteve a cotação de 3. Nos restantes subdomínios o perfil parece relativamente homogéneo, tendo obtido a cotação de 2 em todos eles, sendo de

referir, no entanto, que se verificam algumas discrepâncias entre eles, sendo perceptíveis maiores dificuldades no domínio de equilíbrio e praxia global.

Já no que concerne ao domínio de relação, o subdomínio de relação com o terapeuta foi aquele onde a cotação média se demonstrou inferior, nomeadamente ao nível do grau de confiança, uma vez que o Tomé se demonstrou pouco confortável na partilha e expressão de sentimentos ou opiniões. O Tomé demonstra ser uma criança afável, com facilidade para aceitar sugestões por parte do adulto. Mantém uma distância interpessoal entre si e o outro, e de um modo geral apresenta uma postura ajustada na interação com o adulto, no entanto, por vezes apresenta comportamentos que podem ser considerados desajustados. Quanto à relação com o espaço envolvente, o Tomé tende a explorar todo o espaço, revelando uma grande curiosidade por todos os materiais disponíveis na sala, no entanto, a sua exploração acaba por se centrar em materiais e jogos específicos.

Através do domínio referente ao comportamento e desempenho em sessão, é possível aferir que no momento da AI, as maiores dificuldades do Tomé se centravam ao nível do subdomínio iniciativa e sugestões, uma vez que se trata de uma criança com algumas inibições no que toca à tomada de iniciativa ou partilha de sugestões.

Ao nível de subdomínios como a participação e ajustamento à tarefa, tolerância à frustração e jogo simbólico, os resultados do Tomé refletiram as suas dificuldades. A participação e ajustamento à tarefa foram prejudicadas nomeadamente por questões relacionadas com a impulsividade, atenção e regulação comportamental, isto porque muitas foram as vezes em que o Tomé interrompeu as instruções da estagiária para iniciar a tarefa ou falar, demonstrou dificuldades na manutenção da atenção no decorrer da tarefa. Ao nível da tolerância à frustração, o Tomé frequentemente demonstrava alguma dificuldade na gestão das suas emoções quando uma atividade não corria como o desejado. No jogo simbólico, apesar do Tomé procurar o faz de conta com alguma regularidade, não se verifica um transfere das suas atividades diárias para o jogo, e daí a cotação ser inferior.

Os melhores resultados deste domínio surgem associados aos subdomínios que avaliam a postura perante a tarefa, as atitudes face à tarefa, a comunicação verbal e não-verbal e o respeito pelas regras. Estes resultados surgem como resultado da postura cooperante, motivada e ativa do Tomé perante a maioria das tarefas, bem como o seu empenho e interesse sobre as mesmas. Ao nível da comunicação verbal e não verbal, verifica-se que o Tomé tem facilidade em compreender instruções, quer simples como complexas, é capaz de responder a questões que lhe são colocadas e faz solicitações de

forma espontânea, apresenta uma postura recetiva ao adulto, e apesar de não o fazer frequentemente de forma espontânea, quando solicitado, dirige o olhar ao adulto. Procura respeita as regras, desde que estas sejam expressas desde início e aceita com facilidade reparos ao seu comportamento, procurando corrigi-los.

### **II.4.1.3 Perfil Intraindividual**

Mediante a avaliação e observação, foi possível estabelecer o perfil intraindividual do Tomé, disponível da tabela 14. De referir, no entanto, que nem todas as áreas serão alvo de intervenção.

Tabela 14 - Perfil Intraindividual do Tomé

<b>Domínios</b>	<b>Áreas Fortes</b>	<b>Áreas a Potenciar</b>
<b>Psicomotor</b>	Noção do Corpo	Equilibração
		Lateralidade
	Estruturação Espacial	Estruturação Rítmica
		Praxia Global
		Praxia Fina
<b>Socioemocional</b>	Relação empática com a terapeuta e estagiária	Alternância de papéis
		Partilha de brincadeira
	Recetividade a sugestões	Manutenção da conversação recíproca
<b>Cognitivo/ Comportamental</b>	Motivação para as tarefas propostas em sessão	Autocontrolo e autorregulação
	Compreensão de instruções	Tolerância à frustração
	Respeito pelas regras	
	Esforço e persistência na realização das tarefas	Focalização e manutenção da atenção

### **II.4.1.4 Fatores de Risco e Proteção**

A par disto, também foi possível identificar os fatores de risco e de proteção no caso do Martim, apresentados na tabela 15, que devem ser tidos em consideração no estabelecimento do plano de intervenção.

Tabela 15- Fatores de Risco e Proteção do Tomé

Fatores de Risco	Fatores de Proteção
Rede de apoio reduzida	Disponibilidade materna
Pequeno círculo familiar	Atividades extracurriculares
Rejeição por parte dos colegas	Interesse dos pais no processo de intervenção e
Pai pouco presente	transmissão de estratégias

### **II.4.1.5 Planeamento e Justificação da Intervenção**

#### *II.4.1.5.1 Duração, objetivos da intervenção e a sua pertinência*

Após a AI, teve início o processo de intervenção, no dia 19 de março de 2022 e término a 4 de junho do mesmo ano, tendo-se seguido pela avaliação final (AF), nos dias 18 e 23 de junho de 2022. Das 12 sessões de intervenção previstas, apenas 7 se realizaram, sendo que os pais cancelaram quatro destas sessões e a orientadora local outras duas. Reduzindo o tempo destinado à intervenção para aproximadamente metade do previsto.

Para o delineamento dos objetivos de intervenção, a estagiária teve em consideração os resultados obtidos no momento da AI, as observações formais e informais, bem como as queixas referidas pelos diferentes contextos em que o Tomé se encontra inserido. Os objetivos definidos são apresentados na tabela 16. No anexo G é disponibilizado um exemplo de plano de sessão do Tomé.

Tabela 16 - Objetivos de Intervenção do Tomé

	<b>Domínio</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Objetivos Operacionais</b>
<b>Psicomotor</b>	Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático;	Aumentar o controlo postural em tarefas que exijam equilíbrio estático	Manter-se em equilíbrio unipodal durante 10 segundos, com os olhos fechados, permanecendo com a perna suspensa em flexão, sem movimentos compensatórios do tronco ou dos membros superiores
		Melhorar o equilíbrio dinâmico;	Aumentar o controlo postural em tarefas que exijam equilíbrio dinâmico	Deslocar-se em saltos a pés juntos para a frente num percurso de 3 metros, realizando a chamada e aterragem com os dois pés em simultâneo; Deslocar-se em saltos a pés juntos para trás num percurso de 3 metros, realizando a chamada e aterragem com os dois pés em simultâneo.
	Estruturação Espaciotemporal	Desenvolver a estruturação rítmica	Melhorar a capacidade de escuta e compreensão de padrões rítmicos simples Desenvolver a capacidade de reprodução de padrões rítmicos	Deve ser capaz de ouvir e reproduzir corretamente 3 das 5 estruturas, sem alterações evidentes ao nível
	Praxia Global	Melhorar a coordenação óculo manual e óculo podal	Melhorar a precisão do movimento executado pelos membros superiores, dirigido a um alvo	Lançar a bola em direção a um alvo, situado a 2 metros de distância com adequação da força do movimento; Lança a bola em direção a um alvo, situado a 2 metros de distância com adequação da direcionalidade do movimento, acertando no alvo em pelo menos 2 lançamentos.
			Melhorar a precisão do movimento executado pelos membros inferiores, dirigido a um alvo	Pontapeia a bola em direção a um alvo, situado a 2 metros de distância com adequação da força do movimento; Pontapeia a bola em direção a um alvo, situado a 2 metros de distância com adequação da direcionalidade do movimento, acertando no alvo em pelo menos 1 das tentativas.
	Praxia Fina	Desenvolver a praxia fina, promovendo a capacidade de realização de tarefas que exijam a coordenação e precisão de movimentos ao nível das mãos e dedos	Desenvolver a capacidade de manipulação da tesoura e de competências de recorte	Deverá ser capaz de recortar linhas retas e curvas em papel com precisão, seguindo e não ultrapassando os contornos definidos

Tabela 16 (cont.) - Objetivos de Intervenção do Tomé

<b>Emocional</b>	Promover a identificação e expressão dos estados emocionais	Desenvolver a capacidade de identificação de emoções no próprio e no outro	Ser capaz de identificar, a partir de imagens, a emoção associada a diferentes expressões faciais
		Melhorar a capacidade de expressão emocional	Ser capaz de expressar verbalmente quais as emoções sentidas em circunstâncias específicas vivenciadas
		Desenvolver capacidade de tomada de perspectiva	Identifica a emoção sentida pelos outros face a determinados acontecimentos do quotidiano
<b>Comportamental</b>	Desenvolver e aprimorar a capacidade de controlo inibitório	Desenvolver a habilidade de controlo de impulsos de interrupção ou movimento em momentos de instrução	Ser capaz de ouvir uma instrução até ao fim, sem interromper o técnico; Esperar que seja dada a indicação para iniciar a tarefa.
	Aumentar a capacidade de manutenção dos processos atencionais	Melhorar a capacidade de manutenção da atenção sustentada	Deve ser capaz de manter o foco de atenção em tarefas sugeridas pelo terapeuta, por um período prolongado, sem feedback por parte do técnico; Ouvir atentamente a instrução do técnico sobre as atividades a realizar, sem aparentes sinais de desatenção como o olhar disperso ou interrupções.
		Melhorar a capacidade de manutenção da atenção seletiva	O Tomé deve ser capaz de manter o foco da atenção na tarefa que está a realizar, ignorando os possíveis estímulos distrateis que possam surgir

#### *II.4.1.5.2 Organização da Intervenção e Estrutura das Sessões*

As sessões com o Tomé decorreram, no polo de Paço de Arcos, sempre na mesma sala, garantindo assim a percepção de segurança e continuidade do processo (Aragón, 2012; Fonseca, 2009; Sánchez et al., 2008). Seguiram sempre a mesma estrutura, sendo esta constituída pelo ritual de entrada, corpo da sessão/tempo de trabalho e, por fim, pelo momento final/ritual de saída (Aragón, 2012; Sánchez et al., 2008).

O ritual de entrada, que traça o início da sessão foi destinado às novidades da semana, onde to Tomé deveria falar sobre os acontecimentos marcantes da sua semana, à seleção e ordenação das atividades a realizar na sessão e estabelecimento de objetivos a alcançar na sessão e registados no quadro de recompensas. De seguida, o corpo da sessão/tempo de trabalho, dirigido a uma ou duas atividades elaboradas pela estagiária, sendo que inicialmente estas eram centradas na promoção de competências psicomotoras e funcionamento executivo, no entanto, após duas sessões de intervenção, a mãe solicitou que o trabalho desenvolvido com o Tomé fosse centrado na regulação comportamental, nomeadamente à adaptação ao contexto de sala de aula, uma vez que naquele momento se tratava da maior preocupação para os pais e professora. Por fim, o ritual de saída, marcado pela observação do quadro de recompensas e análise dos objetivos previamente estabelecidos e atribuição da recompensa acordada, caso alcançados, sendo que uma das recompensas era a realização de uma atividade à escolha da criança.

Após a solicitação da mãe para que as sessões fossem direcionadas para a regulação do comportamento em sala de aula, a estrutura do corpo de sessão foi alterada e as atividades propostas remetiam para o contexto de sala de aula, onde para além das competências académicas implícitas eram fundamentalmente trabalhadas questões comportamentais como a impulsividade e atenção, manifestadas frequentemente em contexto de aula, e alvo de várias queixas por parte da professora. De modo a trabalhar estas questões, a estagiária e a técnica acordaram sobre a recriação do contexto de sala de aula na sessão, sendo que uma adotava a postura de professora, e outra, a de colega. Foram encenados vários cenários, típicos de sala de aula de 1º ciclo e os comportamentos do Tomé foram observados, advertidos e reforçados, de modo a contribuir para a sua consciência, adaptação e transferência para os contextos reais.

Após a descrição, é possível compreender que as sessões assumiam um caráter semiestruturado (Fonseca, 2010a), sendo constituídas não só por atividades previamente planeadas pela estagiária e aprovadas pela técnica responsável, mas também por tarefas escolhidas pela criança de acordo com os seus interesses, assegurando assim que os

objetivos definidos no plano de intervenção são promovidos, e é dada à criança a oportunidade de escolha, fomentando assim a sua motivação e envolvimento nas tarefas (Aragón, 2012; Naia & Martins, 2006).

#### *II.4.1.5.3 Estratégias de Intervenção*

No decorrer do processo interventivo a estagiária recorreu a diversas estratégias no sentido de motivar o Tomé para a realização das tarefas propostas e adequação do comportamento.

A primeira estratégia adotada, a partir do conselho da técnica responsável, foi o estabelecimento das regras da sessão (Llauradó, 2008), estas foram estabelecidas em conjunto com o Tomé, dando-lhe um papel ativo na tomada de decisões (Naia & Martins, 2006), sendo de referir que a folha com as regras esteve disponível sobre a secretária em todas as sessões, para que pudesse ser consultada em caso de necessidade. Outra estratégia, adotada apenas na primeira sessão e em dias em que o Tomé demonstrasse estar mais agitado, foi dar-lhe a possibilidade de, antes da sessão iniciar, explorar toda a sala, os armários e jogos disponíveis, para que se pudesse familiarizar com o espaço e atenuar a curiosidade sobre os materiais, que posteriormente poderia revelar-se um elemento distrátil.

O diálogo inicial sobre as novidades da semana teve como objetivo não só o desenvolvimento da autoconsciência e reflexão, mas também a promoção da comunicação verbal e interação com o outro, uma vez que exigiam a partilha de experiências pessoais e emoções envolvidas.

Após algumas sessões, a estagiária sentiu necessidade de integrar um programa de recompensas (Hinshaw & Ellison, 2016), introduzindo um quadro de gratificações, onde foram estabelecidos dois objetivos “Pedir para levantar ou mexer” e “Ouvir as instruções até ao fim”. Sempre que o Tomé concretizasse com êxito um destes objetivos era-lhe atribuído um carimbo, e mediante o número de carimbos alcançado no final da sessão, o Tomé poderia ou não realizar as atividades propostas pelo próprio. Para além do reforço positivo atribuído no momento de colocação do carimbo, a estagiária procurou sempre dar *feedback* positivo, interrogativo e construtivo ao longo da sessão, mediante o seu desempenho (Aragón, 2012; Naia & Martins, 2006), para que este pudesse analisar o seu comportamento e compreender quais os comportamentos a manter e a reajustar.

No decorrer da intervenção, a estagiária, em colaboração com a psicomotricista responsável procuraram desenvolver atividades que, para além de irem ao encontro dos

interesses do Tomé e assumirem um caráter lúdico (Aragón, 2012; Fonseca, 2009; Llauradó, 2008; Naia & Martins, 2006), trabalhassem competências socio emocionais, comunicativas, de cooperação, entreajuda, resolução de problemas e resistência à frustração (APP, s.d.b.), sendo que os sentimentos de frustração eram muitas vezes suscitados pelas técnicas, de modo a poderem passar diretamente estratégias de autorregulação (Llauradó, 2008).

#### **II.4.1.6 Avaliação Final e Reflexão sobre o Processo de Intervenção**

De modo a concluir o processo do estudo de caso, é realizada uma AF (Fonseca, 2010a), onde se procuram recolher dados sobre o perfil da criança, de modo a compreender as suas evoluções ou retrocessos, após a aplicação do modelo de intervenção e estratégias implementadas. Como referido anteriormente, esta avaliação decorreu nos dias 18 e 23 de junho de 2022, após 7 sessões realizadas em intervenção psicomotora. É de referir que nem todas as áreas avaliadas foram alvo de intervenção direta, nomeadamente as componentes psicomotoras, não só devido às limitações temporais associadas ao reduzido número de sessões, mas também pela solicitação da mãe para a alteração do modelo de intervenção.

Na tabela 17 encontram-se sintetizados os resultados obtidos a partir da aplicação da GOCP na AI e AF. De salientar, no entanto, que a sua consulta não prescinde a análise da tabela 29 no anexo H, para uma compreensão mais detalhada do desempenho do Tomé nas diferentes tarefas.

Tabela 17- Comparação entre os resultados obtidos na Avaliação Inicial e Final do Tomé

Competências Psicomotoras			Comportamento e Desempenho em sessão		
Subdomínios	Cotação (média)		Subdomínios	Cotação (média)	
	AI	AF		AI	AF
Equilibração	2 (1.5)	2 (1.5)	Postura perante a tarefa	3 (3.0)	4 (3.6)
Noção do Corpo	3 (2.6)	3 (3.2)	Participação na tarefa	2 (2.09)	3 (3.09)
Estruturação Espaciotemporal	2 (2.33)	3 (3.33)	Ajustamento à tarefa	2 (2.33)	3 (3.33)
Praxia Global	2 (1.5)	3 (2.5)	Iniciativa e Sugestões	1 (1.0)	2 (1.5)
Praxia Fina	2 (2.0)	2 (2.33)	Atitudes face à tarefa	3 (3.11)	4 (3.78)
<b>Relação</b>			Comunicação Verbal	3 (2.8)	3 (3.2)
Subdomínios	Cotação (média)		Comunicação Não-Verbal	3 (2.67)	3 (2.67)
	AI	AF	Respeito pelas Regras	3 (3.0)	4 (4.0)
Características Gerais	3 (2.75)	3 (3.0)	Tolerância à Frustração	2 (2.0)	3 (3.0)
Relação com o terapeuta	2 (2.13)	3 (3.0)	Jogo Simbólico	2 (2.0)	3 (2.5)
Relação com o espaço envolvente	3 (3.0)	3 (3.0)			

Tabela 17 (cont.) - Comparação entre os resultados obtidos na Avaliação Inicial e Final do Tomé

Legenda: AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; ■ - subdomínios cujo desempenho melhorou em relação à AI;

■ -subdomínios cujo desempenho se manteve idêntico ao da AI;

Sistema de cotação para o domínio de **competências psicomotoras**:

- 1- Realização imperfeita, descoordenada e incompleta;
- 2- Realização com dificuldades evidentes de controlo;
- 3- Realização controlada e adequada;
- 4- Realização excelente, bem controlada e harmoniosa.

Sistema de cotação para os domínios "**Relação**" e "**Comportamento e Desempenho na Sessão**":

- 1- Nunca/ Quase Nunca
- 2- Poucas Vezes
- 3- Muitas Vezes
- 4- Sempre/Quase Sempre

Nota: Os sistemas de classificação são adaptados da Bateria Psicomotora por Fonseca (2010) e Grelha de Observação Comportamental de Duarte et al. (2015)

Após a análise da tabela 17, é possível constatar que o Tomé apresentou uma evolução num sentido positivo, tendo apresentado um aumento qualitativo na grande maioria dos subdomínios. De referir, no entanto, que os resultados apresentados na tabela se tratam de uma média dos resultados dos itens, pelo que, apesar de na grande maioria dos domínios o resultado ser superior, a verdade é que estes aumentos não se verificaram em todos os itens.

No que diz respeito ao domínio psicomotor, foi possível constatar que o Tomé, em termos quantitativos manteve o mesmo resultado ao nível da equilibração, no entanto, na prova de equilíbrio estático foram perceptíveis melhorias ao nível do tempo de manutenção da postura, ainda que não mensuráveis pelos critérios de cotação. Ao nível do equilíbrio dinâmico, não foi percecionada qualquer alteração no desempenho da criança.

Já nos domínios da noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina, foram perceptíveis melhorias. Nos itens referentes à noção do corpo, o Tomé melhorou o desempenho nas provas de sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda e desenho do corpo, sendo capaz de identificar todos os pontos táteis sem qualquer hesitação, executar as instruções que lhe foram sendo solicitadas que exigiam localização bilateral, contralateral e reversível, e realizar o desenho do próprio com maior precisão e pormenor. Ao nível da estruturação espaciotemporal, apesar das melhorias terem sido visíveis nas duas componentes, espacial e rítmica, na tarefa de estruturação rítmica o progresso foi bastante significativo, conseguindo reproduzir com precisão 4 das 5 estruturas. No que concerne às provas associadas à praxia global, foram observáveis

evoluções, quer ao nível da coordenação óculo-manual como podal, no entanto, continuaram a ser observáveis algumas dismetrias, e um movimento pouco eficiente. Por fim, ao nível da praxia fina, apesar do resultado final ser superior, não foram observáveis alterações para além do desempenho da prova do labirinto, uma vez que na prova do tamborilar o Tomé continuou a apresentar alguns sinais de dificuldade na execução como várias hesitações e sincinesias bocais e contralaterais, e a prova de recorte não foi realizada por decisão mutua entre a estagiária e a técnica, uma vez que tinha um elevado grau de dificuldade e uma vez que o tempo para a avaliação final se revelava limitado, optou-se por eliminar a mesma.

No que concerne ao domínio relacional, as maiores evoluções foram observadas na relação com o terapeuta, sendo evidente a maior aceitação e procura pela técnica e estagiária no decorrer do acompanhamento, bem como a maior facilidade para expressar as suas emoções e falar sobre as mesmas com o outro, ainda que não o faça de forma espontânea. Para além disto, o Tomé também demonstrou maior facilidade de aceitação e cumprimento das regras da sessão.

Relativamente ao comportamento e desempenho em sessão, foram evidentes progressos na grande maioria dos subdomínios avaliados, sendo que estes progressos encontram-se na grande maioria relacionados com uma redução de comportamentos impulsivos, um aumento do controlo inibitório e de estratégias de autorregulação emocional e atencional, bem como o empenho para a realização das tarefas propostas, proveniente não só da sua motivação intrínseca, mas também da motivação externa associada à recompensa.

De um modo geral, os resultados revelaram-se muito positivos, em qualquer um dos domínios, mesmo não tendo sido todos eles alvo de intervenção direta, como é o caso de alguns fatores psicomotores, uma vez que o trabalho desenvolvido neste âmbito foi limitado desde as primeiras sessões. Através deles foi possível confirmar a importância que a regulação comportamental pode ter nas restantes áreas de desenvolvimento, e exemplo disso são as provas do subdomínio de praxia global, onde o Tomé, na AF, conseguiu parar e planear a sua execução, ao contrário do que se verificou na AI, onde demonstrou um comportamento impulsivo e um fraco planeamento motor.

Os resultados apresentados poderão ser o produto das várias estratégias implementadas, desde dar à criança a possibilidade de escolha de atividades do seu interesse, de modo a motivá-la. As sessões de carácter lúdico, dinâmico e desafiante demonstraram-se fundamentais para a motivação do Tomé na realização das mesmas,

bem como para o estabelecimento de relação com as técnicas (Naia & Martins, 2006). Foi ainda possível compreender a eficácia de uma intervenção comportamental nos casos de crianças com PHDA (Hinshaw & Ellison, 2016), pois a tabela de recompensas assumiu um papel fundamental na regulação do comportamento, nomeadamente ao nível da impulsividade e manutenção da atenção, que por sua vez trouxeram implicações para as restantes áreas.

De forma reflexiva, através deste processo de acompanhamento, com um número de sessões limitadas foi possível compreender o impacto que variadas estratégias podem ter nos resultados obtidos, entre elas encontram-se as sessões que ocorreram antes da avaliação inicial, que possibilitaram a criação de uma relação terapêutica entre a criança, a técnica e a estagiária, sempre assente em princípios como a escuta ativa, a empatia para com o outro e a segurança para estar e ser, o que trouxe implicações diretas não só para a sua liberdade de expressão em contexto terapêutico, mas também para o seu desempenho durante as tarefas. A procura pela integração dos interesses da criança nas sessões, bem como a oferta da oportunidade de escolha revelaram-se cruciais para a sua postura colaborante, curiosa, entusiasmada, disponível e motivada, que se demonstrou fundamental para o processo de intervenção e a sua evolução num sentido favorável. Outra estratégia que se revelou bastante eficiente foi a aplicação de um quadro de recompensas, assente numa perspetiva de intervenção comportamental, que contribui eficazmente para a regulação comportamental do Tomé.

Outro aspeto que na perspetiva da estagiária foi crucial para o processo de intervenção centra-se no facto de lhe ter sido dada a possibilidade de assistir a todo o processo, desde o primeiro dia, ter a possibilidade de conhecer os pais do Tomé e assistir à entrevista clínica, estar presente desde a primeira abordagem da técnica para com a criança, observar a aplicação de todas as provas formais e participar na cotação e análise das mesmas. Todos estes momentos contribuíram para que a estagiária tivesse uma visão integrada e uma compreensão aprofundada do funcionamento do Tomé e a forma como este interage com os diferentes contextos em que se encontra inserido, o que se revelou crucial para a análise do seu perfil e estabelecimento do plano de intervenção.

