



Universidade de Lisboa  
Faculdade de Motricidade Humana



A Intervenção Psicomotora na Perturbação do Espectro do Autismo  
na Associação Portuguesa para as Perturbações do  
Desenvolvimento e Autismo de Viseu

Relatório com vista à obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora  
no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Orientador: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais:

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Ana Rita Rodrigues Pereira

2018

*“Porque eu estou aqui para ti...  
e tu estás sempre aí para mim!”*

Bué Animados

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos os que me apoiaram ao longo deste percurso.

À Professora Doutora Ana Rodrigues pela orientação e exigência e liberdade.

À Dr.<sup>a</sup> Prazeres Domingues, que tão bem me aceitou e recebeu, por todas as suas palavras, histórias e experiências, com quem tanto aprendi.

Às técnicas excelentes da Associação, e restantes estagiárias, pela transmissão de conhecimento e experiências, que tanto fomentou o pensamento crítico.

À restante equipa e inúmeros voluntários que tanto de si dão pelos outros.

À minha família, pela paciência e amor incansável.

Aos meus amigos de infância, pelo ânimo, conselhos e apoio constantes.

Às amigas da faculdade, que apesar dos quilómetros, sempre demonstraram um grande apoio e em cada partilha e reencontro reforçaram a beleza da nossa profissão.

Ao Tiago, por tudo, sempre.

Por fim, a todos as crianças, jovens e suas famílias, por todos os ensinamentos, pela confiança depositada, pelos risos, birras e crescimento, que tanto me enriqueceram e permitiram reforçar a minha dedicação pela psicomotricidade.

## RESUMO

O presente relatório apresenta o estágio desenvolvido durante o ano letivo 2016/2017, na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, em Viseu (APPDA-Viseu), com crianças e jovens com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). O estágio enquadra-se no ramo de aprofundamento de competências profissionais do mestrado em reabilitação psicomotora. Num primeiro momento, o relatório engloba uma revisão da literatura quanto às Perturbações do Espectro do Autismo e Reabilitação Psicomotora, realizada a respetiva ponte entre temáticas, e apresentada a caracterização da instituição. Quanto ao trabalho prático desenvolvido, são descritos quatro estudos de caso, sendo três intervenções de carácter individual, respetivamente três crianças do género masculino, com cinco, oito e doze anos, e uma intervenção de grupo, com três rapazes, com dezasseis, dezanove e vinte e três anos. Nestes estudos de caso é apresentada a respetiva descrição dos casos, o plano pedagógico-terapêutico, os instrumentos de avaliação e os resultados obtidos. Posteriormente, são descritas atividades complementares desenvolvidas e relações estabelecidas, com profissionais, família e a comunidade. Para terminar são referidas as conclusões do trabalho desenvolvido e perspectivas de futuro.

**Palavras-chave:** Psicomotricidade, Intervenção Psicomotora, Perturbação do Espectro do Autismo, Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo – Viseu, Plano Pedagógico-Terapêutico, Crianças, Jovens, Estudos de Caso.

## **ABSTRACT**

This report presents the stage developed during the school year of 2016/2017, in the Portuguese Association for Developmental Disorders and Autism, in Viseu (APPDA-Viseu), with children and young people with Autism Spectrum Disorder (PEA). The internship is part of the Professional Skills Development Branch of the Master's Degree in Psychomotor Rehabilitation. Firstly, the report includes a review of the literature on Autism Spectrum Disorders and Psychomotor Rehabilitation, with an observation between thematics and presents a characterization of the institution. For the practical work developed four case studies are described, being three individual interventions, respectively three children of the masculine gender, with five, eight and twelve years, and a group intervention, with three boys, with sixteen, nineteen and twenty-three years old. In each case study is presented a description of case, the pedagogical-therapeutic plan, evaluation instruments and the results obtained. Subsequently, complementary activities developed and relations with professionals, families and community are described. Finally, are presented the conclusions of the work developed and prospects for the future.

**Key-words:** Psychomotricity, Psychomotor Intervention, Autism Spectrum Disorder, Portuguese Association for Developmental Disorders and Autism – Viseu, Pedagogical - Therapeutic Plan, Children, Young, Case Studies.