No entanto, há que apontar como limitação à intervenção da estagiária com o Tomé, o facto de não ter sido dada à estagiária a assistir e participar nas conversas de início e final de sessão com a mãe do Tomé, o que dificultou a escuta de preocupações no seio familiar e na escola, que se revelam elementares também para a elaboração e adaptação de objetivos terapêuticos.

Todo o processo exigiu uma grande capacidade de adaptação por parte da estagiária, que não teria sido tão descomplicada sem o apoio fundamental da técnica responsável, que graças à sua experiência profissional foi capaz de tranquilizar a estagiária e encaminhá-la no sentido de adaptação do plano de intervenção às exigências dos pais.

## **II.4.2 Martim**

Após a análise do caso do Tomé, integrado no Núcleo de PHDA, iniciamos agora a caracterização do Martim, que integra o Núcleo de PEADC.

A caracterização do caso que será apresentada de seguida tem por base informações que foram recolhidas junto da técnica responsável pelo acompanhamento do Martim e através do último relatório de avaliação realizado no PIN. De mencionar ainda que, muitas informações que permitiram esta caracterização foram fornecidas pela estagiária que teve o Martim como estudo de caso no ano letivo anterior, pois, uma vez que os pais haviam preenchido uma anamnese ainda nesse mesmo ano, em acordo com a psicomotricista responsável e a orientadora académica, não se considerou pertinente subter os pais novamente às mesmas questões. De referir que serão ainda contempladas algumas observações informais retiradas do contexto de sessão, pela presente estagiária.

### ***II.4.2.1 Caracterização do Caso***

O Martim é uma criança do sexo masculino, nascida em Portugal, a 13 de novembro de 2014, tendo no momento do início do acompanhamento pela estagiária, 7 anos e 1 mês. No decorrer do processo interventivo, residia no concelho de Loures com a sua família nuclear, constituída pelos seus pais.

No que diz respeito ao desenvolvimento pré, peri e pós-natal, os pais referem que não existiram quaisquer complicações, tendo nascido através de um parto normal, porém, induzido às 38 semanas. O Martim nasceu com 3 quilogramas e 50 centímetros de altura, tendo desde o primeiro minuto um índice de Apgar de 10.

Aos 2 anos de idade recebeu o diagnóstico de PEA, em comorbidade com DID, tendo iniciado imediatamente o acompanhamento terapêutico nas valências de reabilitação psicomotora e terapia da fala. Atualmente beneficia também de intervenção farmacológica tomando *risperidona* duas vezes ao dia.

Todo o seu desenvolvimento motor ocorreu de acordo com os tempos estimados, tendo começado a sentar-se aos 7 meses, a gatinhar aos 11 e a andar aos 13.

Já no que diz respeito ao desenvolvimento da linguagem é pertinente referir que o Martim é uma criança não verbal, não apresentando desenvolvimento na comunicação expressiva, nem recetiva, emitindo apenas alguns sons indiscriminados e repetindo poucas palavras (e.g.: dá). Apresenta dificuldades significativas na compreensão de instruções mais longas que não disponham de pistas visuais de suporte.

Ao nível da comunicação não-verbal, o Martim não realiza gestos para efetuar qualquer pedido, no entanto, esporadicamente, em contexto de sessão, puxava a estagiária até ao objeto que pretendia, quando o mesmo não se encontrava ao seu alcance. Evita o estabelecimento de contacto ocular, e quando o faz, demonstra-se fugaz.

No que diz respeito à esfera social, é de referir que o Martim apresenta uma preferência por adultos, manifestando frequentemente comportamentos desajustados e agressivos na sua interação com os pares. Em contexto de sessão, nos momentos de maior frustração beliscava a estagiária, no entanto, também a procurava frequentemente em momentos mais tranquilos, onde se colocava à sua frente e estando de costas para a mesma puxava os seus braços de modo a envolverem o seu tronco, criando um “abraço invertido”.

Ao ser contrariado, ou repreendido, o Martim apresenta frequentemente comportamentos de autorregulação como o choro, demonstrando também alguns sinais de irritabilidade, expressos a nível corporal pela contração muscular, ligeiros tremores e alguma agressividade física expressa a partir de beliscões ao outro e mordidas no próprio. No decorrer do acompanhamento, e também referenciados pelos pais, foram observáveis ainda algumas alterações de humor, bem como manifestações de riso e choro, sem motivo aparente, ou pelo menos, compreendido por terceiros.

A nível sensorial, de acordo com o relato dos pais, o Martim apresenta alguma hipersensibilidade a sons fortes (e.g.: autoclismo, varinha mágica) e hipossensibilidade a temperaturas, nomeadamente, altas (e.g.: água quente). O Martim apresenta algumas estereotipias como *flapping* (movimento repetitivo de balançar das mãos à altura dos ombros) ou saltos repetidos no mesmo local, sendo frequentemente observáveis quando este se encontra entusiasmado com a realização de alguma tarefa.

Em termos de autonomia, o Martim precisa de auxílio no vestir e despir, bem como para os restantes momentos de higiene diária (e.g.: tomar banho e lavar os dentes). De referir que o Martim apenas fez o desfralde aos 5 anos e meio de idade, e atualmente ainda dorme com os pais, na cama do casal.

Relativamente à alimentação, o Martim apresenta alguma seletividade alimentar, sendo que, de acordo com a anamnese preenchida pelos pais, até aos 4 anos a sua alimentação consistia apenas em amamentação, pão, bolachas e alguma fruta. Aos 5 anos fez a introdução à carne, peixe e arroz. E atualmente, apresenta uma preferência por texturas crocantes e não come arroz devido à sua textura. De referir ainda que come com o apoio total da mãe, que lhe dá a comida à boca.

O Martim ingressou ao ano de idade na creche, no qual se manteve até aos três anos, momento em que começou a frequentar o ensino pré-escolar no infantário. Os pais referem que apesar de o seu percurso até esse momento ter sempre seguido os tempos comuns, a sua adaptação sempre foi um processo exigente. No momento em que a estagiária conheceu e interveio com o Martim, este encontrava-se a frequentar o 1º ano do 1º ciclo, estando inserido num centro de apoio à aprendizagem (CAA) e beneficiando de medidas adicionais de suporte à aprendizagem e inclusão com adaptações curriculares significativas. No entanto, é de referir que a partir do momento em que o Martim ingressou no 1º ano de escolaridade, o PIN e as técnicas que o acompanham perderam o contacto direto com a escola e os seus professores, uma vez que a criança poderia perder o acompanhamento terapêutico a que tinha acesso no estabelecimento de ensino, ao nível da psicologia, terapia da fala e reabilitação psicomotora, se fosse conhecido que esta era acompanhada em contexto privado.

Na ocupação do tempo livre, de acordo com a informação fornecida pelos pais, o Martim gosta de brincar sozinho ou com o seu cão, e de ver vídeos no telemóvel. Apresenta alguma adesão a rotinas e rituais, muitas vezes observável em contexto de sessão, onde ficava visivelmente agitado quando a rotina inicial de sessão não correspondia ao habitual, ou na chegada da terapeuta à sala de espera, onde assim que a avistava, começava a percorrer o corredor em direção à sala, sem muitas vezes permitir que a esta e a mãe dialogassem.

#### ***II.4.2.2 Avaliação Inicial***

Após a caracterização do Martim, realizada com base nos dados amnésicos fornecidos à estagiária, revela-se pertinente a análise do relatório de avaliação do perfil de comportamento adaptativo da criança, elaborado pela psicomotricista responsável pela intervenção, uma vez que os dados obtidos a partir do mesmo forneceram linhas orientadoras para a intervenção da estagiária.

#### II.4.2.2.1 Perfil de Comportamento Adaptativo do Martim

Em abril de 2021, a técnica responsável pelo acompanhamento terapêutico do Martim na valência de Reabilitação Psicomotora efetuou a avaliação do seu perfil do comportamento adaptativo, através da aplicação da VINELAND II - Escala de Comportamento Adaptativo de Vineland – 2ª edição (Sparrow et al., 2005). Esta escala foi aplicada com o objetivo de detalhar o desempenho do Martim em atividades de vida diária (AVD), necessárias para a sua autonomia.

A escala foi aplicada através de uma entrevista à mãe do Martim. Na figura 1, é apresentado um gráfico com o perfil de comportamento adaptativo da criança, em comparação à norma.

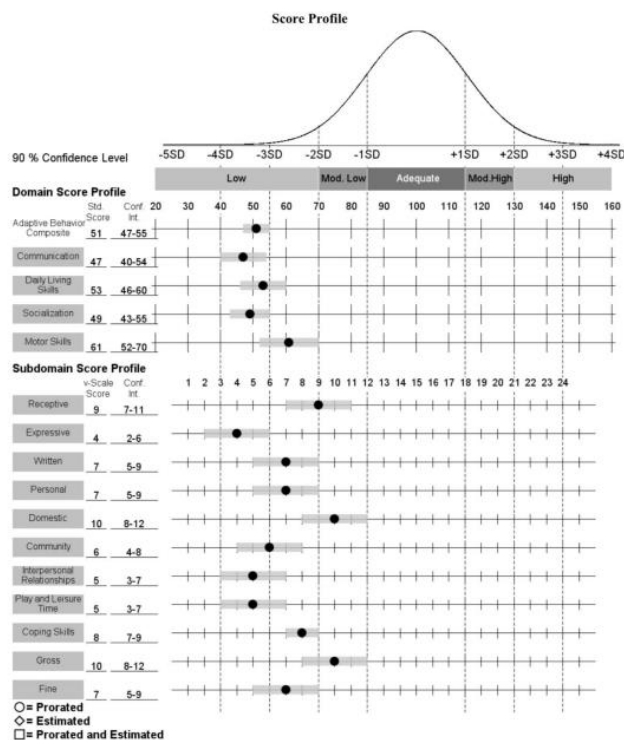


Figura 1 - Perfil do Comportamento Adaptativo do Martim obtido a partir da aplicação da VINELAND II (Fornecido pela psicomotricista responsável pela intervenção)

Como é possível observar no gráfico, o Martim apresenta um perfil homogêneo entre domínios, revelando dificuldades significativas quer ao nível das habilidades de comunicação, de vida diária, de socialização e competências motoras. O Martim apresenta resultados, na sua maioria, um ou dois desvios padrão abaixo da média esperada para a sua faixa etária, apresentando fragilidades transversais às áreas avaliadas.

Mediante os resultados apresentados, a psicomotricista responsável pelo acompanhamento do Martim elaborou alguns objetivos terapêuticos, que foram integrados

pela estagiária no seu plano de intervenção, de modo a dar continuidade ao trabalho que tinha vindo a ser desenvolvido.

#### *II.4.2.2.2 Procedimentos e Condições de Aplicação da Avaliação Inicial*

O processo de avaliação do Martim foi precedido por um período de 6 sessões, sendo que as três primeiras foram dinamizadas pela técnica responsável pela intervenção psicomotora, onde a estagiária assumiu o papel de observadora não participante, e as restantes foram planeadas e dinamizadas pela estagiária, em função dos objetivos pré-definidos pela psicomotricista responsável. Este período teve como principal objetivo a criação de relação terapêutica entre o Martim e a nova estagiária, uma vez que o envolvimento, cooperação e qualidade da relação criança-avaliador se mostram essenciais para uma observação e avaliação psicomotora eficientes (Fonseca, 2010).

Antes do início da avaliação e intervenção com o Martim, foram respeitados todos os procedimentos éticos, com a entrega do consentimento informado aos pais, sendo este o documento onde são explicados aos encarregados de educação quais os objetivos, as etapas e procedimentos do estudo, sendo também dada a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados, sem riscos para a integridade física, de modo a esclarecer o processo e solicitar a sua autorização para o acompanhamento (anexo D). Posteriormente, deu-se início à AI para a identificação das áreas fortes e a potenciar, de modo a delinear o plano de intervenção.

A AI decorreu nos dias 23 de março e 6 de abril de 2022. Cada sessão de avaliação teve a duração de 50 minutos e decorreu no espaço e horário habitual da sessão, com a supervisão da psicomotricista responsável pelo caso. A estagiária procurou que os momentos de avaliação tivessem uma componente lúdica enquanto estratégia de motivação para o Martim.

Para a realização do processo avaliativo recorreu-se ao Inventário de Competências Psicomotoras (ICP), elaborado pela estagiária.

#### *II.4.2.2.3 Inventário de Competências Psicomotoras (ICP)*

O ICP (anexo I), constitui uma grelha de observação informal que tem como objetivo a análise das competências psicomotoras, sociais, comportamentais e cognitivas, desenvolvidas ou em desenvolvimento. Para a seleção dos domínios a avaliar, a estagiária teve em consideração as dificuldades apresentadas pelo Martim nas várias áreas de desenvolvimento, uma vez que tinha sido aplicada uma avaliação ao perfil de

comportamento adaptativo recentemente, foi pertinente uma avaliação especialmente focada no desenvolvimento psicomotor.

Este inventário é constituído por três domínios, sendo eles o psicomotor, interação social e comportamento e cognitivo. Para a sua elaboração, a estagiária teve como referência atividades contempladas em diversos instrumentos de avaliação como, a BPM (Fonseca, 2010), o M-ABC (Henderson & Sudgen, 1992), o BOT (Bruininks & Bruininks, 2005) e a GOC (Duarte et al., 2015).

A elaboração de uma grelha de avaliação baseada em provas de diferentes instrumentos, em detrimento da seleção de um único instrumento foi tomada em colaboração com a responsável pelo acompanhamento do Martim. Esta decisão justifica-se pelo facto de se procurar uma avaliação que fosse ao encontro das características e necessidades da criança, uma vez que o Martim é uma criança não verbal, que apresenta também algumas dificuldades na compreensão de instruções e conceitos, pelo que foi necessária a adaptação de várias atividades e critérios de cotação.

A prestação do Martim é avaliada com base em dois sistemas de cotação, sendo um deles relacionado com o nível de apoio necessário para a concretização da tarefa, e o outro de acordo com o nível de concretização da tarefa. Assim, os itens integrados no domínio psicomotor são avaliados de acordo com uma escala de apoios, cuja cotação varia entre 1 e 5, sendo que o 1 corresponde à ajuda física total, o 2 a ajuda por modelação, o 3 à realização com ajuda gestual, o 4 com ajuda verbal, e por fim o 5 que é atribuído quando a atividade é realizada em autonomia. Já os domínios relacionados com a interação social e comportamento, e competências cognitivas, são avaliados também numa escala numérica de acordo com o nível de concretização, onde o 1 corresponde à não realização, o 2 é atribuído quando se encontra emergente/em progresso, e o 3 quando consegue concretizar.

De mencionar que o ICP é um instrumento de avaliação com referência a critério, pelo que permite que os resultados obtidos no início e pós intervenção sejam comparados.

#### *II.4.2.2.4 Apresentação e análise dos resultados da avaliação inicial*

Os resultados da AI, obtidos a partir da aplicação da IPC, são apresentados de forma sintetizada, na tabela 18. Para a elaboração desta tabela, a cotação atribuída a cada subdomínio foi calculada a partir da média dos itens enquadrados em cada um deles. No entanto, não prescinde a análise da tabela 30 disponível para análise no anexo J, onde é

apresentada não só a cotação atribuída a cada uma das tarefas, mas também algumas observações qualitativas sobre a prestação do Martim nas mesmas.

Tabela 18 - Síntese dos resultados da avaliação inicial do Martim

Domínios	Subdomínios	Cotação (média)	Domínios	Cotação (média)
		Entre 1 e 5		Entre 1 e 3
<b>Psicomotor</b>	Equilíbrio	2	<b>Interação Social e Comportamento</b>	2 (1.7)
	Noção do Corpo	2 (1.67)		
	Estruturação Espacial	2 (1.67)	<b>Cognitivo</b>	2 (1.62)
	Praxia Global	2 (1.67)		
	Praxia Fina	2 (1.81)		
Lateralidade	Não definida; Manual – Direita; Podal – Esquerda			

Sistema de cotação para o domínio **psicomotor**, de acordo com o nível de apoio necessário para a concretização da tarefa:

- 1- Ajuda física total
- 2- Modelação
- 3- Ajuda gestual
- 4- Ajuda verbal
- 5- Em autonomia

Nota: o subdomínio da Lateralidade não será cotado, os valores serão apenas utilizados como referência

Sistema de cotação para os domínios **interação social e comportamento** e **cognitivo**, de acordo com o nível de concretização da tarefa:

- 1- Não;
- 2- Em progresso;
- 3- Sim.

Como é possível compreender a partir da análise da tabela, o Martim apresenta um perfil homogeneamente baixo, com elevadas necessidades de apoio em todos os domínios.

No domínio psicomotor, são percecionadas fragilidades nos vários subdomínios, desde o equilíbrio à praxia fina. No subdomínio referente ao equilíbrio, avaliado nas componentes estática e dinâmica, foi observada uma elevada insegurança gravitacional, marcada por constantes desequilíbrios, oscilações e procura por apoio permanente. As provas que envolvem a equilibração em apoio unipodal, quer na vertente estática, como dinâmica foram daquelas onde o Martim se demonstrou mais inseguro, necessitando de apoio total por parte da técnica.

Ao nível da noção corporal, é capaz de identificar várias partes do seu corpo, apontando. No entanto, não consegue distinguir a direita e esquerda em si próprio. Na prova de imitação de gestos, foram identificadas dificuldades nos processos de análise,

retenção e reprodução das figuras, relacionados com não só com a noção do corpo e orientação espacial, mas também memorização de curto prazo. Ainda em termos espaciais, é de referir que o Martim apresenta dificuldades de compreensão dos diferentes conceitos espaciais (e.g.: cima/baixo, dentro/fora).

No que concerne à praxia global, é de referir que as maiores dificuldades da criança se centram na falta de iniciativa para o movimento, que compromete de forma direta todos os resultados, nomeadamente a nível manual sendo que o Martim não é capaz de atirar uma bola ao ar, ou a um alvo sem que alguém realize as mobilizações necessárias. A nível podal estas dificuldades não são perceptíveis, já que para pontapear uma bola necessita apenas de apoio verbal.

Nas tarefas de praxia fina apresenta algumas dificuldades evidentes ao nível do controlo, velocidade, precisão e planeamento dos movimentos, quer sejam estes de contorno, recorte ou manipulação de objetos de pequenas dimensões.

De referir que o Martim ainda não apresenta uma lateralidade definida, revelando uma preferência manual direita, e esquerda a nível podal.

No domínio relacionado com as competências socioemocionais e comportamento, aferiu-se que o Martim tem facilidade em respeitar o espaço do outro, possivelmente associada à sua postura passiva, observada pela não procura de interações sociais, pelo facto de não demonstrar interesse pela exploração do seu envolvimento, materiais ou atividades. O Martim evita o contacto ocular de forma evidente, no entanto, quando alertado através de pistas gestuais e verbais, consegue regulá-lo, ainda que durante um curto período temporal. É capaz de demonstrar as suas emoções, nomeadamente as negativas, uma vez que nestes momentos apresenta alguma dificuldade na regulação do comportamento. Ainda não é capaz de esperar pela sua vez em jogos ou atividades, no entanto, revela-se atento e muito perseverante na realização das tarefas, nomeadamente aquelas que são do seu interesse.

Em termos cognitivos, o Martim é capaz de associar objetos com características semelhantes, ainda que simples, como a cor ou forma. A escrita do seu nome, bem como a identificação dos números até 10 é emergente, no entanto, no que diz respeito à contagem, só o faz de 1 a 5, de forma inconsistente e por imitação, num volume muito reduzido, quase imperceptível. Apresenta dificuldades evidentes na compreensão de instruções, quer sejam simples ou complexas, i.e., com mais do que uma etapa.

A partir dos resultados da aplicação da *Vineland*, informações facultadas à estagiária e observações informais, é possível compreender que a área da autonomia das AVD, é uma das que tem mais impacto no seu dia-a-dia e do seu seio familiar, uma vez que o Martim necessita de apoio para as atividades relacionadas com a alimentação, vestuário e higiene pessoal. A criança come com o auxílio total da mãe, que lhe leva a comida à boca, e precisa de ajuda no vestir e despir, bem como para os restantes momentos de higiene diária (e.g.: tomar banho e lavar os dentes).

### **II.4.2.3 Perfil Intraindividual**

Mediante o perfil de comportamento adaptativo do Martim, os resultados da avaliação pelo ICP, informação facultada pela psicomotricista responsável e observações informais realizadas no decorrer das sessões prévias, foi possível estabelecer o perfil intraindividual do Tomé, disponível da tabela 19. De referir, no entanto, que nem todas as áreas serão alvo de intervenção.

Tabela 19- Perfil Intraindividual do Martim

<b>Áreas fortes</b>	<b>Áreas a potenciar</b>
	Equilíbrio
	Noção do Corpo
	Estruturação Espacial
Manipulação de objetos	Praxia Global
Adesão voluntária às tarefas	Praxia Fina
Relação positiva com os adultos	Interação Social
Persistência e foco na tarefa	Comunicação verbal e não verbal
Interesse por objetos sensoriais	Exploração do espaço e objetos
	Autorregulação
	Autonomia nas AVD

#### **II.4.2.4 Fatores de Risco e Proteção**

A par disto, também foi possível identificar os fatores de risco e de proteção no caso do Martim, apresentados na tabela 20, que devem ser tidos em consideração no estabelecimento do plano de intervenção.

Tabela 20- Fatores de Risco e Proteção do Martim

<b>Fatores de Risco</b>	<b>Fatores de Proteção</b>
Rede de apoio reduzida	
Pequeno círculo familiar	Diagnóstico e intervenção precoce
Baixo estatuto socioeconómico	Apoio em Terapia da Fala
Pouca adesão familiar às estratégias transmitidas	Apoio em Reabilitação Psicomotora
Impossibilidade de comunicação entre os terapeutas e o contexto escolar	Integração no CAA
Pai pouco presente	Disponibilidade materna

#### **II.4.2.5 Planeamento e Justificação da Intervenção**

##### *II.4.2.5.1 Duração, objetivos da intervenção e a sua pertinência*

Após a AI, teve início o processo de intervenção, no dia 13 de abril de 2022 e término a 6 de julho do mesmo ano, tendo-se seguido pela AF, nos dias 13, 20 e 25 de julho de 2022. Das 13 sessões de intervenção previstas, apenas 10 se realizaram, sendo que os pais cancelaram duas destas sessões por doença e a psicomotricista responsável, outra.

Para o delineamento dos objetivos de intervenção, a estagiária teve em consideração os resultados obtidos no momento da AI, o perfil de comportamento adaptativo da criança e as observações formais e informais. Os objetivos definidos são apresentados na tabela 21. É disponibilizado um exemplo de plano de sessão no anexo K.

Tabela 21- Objetivos de Intervenção do Martim

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Equilíbrio	Melhorar o equilíbrio estático	Aumentar o controlo postural em tarefas que exijam equilíbrio estático	Manter-se em equilíbrio unipodal durante 5 segundos com apoio parcial
	Melhorar o equilíbrio dinâmico	Aumentar o controlo postural em tarefas que exijam equilíbrio dinâmico	Saltar com os dois pés em simultâneo Caminhar sobre uma linha reta, numa distância de 3 metros sem demonstrar reequilibrações constantes através de movimentos compensatórios do tronco
Psicomotor	Melhorar a coordenação óculo manual e óculo podal	Desenvolver a capacidade de iniciativa do movimento de projeção	É capaz de iniciar o movimento de lançamento da bola ao ar, com apoio parcial
		Desenvolver as habilidades de coordenação, controlo e precisão dos membros superiores na execução de um movimento	Apanhar uma bola lançada na sua direção com os braços em extensão Lançar uma bola a um alvo, a 1.5 metros de distância, acertando em pelo menos 1 de 4 tentativas
		Melhorar a precisão do movimento executado pelos membros inferiores, dirigido a um alvo	Pontapear uma bola a um alvo, a 2 metros de distância, acertando em pelo menos 1 de 4 tentativas
Praxia Fina	Desenvolver a praxia fina, promovendo a capacidade de realização de tarefas que exijam a coordenação e precisão de movimentos ao nível das mãos e dedos	Promover a precisão no manuseamento de objetos de pequenas dimensões	Precisão do movimento de pinça fina de forma precisa, sendo capaz de manusear objetos de penas dimensões autonomamente A criança deve ser capaz de copiar um traço horizontal, com um lápis, sem apoio físico, tendo 3 tentativas
		Promover o desenho de linhas horizontais e verticais por imitação	A criança deve ser capaz de copiar um traço vertical, com um lápis, sem apoio físico, tendo 3 tentativas
Socioemocional / Comportamental	Promover a capacidade de autocontrolo e autorregulação	Promover a autorregulação em situações de espera	É capaz de esperar pela sua vez na realização de uma atividade, com apoio verbal da estagiária
		Promover a autorregulação para a interação positiva com o outro	Espera pela contagem da estagiária até ao 3 para a realização da ação É capaz de partilhar objetos com o outro, a pedido, sem apresentar comportamentos de oposição
	Melhorar as habilidades de comunicação não verbal	Desenvolver a utilização de gestos apropriado e significativos nas interações sociais	Na saída da sessão, despede-se com o movimento gestual do “adeus” Sempre que concluída uma tarefa e a estagiária estende a mão e diz “mais 5”, o Martim deve responder corporalmente através da reprodução do mesmo movimento
Cognitivo	Desenvolver competências de escrita	Promover a capacidade identificação e formação das letras correspondentes ao seu nome	Escreve o seu nome de forma legível, em autonomia
	Desenvolver as habilidades de contagem e reconhecimento numérico da criança	Desenvolver o reconhecimento numérico Promover as competências de cognição numérica verbal	Identifica os números até 10, mediante a solicitação da estagiária Conta de 1 a 5, com pista visual
Autonomia	Melhorar a autonomia no vestuário	Desenvolver a capacidade de vestir e despir em autonomia	Deve ser capaz de abotoar e desabotoar botões em autonomia Conseguir abrir e fechar fechos Desfazer laços nos atacadores
			Vestir e despir o casaco, em autonomia, no início e fim da sessão Deve ser capaz de comer com uma colher sem ajuda do adulto
	Desenvolver a autonomia na alimentação	Promover a correta utilização dos talheres durante as refeições	Deve ser capaz de utilizar as mãos em cooperação na alimentação (por exemplo, uma segura a embalagem do iogurte e a outra Limpa a boca durante e após a refeição
	Promover a autonomia na higiene	Promover a lavagem das mãos em autonomia	Deve ser capaz de seguir pistas visuais na lavagem das mãos

#### *II.4.2.5.2 Organização da Intervenção e Estrutura das Sessões*

As sessões com o Martim decorreram, sempre no mesmo horário, no polo de Paço de Arcos, sempre na mesma sala, garantindo assim a percepção de segurança e continuidade do processo (Aragón, 2012; Fonseca, 2009; Sánchez et al., 2008). Seguiram a mesma estrutura, sendo esta constituída pelo ritual de entrada, corpo da sessão/tempo de trabalho e, por fim, pelo momento final/ritual de saída (Aragón, 2012; Sánchez et al., 2008).

O ritual de entrada, que traça o início da sessão ao longo da intervenção foi marcado pelo cumprimento do Martim à estagiária e pela promoção de autonomia no vestuário, onde era solicitado ao Martim que despisse o casaco e o colocasse na cadeira. De seguida, já sentados à mesa, era proposta ao Martim a realização de atividades específicas que eram repetidas semanalmente, entre elas: (1) a toma do lanche e lavagem das mãos antes e após a refeição, com o intuito de trabalhar a autonomia ao nível da alimentação e da higiene pessoal; (2) a seleção e ordenação das letras do seu nome, e escrita do mesmo; (3) treino de autonomia no vestuário através de um livro de autonomia, composto atividades com utilização de fechos, botões, fivelas, botões de pressão, velcro e atacadores.

Posteriormente, o corpo da sessão/tempo de trabalho, dirigido a uma ou duas atividades elaboradas pela estagiária, sendo estas centradas na promoção de competências psicomotoras relacionadas com os subdomínios do equilíbrio, orientação espacial, noção do corpo, motricidade global e motricidade fina, que inerentemente estavam associadas ao nível da área social, cognitiva ou comportamental.

Por fim, o ritual de saída, marcado não só pela realização de uma atividade de retorno à calma, com recurso a objetos mediadores e em alguns dias, música ambiente, mas também pelo vestir do casaco, e despedida da estagiária, com a gesticulação do “adeus” e “mandar de um beijinho”, sendo que no início da intervenção eram realizadas por manipulação da psicomotricista responsável, mas no fim o Martim já realizava em autonomia ou mediante pista verbal.

#### *II.4.2.5.3 Estratégias de Intervenção*

No decorrer do processo interventivo a estagiária recorreu a diversas estratégias no sentido de ajustar a intervenção às necessidades específicas do Martim e motivá-lo para a realização das tarefas propostas.

A primeira estratégia passou pelo estabelecimento de uma relação segura entre o cliente e a estagiária, e aqui a psicomotricista que o acompanhara teve um papel crucial,

pois permitiu que a integração da estagiária nos diferentes momentos de sessão fosse gradual, contribuindo assim para a familiarização do Martim com a nova figura em sessão.

As primeiras estratégias a serem mencionadas encontram-se relacionadas com a estrutura e organização da sessão, onde a estagiária procurou manter a mesma tipologia que a psicomotricista responsável pelo acompanhamento, contribuindo para uma sensação de continuidade, prevenindo a quebra da rotina de sessão estabelecida, que proporcionava ao Martim a sensação de previsibilidade. O estabelecimento de uma rotina de sessão constante revela-se um passo fundamental para a intervenção com crianças com PEA (Frazão et al., 2022), uma vez que uma das características associadas a este diagnóstico consiste na forte adesão a rotinas e relutância em aceitar mudanças (APA, 2013).

No entanto, apesar da manutenção da estrutura de sessão, a estagiária procurou integrar, de forma gradual, novos momentos na sessão, que pudessem contribuir de forma ativa para a promoção da autonomia do Martim. Foi então aproveitado o facto da sessão se realizar no típico horário de lanche da criança, para solicitar à mãe que o levasse para a sessão. Aqui foi trabalhada a correta utilização da colher e o trabalho em colaboração de ambas as mãos, onde uma deveria agarrar no recipiente em que se encontrava o lanche em questão, e a outra deveria ser responsável por levar a colher à boca. A par deste momento foi também integrado o momento de promoção da lavagem das mãos em autonomia.

As tarefas desenvolvidas ao nível da promoção da autonomia nas várias AVD, como a toma do lanche, a promoção do desenvolvimento da autonomia na lavagem das mãos, as diversas atividades orientadas para a autonomia no vestuário, desde o manuseamento de elementos como, por exemplo, os fechos ou botões, a integração de momentos destinados ao vestir e despir do casaco, e atividades de promoção da consciência corporal, foram pensadas e desenvolvidas no sentido de simularem ou reproduzirem as atividades do quotidiano, visando a promoção de competências com progressivo aumento de funcionalidade (Lucas et al., 2016).

A comunicação foi outro aspeto crucial para o seu desempenho e motivação, começando pela instrução, onde dadas as características do Martim ao nível da dificuldade de compreensão, a estagiária teve especial atenção para que estas fossem curtas, claras, de linguagem simples (Llauradó, 2008), suportadas por pistas visuais e demonstração, onde a mesma optava por demonstrar o comportamento pretendido ou através do seu próprio corpo, ou através da mobilização do corpo do cliente. Recorreu-se ainda à

decomposição de tarefas complexas em tarefas menores e de maior simplicidade (Fonseca, 2009, 2010a; Lima et al., 2014; Llauradó, 2008), contribuindo também assim para a compreensão das instruções e planeamento da ação. Neste sentido surge ainda o fornecimento de um *feedback* adequado e atempado (Aragón, 2012; Llauradó, 2008; Naia & Martins, 2006), assumindo este uma componente verbal (e.g.: “Boa! É isso mesmo!”; “Mais força”), gestual (e.g.: gesto do mais cinco) ou de brincadeira como cócegas, que é a interação que o Martim parece gostar mais, pedindo muitas vezes por esse momento.

Na transmissão de estratégias para casa, nomeadamente ao nível do domínio da autonomia, foram gravados vídeos em sessão com o Martim, que demonstrassem de que forma os pais podiam ajustar o seu comportamento para reduzir o tipo de apoios prestado, que foram posteriormente enviados aos pais, para que em casa pudessem replicar.

Ao nível da autorregulação, foram utilizadas estratégias como a realização de contagens para a ação, de modo a promover a capacidade de espera e controlo da impulsividade. No final da sessão, a estagiária considerou pertinente a introdução de momentos de retorno à calma (Aragón, 2012; Sánchez et al., 2008), pois muitas vezes o Martim saía da sessão muito agitado. Este momento consistiu na relaxação com recurso a objetos mediadores (e.g.: bola, massajador de cabeça), aplicando uma pressão suave sobre vários pontos do corpo, de modo a promover o estado de relaxamento e consciência corporal, não só pelas sensações tático-quinestésicas, mas também pela nomeação das várias partes do corpo que a estagiária realizava enquanto as percorria.

Foram ainda utilizadas estratégias para a promoção da linguagem expressiva, através da colocação de objetos do interesse do Martim (e.g.: bolhas de sabão), à sua vista, mas inalcançáveis, ou através da paragem inesperada da atividade (e.g.: parar de soprar as bolhas e permanecer com o tubo na mão, para que a criança possa pedir por “mais”) de modo a provocar na criança a necessidade de comunicar e pedir algo, estimulando a expressar as suas necessidades de forma verbal.

#### ***II.4.2.6 Avaliação Final e Reflexão sobre o Processo de Intervenção***

De modo a concluir o processo do estudo de caso, é realizada uma AF (Fonseca, 2010a), onde se procuram recolher dados sobre o perfil da criança, de modo a compreender as suas evoluções ou retrocessos, após a aplicação do modelo de intervenção e estratégias implementadas. Como referido anteriormente, esta avaliação decorreu nos dias 13, 20 e 25 de julho de 2022, após 10 sessões realizadas em intervenção psicomotora.

Na tabela 22 encontram-se sintetizados os resultados obtidos a partir da aplicação da GOCP na AI e AF. De salientar, no entanto, que a sua consulta não prescinde a análise da tabela 33, disponível para consulta no anexo L, para uma compreensão mais detalhada do desempenho do Martim nas diferentes tarefas.

Tabela 22- Comparação entre os resultados obtidos na Avaliação Inicial e Final do Martim

Domínios	Subdomínios	Cotação (média)		Domínios	Cotação (média)	
		Entre 1 e 5			Entre 1 e 3	
		AI	AF		AI	AF
Psicomotor	Equilíbrio	2 (2.0)	2 (2.0)	Interação Social e Comportamento	2 (1.7)	2 (1.9)
	Noção do Corpo	2 (1.67)	2 (1.67)			
	Estruturação Espacial	2 (1.67)	2 (1.67)			
	Praxia Global	2 (1.67)	3 (3.33)	Cognitivo	2 (1.62)	2 (2.25)
	Praxia Fina	2 (1.81)	3 (2.63)			
	Lateralidade	Não definida; Manual – D; Podal – E.	Não definida; Manual – inconsistente; Podal – E.			

Legenda: D- Direita; E- Esquerda; AI- Avaliação Inicial; AF- Avaliação Final; ; - subdomínios cujo desempenho melhorou em relação à AI; -subdomínios cujo desempenho se manteve idêntico ao da AI; -subdomínios cujo desempenho piorou em relação à AI;

Sistema de cotação para o domínio **psicomotor**, de acordo com o nível de apoio necessário para a concretização da tarefa:

- 1- Ajuda física total
- 2- Modelação
- 3- Ajuda gestual
- 4- Ajuda verbal
- 5- Em autonomia

Nota: o subdomínio da Lateralidade não será cotado, os valores serão apenas utilizados como referência

Sistema de cotação para os domínios **interação social e comportamento** e **cognitivo**, de acordo com o nível de concretização da tarefa:

- 1- Não;
- 2- Em progresso;
- 3- Sim.

Após a análise dos resultados apresentados na tabela acima, é possível constatar que, em termos qualitativos não se verificaram alterações nos subdomínios relacionados com o equilíbrio, noção do corpo e estruturação espacial. No entanto, em termos qualitativos, é de referir que ao nível do equilíbrio dinâmico se verificaram ligeiras melhorias, nomeadamente nas provas relacionadas com a deslocação para a frente sobre uma linha e no deslocamento com saltos a pés juntos, onde foi percecionado um maior controlo do movimento, não obstante, o Martim ainda revela a necessidade de demonstração por parte da técnica e ligeiras orientações físicas, pelo que, de acordo com

os critérios de classificação, não permitiu o aumento da cotação. Ao nível da noção do corpo, mais uma vez as evoluções não foram significativas face aos critérios de cotação, sendo, no entanto, de referir que na AF o Martim conseguiu identificar em si um novo elemento corporal, as costas. Em termos de estruturação espacial, não foi perceptível qualquer tipo de evolução, uma vez que o Martim continuou a apresentar elevadas dificuldades na compreensão dos conceitos espaciais, realizando as ações solicitadas apenas por imitação, ainda que de forma inconsistente.

Já nas áreas relacionadas com a motricidade grosseira e fina, foram percecionadas evoluções significativas no sentido positivo, nomeadamente a nível da praxia global, que são, na sua maioria explicadas pelo trabalho desenvolvido ao nível da promoção de iniciativa para o movimento, uma vez que, este era o fator que mais prejudicava a execução das restantes provas integradas neste domínio. Aquando dado o desenvolvimento da iniciativa para o movimento em relação ao lançamento da bola, todas as atividades que pressupunham esta competência puderam ser trabalhadas, pelo que apresentaram resultados favoráveis. Neste sentido, são também identificadas evoluções ao nível da coordenação óculo-podal, avaliadas pelo pontapeamento de uma bola a um alvo, atividade onde o Martim apresentou uma redução significativa do nível de apoios necessário. Ao nível da praxia fina, as evoluções quantitativas foram expressas apenas em algumas tarefas específicas como o empilhamento de cubos, o manuseamento de molas de pequenas dimensões, onde foi evidente o progresso ao nível do controlo e precisão do movimento de pinça fina, necessário para o abrir e fechar da mesma, bem como o progresso no controlo dos movimentos de recorte. No entanto, avaliando a prestação de uma forma qualitativa, é de sublinhar a evolução percecionada, em termos de controlo, precisão e coordenação do movimento na maioria das tarefas propostas.

Ao nível da lateralidade, foram observáveis alterações ao nível da preferência manual, pois, apesar de na AI o Martim não apresentar preferência por um hemisfério corporal, uma vez que apresentava uma preferência inequívoca pelo direito a nível manual e esquerdo a nível podal, na AF, o mesmo não se verificou pois, apesar de continuar a optar pelo pé esquerdo, apresentou um perfil inconsistente em termos manuais, alternando frequentemente entre a direita e a esquerda.

No que diz respeito às interações sociais e comportamentais, existiu um ligeiro progresso, marcado por uma maior facilidade no estabelecimento do contacto ocular com a estagiária, uma vez que atualmente, o Martim o estabelece com maior frequência, ainda que de forma fugaz, mas já o faz mediante solicitação, ou em momentos em que demonstra

mais descontraído. Verificou-se também uma melhoria na capacidade de espera, sendo que anteriormente o Martim não era capaz de esperar pela sua vez, nomeadamente em tarefas do seu interesse como o tiro ao alvo, e no momento da AF, este já conseguia autorregular-se e esperar pela indicação em para iniciar, realizando-o por vezes em autonomia e outras mediante orientação da estagiária.

Foram também observáveis ligeiras evoluções em grande parte das tarefas avaliadas ao nível do domínio cognitivo, estando estas relacionadas com a escrita do seu nome, e identificação mediante solicitação, de algumas das letras constituintes. Ao nível das competências numéricas, no momento da AF o Martim conseguiu identificar com facilidade os números até 10, algo que já estava parcialmente adquirido, mas eram demonstradas hesitações. Foi iniciada a identificação até ao 20, no entanto, no momento da avaliação só foi capaz de identificar o 11 e o 12. No que diz respeito à contagem, o Martim já demonstra alguma intencionalidade na contagem até ao número 5, no entanto, apenas por imitação imediata, com um volume muito baixo e com alguma inconsistência no desempenho.

Em termos de autonomia, é de referir que o Martim foi necessitando cada vez de menos apoio quer para o vestir e despir do casaco, como ao nível da alimentação e manuseio adequado da colher. No entanto, é de salientar que a estagiária não teve acesso a qualquer informação por parte dos contextos onde o Martim se encontra inserido, e por isso, não foi possível analisar o real desempenho da criança em casa ou na escola, e a forma como as estratégias transmitidas foram implementadas no seu ambiente natural.

Analisando o perfil da criança, os resultados obtidos na intervenção e as suas necessidades, considera-se que o Martim apresentou evoluções favoráveis durante este período, e o mesmo deve continuar a beneficiar de acompanhamento terapêutico em reabilitação psicomotora e terapia da fala, que em parceria, devem continuar a procurar o seu desenvolvimento quer a nível motor, quer a nível cognitivo, comunicativo e comportamental.

Na perspetiva da estagiária é fundamental que seja promovido um trabalho focado na promoção de competências adaptativas, no sentido de desenvolver a sua autonomia e independência nas AVD e reduzir o nível de dependência do adulto. Apesar das circunstâncias no momento do acompanhamento não o permitirem, seria importante para o Martim, para a sua capacitação e dos contextos que o rodeiam, que a intervenção pudesse ser realizada nos seus contextos ecológicos, de modo a que, para além de permitir que as suas reais necessidades fossem analisadas e desta forma mais facilmente

transmitidas competências significativas para a vida quotidiana, bem como a transmissão de estratégias a pais, cuidadores, professores e/ou auxiliares, para que estes pudessem implementá-las diariamente, e assim potenciar a sua independência.

De forma reflexiva, considera-se que, dado o reduzido número de sessões de intervenção, a evolução da criança em muito se deveu não só a relação estabelecida entre ele e a estagiária, facilitada pela presença constante do elemento de referência para o Martim em sessão, que permitiu que este tivesse liberdade para procurar a interação com a estagiária de forma progressiva, contribuindo para a criação de uma relação segura entre ambos, mas também pela persistência e foco do Martim na realização das atividades propostas. Outro fator que poderá ter influenciado de forma positiva o desempenho da criança e consequentemente, os resultados da avaliação, foi a manutenção da estrutura das sessões e repetição de tarefas, que contribuiu para a sensação de continuidade entre sessões e para o potenciamento da aquisição de determinadas habilidades (Frazão et al., 2022), uma vez que as tarefas que foram trabalhadas com maior consistência, foram também aquelas onde o Martim apresentou um melhor desempenho na AF.

Não obstante, há que frisar como limitações ao estudo, as dificuldades ao nível da comunicação entre contextos, uma vez que não existe um contacto direto entre a escola e a técnica do PIN, o que impossibilita a compreensão por parte da técnica e estagiária, quanto aos desafios percebidos pela equipa educativa, estratégias implementadas, objetivos educativos, e até terapêuticos, uma vez que o Martim é acompanhado em diversas valências, mas não é possível a comunicação entre estas.

## **II.5 Atividades Complementares**

Para além das atividades anteriormente descritas, a estagiária teve a oportunidade de participar em diversas atividades que, embora não estivessem inicialmente planeadas como parte da experiência de estágio, contribuíram para o aprofundamento de conhecimento e competências profissionais, com aplicação prática no estágio. Dada a sua pertinência, serão listadas e caracterizadas de forma breve, de seguida.

### **II.5.1 Participação na formação "Reflexões sobre Perturbações do Comportamento e do Humor: Curso Breve de Avaliação e Intervenção com Crianças e Adolescentes".**

Esta formação foi elaborada pela equipa técnica do Núcleo de PHDA do PIN e foi destinada a técnicos e estudantes universitários da área da saúde ou educação, tendo como principal objetivo a partilha de conhecimentos atualizados sobre algumas perturbações do

desenvolvimento, do comportamento e do humor. Estava previsto a formação decorrer entre fevereiro e maio de 2022, totalizando 40 horas de formação distribuídas entre sete módulos: (1) Introdução às Perturbações do Desenvolvimento; (2) Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; (3) Comportamentos de Oposição e Desafio; (4) Perturbações de Ansiedade; (5) Desregulação Emocional; (6) Perturbação Bipolar e (7) Luto. No entanto, devido ao reduzido número de inscritos na formação, alguns foram cancelados e ocorreram somente os módulos 1, 3 e 5, nos quais a estagiária teve a oportunidade de participar.

### **II.5.2 Participação no II Simpósio de Ansiedade**

Este seminário foi desenvolvido pela equipa técnica da Consulta da Ansiedade do PIN e foi aberto ao público geral, decorrendo nos dias 27 e 28 de maio de 2022, em formato online e presencial, respetivamente.

### **II.5.3 Apresentação de um artigo científico ao Núcleo de PEADC**

Mediante a proposta da equipa técnica do Núcleo de PEADC para a apresentação de um artigo científico recente sobre a PEA. Foram submetidos pela estagiária vários artigos para aprovação da coordenação, sendo aprovado o *“Self-Conscious Emotion Processing in Autistic Adolescents: Over-Reliance on Learned Social Rules During Tasks with Heightened Perspective-Taking Demands May Serve as Compensatory Strategy for Less Reflexive Mentalizing”* por Jankowski, K. F. & Pfeifer, J. H. (2021).

### **II.5.4 Elaboração de Guiões e Vídeos para a Consulta da Sexualidade**

Foi proposta à estagiária, pela equipa técnica da Consulta da Sexualidade, a elaboração de guiões e vídeos de carácter científico para a divulgação da consulta nas redes sociais. Um teve como tema a identidade de género e foi realizado em parceria com outra estagiária do PIN. O outro foi realizado individualmente e teve como tema os relacionamentos saudáveis.

### **II.5.5 Projeto de inovação ao nível da Avaliação em Reabilitação Psicomotora**

Face às necessidades identificadas pela equipa técnica de psicomotricistas do PIN no que diz respeito à inexistência de um protocolo de avaliação na valência de Reabilitação Psicomotora que possa ser aplicado às diversas populações com as quais o PIN intervém,

de modo a alinhar objetivos da avaliação psicomotora entre os vários núcleos do PIN, foi solicitado auxílio à estagiária no sentido de atender a esta necessidade.

Foram realizadas diversas reuniões entre técnicos e a estagiária, de janeiro a junho de 2022, no sentido de se alinharem os objetivos, pois a proposta de alguns técnicos consistia na incorporação de provas de vários instrumentos já validados, num único protocolo, criando um novo sistema de cotação que pudesse ser aplicado às diferentes faixas etárias de clientes do PIN, no entanto, a estagiária foi questionada pela orientadora acadêmica sobre a pertinência deste trabalho, uma vez que já existem diversos instrumentos criados e validados, que podem ser utilizados com maior rigor e pertinência para a avaliação psicomotora.

Mediante as necessidades identificadas pela equipa técnica do PIN e a procura por parte da estagiária de um projeto inovador, que apresentasse validade científica, foi projetado pela estagiária e orientadora acadêmica, um estudo em avaliação psicomotora com recurso à metodologia Delphi, que será apresentado de seguida.

De referir que, dado surgimento de alguns constrangimentos, nomeadamente temporais, uma vez que só no último mês de atividades de estágio existiu concordância relativamente ao projeto, não existiu a possibilidade da estagiária implementar o plano, no entanto, será apresentado e descrito na possibilidade de vir a ser desenvolvido por outro mestrando, enquanto projeto de inovação nas atividades de estágio, ou dissertação de mestrado, dada a sua pertinência para a área da Intervenção Psicomotora.

#### ***II.5.5.1 Projeto de Investigação – Estudo em Avaliação Psicomotora com recurso à Metodologia Delphi***

A presente secção procura descrever o plano de estudo projetado pela estagiária, com o apoio da orientadora académica, Professora Doutora Ana Rodrigues, para um projeto de inovação focado na avaliação psicomotora, com recurso à metodologia Delphi.

Este estudo tinha como principal objetivo a compreensão da visão conceptual que os psicomotricistas têm da avaliação em intervenção psicomotora, os domínios que consideram fundamentais avaliar e os instrumentos utilizados, de modo a obter uma visão integrada das práticas e perceções dos profissionais quanto ao processo avaliativo em reabilitação psicomotora.

Neste sentido, de seguida serão apresentadas sugestões dos diversos procedimentos a adotar:

## 1) Revisão da Literatura

- Primeiramente, deve ser realizada uma revisão da literatura com recurso a livros de autores de referência, bases de dados (e.g.: PubMed; MEDLINE; Web of Science; b-on; SciELO) e repositórios de universidades;
- Devem ser utilizadas palavras-chave como: “Avaliação Psicomotora”, “Instrumentos de avaliação psicomotora”, “intervenção psicomotora” e “terapia psicomotora”;
- Pesquisa pelas palavras-chave em diferentes idiomas (e.g.: português, inglês, espanhol, francês e italiano);
- Deverá ser estabelecida uma janela temporal, onde não serão consideradas publicações com mais de 10 anos, com exceção de autores de referência;
- Fazer um levantamento dos conceitos de avaliação psicomotora e instrumentos de avaliação que surgem na literatura;
- Mediante os dados recolhidos deve ser elaborado um questionário.