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL</b> .....	2
<b>1. Perturbação do Espectro do Autismo</b> .....	2
1.1. <i>Perspetiva Histórica</i> .....	2
1.2. <i>Epidemiologia</i> .....	4
1.3. <i>Diagnóstico</i> .....	5
1.4. <i>Comorbilidades</i> .....	8
1.5. <i>Perfil Funcional</i> .....	10
1.6. <i>Etiologia</i> .....	15
1.7. <i>Teorias Explicativas</i> .....	16
1.8. <i>Intervenção</i> .....	19
1.9. <i>Psicomotricidade</i> .....	23
1.9.1. <i>Intervenção Psicomotora</i> .....	25
1.9.2. <i>Intervenção Psicomotora na PEA</i> .....	26
<b>2. Enquadramento Institucional Formal</b> .....	29
2.1. <i>Caracterização da Instituição e Objetivos</i> .....	29
2.2. <i>Valências de Intervenção</i> .....	31
2.3. <i>Recursos Humanos</i> .....	31
2.4. <i>Recursos Materiais</i> .....	32
2.5. <i>Modelo de Atendimento</i> .....	32
<b>REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL</b> .....	34
<b>1. Organização do estágio</b> .....	34
1.1. <i>Contexto de Intervenção</i> .....	35
1.2. <i>Horário de Estágio</i> .....	35
<b>2. Intervenção Pedagógico-Terapêutica</b> .....	36
2.1. <i>Avaliação</i> .....	36
2.2. <i>Intervenção Psicomotora</i> .....	40
2.3. <i>Estudos de Caso</i> .....	41
2.3.1. <i>Caso 1 – D.O.</i> .....	42
2.3.2. <i>Caso 2 – J. S.</i> .....	51
2.3.2. <i>Caso 3 – S.M.</i> .....	60

<b>2.3.3. Caso 4 - Grupo</b> .....	71
<b>3. Relação com outros profissionais, família e comunidade</b> .....	87
<b>4. Atividades Complementares</b> .....	88
<b>5. Dificuldades e Limitações</b> .....	89
<b>CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS</b> .....	91
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	94
<b>ANEXOS</b> .....	102
<b>Anexo A</b> - Inventário de materiais: sala de psicomotricidade.....	103
<b>Anexo B</b> - Exemplo de relatório de avaliação de intervenções.....	104
<b>Anexo C</b> - Exemplo de relatório de observação .....	106
<b>Anexo D</b> - Exemplo de autorização de cedência de direitos áudio e imagem.....	113
<b>Anexo E</b> - Exemplo de consentimento informado .....	114
<b>Anexo F</b> - Ficha de cotação BPM (Página 1).....	115
<b>Anexo G</b> - Guia de aplicação da BPM (Página 1) .....	116
<b>Anexo H</b> - Ficha de cotação do PEP-3 (Página 1) .....	117
<b>Anexo I</b> - EASCC .....	118
<b>Anexo J</b> - Ficha de cotação do DAP (Página 1) .....	120
<b>Anexo K</b> - Ficha esquema de tensões .....	121
<b>Anexo L</b> - Exemplo de plano de sessão (Caso 1 – D.) .....	122
<b>Anexo M</b> - Exemplo de plano de sessão (Caso 4 – Grupo).....	124
<b>Anexo N</b> - Certificado de dinamização de tertúlia .....	126
<b>Anexo O</b> - Certificado de presença em formação.....	127

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Avaliação Inicial PEP-3 (Caso 1 – D.O.) .....	44
Figura 2 - Avaliação Inicial vs. Final PEP-3 (Caso 1 – D.O.) .....	50
Figura 3 - Avaliação Inicial PEP-3 (Caso 2 – J.S.).....	53
Figura 4 - Avaliação Inicial vs. Final PEP-3 (Caso 2 – J.S.).....	58
Figura 5 - Avaliação Inicial Subfactores BPM (Caso 3 – S.M.).....	62
Figura 6 - Avaliação Inicial EASCC (Caso 3 – S.M.) .....	64
Figura 7 - Avaliação Inicial vs. Final Subfactores da BPM (Caso 3 – S.M.) .....	68
Figura 8 - Avaliação Inicial vs. Final EASCC (Caso 3 – S.M.) .....	68
Figura 9 - Avaliação Inicial vs. Final Interação Social EASCC (Caso 3 – S.M.) .....	69
Figura 10 - Avaliação Inicial vs. Final Comunicação EASCC (Caso 3 – S.M.) .....	69
Figura 11 - Avaliação Inicial vs. Final Comportamento EASCC (Caso 3 – S.M.) .....	70
Figura 12 - Avaliação Inicial vs. Final Esquema de Tensões (Caso 4 – F.D.) .....	85
Figura 13 - Avaliação Inicial vs. Final Esquema de Tensões (Caso 4 – J.D.).....	85
Figura 14 - Avaliação Inicial vs. Final Esquema de Tensões (Caso 4 – J.P.) .....	85