## 2) Elaboração do Questionário

Este questionário deve ser constituído por diferentes áreas:

- Definição de avaliação psicomotora onde
  - São disponibilizadas várias definições de avaliação psicomotora, de diversos autores, recolhidas ao longo da revisão, para as pessoas avaliarem, com recurso a uma escala de Likert quanto à sua abrangência, clareza e relevância;
  - É solicitado ao participante a elaboração da sua própria definição de avaliação psicomotora.
- Domínios avaliados
  - São apresentados os domínios referidos em literatura para que os participantes possam referir (através de um a escala de concordo/ não concordo), quais os que deveriam fazer parte da avaliação.
- Instrumentos
  - São apresentados os vários instrumentos presentes na literatura e os respondentes devem referir se os usam ou não; e se na sua opinião pode ser considerado um instrumento de avaliação psicomotora, e porquê.

## 3) Validação do Questionário

O questionário deve ser avaliado por um grupo heterogéneo de académicos, pertencentes ou alheios à área, que validem a confiabilidade, estabilidade,

consistência interavaliadores e confiabilidade das medidas de avaliação do questionário.

#### **4) Seleção dos Especialistas**

A seleção deve ser realizada com base na sua experiência e conhecimento sobre a área, devendo tratar-se de um grupo heterogéneo, com académicos e profissionais no terreno. A confidencialidade dos especialistas deve ser garantida e as respostas tratadas de forma anónima, permitindo que estes expressem as suas opiniões sem qualquer interferência externa.

Para isto, o questionário deve conter um cabeçalho de caracterização do indivíduo quanto ao género, idade, anos de licenciado, período de experiência laboral acumulado, em que contextos e idade da população alvo.

#### **5) Sessões de Questionamento**

Após a primeira ronda de respostas ao questionário, os dados recolhidos devem ser analisados, de modo a identificar tendências e áreas de entendimento ou discordância entre especialista, e mediante estes resultados, as respostas devem ser sintetizadas, para que na próxima sessão de preenchimento, os especialistas possam receber a síntese das respostas anteriores e serem convidados a realizar a sua revisão e facultar novas propostas, mediante a opinião apresentada pelos restantes inquiridos. Deve ser dada continuidade a este processo, até que seja encontrado um consenso entre respostas.

#### **6) Análise e Partilha dos Resultados**

Após a análise dos resultados, o investigador deve reunir a informação e com base no consenso final, partilhar os resultados a partir da elaboração de um artigo científico.

#### **7) Elaboração de um Inventário de Instrumentos para o PIN**

Com base na informação recolhida quanto aos instrumentos com maior validade, de acordo com os especialistas, para aplicação, deve ser elaborado um inventário com os mesmos, e disponibilizados à equipa técnica de psicomotricistas do PIN.

Para além das atividades, projeto e formações identificados anteriormente, é de referir que a estagiária se inscreveu ainda no curso intensivo sobre Dificuldades De Aprendizagem Específicas E Comorbilidades, dinamizado pela equipa técnica do Núcleo das DAE, com o intuito de aprofundar os seus conhecimentos sobre as DAE e a intervenção nas mesmas, no entanto, devido ao pouco volume de inscritos, a mesma foi cancelada.

## **Conclusão**

Na primeira aula do mestrado em Reabilitação Psicomotora a estagiária, a par dos restantes alunos, foi questionada sobre as suas motivações para o ingresso no mesmo, ao qual esta apontou como mobilizadores, a necessidade e desejo de aprofundamento de conhecimentos teóricos, mas fundamentalmente práticos, por forma a contribuir para o exercício mais consciente, atualizado e confiante da sua prática enquanto psicomotricista.

A preferência pelo PIN enquanto local de estágio teve como fatores preponderantes não só o interesse da estagiária pela intervenção psicomotora em contexto clínico com PND, mas também pelo profissionalismo e exigência conhecidos da instituição, que fazem de si, um dos maiores e mais prestigiados centros de intervenção e avaliação nas PND, área pela qual a estagiária sempre nutriu um grande interesse, em Portugal.

Ao longo do presente relatório foi descrita a experiência da estagiária na instituição e neste sentido, a título de conclusão é apresentada a sua reflexão pessoal sobre todas as vivências experienciadas ao longo deste período e os contributos que este trouxe para o seu crescimento pessoal e profissional.

Os nove meses de integração na equipa do PIN enquanto estagiária permitiram a vivência de uma experiência bastante diversificada, onde a integração em consultas de diferentes especialidades, com diferentes quadros clínicos, espectro de idades e metodologias de intervenção, possibilitou o aprofundamento de conhecimentos não só quanto às PND avaliação e intervenção nas mesmas, mas também sobre o trabalho desenvolvido nas várias áreas profissionais, e metodologias e estratégias privilegiadas face ao perfil do cliente.

O PIN procura fomentar o trabalho de equipa e troca de experiências entre técnicos, potenciado pelas reuniões clínicas e de núcleo, onde é criado um espaço destino à partilha, não só de casos, estudos e projetos de investigação, mas também de reflexões pessoais e dúvidas quanto à avaliação e intervenção, onde muitas vezes são partilhadas estratégias e pensamentos entre técnicos de diversas áreas que contribuem para novas perspetivas sobre caso. A integração da estagiária nesta equipa multidisciplinar, onde é privilegiada a comunicação, partilha e reflexão entre técnicos, revelou-se fundamental para o seu crescimento enquanto psicomotricista, pois permitiu que esta absorvesse diferentes perspetivas e conhecimentos, inerente à troca de experiências de profissionais de diferentes campos disciplinares e áreas de intervenção.

O espírito de partilha, entreajuda e reflexão é sentido não só nestas reuniões, mas também nos próprios corredores da instituição, que tantas vezes, entre sessões são espaço para expressão de emoções e pensamentos, inerentes a qualquer processo de intervenção, quer sejam estes de alegria pelas conquistas e trabalho desenvolvido, ou frustração, associados a momentos de maior angústia e questionamento, onde a escuta, compreensão e troca de estratégias, por quem frequentemente sente o mesmo com os seus processos é fundamental para que enquanto profissionais nos possamos sentir validados e acolhido. Esta relação segura, de cooperação e entreajuda, estabelecida entre a equipa técnica do PIN permite não só o seu crescimento a nível profissional, como pessoal.

Outro ponto que, na opinião da estagiária é uma mais-valia na organização da instituição, centra-se no facto de os técnicos estarem associados a núcleos específicos, de acordo com as várias problemáticas que o PIN dá resposta. Esta organização possibilita que os técnicos se possa especializar na intervenção nesse quadro clínico, através de formações ou estudo autónomo, possibilitando uma prática atualizada e baseada em evidência científica, contribuindo para a melhor e mais adequada prestação de serviços, o que, regra geral, não se verifica na grande maioria das clínicas com intervenção psicomotora, onde por vezes um único psicomotricista providencia resposta terapêutica a pessoas de diversas faixas etárias e com quadros clínicos bastante distintos, impossibilitando a sua atualização constante.

Refletindo agora sobre as suas experiências diretas enquanto psicomotricista, é de referir que observação dos processos de avaliação, se revelou uma experiência extremamente enriquecedora, pois, possibilitou a familiarização com os vários procedimentos a adotar, postura face à criança e à família, e ainda aos vários instrumentos de avaliação utilizados para o diagnóstico, o que trouxe à estagiária um conhecimento abrangente e integrado sobre os vários processos avaliativos, que facilitará no seu futuro profissional ao nível da interpretação de relatórios e comunicação com outros técnicos.

É ainda reconhecido o contributo de todos os momentos em que foi dada à estagiária a possibilidade de observação e participação em sessões de intervenção, quer de carácter individual, como grupal, contribuindo se forma direta para a sua aprendizagem e desempenho da atividade profissional, uma vez que a capacitou para a observação do detalhe, quer no comportamento da criança, como na interação desta com o técnico, família e pares, que tem um papel essencial para o estabelecimento do perfil da criança e delineamento da intervenção.

No que diz respeito à experiência da estagiária em contexto de intervenção direta com os estudos de caso e outras crianças, é de frisar que esta permitiu a compreensão da importância que uma relação terapêutica segura pode ter ao nível do desempenho da criança na sessão. Apesar de todos os casos com os quais a estagiária teve contacto apresentarem um perfil bastante diferenciado entre si, em todos eles foi possível compreender que o principal objetivo de qualquer intervenção deverá passar pelo estabelecimento de uma relação terapêutica baseada nos princípios da confiança, empatia, escuta e brincadeira, sendo esta a base para qualquer processo. Uma relação terapêutica positiva, associada a uma intervenção focada nos interesses da criança são realmente essenciais para a sua motivação, perseverança e resultados.

Ao longo deste processo, a experiência observacional da estagiária e revisão da literatura tiveram um grande impacto ao nível do estabelecimento do programa de intervenção e estratégias adotadas, procurando que estas fossem ao encontro das necessidades de cada um dos casos, potenciando o seu desenvolvimento.

A componente teórica do trabalho, direcionada para a caracterização das PND com as quais a estagiária teve maior contacto permitiu que a mesma refletisse sobre o trabalho desenvolvido no que diz respeito a planeamento, estratégias adotadas, postura da estagiária face ao cliente e à família e resultados obtidos na AI e AF, validando vários aspetos da sua intervenção e a consciencialização sobre aqueles que deveriam ter sido alvo de uma abordagem distinta.

Todos estes momentos permitiram que a estagiária colocasse em prática todos os conhecimentos adquiridos durante o seu percurso académico e profissional, não só ao nível da observação, avaliação, elaboração de planos de intervenção, estratégias utilizadas e postura em sessão, mas também a sua capacidade de adaptação e reflexão face a situações adversas. Desta forma, contribuíram para que a estagiária terminasse esta experiência como uma profissional mais atenta ao outro, reflexiva e proativa, ainda consciente das suas limitações ao nível da comunicação, quer com pais, professores ou outros técnicos, mas acima de tudo mais confiante quanto aos conhecimentos adquiridos no decorrer do seu percurso académico e profissional, e decisões tomadas em sua função.

O PIN é, e foi para a estagiária, um espaço de crescimento profissional e pessoal, onde para além de todas as ferramentas de aprendizagem que facultou, quer ao nível de possibilidade de observação e intervenção, integração numa equipa técnica e formação teórica, permitiu que esta projetasse o ambiente de trabalho ideal para o seu crescimento e bem-estar, em grande parte fruto do que teve a possibilidade de observar e vivenciar ao

longo do período de estágio na instituição. Instituição essa onde a intervenção é pautada não só pelo rigor científico e aprendizagem constante, potenciados por uma equipa que investe na sua formação e onde é realizado um grande trabalho de inter e supervisão entre núcleos, contribuindo para uma prática mais consciente e refletida, mas também pela emoção, partilha e entreajuda sentida na equipa.

De modo a finalizar este relatório, é importante frisar que, ao contrário da aluna, recém licenciada em Reabilitação Psicomotora, que em setembro de 2020 ingressou neste mestrado devido ao facto de ainda não se sentir preparada e provida de ferramentas para ingressar no mundo laboral, a psicomotricista de hoje, apesar de consciente do trabalho que ainda tem para desenvolver, termina este ciclo mais madura e confiante de si.

## Bibliografia

- Achenbach, T. M., Rescorla L. A., Dias, P., Ramalho, V., Lima, V. S., Machado, B. C. & Gonçalves, M. M. (2004). *Sistema de avaliação Empiricamente Validado (ASEBA): Um sistema integrado de avaliação com múltiplos informadores- Versão Portuguesa* [Instrumento de avaliação]. Psiquilíbrios
- Aguiar, O. & Simão, L. (2007). Psicomotricidade e sua relação com a inteligência e a emoção. *Revista científica Eletrônica de Psicologia*, 5(9), 5-14.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5TM*. 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.
- Antshel, K. M. & Barkley, R. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder. *Handbook of clinical neurology*, 174, 37–45. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64148-9.00003-X>
- Antunes, N. L., Leitão, I., Almeida, C. & Jesus, G. (2019). Perturbações do Espectro do Autismo. In N. L. Antunes (4ª Ed). *Sentidos: o grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento*, (pp 115- 218). Alfragide: Lua de Papel.
- Aragón, M. B. Q. (2012). *Psicomotricidad – Guía de evaluación e intervención* (1ª ed.). Ediciones Pirámide. ISBN: 978-84-368-2778-1
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (s.d.a.). *Psicomotricidade*. In Associação Portuguesa de Psicomotricidade. Retirado a 6 de janeiro de 2023 de <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (s.d.b.). *Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Retirado de <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.PNDf>
- Barkley, R. A. (2015a). Emotional Dysregulation Is a Core Component of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed., pp. 81-115). The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015b). Etiologies of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed., pp. 356-390). The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015c). Psychological Assessment of Children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed., pp. 455-474). The Guilford Press.

- Barros, I. M. de, & Coutinho, D. J. G. (2023). THE CONTRIBUTION OF PSYCHOMOTRICITY IN THE DEVELOPMENT OF AUTISTIC CHILDREN: A LITERATURE REVIEW. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências E Educação*, 9(5), 230–242. <https://doi.org/10.51891/rease.v9i5.9685>
- Ben-Itzhak, E., Watson, L. R. & Zachor, D. A. (2014). Cognitive ability is associated with different outcome trajectories in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(9), 2221–2229. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2091-0>
- Bentenuto, A., Bertamini, G., Perzoli, S. & Venuti, P. (2020). Changes in Developmental Trajectories of Preschool Children with Autism Spectrum Disorder during Parental Based Intensive Intervention. *Brain Sciences*, 10(289), 1-16. <https://doi.org/10.3390/brainsci10050289>
- Brickencamp, R. (2007). *d2 Teste de Atenção* [Instrumento de avaliação]. Cegoc.
- Bruininks, R. H. & Bruininks, B. D. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2)* [Instrumento de Avaliação]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t14991-000>
- Christiansen, H., Hirsch, O., Albrecht, B. & Chavanon, M. L. (2019). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Emotion Regulation Over the Life Span. *Current psychiatry reports*, 21(3), 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1003-6>
- Conners, K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised - Technical Manual* [Instrumento de avaliação]. New York: Multi-Health Systems Inc.
- Conners, C. K. (2014). *Conners' Continuous Performance Test – 3rd Edition (CPT-3) manual* [Instrumento de avaliação]. Toronto, ON: MultiHealth Systems.
- Connolly, A. J. (2007). *KeyMath-3 Diagnostic Assessment* [Instrumento de avaliação]. Pearson.
- Coo, H., Ouellette-Kuntz, H., Lam, Y. M., Brownell, M., Flavin, M. P. & Roos, L. L. (2015). The association between the interpregnancy interval and autism spectrum disorder in a Canadian cohort. *Canadian journal of public health = Revue canadienne de sante publique*, 106(2), e36–e42. <https://doi.org/10.17269/cjph.106.4667>
- Croen, L. A., Grether, J. K., Yoshida, C. K., Odouli, R. & Van de Water, J. (2005). Maternal autoimmune diseases, asthma and allergies, and childhood autism spectrum disorders: a case-control study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 159(2), 151–157. <https://doi.org/10.1001/archpedi.159.2.151>

Çak, H. T., Karaokur, R., Atasavun Uysal, S., Artık, A., Yıldız Kabak, V., Karakök, B., Şahan, N., Karaer, Y., Karabucak, B., Özusta, Ş. & Çengel Kültür, E. (2018). Motor Proficiency in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Associations with Cognitive Skills and Symptom Severity. *Turkish journal of psychiatry*, 29(2), 92–101.

Duarte, S., Frazão, A., Malheiro, S., Moreira, J., Martins, R. & Simões, C. (2015). *Grelha de Observação Comportamental (GOC)*. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/11965/4/Anexo%203.%20GOC.PNDf>

Durkin, M. S., DuBois, L. A. & Maenner, M. J. (2015). Inter-Pregnancy Intervals and the Risk of Autism Spectrum Disorder: Results of a Population-Based Study. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(7), 2056–2066. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2368-y>

Duvekot, J., van der Ende, J., Verhulst, F. C., Slappendel, G., van Daalen, E., Maras, A. & Greaves-Lord, K. (2017). Factors influencing the probability of a diagnosis of autism spectrum disorder in girls versus boys. *Autism : the international journal of research and practice*, 21(6), 646–658. <https://doi.org/10.1177/1362361316672178>

European Forum of Psychomotricity (2022). *Psychomotricity*. Retirado de: <https://psychomot.org/psychomotricity/>

Falkenbach, A. P., Diesel, D. & Oliveira, L. C. (2010). The Game of the Autistic Child in the Sessions of Relational Psychomotricity. *Brazilian Journal of Sports Science*, 31(2), 203-214.

Fernandes, M. C. C., Ciasca, S. M., Capelatto, I. V. & Salgado-Azoni, C. A. (2019). Effect of a psychomotor intervention program for children with ADHD. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 24(1), 1-11. <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190001>

Fleitlich, B., Loureiro, M. J., Fonseca, A. & Gaspar, F. (2005). *Questionário do SDQ, versão traduzida e adaptada para a população portuguesa* [Instrumento de avaliação].

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2004). Psicomotricidade: uma abordagem multidisciplinar. *A Psicomotricidade*, 3, 18-46.

Fonseca, V. (2009). Para uma teoria da perfectabilidade psicomotora: algumas implicações para a intervenção psicomotora. *A Psicomotricidade*, 12, 9-52. ISSN: 1645-748X

Fonseca, V. (2010a). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010b). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), 42-52.

Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N. & Cauraugh, J. H. (2010). Motor coordination in autism spectrum disorders: a synthesis and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 40(10), 1227–1240. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0981-3>

Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. & Kenworthy, L. (2000). *The Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Goetz, M., Schwabova, J. P., Hlavka, Z., Ptacek, R. & Surman, C. B. H. (2017). Dynamic balance in children with attention-deficit hyperactivity disorder and its relationship with cognitive functions and cerebellum. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 873-880. <https://doi.org/10.2147/NDT.S125169>

Goodman, R. (1997). "The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note." *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.

Goulardins, J. B., Marques, J. C. & Casella, E. B. (2011). Quality of life and psychomotor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 69(4), 630–635. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2011000500011>

Goulardins, J. B., Marques, J. C. & De Oliveira, J. A. (2017). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Motor Impairment. *Perceptual and motor skills*, 124(2), 425–440. <https://doi.org/10.1177/0031512517690607>

Green, E., Stroud, L., Bloomfield, S., Cronje, J., Foxcroft, C., Hurter, K., Lane, H., Marais, R., Marx, C., McAlinden, P., O'Connell, R., Paradise, R. & Venter, D. (2018). *Griffiths Mental Development Scales – 3rd Edition (Tradução: Escalas de Desenvolvimento Mental de Griffiths – 3ª Edição)* [Instrumento de avaliação]. Hogrefe.

Guardiano, M., Candeias, L., Guimarães, J., Viana, V. & Almeida, P. (2019). Perfil Neuropsicológico em Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Déficit de Atenção: Avaliação da Memória de Trabalho. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 48, 229-235. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/110120/2/242463.PNDf>

Henderson S. E. & Sugden, D. A. (1992). *Movement assessment battery for children* [Instrumento de Avaliação]. London: Psychological Corporation.

Hinshaw, S. P. & Ellison, K. (2016). *ADHD: what everyone needs to know*. (1ed.). Oxford University Press.

Hodges, H., Fealko, C. & Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S55–S65. <https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09>

Idring, S., Magnusson, C., Lundberg, M., Ek, M., Rai, D., Svensson, A. C., Dalman, C., Karlsson, H. & Lee, B. K. (2014). Parental age and the risk of autism spectrum disorders: findings from a Swedish population-based cohort. *International journal of epidemiology*, 43(1), 107–115. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt262>

Jankowski, K. F., & Pfeifer, J. H. (2021). Self-Conscious Emotion Processing in Autistic Adolescents: Over-Reliance on Learned Social Rules During Tasks with Heightened Perspective-Taking Demands May Serve as Compensatory Strategy for Less Reflexive Mentalizing. *Journal of autism and developmental disorders*, 51(10), 3514–3532. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04808-6>

Jucan, S. A., Stan, C. & Stan, C. (2021). Use of Multisensory Room in the Development of Psychomotricity in students with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Educatia 21 Journal*, 20, 47-55.

Keil, A., Daniels, J. L., Forssen, U., Hultman, C., Cnattingius, S., Söderberg, K. C., Feychting, M. & Sparen, P. (2010). Parental autoimmune diseases associated with autism spectrum disorders in offspring. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 21(6), 805–808. <https://doi.org/10.1097/EDE.0b013e3181f26e3f>

Kian, N., Samieefar, N. & Rezaei, N. (2022). Prenatal risk factors and genetic causes of ADHD in children. *World J Pediatr* 18, 308–319. <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00524-6>

Kim, H. & Suh, Y. (2016). Effect of Psychomotricity by ADHD Children on the Ego-Resilience and Social Relation Skill of Convergence. *Indian Journal of Science and Technology*, 9(26), 1-5. <https://doi.org/10.17485/ijst/2016/v9i26/97406>

Lee, B. K., Magnusson, C., Gardner, R. M., Blomström, Å., Newschaffer, C. J., Burstyn, I., Karlsson, H. & Dalman, C. (2015). Maternal hospitalization with infection during pregnancy and risk of autism spectrum disorders. *Brain, behavior, and immunity*, 44, 100–105. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2014.09.001>

Leitão, I. & Antunes, N. L. (2006). *Inventário de Síndrome de Asperger* [Instrumento de avaliação]. Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil (CADin).

- Leonard, H. C. & Hill, E. L. (2014). Review: The impact of motor development on typical and atypical social cognition and language: A systematic review. *Child and Adolescent Mental Health, 19*(3), 163–170. <https://doi.org/10.1111/camh.12055>
- Levine, M. D. & Sandler, A. D. (1996a). *Pediatric Early Elementary Examination 2 (PEEX2)* [Instrumento de avaliação]. Educators Publishing Service
- Levine, M. D. & Sandler, A. D. (1996b). *Pediatric Examination of Education Readness of Middle Childhood 2 (PEERAMID 2)* [Instrumento de avaliação]. Educators Publishing Service
- Lidstone, D. E. & Mostofsky, S. H. (2021). Moving Toward Understanding Autism: Visual-Motor Integration, Imitation, and Social Skill Development. *Pediatric neurology, 122*, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2021.06.010>
- Lima, C. B., Afonso, C., Calado, A. C., 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. Disponível em <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/1138>
- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado, 22* (2), 123-154.
- Lucas, B. R., Elliott, E. J., Coggan, S., Pinto, R. Z., Jirikowic, T., McCoy, S. W. e Latimer, J. (2016). Interventions to improve gross motor performance in children with neurodevelopmental disorders: a meta-analysis. *BMC Pediatrics, 16* (1), 193- 209. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0731-6>
- Lyall, K., Croen, L., Daniels, J., Fallin, M. D., Ladd-Acosta, C., Lee, B. K., Park, B. Y., Snyder, N. W., Schendel, D., Volk, H., Windham, G. C. & Newschaffer, C. (2017). The Changing Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual review of public health, 38*, 81–102. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044318>
- MacDonald, M., Lord, C. & Ulrich, D. A. (2014). Motor skills and calibrated autism severity in young children with autism spectrum disorder. *Adapted Physical Activity Quarterly, 31*(2), 95–105. <https://doi.org/10.1123/apaq.2013-0068>
- Mandy, W., Chilvers, R., Chowdhury, U., Salter, G., Seigal, A. & Skuse, D. (2012). Sex differences in autism spectrum disorder: evidence from a large sample of children and

adolescents. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(7), 1304–1313. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1356-0>

Mao, H., Kuo, L., Yang, A. & Su, C. (2014). Balance in children with attention deficit hyperactivity disorder-combined type. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1252–1258. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.020>

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa, Cruz Quebrada: FMH Edições.

Matos, P. P. D. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil - Conceitos gerais. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 25(6), 669–76. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10693>

Matson, M. L., Matson, J. L. & Beighley, J. S. (2011). Comorbidity of physical and motor problems in children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 32(6), 2304–2308. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.07.036>

Moradi, J., Jalali, S. & Bucci, M. P. (2020). Effects of Balance Training on Postural Control of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Iranian Journal of Pediatrics*, 30(4), e95542. <https://doi.org/10.5812/ijp.95542>

Murriss, P., Merckelbach, H., van Brackel, A. & Meyer, B. (1999). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Further evidences for its reliability and validity. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, 411-425.

Naia, A. & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.

Naglieri, J. A. & Das, J. P. (1997). *Cognitive assessment system* [Instrumento de avaliação]. Chicago: Riverside.

National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH). (s.d.). *Autism – The Nice Guideline on the Management and Support of Children and Young People on the Autism Spectrum*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Nejati, V. & Yazdani, S. (2020). Time perception in children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD): Does task matter? A meta-analysis study. *Child neuropsychology : a journal on normal and abnormal development in childhood and adolescence*, 26(7), 900–916. <https://doi.org/10.1080/09297049.2020.1712347>

Nigg, J. T., Karalunas, S. L., Gustafsson, H. C., Bhatt, P., Ryabinin, P., Mooney, M. A., Faraone, S. V., Fair, D. A. & Wilmot, B. (2019). *Evaluating chronic emotional dysregulation and irritability in relation to ADHD and depression genetic risk in children with ADHD. Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (), *jcpp.13132*–. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13132>

Nobile, E., Piedimonte, A. & Keller, R. (2018). Motor Imagery and Motor Coordination in Autism Spectrum Disorders: Similarities and Differences. *International Journal of Neurorehabilitation*, 5(2), 1–2. <https://doi.org/10.4172/2376-0281.1000310>

Nordin, A. M., Ismail, J. & Nor, N. K. (2021). *Frontiers in Pediatrics*, 9(598276). <https://doi.org/10.3389/fped.2021.598276>

Oliveira, A., Ávila, M. & Dias, M. (s.d). *Manual dos Estagiários*. PIN- Progresso Infantil. (documento não publicado).

Papadopoulos, N., McGinley, J., Tonge, B., Bradshaw, J., Saunders, K., Murphy, A. & Rinehart, N. (2012). Motor proficiency and emotional/behavioural disturbance in autism and Asperger's disorder: Another piece of the neurological puzzle? *Autism*, 16(6), 627–640. <https://doi.org/10.1177/1362361311418692>

Paquet, A., Golse, B., Girard, M., Olliac, B. & Vaivre-Douret, L. (2017). Laterality and Lateralization in Autism Spectrum Disorder, Using a Standardized Neuro-Psychomotor Assessment. *Developmental neuropsychology*, 42(1), 39–54. <https://doi.org/10.1080/87565641.2016.1274317>

Paquet, A., Olliac, B., Bouvard, M. P., Golse, B. & Vaivre-Douret, L. (2016a). The Semiology of Motor Disorders in Autism Spectrum Disorders as Highlighted from a Standardized Neuro-Psychomotor Assessment. *Frontiers in psychology*, 7, 1292. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01292>

Paquet, A., Olliac, B., Golse, B. & Vaivre-Douret, L. (2015). Current knowledge on motor disorders in children with autism spectrum disorder (ASD). *Child Neuropsychology*, 22(7), 763–794. <https://doi.org/10.1080/09297049.2015.1085501>

Paquet, A., Olliac, B., Golse, B. & Vaivre-Douret, L. (2019). Nature of motor impairments in autism spectrum disorder: A comparison with developmental coordination disorder. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 41(1), 1–14. <https://doi.org/10.1080/13803395.2018.1483486>

Pereira, A. I. & Barros, L, (2010). *Versão portuguesa do questionário de perturbações emocionais relacionadas com a ansiedade (SCARED-R): Versões para crianças e para pais*. Manuscrito não publicado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Pliszka, S. R. (2015). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed., pp. 140-168). The Guilford Press.

PIN. (2022a). *Missão e Objetivos*. In PIN. Retirado a 13 de outubro de 2022 de <https://pin.com.pt/en/missao-e-objectivos/>

PIN. (2022b). *Diagnóstico e Intervenção*. In PIN. Retirado a 13 de outubro de 2022 de <https://pin.com.pt/en/diagnostico-e-intervencao/>

PIN. (2022c). *A Equipa*. In PIN. Retirado a 13 de outubro de 2022 de <https://pin.com.pt/en/a-equipa-pin/>

PIN. (2022d). *Paço de Arcos – Sede*. In PIN. Retirado a 17 de novembro de 2022 de <https://pin.com.pt/en/paco-de-arcos-sede/>

PIN. (2022e). *Lisboa*. In PIN. Retirado a 17 de novembro de 2022 de <https://pin.com.pt/en/lisboa/>

PIN. (2022f). *Porto*. In PIN. Retirado a 17 de novembro de 2022 de <https://pin.com.pt/en/porto-fernao-magalhaes/>

PIN. (2022g). *Porto II*. In PIN. Retirado a 17 de novembro de 2022 de <https://pin.com.pt/en/porto-combatentes/>

PIN. (2023a). *Formação – PIN Academy*. In PIN. Retirado a 10 de março de 2023 de <https://pin.com.pt/en/formacao-pin-academy/~>

PIN. (2023b). *Perturbação de hiperatividade e défice de atenção*. In PIN. Retirado a 1 de agosto de 2023 de <https://pin.com.pt/perturbacao-de-hiperatividade-e-defice-de-atencao/>

PIN. (2023c). *Perturbações do Espectro do Autismo*. In PIN. Retirado a 1 de agosto de 2023 de <https://pin.com.pt/perturbacoes-do-espetro-do-autismo-pea/>

PIN. (2023d). *Dislexia e outras dificuldades de aprendizagem*. In PIN. Retirado a 1 de agosto de 2023 de <https://pin.com.pt/dislexia-e-outras-dificuldades-de-aprendizagem/>

PIN – Partners in Neuroscience. [@pin.neuroscience]. (2022a, 1 de abril). *A formação e a investigação sempre foram prioridades no PIN, desde a sua fundação. Ao longo dos últimos 10 anos* [Publicação]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/Cb0BmA9sz9V/>

PIN – Partners in Neuroscience. [@pin.neuroscience]. (2022b, 31 de março). *Em 2022 o PIN faz 10 anos! Começamos em 2012 como um centro clínico especializado em neurodesenvolvimento, mas ao longo* [Publicação]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/CbxAydysM9a/>

PIN – Partners in Neuroscience. [@pin.neuroscience]. (2022a, 1 de abril). *O valor do trabalho para a saúde mental é indebatível mas sabemos que o stress psicossocial resultante do exercício de uma* [Publicação]. Instagram. <https://www.instagram.com/p/Cb0SFv7s2kw/>

Probst, M. (2017). Psychomotor Therapy for Patients with Severe Mental Health Disorders. In *Occupational Therapy - Occupation Focused Holistic Practice in Rehabilitation*. InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.68315>

Probst, M., Knapen, J., Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105- 113.

Renzo, M., Di, Castelbianco, F. B. di, Vanadia, E., Racinaro, L. & Rea, M. (2017). The psychomotor profile in children with autistic spectrum disorders: Clinical assessments and implications for therapy. *Autism-Open Access*, 07(03). <https://doi.org/10.4172/2165-7890.1000209>

Rey, A. (1998). *Teste de cópia de figuras complexas* [Instrumento de avaliação]. Lisboa: Cegoc.

Roberts, W., Milich, R. & Barkley, R. A. (2015). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Subtyping, and Prevalence of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed., pp. 51-80). The Guilford Press.

Rocha, A. M. & Coelho; M. H. (1988). *Manual do teste de cópia de figuras complexas: André Rey*. Lisboa: CEGOC-TEA, Lda.

Rodrigues, A. (2003). *Contributos para a avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção – Estudo de standardização e Propriedades Psicométricas das Forças Reduzidas das Escalas de Conners Revistas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo* (Tese de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação - não publicada). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa

Rodrigues, A., Leitão, A., Ernst, L., Correia, C. & Maia, T. (2015). ICAFE – C Inventário comportamental de avaliação das funções executivas em crianças – versão para pais. Faculdade Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa.

Rodrigues, A., Pereira, L., Teixeira, I. & Aires, P. (2008). ICAFE – C Inventário comportamental de avaliação das funções executivas em crianças – versão para professores.

Rommelse, N. N., Geurts, H. M., Franke, B., Buitelaar, J. K. & Hartman, C. A. (2011). A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 35(6), 1363–1396. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2011.02.015>

Rutter, M., LeCouteur, A. & Lord, C. (2003). *Autism Diagnostic Interview – Revised (Entrevista para o Diagnóstico de Autismo – Edição Revista)* [Instrumento de avaliação]. tea.

Rutter, M., Lord, C., DiLavore, P. C., Gotham, K., Bishop, S. L., Risi, S., Luyster, R. J. & Guthrie, W. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule – 2 (Tradução: Escala de Observação para o Diagnóstico do Autismo – 2ª Edição)* [Instrumento de avaliação]. Hogrefe.

Santos, É. C. F. & Mélo, T. R. (2018). Caracterização Psicomotora de Criança Autista pela Escala de Desenvolvimento Motor. *Divers@ - Revista Eletronica Interdisciplinar*, 11(1), 50-58. <https://doi.org/10.5380/diver.v11i1.61270>

Sáenz, A. A., Villemonteix, T., Schuerbeek, P. V., Baijot, S., Septier, M., Defresne, P., Delvenne, V., Passeri, G., Raeymaekers, H., Victoor, L., Willaye, E., Peigneux, P., Deconinck, N. & Massat, I. (2021). Motor Abnormalities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Autism Spectrum Disorder Are Associated With Regional Grey Matter Volumes. *Frontiers in neurology*, 12, 666980. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.666980>

Sánchez, P. A., Martínez, M. R. & Peñalver, I. V. (2008). *La psicomotricidad en la escuela: una práctica preventiva y educativa*. (2.ª ed.). Ediciones Aljibe. ISBN: 9788497004619

Shorer, Z., Becker, B., Jacobi-Polishook, T., Oddsson, L. & Melzer, I. (2012). Postural control among children with and without attention deficit hyperactivity disorder in single and dual conditions. *European Journal of Pediatrics*, 171(7), 1087–1094. <https://doi.org/10.1007/s00431-012-1695-7>

Simões, M., Albuquerque, C., Pinho, M., Vilar, M., Pereira, M., Lopes, A., Santos, M., Alberto, I., Lopes, C., Martins, C. & Moura, O. (2016). *BANC: Bateria de Avaliação Neuropsicológica de Coimbra- Manual Técnico* [Instrumento de avaliação]. Cegoc.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. & Balla, D. A. (2005). *Vineland II - Vineland Adaptive Behavior Scales, 2nd Edition (Tradução: Vineland II – Escalas de Comportamento Adaptativo de Vineland – 2ª edição)* [Instrumento de avaliação]. Pearson.

Steinbrenner, J. R., Hume, K., Odom, S. L., Morin, K. L., Nowell, S. W., Tomaszewski, B., . . . Savage, M. N. (2020). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism. Chapel Hill: The University of North Carolina, Frank Porter Graham Child Development Institute, National Clearinghouse on Autism Evidence and Practice Review Team.

Stins, J. F., Emck, C., de Vries, E. M., Doop, S. & Beek, P. J. (2015). Attentional and sensory contributions to postural sway in children with autism spectrum disorder. *Gait and Posture*, 42(2), 199–203. <https://doi.org/10.1016/j.gaitpost.2015.05.010>

Thapar, A., Cooper, M. & Rutter, M. (2017). Neurodevelopmental disorders. *The lancet. Psychiatry*, 4(4), 339–346. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30376-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30376-5)

Volkmar, F., Siegel, M., Woodbury-Smith, M., King, B., McCracken, J. & State, M. (2014). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(2), 237-257. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013>

Wang, C., Geng, H., Liu, W. & Zhang, G. (2017). Prenatal, perinatal, and postnatal factors associated with autism: A meta-analysis. *Medicine*, 96(18), e6696. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006696>

Wechsler, D. (2003). *WISC- III - Wechsler Intelligence Scale for Children – 3rd Edition (Tradução: WISC III – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – 3ª edição)* [Instrumento de avaliação]. Cegoc.

Wechsler, D. (2008). *WAIS-III: Manual da Escala de Inteligência de Wechsler para Adultos – 3ª Edição* [Instrumento de avaliação]. Cegoc.

Wender, P. H. & Tomb, D. A. (2017). *ADHD: A Guide to Understanding Symptoms, Causes, Diagnosis, Treatment, and Changes Over Time in Children, Adolescents and Adults*. (5ed.). Oxford University Press.

Weyandt, L. L. & Gudmundsdottir, B., G. (2015). Developmental and Neuropsychological Deficits in Children with ADHD. In R. A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4 ed., pp. 116-139). The Guilford Press.

Zerbo, O., Qian, Y., Yoshida, C., Grether, J. K., Van de Water, J. & Croen, L. A. (2015a). Maternal Infection During Pregnancy and Autism Spectrum Disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(12), 4015–4025. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-2016-3>

Zerbo, O., Yoshida, C., Gunderson, E. P., Dorward, K. & Croen, L. A. (2015b). Interpregnancy Interval and Risk of Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 136(4), 651–657. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1099>

## Anexos

### Anexo A – Jogo de Tabuleiro de Promoção de competências pessoais e sociais



## Anexo B – Exemplo Plano de Sessão A.

Tabela 23- Planeamento de Sessão A.

<p><b>Instituição:</b> PIN – em todas as fases da vida  <b>Nome:</b> A.      <b>Duração:</b> 50 minutos                      A sessão foi iDAElizada para ser realizada em dinâmica de grupo (A., Inês e Mariana)</p>					
Descrição da Atividade	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Material	Duração	Estratégias
<p><b>Exploração e Diálogo inicial</b></p> <p>São dados 2 minutos para o A. explorar o espaço e os materiais. Depois dos 2 minutos chegarem ao fim e o A. arrumar os materiais desarrumados, regressa à secretária. Aqui são explicados os diferentes momentos da sessão.</p>	<p>Melhorar a capacidade de escuta do outro;                      Melhorar a capacidade de autocontrolo comportamental.</p>	<p>Escutar ativamente a técnica, respeitando os tempos de espera;                      Ser capaz de ajustar o seu comportamento ao ambiente e às suas regras.</p>	<p>Cronometro;                      Folha com o plano da sessão.</p>	<p>3'</p>	<p>Utilização de um cronometro;                      Pista visual para a organização (plano de sessão).</p>
<p><b>Novidades</b></p> <p>Uma folha de papel é dividida em duas secções, reservando um espaço para as novidades positivas da semana e outro para as menos positivas.</p>	<p>Promover a interação social;                      Promover a reflexão sobre acontecimentos marcantes.</p>	<p>O A. deve ser capaz de falar sobre vários acontecimentos importantes durante a sua semana, positivos e menos positivos;                      Refletir sobre a forma como determinados acontecimentos o fizeram sentir.</p>	<p>Folha de papel; Caneta.</p>	<p>3'</p>	<p>Questionamento.</p>
<p><b>Alfabeto</b></p> <p>O A. deve escrever numa folha todas as letras que se recorda. De seguida, o abecedário deve ser analisado letra a letra, de modo a compreender o som que tem cada uma das letras.</p>	<p>Conhecer o alfabeto e os grafemas;</p>	<p>Identificar e nomear as letras do abecedário;                      Nomear a totalidade das letras do abecedário;                      Identificar e reproduzir as letras do alfabeto;                      Ser capaz de pronunciar os segmentos fonológicos associados a cada letra.</p>	<p>Folha de papel; Caneta.</p>	<p>5'</p>	<p>Feedback;                      Questionamento.</p>

Tabela 23 (cont.) - Planejamento de Sessão A.

<p><b>Caça ao tesouro</b></p> <p>O A. deverá começar por desenhar o croqui da sala numa folha. De seguida, a estagiária identificará no croqui elaborado os locais onde foram previamente escondidas as imagens a utilizar na atividade seguinte. Seguindo o mapa e as suas pistas, o A. deverá traçar o percurso que deseja percorrer para encontrar as 13 imagens, tendo em conta que só pode passar uma vez por cada local.</p>	<p>Melhorar o planeamento motor; Promover a organização espacial.</p>	<p>Desenhar de forma precisa, de modo a incluir os diferentes elementos da sala; Respeitar as distâncias entre objetos, de modo a reproduzir da forma mais fiel possível, a organização da sala; Deslocar-se a partir do percurso desenhado, respeitando a ordem estabelecida.</p>	<p>Folha de papel; Caneta; Imagens de objetos.</p>	<p>6'</p>	<p>Questionamento; Feedback; Demonstração.</p>
<p><b>Palavras Cruzadas</b></p> <p>Num mapa de palavras cruzadas previamente elaborado, são ainda apresentadas imagens ilustrativas de cada palavra. Assim, o A. deverá nomear o objeto presente na imagem e associá-lo ao espaço destinado à mesma palavra no mapa.</p>	<p>Desenvolver a consciência fonémica;</p>	<p>O A. deverá conseguir escrever a palavra associada a cada uma das imagens; Associar o fonema ao respetivo grafema.</p>	<p>Mapa de palavras cruzadas com imagens ilustrativas de cada uma das palavras;</p>	<p>15'</p>	<p>Pistas visuais (imagens ilustrativas de cada uma das palavras presentes nas palavras cruzadas); Pistas verbais; Feedback; Se demonstrar muitas dificuldades serão apresentadas com as letras utilizadas para a escrita de cada uma das palavras;  Divisão silábica da palavra presente nas imagens, com o intuito de fragmentá-la.</p>
<p><b>Adivinha a emoção</b></p> <p>Os cartões com as diferentes emoções são colocados sobre a mesa, de modo a ficarem com a representação das emoções virada para baixo. Alternadamente, cada participante retira uma carta, sem ver, e coloca no apoio que terá na testa. De seguida lança o dado, que irá ditar a forma como os restantes jogadores terão de representar a emoção (desenho, mimica, situação). Quando o participante adivinha a emoção passa a vez a outro jogador.</p>	<p>Promover a autorreflexão; Melhorar a capacidade de identificação de emoções em si e no outro; Promover a capacidade de expressão emocional e de pensamentos.</p>	<p>O A. deverá ser capaz de identificar diferentes emoções e associa-las a expressões faciais, corporais e comportamentos; Ser capaz de identificar e expressar os diferentes estados emocionais corporal e verbalmente; Deverá conseguir falar sobre situações que o fizeram sentir determinada emoção; O A. deverá conseguir expressar-se verbalmente de forma organizada; Ser capaz de esperar, parar, pensar antes de agir ou falar.</p>	<p>Cartões com emoções representadas; Apoio de cabeça; Dado com a forma de expressão.</p>	<p>15'</p>	<p>Questionamento; Feedback.</p>

Tabela 23 (cont.) - Planeamento de Sessão A

<p><b>Retorno à calma</b></p> <p>Em decúbito dorsal, a técnica exerce algumas técnicas de mobilização de segmentos corporais e de consciencialização corporal. De seguida, existe uma inversão de papéis e o A. reproduz as mesmas técnicas.</p>	<p>Promover o retorno ao estado de calma; Melhorar o controlo respiratório.</p>	<p>O A. deverá ser capaz de aceder ao estado de passividade; Controlar ativamente a sua respiração; Permanecer na atividade, procurando atingir o estado de relaxamento.</p>	<p>Bola; Pincel; Telemóvel.</p>	<p>3'</p>	<p>Reprodução das técnicas utilizadas no outro; Utilização de uma música do interesse do A..</p>
--	---	--	---	-----------	--

## Anexo C- Exemplo Plano de Sessão N.

Tabela 24- Planejamento de Sessão N

Nome: N. Duração: 50 minutos Data de aplicação: 09/02/2022					
Descrição da Atividade	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Material	Duração	Estratégias
<p><b>Diálogo Inicial</b></p> <p>São colocadas questões sobre a semana, quais têm sido as atividades realizadas e como a N. se tem sentido.</p> <p>Questionar sobre a sessão anterior, atividades dinamizadas e organização da sessão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Melhorar a comunicação verbal;</li> <li>-Estimular a memória a longo prazo.</li> </ul>	<p>A N. deve ser capaz de falar sobre vários acontecimentos importantes durante a sua semana, positivos e menos positivos;</p> <p>Refletir sobre a forma como determinados acontecimentos a fizeram sentir;</p> <p>Organizar no tempo as atividades da sessão anterior.</p>	/	5'	Questionamento; Feedback verbal;
<p><b>Bingo sonoro memorização</b></p> <p>São reproduzidos diversos sons, de animais e objetos do quotidiano. Os sons são reproduzidos em sequência, devendo ser marcados num cartão com as imagens correspondentes, pela ordem de reprodução.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estimular a memória auditiva de curto prazo;</li> <li>-Melhorar a atenção sustentada.</li> </ul>	<p>A N. deve ser capaz de memorizar a sequência de sons apresentada e reproduzi-la no cartão;</p>	Cartões bingo, feijões e áudio com ordem de sons	15'	Questionamento; Repetição; Demonstração; Feedback.
<p><b>Jogo do semáforo</b></p> <p>São apresentados alternadamente cartões de diferentes cores, sendo que cada um deles corresponde uma ordem. Se o cartão apresentado for verde, a N. deve dar um passo em direção à estagiária, se o cartão for vermelho, deve adotar a posição de estátua, e se for amarelo deve repetir a instrução ilustrada pelo cartão anterior.</p> <p>De seguida, existe uma troca de papeis e passa a ser a N. a mostrar os cartões.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a memória de trabalho;</li> <li>-Melhorar o controlo inibitório;</li> <li>-Melhorar o planeamento motor;</li> <li>-Estimular a atenção sustentada.</li> </ul>	<p>Memorizar as instruções associadas a cada uma das cores apresentadas;</p> <p>Melhorar a capacidade de controlo inibitório;</p>	Cartões de diferentes cores: vermelho, amarelo e verde	5'	Questionamento; Demonstração; Repetição da instrução inicial; Feedback; Complexificação.

Tabela 24 (cont.) - Planejamento de Sessão N

<p><b>Memória motora</b> Posicionadas frente a frente, a estagiária começa por criar uma sequência de movimentos. Quando terminada a sequência, a N. terá de a reproduzir.</p>	<p>-Promover a memória de trabalho; -Melhorar o planeamento motor.</p>	<p>Memorizar a sequência de movimentos; Ser capaz de reproduzir a sequência de movimentos apresentada.</p>	/	5'	<p>-Complexificação; -Feedback; -Repetição da sequência.</p>
<p><b>Atividade livre</b></p>	<p>- Incentivar o poder de decisão;</p>	/	/	15'	/

## **Anexo D – Consentimento Informado**

### **Consentimento Informado**

No âmbito do estágio curricular enquadrado no Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, foi proposta a realização de um estudo de caso.

Este estudo contará com a aplicação de uma Checklist desenvolvida com base em diversos instrumentos de avaliação, nomeadamente a Bateria Psicomotora (Fonseca, 1975), Movement ABC – Assessment Battery for Children (Henderson & Sugden, 2009), Teste de Proficiência Motora de Bruininks – Oseretsky (Bruininks & Bruininks, 2005), Body Skills (Werder & Bruininsky, 1988), Grelha de Observação do Comportamento (Duarte, Frazão, Malheiro, Moreira, Martins & Simões, 2015). Esta Checklist será aplicada no início e fim da intervenção, com o intuito de traçar o perfil intraindividual do ..... , e compreender a evolução do mesmo perante a intervenção da estagiária.

Assim, venho solicitar a sua autorização para colocar a informação sobre o .... no meu relatório de estágio, nomeadamente os resultados da avaliação, o plano de intervenção, resultados e reflexões.

De referir, que o estudo de caso não representa qualquer tipo de risco para a integridade a nível físico ou psicológico do participante. O anonimato e a confidencialidade dos dados do participante bem como dos resultados obtidos são assegurados, podendo apenas ser utilizados para fins académicos, ficando disponível no repositório de teses da faculdade.

De modo a completar a intervenção em questão e conseguir acompanhar mais facilmente a evolução do ....., solicito ainda a sua autorização para a recolha de fotografias e vídeos das sessões, sendo que também este material servirá apenas para fins académicos.

Agradeço desde já a sua colaboração, estando disponível para qualquer informação ou esclarecimento.

Os melhores cumprimentos,

A estagiária: \_\_\_\_\_

A orientadora académica (Professora Doutora Ana Rodrigues):

\_\_\_\_\_

A orientadora local (Dra. Rita Ávila): \_\_\_\_\_

# DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

## Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

Eu, abaixo-assinado, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro ter compreendido a explicação que me foi fornecida acerca do estudo de caso que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta adequada. Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recorrer a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por isso, autorizo a realização do estudo de caso com o meu educando, bem como a utilização de vídeo/fotografias.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do encarregado de educação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

Eu, \_\_\_\_\_, encarregado(a) de educação de \_\_\_\_\_ autorizo a recolha de fotografias/vídeos para fins académicos.

Oeiras, \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

## **Anexo E – Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais**

### **Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais**

A Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais (GOCP), consiste num instrumento de avaliação informal que procura avaliar as competências a nível psicomotor e comportamental. É constituído por três domínios distintos, sendo eles, as competências psicomotoras, o comportamento e desempenho na sessão, e relação.

#### *Suporte teórico*

Esta grelha é inspirada em instrumentos como a Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010), o Movement ABC – Assessment Battery for Children (Henderson & Sudgen, 1992 traduzido por S. Santos & P. Morato), o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky – 2ª edição (Bruininks & Bruininks, 2005 traduzido e adaptado por C. Duarte, J. Carvalho, A. Rodrigues & P. Morato) e a Grelha de Observação Comportamental (GOC; Duarte et al., 2015).