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Horário de Estágio .....	36
Tabela 2 - Cotação da BPM.....	37
Tabela 3 - Nível de Desenvolvimento Adaptativo PEP-3.....	38
Tabela 4 - Casos Acompanhados .....	41
Tabela 5 - Cronograma das Sessões de Psicomotricidade .....	42
Tabela 6 - Objetivos de Intervenção Caso 1 – D.O. ....	46
Tabela 7 - Objetivos de Intervenção Caso 2 – J.S. ....	55
Tabela 8 - Objetivos de Intervenção Caso 3 – S.M. ....	65
Tabela 9 - Avaliação Inicial DAP (Caso 4 - F.D.).....	74
Tabela 10 - Avaliação Inicial DAP (Caso 4 - J.D.) .....	75
Tabela 11 - Avaliação Inicial DAP (Caso 4 - J.P.) .....	76
Tabela 12 - Objetivos de Intervenção Caso 4 – Grupo.....	80
Tabela 13 - Avaliação Final DAP (Caso 4 - F.D.) .....	83
Tabela 14 - Avaliação Final DAP (Grupo 4 - J.D.).....	84
Tabela 15 - Avaliação Final DAP (Grupo 4 - J.P.) .....	84
Tabela 16 - Avaliação Inicial vs. Final DAP (Caso 4 – Grupo).....	85

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABA** – *Applied Behavior Analysis*

**ABC** – *Autism Behavior Checklist*

**ADOS** – *Autism Diagnostic Observation Schedule*

**ADI-R** – *Autism Diagnostic Interview – Revised*

**APPDA** – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

**CAARPD** – Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social

**CARS-2** – *Childhood Autism Rating Scale: Second Edition*

**CHAT** – *Checklist for Autism in Toddlers*

**CHTV** – Centro Hospitalar Tondela-Viseu

**BPM** – Bateria Psicomotora

**DAP** – *Draw a Person*

**DID** – Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental

**DIR** – *Developmental, Individual Difference, Relationship-based*

**DSM-5** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition

**EASCC** – Escala de Avaliação Social, da Comunicação e Comportamento

**FE** – Funções Executivas

**FMH** – Faculdade de Motricidade Humana

**IPSS** – Instituição Particular de Solidariedade Social

**PEA** – Perturbação do Espectro do Autismo

**PECS** – *Picture Exchange Communication System*

**PEI** – Programa Educativo Individual

**PEP-3** – Perfil Psicoeducativo: terceira edição

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

**RACP** – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

**RPM** – Reabilitação Psicomotora

**SIT** – *Sensory Integration Therapy*

**TCC** – Teoria da Coerência Central

**TM** – Teoria da Mente

**TEACCH** – *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*

## INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), na Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa.

O estágio teve lugar na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo (APPDA), em Viseu. Sendo uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) tem como principal objetivo a promoção da qualidade de vida a pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e suas famílias.

De acordo com o regulamento de estágio (RACP, 2016), os objetivos gerais do estágio passam por estimular o domínio do conhecimento na área da RPM, a nível científico e metodológico, promovendo a reflexão a nível multidisciplinar; promover a capacidade de planear, gerir e coordenar serviços e programas da RPM em vários contextos; desenvolver a capacidade de inovação na implementação de novos conhecimentos e práticas, com vista ao enquadramento profissional e científico da área. Os objetivos específicos consistem na promoção da aprendizagem e treino da atividade profissional, através de competências nos domínios da intervenção pedagógico-científica, também promoção da relação com outros profissionais e comunidade.

O presente relatório apresenta três capítulos fundamentais, o enquadramento teórico da prática profissional, a realização da prática profissional e a conclusão.