#### *Condições de aplicação*

A aplicação da GOCP deve ocorrer num espaço amplo, com uma boa luminosidade e temperatura amena. É importante que este espaço esteja livre de ruídos e possíveis elementos distrateis que interfiram com o desempenho da criança. Os materiais necessários à aplicação da grelha, que serão apresentados de seguida, devem estar presentes na sala, sugerindo-se que os mesmos sejam arrumados imediatamente após a sua utilização.

#### *Material necessário*

Na aplicação da GOCP, apenas a avaliação do domínio de competências psicomotoras pressupõe a utilização de materiais específicos, pelo que o avaliador deve dispor dos materiais apresentados na tabela 25.

Tabela 25 - Material necessário para a aplicação da GOCP

Fita adesiva colorida	Cadeira
Folhas lisas	Lápis vermelho
Canetas coloridas	2 labirintos impressos
Fósforos	Tesoura

Tabela 25 (cont.) - Material necessário para a aplicação da GOCPC

Pandeireta	Modelo estrela para recorte
Bola de ténis	Fita métrica
Alvo circular	Cronómetro
Bolas para o lançamento ao alvo, de plástico involucras em velcro	Folhas de registo
Mesa	

### *Sistemas de cotação*

A GOCPC apresenta dois sistemas de cotação distintos, sendo que ambos consistem numa escala numérica crescente a diferir entre 1 e 4. Na área de **competências psicomotoras**, a cotação de 1, a mais baixa, está associada a uma realização imperfeita, descoordenada e incompleta. A cotação 2 deve ser atribuída quando são percecionadas dificuldades evidentes de controlo na realização da tarefa. Deve ser atribuída a cotação 3 quando a execução da tarefa é controlada e adequada. A cotação mais alta, 4, é atribuída quando a prova é realizada com um bom controlo e de forma harmoniosa (Fonseca, 2010). É de referir, no entanto, que cada prova aplicada apresenta critérios de execução próprios, delineados pelo autor. Cada prova de cariz psicomotor será avaliada com base nos critérios individuais estabelecidos, que poderão ser consultados no manual no seu instrumento de origem, a BPM (Fonseca, 2010).

Nos domínios de **comportamento e desempenho na sessão** e de **relação**, o sistema de cotação utilizado será também idêntico ao empregue no instrumento de origem, a GOC, recorrendo para isso a uma escala de frequência de manifestação de comportamentos, que varia também entre 1 e 4. A cotação 1 corresponde a “Nunca/Quase Nunca”, o 2 a “Poucas Vezes”, o 3 a “Muitas Vezes” e o 4 a “Sempre/Quase Sempre”.

A grelha dispõe ainda de uma coluna destinada a observações, onde deverão ser indicadas todas as especificidades que sejam pertinentes ou que completem a cotação atribuída.

De mencionar ainda que a GOCPC é um instrumento de avaliação com referência a critério, pelo que permite que os resultados obtidos no início e pós intervenção sejam comparados.

## *Guia para a aplicação da GOCPC*

Subdomínio: **Equilibração**

Tarefa: **Apoio Unipodal**

Objetivo: Avaliar a habilidade de equilíbrio estático em apoio unipodal

Material: Cronómetro

Procedimento: A criança deve apoiar-se apenas sobre um pé, fletindo a perna contrária num ângulo de aproximadamente 90°. Deve manter esta postura, com as mãos nos quadris e olhos fechados, durante de 20 segundos.

Cotação:

4, se é capaz de manter o equilíbrio estático durante os 20 segundos propostos, sem abrir os olhos, permitindo-se ajustes posturais quase impercetíveis;

3, se, sem abrir os olhos, consegue manter o equilíbrio entre 15 a 20 segundos, apresentando ligeiros ajustes posturais, gesticulações ou movimentos faciais;

2, se consegue manter o equilíbrio entre 10 a 15 segundos sem abrir os olhos, apresentando frequentes movimentos compensatórios associados;

1, se a criança não consegue manter o equilíbrio por mais de 10 segundos sem abrir os olhos, constantes reequilibrações, quedas, movimentos de compensação das mãos contínuos ou não consegue realizar a prova.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 152)

Tarefa: **Deslocamento com saltos a pés juntos (frente e trás)**

Objetivo: Avaliar a capacidade de manutenção de equilíbrio em situações de movimento

Procedimento: A criança deverá percorrer a distância de 3 metros, com as mãos nos quadris, em saltos a pés juntos, primeiro para a frente e de seguida para trás.

Cotação:

4, “se a criança realiza os saltos facilmente, sem reequilibrações nem desvios de direção, evidenciando um controlo dinâmico perfeito, rítmico e preciso”.

3, “se a criança realiza os saltos com ligeiras reequilibrações e pequenos desvios de direção, sem demonstrar sinais disfuncionais, revelando um controlo dinâmico adequado”;

2, “se a criança realiza os saltos com dismetrias, reequilibrações das mãos, desvios direcionais, alterações de amplitude, irregularidade rítmica, sincinesias, hipotonia generalizada, etc.”;

1, “se a criança não completa os saltos na distância, revelando insegurança gravitacional; frequentes sincinesias; reequilibrações bruscas, rápidas e descontroladas; excessivos movimentos associados; sinais óbvios de disfunção vestibular e cerebelosa, etc.”;

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 155)

Subdomínio: **Noção do corpo**

Tarefa: Sentido cinestésico

Objetivo: Avaliar o nível de conhecimento e integração cinestésica que a criança possui sobre o seu corpo

Procedimento: A criança deverá encontrar-se de pé, com os olhos fechados. O observador deverá tocar em vários pontos do corpo da criança (“testa, boca/lábios, olho direito, orelha esquerda, nuca/pescoço, ombro esquerdo, cotovelo direito, joelho esquerdo, pé direito, pé esquerdo, mão esquerda, polegar, indicador, médio, anelar e mindinho”), que a mesma terá de identificar, verbalizando respetivo nome.

Cotação:

4, “se a criança nomeia corretamente todos os pontos tácteis da prova sem evidenciar sinais difusos; realização perfeita, precisa e com facilidade de controlo”

3, “se a criança nomeia corretamente doze pontos tácteis, evidenciando ligeiros sinais difusos;”

2. “se a criança nomeia quatro a oito dos pontos tácteis, evidenciando sinais difusos óbvios (abre os olhos, verbaliza intensamente, tiques, gesticulações, instabilidade, defensividade táctil, disgnosia digital, etc.);”

1. “se a criança nomeia apenas de quatro a oito pontos tácteis, com sinais vestibulares bem marcados a demonstrar desintegração somatognósica, confusão cinestésica geral ou agnosia digital.”

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 181)

Tarefa: Reconhecimento (d-e)

Objetivo: Avaliar o poder discriminativo e verbalizado que a criança possui do seu corpo, inclusive a lateralização simbólica (reconhecimento da direita e esquerda);

Procedimento: O observador dá diferentes instruções verbais, às quais a criança deverá responder a nível motor, executando o solicitado. As instruções verbais são:

- a) "Mostra-me a tua mão direita";
- b) "Mostra-me o teu olho esquerdo";
- c) "Mostra-me o teu pé direito";
- d) "Mostra-me a tua mão esquerda";
- e) "Cruza a tua perna direita por cima do teu joelho esquerdo"
- f) "Toca na tua orelha esquerda com a tua mão direita"
- g) "Aponta o meu olho direito com a tua mão esquerda"
- h) "Aponta a minha orelha esquerda com a tua mão direita"

Cotação:

4, se a criança executa as oito instruções de forma correta;

3, se a criança realiza seis, das tarefas propostas demonstrando ligeiras hesitações;

2, se a criança realiza quatro, demonstrando uma constante hesitação;

1, se a criança realiza uma das tarefas, ou duas ao acaso, revelando uma denotada confusão na identificação e localização dos segmentos corporais solicitados.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 183)

Tarefa: Autoimagem

Objetivo: Avaliar a função propriocetiva da criança

Procedimento: A criança deve encontrar-se na posição bípede, com os olhos fechados, com os braços em extensão lateral e as mãos fletidas com os indicadores em extensão. A criança deve executar um movimento de flexão do braço, de modo a que as pontas dos seus indicadores possam tocar na ponta do próprio nariz, devendo repetir este movimento duas vezes com cada mão, alternadamente. Antes da prova, o observador deve executar a tarefa, de modo a que a criança possa compreender o local exato do seu nariz onde deverá tocar com os seus indicadores

Cotação:

4, se a criança toca com o seu indicador quatro vezes precisamente na ponta do nariz, com um movimento preciso;

3, se a criança, apesar de manter o movimento controlado e adequado à tarefa, falha uma ou duas vezes ao nível de precisão, não conseguindo colocar o indicador na ponta do seu nariz;

2, se a criança acerta uma ou duas vezes - em cima ou em baixo, à esquerda ou à direita, da ponta do nariz - com movimentos dismétricos e hipercontrolados, revelando ligeiros sinais discrepantes em termos de lateralização;

1, se a criança não acerta, ou se acerta apenas uma vez na ponta do nariz, apresentando desvios significativos para cima ou para baixo, para a esquerda ou para a direita - com movimentos pouco controlados e oscilações na fase final.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 184)

Tarefa: Imitação de gestos

Objetivo: Avaliar a capacidade de receção, análise, reserva e reprodução motora através da cópia gestual bilateral.

Procedimento: O avaliador deve pedir à criança para esta se manter de pé, em frente ao mesmo, e que observe e reproduza os gestos que este vai realizar.



Figura 2- Gestos bilaterais a reproduzir pelo avaliador e criança

Cotação:

4, se a criança executa a reprodução das quatro imagens de forma correta, precisa e de forma coordenada;

3, se reproduz três das quatro figuras de forma aproximada, revelando apenas ligeiras distorções no que diz respeito à forma, proporção e ângulos;

2, se a criança reproduz apenas duas imagens, com diferenças ao nível de forma, proporção e ângulos. São percebidas alterações na sequência e alguma descoordenação bilateral;

1, se a criança não realiza nenhuma das reproduções, ou uma das quatro, ainda que com alterações perceptivas, dismetrias e até tremores.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 186)

Tarefa: Desenho do corpo

Objetivo: Avaliar a representação do corpo vivido da criança e o nível de consciencialização corporal que a mesma possui

Procedimento: O avaliador começa por solicitar à criança que desenhe o seu corpo o melhor que sabe, sendo que a prova deve ser realizada numa folha lisa e prover à criança o tempo necessário para a realização da mesma.

Cotação:

4, se o desenho elaborado pela criança apresenta uma boa proporção, é rico em pormenores anatómicos, se encontra organizado em termos espaciais e dentro do espectável para a sua idade

3, se o desenho realizado está completo, organizado, com pormenores a nível facial e extremidade, podendo apresentar ligeiras deformidades;

2, se a criança realiza um desenho com alterações significativas ao nível do tamanho, revelando-se exageradamente grande ou pequeno. Apresenta poucos pormenores anatómicos e parece desorganizado em termos de formas e proporções;

1, se a criança não conclui a tarefa, ou se elabora um desenho muito desorganizado, praticamente inidentificável.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 187)

Subdomínio: **Estruturação Espaço Temporal**

Tarefa: Estruturação dinâmica

Objetivo: Avaliar a capacidade de memorização sequencial visual a curto prazo

Procedimento: O avaliador sugere à criança que esta observe durante 3, 4 ou 5 segundos, mediamente o número de fósforos presente na estrutura sequencial apresentada pelo avaliador. De seguida esta deve procurar reproduzir da forma mais precisa possível, as mesmas sequências.

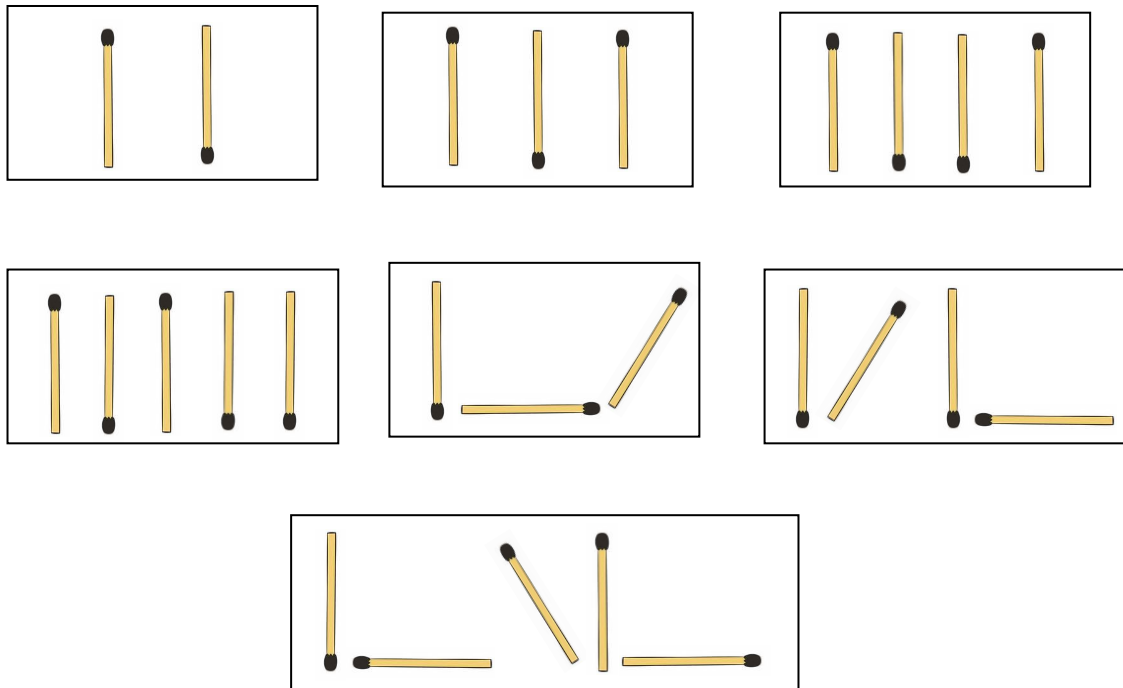


Figura 3 - Estruturas sequenciais de fósforos (Adaptadas de Fonseca, 2010)

Cotação:

- 4, se a criança com idade superior aos 6 anos reproduz as seis tarefas com exatidão;
- 3, se a criança com idade superior aos 6 anos realiza adequadamente quatro das seis tarefas;
- 2, se a criança reproduz três das seqüências, revelando problemas nos processos de memorização e sequencialização visuo-espacial;
- 1, se a criança realiza duas das tarefas, manifestando dificuldades relevantes a nível gnósico e práxico.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 203)

Tarefa: Representação topográfica

Objetivo: Avaliar a capacidade de organização espacial e capacidade de interiorização e realização de uma trajetória espacial.

Procedimento: A deverá, em conjunto com o observador, elaborar o croqui da sala onde é aplicada a atividade, reproduzindo da forma mais precisa possível as suas proporções e a localização do mobiliário, que deve ser devidamente identificado com números. De

seguida, o observador deve desejar um trajeto no desenho, solicitando de seguida à criança a sua realização motora.

Cotação:

4, se a criança reproduz o percurso delineado de forma precisa e bem orientada, sem manifestar qualquer sinal de desorientação ou hesitações;

3, se o percurso é realizado pela criança de forma adequada, revelando, no entanto, algumas hesitações, desorientações espaciais ou interrupções;

2, se são observáveis várias interrupções, momentos de hesitação e desorientação em termos espaciais e direcionais evidentes;

1, se a criança não é capaz de realizar o percurso.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 204)

Tarefa: Estruturação rítmica

Objetivo: Avaliar a capacidade de memorização e reprodução motora de estruturas rítmicas

Procedimento: O observador sugere à criança que ouça atentamente a sequência de batimentos que este irá realizar, para que em seguida os possa reproduzir de forma precisa no que diz respeito à estrutura e número de batimentos.

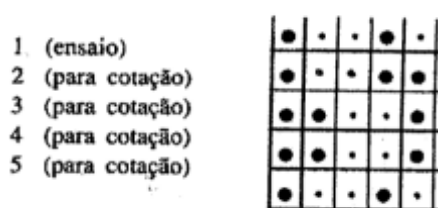


Figura 4- Estruturas rítmicas para reprodução (Adaptadas de Fonseca, 2010)

Cotação:

4, se a criança é capaz de reproduzir de forma precisa todas as estruturas, com composição rítmica e correto número de batimentos;

3, se reproduz quatro das cinco sequências rítmicas, de forma precisa, porém, com algumas hesitações;

2, se é capaz de reproduzir corretamente três das cinco estruturas, apresentando alguns inversões e alterações de ordem;

1, se realiza duas das cinco sequências, ou não é capaz de reproduzir qualquer uma.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 206)

Subdomínio: **Praxia Global**

Tarefa: Coordenação oculo-manual

Objetivo: Avaliar a capacidade de coordenar os movimentos dos membros superiores considerando as orientações perceptivo-visuais.

Procedimento: O observador deve começar por organizar o espaço de acordo com a tarefa, dispondo um alvo circular numa parede desimpedida, e solicitar à criança que se coloque na sua posição, aproximadamente a 2 metros do alvo. De seguida, é sugerido à criança que, partindo da posição bípede, lance as bolas de plástico involucras em velcro, ao alvo.

Cotação:

4, se a criança conseguir acertar em três ou os quatro lançamentos possíveis, demonstrando um excelente planeamento motor e autocontrolo;

3, se conseguir acertar em dois dos quatro lançamentos possíveis, demonstrando um planeamento motor e autocontrolo visuomotor eficazes;

2, se a criança apenas encestar um dos quatro lançamentos, evidenciando “dispraxias, distonias, disquinesias e discromias”;

1, se a criança não for capaz de encestar em qualquer das tentativas, mostrando claras “dispraxias, distonias, disquinesias e discromias, bem como sincinesias, reequilibrações e desorganização espaciotemporal”.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 216)

Tarefa: Coordenação oculo-podal

Objetivo: Avaliar a capacidade de coordenar os movimentos dos membros inferiores considerando as orientações perceptivo-visuais.

Procedimento: O observador deve começar por organizar o espaço de acordo com a tarefa, dispondo uma cadeira a 2 metros e 50 centímetros de distância do local do lançamento onde se encontrará a criança. De seguida, é sugerido à criança que, partindo da posição bípede, pontapeie uma bola de ténis de modo a que esta passe entre as duas pernas da cadeira.

Cotação:

4, se a criança conseguir fazer a bola passar entre as pernas da cadeira em três ou nas quatro tentativas demonstrando um excelente planeamento motor e autocontrolo;

3, se conseguir fazer a bola passar entre as pernas da cadeira em dois dos quatro pontapeamentos possíveis, demonstrando um planeamento motor e autocontrolo visuomotor eficazes;

2, se a criança apenas acertar na área alvo em um dos quatro pontapeamentos, evidenciando “dispraxias, distonias, disquinesias e discromias”;

1, se a criança não for capaz de fazer a bola passar entre as pernas da cadeira em qualquer das tentativas, mostrando claras “dispraxias, distonias, disquinesias e discromias, bem como sincinesias, reequilibrações e desorganização espaciotemporal”.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 218)

Subdomínio: **Praxia Fina**

Tarefa: Tamborilar

Objetivo: Avaliar a dissociação digital sequencial e a planificação micromotora distal.

Procedimento: O observador deve começar por solicitar à criança que, sentada, imite os movimentos realizados por ele. Deve começar por demonstrar qual a posição que os dedos devem adotar, e de seguida reproduzir a sequência de movimentos, realizando círculos na transição de dedo para dedo, desde o indicador até ao mindinho (2 3 4 5) e, de seguida, a ordem inversa (5 4 3 2).

Cotação:

4, se a criança consegue realizar a ação de tamborilar, em círculos completos, transições harmoniosas e sem apresentar sincinesias contralaterais, demonstrando um excelente planeamento micromotor;

3, se realiza o tamborilar, ainda que com subtis hesitações, sincinesias contralaterais ou faciais e repetições de otonibilidades, demonstrando um adequado planeamento micromotor;

2, se na realização do tamborilar apresenta sincinesias nítidas, saltos de dedos na sequência, frequentes repetições nas otonibilidades, hesitações e uma discrepância clara entre a realização sequencial e simultânea, provando um fraco planeamento micromotor;

1, se a criança não consegue realizar a tarefa.

(Critérios de cotação retirados de Fonseca, 2010, p. 237)

Tarefa: Labirinto

Objetivo: Avaliar a destreza manual, precisão e planeamento motor fino.

Procedimento: Para a execução da presente prova, a criança deverá encontrar-se sentada confortavelmente numa cadeira e com os braços em cima da mesa, onde é colocado o labirinto, apresentado na figura 5 e uma caneta vermelha. O observador deve solicitar à criança desenhe, numa linha contínua o percurso, dentro das linhas limite e mantendo a caneta em contacto constante com o papel.

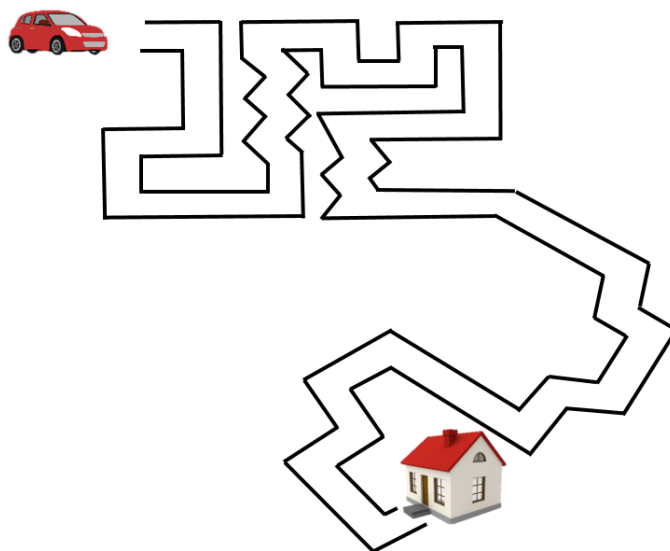


Figura 5- Labirinto (Retirado de Bruininks & Bruininks, 2005)

Cotação:

4, se a criança apresenta uma execução perfeita, com uma velocidade adequada à exigência da tarefa, não toca ou ultrapassa os limites, mantém a caneta em contacto permanente com o papel;

3, se a criança apresenta uma execução adequada, mantém a caneta em contacto permanente com o papel, não ultrapassa os limites, no entanto toca nos mesmos;

2, se a criança progride no percurso através de movimentos desajeitados e é excecionalmente lenta ou rápida; ultrapassa as linhas limite;

1, se a criança não realiza o percurso. Se muda de direção enquanto traça o percurso, ou se levanta a caneta e começa a desenhar a linha noutro ponto.

(Critérios de cotação adaptados de Bruininks & Bruininks, 2005; Hunderson & Sudgen, 1992)

Tarefa: Recorte da estrela

Objetivo: Avaliar coordenação motora fina e óculo-manual

Procedimento: Para a execução da presente prova, a criança deverá encontrar-se sentada confortavelmente numa cadeira e com os braços em cima da mesa, onde é colocado uma folha com uma estrela (figura 6) e uma caneta vermelha. O observador deve fazer um corte no início da estrela, de modo à criança começar a cortar a estrela na linha já recortada até recortar a figura por completo, dentro das linhas limite.

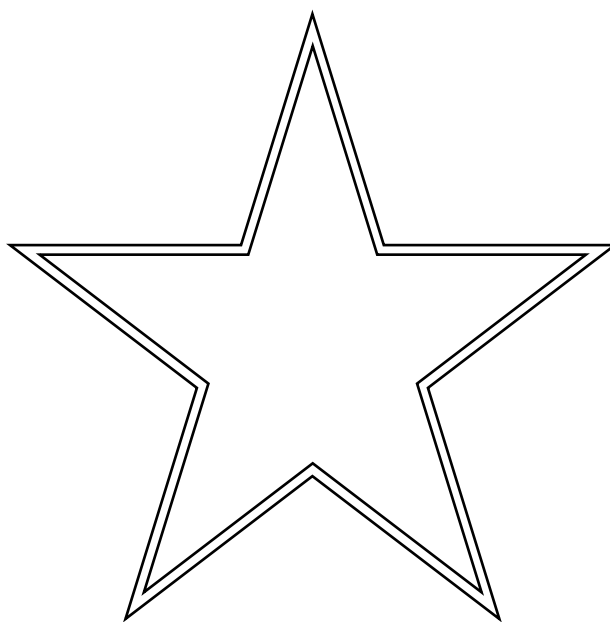


Figura 6 - Estrela de 5 pontas para tarefa de recorte (a figura não está à escala real utilizada na aplicação)

### **Cotação:**

4, se a criança apresenta uma execução perfeita, executa os movimentos da mão de forma controlada e precisa, com uma velocidade adequada à exigência da tarefa, não toca ou ultrapassa os limites, apresenta uma boa pega da tesoura;

3, se a criança apresenta uma execução adequada, apresenta uma pega da tesoura adequada, não ultrapassa os limites mas aproxima-se dos mesmos;

2, se a criança progride na tarefa através de movimentos pequenos e desajeitados, não demonstra estar preparado para as mudanças de direção ultrapassando as linhas limite;

1, se a criança não realiza o percurso. Se muda de direção enquanto corta a figura, ou se começa a recortar o percurso a partir doutro ponto.

(Critérios de cotação adaptados de Hunderson & Sudgen, 1992)

### **Referências Bibliográficas:**

Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2)* [Instrumento de Avaliação]. APA PsycTests.

<https://doi.org/10.1037/t14991-000>

Duarte, S., Frazão, A., Malheiro, S., Moreira, J., Martins, R. & Simões, C. (2015). Grelha de Observação Comportamental (GOC). Disponível em

<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/11965/4/Anexo%203.%20GOC.pdf>

Fonseca, V. (2010). Manual de Observação Psicomotora. Lisboa: Âncora Editora.

Henderson S. E. & Sugden, D. A. (1992). *Movement assessment battery for children* [Instrumento de Avaliação]. London: Psychological Corporation.



Tabela 26- Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais

Domínios	Subdomínios	Tarefa	Cotação				Observações
			1	2	3	4	
Competências Psicomotoras	Equilíbrio	Apoio unipodal					
		Deslocamento com saltos a pés juntos					
	Noção do Corpo	Sentido cinestésico					
		Reconhecimento direita-esquerda					
		Autoimagem					
		Imitação de gestos					
		Desenho do corpo					
		Estruturação dinâmica					
		Representação topográfica					
	Praxia Global	Estruturação rítmica					
		Coordenação óculo-manual					
	Praxia Fina	Coordenação óculo-podal					
		Tamborilar					
Labirinto							
		Recorte da estrela					
<p>Sistema de cotação para o domínio de <b>competências psicomotoras</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Realização imperfeita, descoordenada e incompleta;</li> <li>2- Realização com dificuldades evidentes de controlo;</li> <li>3- Realização controlada e adequada;</li> <li>4- Realização excelente, bem controlada e harmoniosa.</li> </ol>							
Domínios	Subdomínios	Itens	Cotação				Observações
			1	2	3	4	
Relação	Características Gerais	Apresenta uma atitude adequada na relação com o outro					
		Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro					
		Tolera o toque do outro					
		Tolera o toque no outro					
	Relação com o terapeuta	Afável					
		De aceitação					
		Tranquila					

Tabela 26 (cont.) - Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais

		Independente							
		Instruções							
		Cumprir as instruções							
		Grau de confiança							
		Mostra-se à vontade para expressar/ demonstrar os seus sentimentos							
		Expõe a sua opinião							
		Procura o observador enquanto parceiro de jogo							
	Relação com o espaço envolvente	Exploração do espaço							
		Explora todo o espaço envolvente							
		Exploração dos materiais							
		Relaciona-se com todos os tipos de materiais							
		Fixa-se num tipo de material específico							
	Comportamento e Desempenho na Sessão	Postura Perante a Tarefa	Escolhe materiais adequados à faixa etária						
			Tranquilo						
Cooperante									
Atento									
Motivado									
Participação na Tarefa		Ativo							
		Adesão							
		Voluntária							
		Com estímulo							
		Concretiza até ao final							
		Impulsividade							
		Espera que a instrução termine para iniciar a tarefa							
		Ouve atentamente a instrução, sem interromper com verbalizações							
		Planeia a execução da tarefa							
Atenção	Denota paciência pelo pormenor								
	Presta atenção à instrução da atividade								
	Presta atenção à instrução da atividade								

Tabela 26 (cont.) - Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais

		Mantém a atenção focalizada na tarefa						
		Persistência						
		Esforça-se nas tarefas						
		Persiste nas tarefas						
	Ajustamento à Tarefa	Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade						
		Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção						
		Cumpre os objetivos da tarefa						
	Iniciativa e Sugestões	Dá sugestões						
		Toma iniciativa						
	Atitudes Face à Tarefa	Motivação						
		Empenhado						
		Interessado						
		Prazer Lúdico						
		Desejo de Exploração						
		Alegre						
		Ativo						
		Entusiasmado						
		Participa ativamente em atividades coletivas						
		Prefere atividades individuais						
		Aceita atividades propostas pelo outro						
		Comunicação Verbal	Faz Perguntas					
			Responde às questões					
	Faz solicitações espontaneamente							
	Compreensão							
	Compreende instruções simples sem necessidades de apoio							
	Compreende instruções complexas sem necessidades de apoio							
	Componentes Paralinguísticas							

Tabela 26 (cont.) - Grelha de Observação de Competências Psicomotoras e Comportamentais

		Volume de voz ajustado					
		Entoação ajustada					
		Fluidez do discurso					
		Clareza no discurso					
		Vocabulário					
	Comunicação Não-Verbal	Utiliza vocabulário adequado à sua idade					
		Postura					
		Recetiva (aberta e descontraída)					
		Olhar					
		Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente					
	Respeito pelas Regras	Dirige o olhar quando solicitado					
		Respeita as regras					
	Tolerância à Frustração	Reage de forma adequada à frustração					
		Procura o jogo "faz de conta"					
	Jogo Simbólico	Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano					
<p>Sistema de cotação para os domínios "Relação" e "Comportamento e Desempenho na Sessão":</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1- Nunca/ Quase Nunca</li> <li>2- Poucas Vezes</li> <li>3- Muitas Vezes</li> <li>4- Sempre/Quase Sempre</li> </ul>							

## Anexo F – Resultados Totais Avaliação Inicial T.

Tabela 27- Resultados Totais AI do Tomé.

Domínios	Subdomínios	Tarefa	Cotação				Observações
			1	2	3	4	
Competências Psicomotoras	Equilíbrio	Apoio unipodal	X				Exagera os movimentos dos braços e do tronco provocando desequilíbrios; Oscila muito para tentar manter o equilíbrio; Hipertónico; Abre os olhos aos 5 segundos de prova, no entanto, já com os olhos abertos manteve o equilíbrio durante 16 segundos. Escolheu o pé esquerdo.
		Deslocamento com saltos a pés juntos		x			Movimenta os braços de forma exagerada, bem como uma perda de simetria na chamada e receção; Reequilbrações frequentes; Começa a saltar antes do solicitado; Apresenta sincinesias bocais e risos durante a execução
	Noção do Corpo	Sentido cinestésico			x		Não identifica o cotovelo; Não diferencia de imediato os hemisférios corporais, no entanto, quando questionado fá-lo, ainda que com algumas hesitações
		Reconhecimento direita-esquerda			X		Demonstra algumas hesitações, nomeadamente na identificação contralateral (no outro);
		Autoimagem			x		Não toca precisamente na ponta do nariz, apresenta uma grande tensão corporal, nomeadamente ao nível das pálpebras
		Imitação de gestos		X			Começa a realizar o desenho ainda enquanto a estagiária faz a representação dos gestos, no entanto, após ser alertado para o mesmo, para; Demonstra significativas distorções de forma, dismetrias e muitas hesitações
		Desenho do corpo		x			O desenho do Tomé apresenta alterações significativas ao nível das proporções, nomeadamente das extremidades (mãos, dedos e pés). A nível facial o desenho apresenta os elementos principais (boca, nariz e olhos), mas desorganizados espacialmente. Desenha com muita força, e com a mão esquerda.
	Estruturação Espacio-Temporal	Estruturação dinâmica			x		Realiza de forma precisa, 4 das 6 sequências propostas, errando das últimas duas, com falhas ao nível da orientação espacial dos fósforos. Começa a atividade mesmo antes da instrução estar completa, mas depois de alertado, para.
		Representação topográfica			X		Apesar de apresentar algumas hesitações, realizou o percurso de forma adequada.
		Estruturação rítmica	X				Começou a reproduzir antes da estagiária terminar a representação; altera a ordem e realiza inversões dos batimentos; Concretizou corretamente 2 dos 5 padrões.
	Praxia Global	Coordenação óculo-manual		x			Fez os lançamentos com a mão esquerda; Efetua o lançamento por cima do ombro; Orienta o seu corpo para o alvo; Apresenta um mau julgamento de força e dismetria; Acerta 1 dos 4 lançamentos

Tabela 27 (cont.) - Resultados Totais AI do Tomé

		Coordenação óculo-podal	X				Não acerta no alvo em nenhum dos pontapeamentos; Variou o pé com que pontapeou; Orienta o corpo para o alvo; Apresenta movimentos pouco fluidos e aparenta um mau julgamento de força;	
	Praxia Fina	Tamborilar		x			O Tomé apresentou sincinesias bocais e contralaterais na realização da prova, bem como algumas dismetrias, nomeadamente no tamborilar manual simultâneo; Saltou dedos	
		Labirinto			x		Começou logo a fazer a atividade, não esperou pela explicação da mesma ou sinal da estagiária para o fazer; Tocou nas linhas limítrofes;	
		Recorte da estrela	x				O Tomé revelou elevadas dificuldades na execução da prova, alterando a direção do recorte durante a execução ou começando a recortar o percurso a partir doutro ponto; Demonstrou alguns sinais de frustração e diversas sincinesias; Ultrapassou alguns as linhas limite.	
<p>Sistema de cotação para o domínio de <b>competências psicomotoras</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Realização imperfeita, descoordenada e incompleta;</li> <li>2- Realização com dificuldades evidentes de controlo;</li> <li>3- Realização controlada e adequada;</li> <li>4- Realização excelente, bem controlada e harmoniosa.</li> </ol>								
Domínios	Subdomínios	Itens	Cotação				Observações	
			1	2	3	4		
Relação	Características Gerais	Apresenta uma atitude adequada na relação com o outro		X				
		Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro			X			
		Tolera o toque do outro			X			
		Tolera o toque no outro		x				
	Relação com o terapeuta	Afável			X			
		De aceitação			X			
		Tranquila			X			
		Independente		x				
		Instruções						
		Cumprir as instruções		X				
		Grau de confiança						
		Mostra-se à vontade para expressar/ demonstrar os seus sentimentos	X					
		Expõe a sua opinião	X					
		Procura o observador enquanto parceiro de jogo		x				

Tabela 27 (cont.) - Resultados Totais AI do Tomé

Comportamento e Desempenho na Sessão	Relação com o espaço envolvente	Exploração do espaço				
		Explora todo o espaço envolvente				X
		Exploração dos materiais				
		Relaciona-se com todos os tipos de materiais		X		
		Fixa-se num tipo de material específico			x	
		Escolhe materiais adequados à faixa etária			X	
	Postura Perante a Tarefa	Tranquilo		X		
		Cooperante				X
		Atento		X		
		Motivado			X	
		Ativo				X
	Participação na Tarefa	Adesão				
		Voluntária		X		
		Com estímulo			X	
		Concretiza até ao final		X		
		Impulsividade				
		Espera que a instrução termine para iniciar a tarefa		X		
		Ouve atentamente a instrução, sem interromper com verbalizações	x			
		Planeia a execução da tarefa	X			
		Denota paciência pelo pormenor		X		
		Atenção				
		Presta atenção à instrução da atividade		X		
		Mantém a atenção focalizada na tarefa		X		
		Persistência				
		Esforça-se nas tarefas			X	
	Persiste nas tarefas			X		
	Ajustamento à Tarefa	Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade		x		
Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção			X			

Tabela 27 (cont.) - Resultados Totais AI do Tomé

		Cumpre os objetivos da tarefa			X		
	Iniciativa e Sugestões	Dá sugestões	X				
		Toma iniciativa	X				
	Atitudes Face à Tarefa	Motivação					
		Empenhado			x		
		Interessado			x		
		Prazer Lúdico					
		Desejo de Exploração				X	
		Alegre			X		
		Ativo				X	
		Entusiasmado			X		
		Participa ativamente em atividades coletivas		X			
		Procura atividades individuais			X		
		Aceita atividades propostas pelo outro	x		x		
		Comunicação Verbal	Faz Perguntas		X		
	Responde às questões					X	
	Faz solicitações espontaneamente				X		
	Compreensão						
	Compreende instruções simples sem necessidades de apoio					X	
	Compreende instruções complexas sem necessidades de apoio				X		
	Componentes Paralinguísticas						
	Volume de voz ajustado			x			
	Entoação ajustada			X			
	Fluidez do discurso				X		
	Clareza no discurso				X		
	Vocabulário						
	Utiliza vocabulário adequado à sua idade			x			
Comunicação Não-Verbal	Postura						
	Recetiva (aberta e descontraída)			X			
Olhar							

Tabela 27 (cont.) - Resultados Totais AI do Tomé

		Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente		X		
		Dirige o olhar quando solicitado			X	
	Respeito pelas Regras	Respeita as regras			X	
	Tolerância à Frustração	Reage de forma adequada à frustração		x		
	Jogo Simbólico	Procura o jogo "faz de conta"			X	
Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano		X				
<p>Sistema de cotação para os domínios "Relação" e "Comportamento e Desempenho na Sessão":</p> <p>1- Nunca/ Quase Nunca</p> <p>2- Poucas Vezes</p> <p>3- Muitas Vezes</p> <p>4- Sempre/Quase Sempre</p>						



Tabela 28 (cont.) - Plano de sessão Tomé

<p><b>O Mapa da missão</b></p> <p>O Tomé deverá começar por desenhar o croqui da sala numa folha. De seguida, a estagiária solicita ao Tomé que se vire e não olhe, enquanto ela esconde pela sala as cartas. Posteriormente a estagiária representará no mapa da sala desenhado pelo Tomé os locais onde foram escondidas as imagens a utilizar na atividade seguinte. Seguindo o mapa e as suas pistas, o Tomé deverá traçar o percurso que deseja percorrer para encontrar as 6 imagens, tendo em conta que só pode passar uma vez por cada local.</p>	<p>Melhorar o planeamento motor; Promover a organização espacial.</p>	<p>Desenhar de forma precisa, de modo a incluir os diferentes elementos da sala, em proporção; Respeitar as distâncias entre objetos, de modo a reproduzir da forma mais fiel possível, a organização da sala; Deslocar-se a partir do percurso desenhado, respeitando a ordem estabelecida.</p>	<p>Folha de papel; Caneta; Imagens de objetos.</p>	<p>10'</p>	<p>Questionamento; Feedback; Demonstração; Pistas verbais; Pedir para escolher as imagens.</p>
<p><b>Questões de detetives</b></p> <p>Sempre que encontra uma imagem, é dado ao Tomé 1 minuto para observar a imagem em questão. Posteriormente é pedido ao Tomé que lance um dado que irá definir o nº da questão que será colocada.</p>	<p>Desenvolver a memória de trabalho; Melhorar o nível de atenção sustentada; Promover o tempo de permanência em tarefa.</p>	<p>Ser capaz de observar a imagem, sem grandes sinais de distração durante 1 minuto; Conseguir reter a informação visual durante o tempo necessário à resposta.</p>	<p>Cartas com imagens e questões; Ampulheta.</p>	<p>10'</p>	<p>Limitador de tempo; Questionamento; Reforço.</p>
<p><b>Retorno à calma</b></p> <p>O Tomé deve encontrar-se sentado numa das poltronas presentes na sala. É solicitado que este realize diferentes respirações, com intensidades distintas.</p>	<p>Promover o retorno ao estado de calma; Desenvolver a consciência respiratória; Melhorar o controlo respiratório.</p>	<p>Conseguir controlar ativamente a sua respiração; Consciencializar sobre os movimentos corporais associados à inspiração e expiração.</p>	<p>Bolas de sabão</p>	<p>3'</p>	<p>Demonstração; Questionamento; Feedback.</p>

## Anexo H – Resultados Totais AF Tomé

Tabela 29- Resultados AF Tomé

Domínios	Subdomínios	Tarefa	Cotação				Observações
			1	2	3	4	
Competências Psicomotoras	Equilíbrio	Apoio unipodal	x				Oscila muito para tentar manter o equilíbrio; Hipertónico; Abre os olhos aos 7 segundos de prova, no entanto, já com os olhos abertos manteve o equilíbrio durante 27 segundos. Escolheu o pé esquerdo.
		Deslocamento com saltos a pés juntos		x			Oscilação dos braços descoordenada face às pernas; Movimenta os braços de forma exagerada, bem como uma perda de simetria na chamada e receção; Risos durante a execução;
	Noção do Corpo	Sentido cinestésico				x	Foi capaz de identificar todos os pontos táteis; Apresenta alguma tensão corporal
		Reconhecimento direita-esquerda				x	Executa as oito instruções corretamente, sem qualquer dificuldade aparente
		Autoimagem			x		Apesar de apresentar um movimento adequado à tarefa, falha ao nível da precisão, não conseguindo tocar exatamente na ponta do nariz
		Imitação de gestos		x			Demonstra significativas distorções de forma, dismetrias e muitas hesitações
		Desenho do corpo			x		Apesar de o desenho se encontrar organizado e bastante mais completo do que o desenho da avaliação inicial, com mais detalhes, como roupa, sapatos e com melhor proporção ao nível das extremidades, ficam a faltar alguns pormenores em termos faciais, nomeadamente as orelhas. Realizou duas tentativas, fez um primeiro desenho onde os braços estavam muito grandes, comentou logo no início, e no fim, quando estava a terminar, pediu se podia fazer outro porque os braços estavam “malucos” de acordo com o próprio. Neste sentido, o segundo foi o avaliado.
	Estruturação Espacio-Temporal	Estruturação dinâmica			x		Realiza de forma precisa, 4 das 6 sequências propostas, errando das últimas duas, com falhas ao nível da orientação espacial dos fósforos; Faz vários barulhos durante a execução, trauteia as músicas do 007; Tenta olhar para a folha com o modelo de estruturas mesmo depois de a estagiária a recolher
		Representação topográfica				x	Executa o percurso delineado de forma precisa e bem orientada, sem manifestar qualquer sinal de hesitação ou desorientação
		Estruturação rítmica			x		Repete de forma precisa 4 das 5 sequências. No entanto, apesar de não se contabilizado pela estagiária, na última sequência, o Tomé pediu para repetir e conseguiu executá-la corretamente

Tabela 29 (cont.) - Resultados AF Tomé

	Praxia Global	Coordenação óculo-manual			x		Fez os lançamentos com a mão esquerda; Efetua o lançamento por cima do ombro; Orienta o seu corpo para o alvo; Acerta em 2 dos 4 lançamentos possíveis	
		Coordenação óculo-podal		x			Seleciona o pé direito; Faz com que 1 dos quatro pontapeamentos passe por entre as pernas da cadeira	
	Praxia Fina	Tamborilar		x			O Tomé apresentou sincinesias bocais e contralaterais na realização da prova, bem como algumas dismetrias, nomeadamente no tamborilar manual simultâneo	
		Labirinto				x	Utiliza a mão esquerda; Usa força excessiva e faz muita pressão no papel; Coloca a cabeça muito próxima do papel; Apresenta um movimento controlado e preciso, não se aproximando dos limites; Quis começar a fazer mesmo sem a instrução por parte da estagiária, disse que já tinha feito antes e sabia o que era para fazer.	
		Recorte da estrela	NA					
<p>Sistema de cotação para o domínio de <b>competências psicomotoras</b>:</p> <p>1- Realização imperfeita, descoordenada e incompleta;                  2- Realização com dificuldades evidentes de controlo;                  3- Realização controlada e adequada;                  4- Realização excelente, bem controlada e harmoniosa.                  NA- Não aplicado, pelo que foi classificado com a cotação obtida na avaliação inicial</p>								
Domínios	Subdomínios	Itens	Cotação				Observações	
			1	2	3	4		
Relação	Características Gerais	Apresenta uma atitude adequada na relação com o outro			X			
		Consegue gerir a distância interpessoal física entre si e o outro			X			
		Tolera o toque do outro			X			
		Tolera o toque no outro			X			
	Relação com o terapeuta	Afável				X		
		De aceitação				X		
		Tranquila				x		
		Independente			X			
		Instruções						
		Cumpre as instruções						
		Grau de confiança						
		Mostra-se à vontade para expressar/ demonstrar os seus sentimentos		X				
		Expõe a sua opinião	X					
		Procura o observador enquanto parceiro de jogo			X			

Tabela 29 (cont.) - Resultados AF Tomé

	Relação com o espaço envolvente	Exploração do espaço				
		Explora todo o espaço envolvente				X
Exploração dos materiais						
Relaciona-se com todos os tipos de materiais			x			
Fixa-se num tipo de material específico						
Escolhe materiais adequados à faixa etária				x		
Comportamento e Desempenho na Sessão	Postura Perante a Tarefa	Tranquilo			X	
		Cooperante				X
		Atento			X	
		Motivado				X
		Ativo				X
	Participação na Tarefa	Adesão				
		Voluntária				X
		Com estímulo				X
		Concretiza até ao final			X	
		Impulsividade				
		Espera que a instrução termine para iniciar a tarefa			X	
		Ouve atentamente a instrução, sem interromper com verbalizações			X	
		Planeia a execução da tarefa	X			
		Denota paciência pelo pormenor		X		
		Atenção				
		Presta atenção à instrução da atividade			X	
		Mantém a atenção focalizada na tarefa			X	
		Persistência				
		Esforça-se nas tarefas				X
	Persiste nas tarefas				X	
Ajustamento à Tarefa	Apresenta comportamentos sociais adequados no decorrer da atividade			X		
	Apresenta comportamentos sociais desajustados mas modera-os quando chamado à atenção			X		

Tabela 29 (cont.) - Resultados AF Tomé

		Cumpre os objetivos da tarefa				X		
	Iniciativa e Sugestões	Dá sugestões		X				
		Toma iniciativa	X					
	Atitudes Face à Tarefa	Motivação						
		Empenhado					X	
		Interessado					X	
		Prazer Lúdico						
		Desejo de Exploração					X	
		Alegre					X	
		Ativo					X	
		Entusiasmado					X	
		Participa ativamente em atividades coletivas			X			
		Procura atividades individuais			X			
		Aceita atividades propostas pelo outro					x	
		Comunicação Verbal	Faz Perguntas		X			
			Responde às questões					X
	Faz solicitações espontaneamente				X			
	Compreensão							
	Compreende instruções simples sem necessidades de apoio						X	
	Compreende instruções complexas sem necessidades de apoio						X	
	Componentes Paralinguísticas							
	Volume de voz ajustado				X			
	Entoação ajustada				X			
	Fluidez do discurso				X			
	Clareza no discurso				X			
	Vocabulário							
	Utiliza vocabulário adequado à sua idade				X			
Comunicação Não-Verbal	Postura							
	Recetiva (aberta e descontraída)			X				
	Olhar							

Tabela 29 (cont.) - Resultados AF Tomé

		Dirige o olhar para o terapeuta espontaneamente		X		
		Dirige o olhar quando solicitado			X	
	Respeito pelas Regras	Respeita as regras				X
	Tolerância à Frustração	Reage de forma adequada à frustração			x	
	Jogo Simbólico	Procura o jogo "faz de conta"			X	
		Transfere para as atividades da sessão acontecimentos significativos do quotidiano		x		
<p>Sistema de cotação para os domínios "Relação" e "Comportamento e Desempenho na Sessão":</p> <p>1- Nunca/ Quase Nunca                  2- Poucas Vezes                  3- Muitas Vezes                  4- Sempre/Quase Sempre</p>						

## Anexo I – Inventário de Competências Psicomotoras

Tabela 30- Inventário de Competências Psicomotoras


Inventário de Competências Psicomotoras							
Nome:							
Datas de Observação:							
Domínio	Subdomínio e Itens	Cotação					Observações qualitativas complementares
		1	2	3	4	5	
Psicomotor	<b>Equilíbrio</b>						
	Mantém o equilíbrio em apoio bipodal por mais de 10 segundos						
	Mantém-se em equilíbrio unipodal por 5 segundos						
	Desloca-se para a frente, em equilíbrio, sobre uma linha de 3 metros						
	Desloca-se para trás, em equilíbrio, sobre uma linha de 3 metros						
	Salta a pés juntos para a frente						
	Salta em apoio unipodal no local						
	<b>Noção do Corpo</b>						
	Identifica os seguintes pontos no seu corpo (Boca, olhos, orelhas, nariz, pescoço, cabeça, braço, ombro, cotovelo, mão, joelho, perna, pé, barriga e costas)						
	Reconhece direita e esquerda em si próprio						
	Imita os seguintes gestos bilaterais 						
	<b>Estruturação Espacial</b>						
	Apresenta noção de cima, colocando-se sobre um objeto						
	Apresenta noção de baixo, colocando-se sob um objeto						
	Apresenta noção de frente, colocando-se à frente de um objeto						
	Apresenta noção de trás, colocando-se atrás de um objeto						
	Apresenta noção de dentro, colocando-se dentro de um objeto						
	Apresenta noção de fora, colocando-se fora de um objeto						
	<b>Praxia Global</b>						
	Atira uma bola ao ar e agarra						
Lança uma bola							
Lança uma bola a um alvo a 1.5 metros de distância							
Agarra uma bola lançada na sua direção							