O primeiro capítulo engloba o enquadramento teórico, debruçado sobre a perturbação do espectro do autismo, nomeadamente a sua perspetiva histórica, epidemiologia, diagnóstico, comorbilidades, apresentação do perfil funcional, etiologia, teorias explicativas e intervenção. Neste último subcapítulo será aprofundada a intervenção psicomotora e a relação desta com a população em estudo.

O segundo capítulo diz respeito ao enquadramento institucional formal, apresentando a caracterização da APPDA, os seus objetivos e valências de intervenção, tal como recursos materiais e humanos e, por fim, discriminado o modelo de atendimento.

No terceiro capítulo será apresentada a prática profissional, com a organização do estágio, a intervenção pedagógico-terapêutica – com as metodologias de avaliação utilizadas, apresentação da população-alvo e estudos de caso descritivos – de seguida, apresentada a relação com outros profissionais, comunidade e família das crianças, tal como atividades complementares realizadas e, por fim, as dificuldades e limitações sentidas durante todo o processo de intervenção.

Para finalizar serão apresentadas as conclusões e perspetivas de futuro, do presente relatório, onde se encontrará uma vertente reflexiva sobre o trabalho realizado.

# ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Neste capítulo será concretizado um enquadramento teórico, sobre as áreas de conhecimento envolvidas na prática profissional. Deste modo, será abordada a perturbação do espectro do autismo, a intervenção psicomotora e a relação entre ambas. Num segundo momento, será apresentado um enquadramento formal da instituição.

## 1. Perturbação do Espectro do Autismo

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) pode ser definida, segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fifth Edition (DSM-5)*, como uma perturbação do neurodesenvolvimento, caracterizada por: (1) défices na comunicação e interação social e (2) presença de interesses e comportamentos restritos e repetitivos (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Para o diagnóstico de PEA, estas características manifestam-se desde a primeira infância e estão presentes em vários contextos de vida – pessoal, social e académico –, limitando ou condicionando o indivíduo (APA, 2013). O seu nível de gravidade é considerado perante o comprometimento de cada uma das duas áreas, como será analisado posteriormente (APA, 2013).

No entanto, esta definição não foi sempre consensual, sendo ao longo do tempo concretizados e atualizados muitos estudos, permitindo o aumento do conhecimento da perturbação, sendo de seguida apresentada a sua perspetiva histórica.

### 1.1. *Perspetiva Histórica*

O termo Autismo foi usado pela primeira vez em 1911, por Eugen Bleuler, para caracterizar o pensamento autocentrado na esquizofrenia, este marcado por uma fuga da realidade (Frith, 1989; Volkmar, 2013).

O Autismo foi descrito, pela primeira vez, por Leo Kanner em 1943, como uma condição marcada por problemas severos no contacto afetivo e dificuldades com a mudança, incluindo persistência de estereotípias motoras (Frith, 1989; Volkmar, 2013). Kanner descreve onze crianças com a perturbação, destacando-se uma solidão extrema, denominando-as com “*infantile autism*” (p. 2, Cook & Willmerdinger, 2015; Frith, 1989).

Simultaneamente, Hans Asperger, em 1944 descreve casos de “*autistic psychopathy*” com problemas na interação social e interesses específicos, tal como Kanner, embora com maiores capacidades, i.e., com quociente de inteligência superior (p.8, Frith, 1989). Asperger desenvolveu o seu trabalho na Alemanha, durante a segunda guerra mundial, sendo o seu trabalho menos considerado que o de Kanner (Frith, 1989).

Contudo, o trabalho de Asperger é retomado por Wing, que em 1970 apresenta a síndrome de asperger, inicialmente subtipo das PEA, depois com um diagnóstico próprio até que, atualmente, integra o espectro (Volkmar, 2013).

O termo deriva do grego “*autos*” e significa em si próprio, sendo utilizado por Kanner e Asperger pela observação dos sintomas dos pacientes (Frith, 1989). No entanto, o mesmo conduz a dúvidas quanto à separação entre autismo e esquizofrenia, embora Kanner apresentasse uma tentativa de distinção, nomeadamente pela possível causa de fatores do ambiente (Volkmar, 2013), tal como pela presença da perturbação desde o nascimento, opostamente à esquizofrenia (Frith, 1989).