Tabela 30 (cont.) - Inventário de Competências Psicomotoras

	Pontapeia uma bola							
	Pontapeia uma bola a um alvo a 2 metros de distância							
	<b>Praxia Fina</b>							
	Manipula objetos de pequenas dimensões em pinça fina							
	Realiza pega tripode para o manuseamento do lápis/caneta							
	Empilha 9 cubos com precisão de forma a criar uma torre							
	Realiza o movimento de abertura e fecho de molas de pequenas dimensões							
	Coloca e retira 10 molas de pequenas dimensões num cordel							
	Desenha linhas horizontais ou verticais por imitação							
	Realiza uma pega adequada da tesoura							
	Realiza movimentos de recorte controlados							
	Orienta o movimento de recorte de modo a não tocar ou ultrapassar nos limites previstos							
	Desenha uma linha através do percurso, sem ultrapassar as linhas limite							
	Realiza o desenho do percurso através de movimentos controlados							
	<b>Lateralidade</b>							
Apresenta preferência manual na realização das provas de coordenação óculo manual e de motricidade fina								
Apresenta preferência podal na prova de coordenação óculo podal								
Sistema de cotação para o domínio <b>psicomotor</b> , de acordo com o nível de apoio necessário para a concretização da tarefa:								
1- Ajuda física total								
2- Modelação								
3- Ajuda gestual								
4- Ajuda verbal								
5- Em autonomia								
Nota: o subdomínio da Lateralidade não será cotado, os valores serão apenas utilizados como referência								
Domínio	Itens	Cotação			Observações qualitativas complementares			
		1	2	3				
Socioemocional e Comportamento	Respeita o espaço do outro							
	Mantém o contacto ocular							
	Comunica de alguma forma as suas emoções (alegria/tristeza/agrado/desagrado)							
	Adequa o comportamento após a repreensão							
	Explora o ambiente e os recursos disponíveis de forma adequada							
	Envolve-se ativamente nas atividades							
	Quando solicitado partilha objetos com o outro							
	Espera pela sua vez							
	Mantém a atenção o tempo necessário durante a execução da tarefa							
	Realiza uma atividade simples de forma autónoma, do início ao fim							

Tabela 30 (cont.) - Inventário de Competências Psicomotoras

<b>Cognitivo</b>	Associa objetos com características semelhantes				
	Demonstra compreensão de instruções verbais simples				
	Compreende e executa instruções com mais do que uma etapa				
	Escreve o seu nome				
	Identifica as letras do seu nome				
	Identifica os números até 10				
	Identifica os números até 20				
	Conta até 5				
<p>Sistema de cotação para os domínios <b>interação social e comportamento</b> e <b>cognitivo</b>, de acordo com o nível de concretização da tarefa:</p> <p>1- Não;                  2- Em progresso;                  3- Sim.</p>					

## Anexo J – Resultados totais Al Martim

Tabela 31- Resultados totais Al Martim


Inventário de Competências Psicomotoras							
Nome: Martim							
Datas de Observação: 23/03/2022 e 06/04/2022							
Domínio	Subdomínio e Itens	Cotação					Observações qualitativas complementares
		1	2	3	4	5	
Psicomotor	<b>Equilíbrio</b>					X	
	Mantém o equilíbrio em apoio bipodal por mais de 10 segundos					X	
	Mantém-se em equilíbrio unipodal por 5 segundos	X					Com suporte da estagiária ao nível dos braços, só conseguiu aguentar os 5 segundos e apresentou grandes oscilações no pé que se encontrava suspenso
	Desloca-se para a frente, em equilíbrio, sobre uma linha de 3 metros		X				Não faz o trajeto pé diante pé, apresenta várias sincinesias faciais e para o trajeto antes de concluir os 3 metros
	Desloca-se para trás, em equilíbrio, sobre uma linha de 3 metros	X					Apenas com o apoio na estagiária ao nível dos braços
	Salta a pés juntos para a frente		x				Utiliza os braços para ajudar ao movimento, no entanto, de forma exagerada; perda de simetria na chamada e receção; sincinesias; hipertónico; várias paragens
	Salta em apoio unipodal no local	X					Não salta
	<b>Noção do Corpo</b>						
	Identifica os seguintes pontos no seu corpo (Boca, olhos, orelhas, nariz, pescoço, cabeça, braço, ombro, cotovelo, mão, joelho, perna, pé, barriga e costas)			X			Identifica apenas 11 em 15, ficando a faltar os ombros, cotovelos, joelhos e costas, que realiza com apoio gestual
	Reconhece direita e esquerda em si próprio	X					Não reconhece
	Imita os seguintes gestos bilaterais 	X					Começa a fazer o desenho ainda enquanto o avaliador o representa; realiza os movimentos de forma descoordenada; levanta as mãos e realiza alguns movimentos, mas não são perceptíveis
	<b>Estruturação Espacial</b>						
	Apresenta noção de cima, colocando-se sobre um objeto		X				O Martim apresentou dificuldades na compreensão de conceitos espaciais, executou as tarefas após demonstração da estagiária, mas por imitação, pois quando se solicitado novamente, sem demonstração ou orientação, não realizou
	Apresenta noção de baixo, colocando-se sob um objeto		X				
	Apresenta noção de frente, colocando-se à frente de um objeto		x				
Apresenta noção de trás, colocando-se atrás de um objeto	X						
Apresenta noção de dentro, colocando-se dentro de um objeto		x					
Apresenta noção de fora, colocando-se fora de um objeto	X						

Tabela 31 (cont.) - Resultados totais AI Martim

Praxia Global						
Atira uma bola ao ar e agarra	X					Não apresenta iniciativa para o lançamento da bola, após demonstração da estagiária, manteve-se com a bola nas mãos, realizando alguns movimentos estereotipados como mexer os dedos, e acabava por deixar a bola cair. O movimento foi realizado com apoio total por parte da estagiária, realizando o movimento desejado em conjunto com a criança, a partir da sua mobilização; Seleciona a mão direita
Lança uma bola	X					
Lança uma bola a um alvo a 1.5 metros de distância	X					
Agarra uma bola lançada na sua direção	X					Começa a realizar <i>flapping</i> e apresenta algumas sincinesias como colocar a língua de fora; Vira-se ou fecha os olhos quando a bola se aproxima; Não se ajusta à velocidade ou direção do movimento; Só recebe a bola com auxílio do adulto
Pontapeia uma bola				X		Seleciona ao pé esquerdo;
Pontapeia uma bola a um alvo a 2 metros de distância		X				Apresenta alguma iniciativa para o pontapeamento da bola, mas não o direciona para o alvo, fá-lo mediante orientação da estagiária; apresenta falta de fluidez nos movimentos e a bola vai constantemente para um lado do alvo
Praxia Fina						
Manipula objetos de pequenas dimensões em pinça fina					X	Apresenta uma boa precisão no manuseamento de objetos de pequenas dimensões
Realiza pega tripode para o manuseamento do lápis/caneta		X				Sim, ainda que sejam necessárias algumas orientações por parte da estagiária
Empilha 9 cubos com precisão de forma a criar uma torre	X					Só empilha 6 dos 9 cubos, no entanto, utiliza as duas mãos em colaboração, sendo que começa por segurar a torre já construída (esquerda) e a outra (direita) vai colocando os cubos, no entanto, ao longo da realização vai alterando as mãos com que executa cada uma das tarefas
Realiza o movimento de abertura e fecho de molas de pequenas dimensões		X				Após demonstração da estagiária e suporte nas primeiras molas a colocar, realiza a tarefa sem dificuldades na compreensão do movimento, no entanto, é de referir que para retirar a mola eu não realiza o movimento adequado, ele puxa-a sem exercer a pressão necessária sobre a mesma para a abertura; demonstra um grande esforço para a abrir a mola, apresentado uma postura bastante hipertónica/tensa
Coloca e retira 10 molas de pequenas dimensões num cordel		X				
Desenha linhas horizontais e verticais por imitação		X				Tempo de composição: 2 minutos e 10 segundos Tempo total: 3 minutos e 1 segundo

Tabela 31 (cont.) - Resultados totais AI Martim

	Realiza uma pega adequada da tesoura		x			Após orientação da estagiária, executa uma pega adequada da tesoura, no entanto, não realiza um movimento de recorte adequado, torcendo a mão enquanto recorta; Não se demonstra preparado para as alterações de direção, o movimento que executa é recortar a figura até ao fim da folha e só depois altera e inicia o recorte noutra local; No entanto, revela-se minucioso, e corta com movimentos pequenos.
	Realiza movimentos de recorte controlados	X				
	Orienta o movimento de recorte de modo a não tocar ou ultrapassar nos limites previstos	x				
	Desenha uma linha através do percurso, sem ultrapassar as linhas limite	X				
	Realiza o desenho do percurso através de movimentos controlados	X				
	O Martim realiza a atividade em autonomia, no entanto com pouca precisão, realizando grande parte do percurso fora dos limites estabelecidos; Executa a tarefa depressa demais, demonstrando um movimento pouco controlado e preciso; Usa força excessiva, faz muita pressão sobre o papel; Com o auxílio da estagiária, conseguimos concretizar um movimento mais preciso e controlado. Mão selecionada: Direita					
<b>Lateralidade</b>						
Apresenta preferência manual na realização das provas de coordenação óculo manual e de motricidade fina		Sim, utiliza sempre a mão direita				
Apresenta preferência podal na prova de coordenação óculo podal		Sim, utilizou o pé esquerdo em todas as tentativas				
Sistema de cotação para o domínio <b>psicomotor</b> , de acordo com o nível de apoio necessário para a concretização da tarefa: 1- Ajuda física total 2- Modelação 3- Ajuda gestual 4- Ajuda verbal 5- Em autonomia Nota: o subdomínio da Lateralidade não será cotado, os valores serão apenas utilizados como referência						
Domínio	Itens	Cotação			Observações qualitativas complementares	
		1	2	3		
Socioemocional e Comportamento	Respeita o espaço do outro			X		
	Mantém o contacto ocular	X				
	Comunica de alguma forma as suas emoções (alegria/tristeza/agrado/desagrado)		X		Demonstra alguma tristeza ou frustração através do choro, ou por vezes, através de comportamentos mais agressivos, no entanto, por vezes não é clara a compreensão do seu estado emocional	
	Adequa o comportamento após a repreensão		X			
	Explora o ambiente e os recursos disponíveis de forma adequada	X			Apresenta uma postura passiva, não procura o outro, explora o espaço ou os materiais. Se não lhe for dada qualquer indicação ou estímulo, é capaz de ficar durante um largo período de tempo sentado sem apresentar qualquer tipo de iniciativa	
	Envolve-se ativamente nas atividades	X				
	Quando solicitado partilha objetos com o outro		X			

Tabela 31 (cont.) - Resultados totais AI Martim

	Espera pela sua vez	X			
	Mantém a atenção o tempo necessário durante a execução da tarefa		X		Se for uma atividade para a qual se encontra motivado
	Realiza uma atividade simples de forma autónoma, do início ao fim		x		
Cognitivo	Associa objetos com características semelhantes			X	Desde que sejam características evidentes, por exemplo cor ou forma
	Demonstra compreensão de instruções verbais simples		x		De uma forma geral costuma compreender, mas por vezes revela algumas dificuldades de compreensão quando instrução é nova, apesar da sua simplicidade
	Compreende e executa instruções com mais do que uma etapa	X			
	Escreve o seu nome		X		Escreve, mas apenas com orientação do adulto; Não se revela legível.
	Identifica as letras do seu nome	x			Sabe identifica-las entre outras letras, no entanto, se lhe for solicitada uma das letra isoladamente, ele não as consegue identificar
	Identifica os números até 10		X		Identifica a maioria, quando solicitado verbalmente, troca o 6 e o 7
	Identifica os números até 20	X			
	Conta até 5	x			Inconstante e apenas por imitação, e de forma quase impercetível, volume muito baixo
<p>Sistema de cotação para os domínios <b>interação social e comportamento</b> e <b>cognitivo</b>, de acordo com o nível de concretização da tarefa:</p> <p>1- Não;                  2- Em progresso;                  3- Sim.</p>					

## Anexo K – Exemplo de plano de sessão Martim

Tabela 32- Planeamento de Sessão Martim

Nome: Martim      Duração: 50 minutos      Data de aplicação:06/05/2022					
Descrição da Atividade	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Material	Duração	Estratégias
<b>Autonomia no vestuário</b>	Promover a autonomia; Melhorar a motricidade fina.	O Martim deve ser capaz de se manter em atividade; Completar as atividades apresentadas no livro (abrir e fechar fechos; casar botões; abrir e fechar molas).	Livro de autonomia no vestuário;	5'	Pistas visuais; Feedback.
<b>Atacadores</b>	Promover a autonomia no calçar; Melhorar a motricidade fina.	Permanecer na atividade, mantendo o contacto ocular com a atividade;	Sapato com atacadores	5'	Ajuda tátil; Feedback.
<b>Ovos coloridos</b> São apresentados diversos cartões onde são representados os 6 espaços numa caixa de ovos, bem como o círculo colorido correspondente a cada um dos espaços. Respeitando a sequência apresentada, com o auxílio de uma pinça. o Martim terá de fazer a correspondência, a partir da cor, entre as bolas de lã e os círculos representados no mapa.	Melhorar a motricidade fina; Promover a atenção sustentada; Promover a organização espacial.	O Martim deve ser capaz de permanecer na atividade, realizando a associação entre as cores das bolas disponíveis e as bolas apresentadas no cartão; Apresentar uma pega adequada ao manuseamento da pinça;	Caixa de ovos; Bolas de lã; Pinça; Cartões com mapa de reprodução.	15'	Feedback; Questionamento; Cartões com diversos níveis de dificuldade; Complexificação; Apresentar apenas as bolas necessárias para completar determinado padrão.

Tabela 32 (cont.) - Planejamento de Sessão Martim

<p><b>Nome</b> São apresentados diferentes cartões, um com o nome completo do Martim, e os restantes com as diferentes letras do seu nome, individualmente. O Martim deve colar com velcro o seu nome num terceiro cartão, em branco, bem com as diferentes letras do seu nome, de modo a que estas se encontrem na ordem correta.</p>	<p>Melhorar a noção do eu, o senso de identidade; Identificação das letras do seu nome; Organização espacial das letras no seu nome.</p>	<p>O Martim deve ser capaz de identificar as letras do seu nome e a respetiva sequência, de modo a escrever o seu nome.</p>	<p>Cartão nome; Cartões individuais com cada uma das letras do nome; Cartão em branco.</p>	<p>5'</p>	<p>Feedback; Pistas verbais; Pistas visuais.</p>
<p><b>Números em madeira</b> Num quadro de madeira com números até ao 20, é solicitado ao Martim um número em concreto, que este deve colocar no espaço correspondente no quadro.</p>	<p>Melhorar habilidades numéricas;</p>	<p>Identificar e nomear números de um e dois dígitos; Contar, oralmente, respeitando a sequência numérica.</p>	<p>Quadro de madeira com números.</p>	<p>5'</p>	<p>Feedback; Pistas verbais; Pistas visuais.</p>
<p><b>Lançamento ao alvo</b> São dispostos vários copos sobre a mesa, de modo a formar uma torre. De seguida é solicitado ao Martim que lance a bola ao alvo, de modo a derrubar o máximo de copos possível.</p>	<p>Melhorar a coordenação óculo-manual; Promover a precisão de lançamento.</p>	<p>Aumentar a precisão de ações realizadas com os membros superiores;</p>	<p>Bola; Copos.</p>	<p>10'</p>	<p>Feedback; Demonstração.</p>

## Anexo L – Resultados totais AF Martim

Tabela 33- Resultados totais AF Martim


Inventário de Competências Psicomotoras							
Nome: Martim							
Datas de Observação: 13/07/2022 , 20/07/2022 e 25/07/2022							
Domínio	Subdomínio e Itens	Cotação					Observações qualitativas complementares
		1	2	3	4	5	
Psicomotor	<b>Equilíbrio</b>						
	Mantém o equilíbrio em apoio bipodal por mais de 10 segundos					X	
	Mantém-se em equilíbrio unipodal por 5 segundos	X					Com suporte da estagiária ao nível dos braços, só conseguiu aguentar 5 segundos, ainda que com bastantes oscilações
	Desloca-se para a frente, em equilíbrio, sobre uma linha de 3 metros		X				Não faz o trajeto pé diante pé, apresenta várias sincinesias faciais, no entanto, realiza o percurso do princípio ao fim
	Desloca-se para trás, em equilíbrio, sobre uma linha de 3 metros	X					Apenas com o apoio na estagiária ao nível dos braços
	Salta a pés juntos para a frente		X				Perda de simetria na chamada e receção; utiliza os braços para ajudar a saltar;
	Salta em apoio unipodal no local	X					Não salta
	<b>Noção do Corpo</b>						
	Identifica os seguintes pontos no seu corpo (Boca, olhos, orelhas, nariz, pescoço, cabeça, braço, ombro, cotovelo, mão, joelho, perna, pé, barriga e costas)			X			Identifica apenas 12 autonomamente, ficando a faltar os ombros, cotovelos, joelhos, que realiza com apoio gestual
	Reconhece direita e esquerda em si próprio	X					Não reconhece
	Imita os seguintes gestos bilaterais 	X					Realiza os movimentos de forma descoordenada; levanta as mãos e realiza alguns movimentos, mas não são perceptíveis
	<b>Estruturação Espacial</b>						
	Apresenta noção de cima, colocando-se sobre um objeto		X				O Martim apresentou dificuldades na compreensão de conceitos espaciais, executou as tarefas após demonstração da estagiária, mas por imitação, pois quando se solicitado novamente, sem demonstração ou orientação, não realizou
	Apresenta noção de baixo, colocando-se sob um objeto		X				
	Apresenta noção de frente, colocando-se à frente de um objeto		X				
Apresenta noção de trás, colocando-se atrás de um objeto	X						
Apresenta noção de dentro, colocando-se dentro de um objeto		X					
Apresenta noção de fora, colocando-se fora de um objeto	X						

Tabela 33 (cont.) - Resultados totais AF Martim

<b>Praxia Global</b>							
Atira uma bola ao ar e agarra		x				O Martim apresenta uma maior desinibição no lançamento e recepção da bola, ainda demonstrar algumas dificuldades significativas na atividade de atirar a bola ao ar e receber, nomeadamente na recepção, necessitando de apoio por parte da técnica. No lançamento da bola, o Martim já é capaz de orientar o movimento para o alvo, mediante ligeiras instruções verbais da técnica no que diz respeito à execução do movimento, por exemplo em termos de força. Utiliza a mão direita	
Lança uma bola				x			
Lança uma bola a um alvo a 1.5 metros de distância				x			
Agarra uma bola lançada na sua direção		x					Apresenta algumas sincinesias, não segue a trajetória da bola e não se ajusta ao movimento da mesma; não se move até a bola embater no seu corpo; corpo tenso
Pontapeia uma bola					x		Seleciona ao pé esquerdo;
Pontapeia uma bola a um alvo a 2 metros de distância			x				Direciona o movimento para o alvo, com apoio gestual da estagiária, realiza o movimento com um nível desajustado de força, no entanto, cumpre o objetivo acertando várias vezes no alvo
<b>Praxia Fina</b>							
Manipula objetos de pequenas dimensões em pinça fina					X	Apresenta uma boa precisão no manuseamento de objetos de pequenas dimensões	
Realiza pega trípode para o manuseamento do lápis/caneta		x				Sim, ainda que sejam necessárias algumas orientações por parte da estagiária	
Empilha 9 cubos com precisão de forma a criar uma torre			X			Empilha os 9 cubos e utiliza as duas mãos em colaboração, sendo que uma segura a torre já construída (direita) e a outra (esquerda) vai colocando os cubos, ao contrário do que se verificou na AI; Precisa de algumas instruções gestuais para os alinhar	
Realiza o movimento de abertura e fecho de molas de pequenas dimensões					X	Compreende o movimento a executar, realiza uma boa pinça do polegar em oposição com o indicador, executando o movimento de forma precisa no que diz respeito à pressão exercida para a colocação e retirada das molas Para a composição seguiu no cordel com a mão esquerda e colocou com a direita, já na decomposição, alterou as mãos destinadas a cada função  Tempo de composição: 2 minutos Tempo total: 2 minutos e 53 segundos	
Coloca e retira 10 molas de pequenas dimensões num cordel					X		
Desenha linhas horizontais ou verticais por imitação		X					

Tabela 33 (cont.) - Resultados totais AF Martim

	Realiza uma pega adequada da tesoura		x			Após orientação da estagiária, executa uma pega adequada da tesoura, no entanto, não realiza um movimento de recorte adequado, torcendo a mão enquanto recorta; Não se demonstra preparado para as alterações de direção; Como estratégia primeiro reduz a área de recorte, cortando as partes brancas externas ao quadrado, e só depois corta pelos limites	
	Realiza movimentos de recorte controlados	X					
	Orienta o movimento de recorte de modo a não tocar ou ultrapassar nos limites previstos		x				
	Desenha uma linha através do percurso, sem ultrapassar as linhas limite	X					O Martim realiza a atividade em autonomia, no entanto com pouca precisão, realizando grande parte do percurso fora dos limites estabelecidos; Executa a tarefa depressa demais, demonstrando um movimento pouco controlado e preciso; Exerce a força adequada sobre a caneta; Com o auxílio da estagiária, conseguimos concretizar um movimento mais preciso e controlado. Mão selecionada: Direita
	Realiza o desenho do percurso através de movimentos controlados	X					
	<b>Lateralidade</b>						
	Apresenta preferência manual na realização das provas de coordenação óculo manual e de motricidade fina	Não, foi alternando a mão entre a execução de tarefas específicas					
Apresenta preferência podal na prova de coordenação óculo podal	Sim, utilizou o pé esquerdo em todas as tentativas						
Sistema de cotação para o domínio <b>psicomotor</b> , de acordo com o nível de apoio necessário para a concretização da tarefa:							
1- Ajuda física total 2- Modelação 3- Ajuda gestual 4- Ajuda verbal 5- Em autonomia							
Nota: o subdomínio da Lateralidade não será cotado, os valores serão apenas utilizados como referência							
Domínio	Itens	Cotação			Observações qualitativas complementares		
		1	2	3			
Socioemocional e Comportamento	Respeita o espaço do outro			X			
	Mantém o contacto ocular		X		Em momentos em que é solicitado, ou em momentos em que o Martim se demonstra mais descontraído, apesar de ser fugaz		
	Comunica de alguma forma as suas emoções (alegria/tristeza/satisfação/desagrado)		x				
	Adequa o comportamento após a repreensão		X		Por vezes é capaz de o adequar, noutras não		
	Explora o ambiente e os recursos disponíveis de forma adequada	X			Apresenta uma postura passiva, não procura o outro, explora o espaço ou os materiais. Se não lhe for dada qualquer indicação ou estímulo, é capaz de ficar durante um longo período de tempo sentado sem apresentar qualquer tipo de iniciativa		
	Envolve-se ativamente nas atividades	X					
	Quando solicitado partilha objetos com o outro		X				
	Espera pela sua vez		x		Era algo que não fazia. Por vezes fá-lo espontaneamente, noutras ajusta-se após a orientação da estagiária para tal		
Mantém a atenção o tempo necessário durante a execução da tarefa		X		Se for uma atividade para a qual se encontra motivado			

Tabela 33 (cont.) - Resultados totais AF Martim

	Realiza uma atividade simples de forma autónoma, do início ao fim		X		
<b>Cognitivo</b>	Associa objetos com características semelhantes			X	Desde que sejam características evidentes, por exemplo cor ou forma
	Demonstra compreensão de instruções verbais simples		X		De uma forma geral costuma compreender, mas por vezes revela algumas dificuldades de compreensão quando instrução é nova, apesar da sua simplicidade
	Compreende e executa instruções com mais do que uma etapa	X			
	Escreve o seu nome			X	Apesar de por vezes não se revelar legível, executa-o quando solicitado
	Identifica as letras do seu nome		X		Sabe identifica-las entre outras letras, no entanto, se lhe for solicitada uma das letra isoladamente, só consegue identificar algumas como o M
	Identifica os números até 10			X	Identifica com facilidade até ao 10, mas a partir do 10 ainda apresenta algumas dificuldades, apesar de já conseguir identificar alguns isoladamente. No entanto, ainda não é consistente
	Identifica os números até 20		X		
	Conta até 5		x		Apenas por imitação, e de forma quase impercetível, volume muito baixo
<p>Sistema de cotação para os domínios <b>interação social e comportamento</b> e <b>cognitivo</b>, de acordo com o nível de concretização da tarefa:</p> <p>1- Não;                  2- Em progresso;                  3- Sim.</p>					