Posto isto, Rutter em 1978 propõe uma nova definição de autismo, independente da esquizofrenia, integrando os défices de comunicação e os comportamentos desajustados (Volkmar, 2013). Um ano mais tarde, Wing e Gould (1979 cit in Vital, 2013) apresentam uma tríade de dificuldades e reforçam a presença de características num contínuo de dificuldades e severidade, traduzindo-se na noção de espectro.

Simultaneamente, a esta evolução do termo e definição, várias crenças e causas foram ao longo do tempo associadas ao autismo. Como exemplo, encontramos as teorias psicogénicas, perante as quais o autismo seria causado por fatores emocionais ou psicológicos, não se associando a fatores físicos e biológicos; concretamente, encontra-se o exemplo das mães frigorífico, em que Kanner, em 1943, apresenta como causa do autismo a falta de suporte emocional por parte da mãe (Cook & Willmerdinger, 2015).

Tais explicações e conceções, acompanhadas por uma escassez de investigação e comprovação, influenciaram as intervenções com os indivíduos com PEA, como exemplo, houve um afastamento de crianças do seio familiar, derivado a tais conceções (Mesibov, Shea & Schopler, 2005 cit in Cook & Willmerdinger, 2015). Com um aumento dos estudos acerca dos mecanismos biológicos e comportamentais envolvidos na PEA constatou-se uma nova perspetiva do autismo e novas metodologias de intervenção surgiram, como por exemplo a intervenção com base comportamental (Cook & Willmerdinger, 2015). Adicionalmente, as crenças parentais, nomeadamente acerca das variações e incerteza da etiologia da PEA, apresentam-se influenciadoras das atitudes e comportamentos perante as crianças, tal como das decisões ao nível das intervenções a seguir, após diagnóstico (Semensato & Bosa, 2014).

Posto isto, podemos analisar de forma concreta a evolução da PEA pelo DSM, tendo em conta a definição e diagnóstico. Como tal, no DSM-1 o autismo era considerado um subtipo da esquizofrenia (APA, 1952 cit in Cook & Willmerdinger, 2015) e considerada uma perturbação rara (Lotter, 1967 cit in Cook & Willmerdinger, 2015). Só no DSM-3 houve

um reconhecimento oficial do autismo infantil (APA, 1980 cit in Volkmar, 2013), com a separação da esquizofrenia e apresentando este seis critérios de diagnóstico (Cook & Willmerdinger, 2015). Com a versão revista, DSM-3-R, surge a alteração de nome, de autismo infantil para perturbação autística, i.e., integrando a noção de espectro (APA, 1987 cit in Cook & Willmerdinger, 2015; Volkmar, 2013). Já no DSM-4 houve a integração de cinco subtipos de autismo, a Perturbação/Síndrome de Asperger, a Perturbação Autística, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da segunda infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação (Baker, 2013 cit in Cook & Willmerdinger, 2015). Atualmente, no DSM-5 houve uma junção das categorias anteriores num só diagnóstico (à exceção da Perturbação de Rett, dado esta apresentar alguns sintomas similares à PEA, mas não na sua totalidade), obtendo-se assim, como categoria de diagnóstico, a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (American Psychiatric Association [APA], 2013; Cook & Willmerdinger, 2015; Volkmar, 2013).

## **1.2. Epidemiologia**

Embora as estimativas variem, com o tempo e métodos de estudo, segundo o DSM-5 cerca de 1% da população global apresenta PEA (APA, 2013). Quanto à população em idade escolar, Kim et al. (2011 cit in Volkmar, 2013) refere uma percentagem de 2 a 3 %.

Do mesmo modo, Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2016), estima que 1 em cada 68 crianças (ou 14,6 por 1.000 crianças) apresente PEA, em 2012 nos Estados Unidos da América [EUA]. Já quanto aos géneros, o CDC (2016) refere cerca de 4,5 maior prevalência no género masculino, nomeadamente 1 em cada 42 rapazes, contra 1 em cada 189 raparigas, em 2012 nos EUA.

A diferença entre géneros foi desde cedo descrita, nomeadamente por Kanner e Asperger (Frith, 1989). Adicionalmente, é possível averiguar uma maior prevalência de dificuldades intelectuais e/ou atrasos na linguagem no género feminino (Lord, Schopler e Revicki cit in Frith, 1989). Tal facto, pode-se traduzir em menores diagnósticos, nos casos em que não existe comprometimento a nível intelectual, perante uma manifestação mais superficial da comunicação e âmbito social no género feminino (APA, 2013).

De acordo com Oliveira et al. (2007) a PEA só em 1990 começou a ser diagnosticada em Portugal e as políticas de saúde e educação implementadas no país. Deste modo, Oliveira et al. (2007) referem uma prevalência, de aproximadamente 10 por 10 000 casos, (ou 1 por 1.000), em Portugal, menor que as apresentadas noutros países. No entanto, os autores verificaram uma grande taxa (cerca de um terço) de crianças sem diagnóstico. Ainda, constataram uma maior prevalência nas regiões dos Açores (com 15,6

por 10 000), seguida de Lisboa e a região Centro, comparativamente ao restante território. Contudo, esta diferença não foi totalmente compreendida, sendo referidas características genéticas ou fatores ambientais como causas possíveis. Já a diferença entre géneros revelou-se de, aproximadamente, 3 rapazes para 1 rapariga (Oliveira et al., 2007).

Embora a PEA ocorra em todas as raças, etnias e grupos socioeconómicos (CDC, 2016), sem distinção a nível da prevalência, os âmbitos cultural e socioeconómico podem influenciar a idade do diagnóstico (APA, 2013), tal como influenciar o tratamento e práticas realizadas (Volkmar, 2013).

Tem-se verificado um aumento da prevalência de autismo, ao longo dos anos (Levy, Mandell & Schultz, 2009). Tal, pode ser resultado de um aumento do diagnóstico, devido às alterações dos critérios (i.e., incluírem os cinco subtipos), por melhores diagnósticos, também devido a um aumento da consciencialização, por questões relativas a diferenças metodológicas dos estudos ou, efetivamente, devido a um aumento da perturbação (APA, 2013; Volkmar, 2013). Por outro lado, a maior prevalência de diagnósticos em idade escolar traduz-se numa maior preocupação pública, tal como maior consideração de políticas e práticas educativas (Shattuck, 2006 cit in Levy et al., 2009).

### **1.3. Diagnóstico**

De acordo com Frith (1989) o diagnóstico de autismo tem por base a interpretação do comportamento. A autora refere ainda que deve ser considerada a idade da criança, nomeadamente a idade mental, permitindo a perceção das aquisições desenvolvimentais e, assim, avaliar os seus desvios. Do mesmo modo, sendo uma perturbação do desenvolvimento, existe um comprometimento desde a infância, pelo que se deve considerar a criança como um todo, não apenas nas especificidades mais evidentes (Frith, 1989). Levy et al. (2009) referem a importância da integração das preocupações do cuidador e/ou familiares, aquando do diagnóstico, dado apresentarem-se os primeiros observadores dos sintomas, nomeadamente com a descrição dos comportamentos.

Os sintomas são frequentemente observáveis aos dois anos, embora em casos mais severos possam ser visíveis antes dos doze meses (APA, 2013). No DSM-5 a idade para diagnóstico é a primeira infância, ao invés dos três anos referidos no anterior, DSM-4 (Volkmar, 2013).

Contudo, por questões do desenvolvimento (e.g. casos de evolução ou regressão, ou ritmo desigual), o diagnóstico é considerado mais viável a partir dos dois anos, embora a maioria das crianças sejam diagnosticadas posteriormente, aproximadamente aos quatro anos (CDC, 2016). Muitas das crianças com PEA apresentam um desenvolvimento dentro

do padrão entre os doze e os vinte e quatro meses, apresentando de seguida uma regressão, tanto ao nível da comunicação verbal (e.g. deixam de verbalizar algumas palavras) como não verbal (e.g. deixando de apontar) e capacidades sociais (e.g. diminuindo ou recusando o contacto ocular); podendo esta regressão ser gradual ou repentina (APA, 2013; Johnson, Myers & Council on Children With Disabilities, 2007).

Tal atraso, no diagnóstico, pode-se dever às manifestações, que variam consoante a severidade, nível de desenvolvimento e idade da criança (APA, 2013; Levy et al., 2009), tal como as características do indivíduo e do seu envolvimento, corroborando a noção de espectro (APA, 2013). Esta variedade traduz-se num desafio para a avaliação e diagnóstico e, posteriormente, atribuição de serviços de apoio e intervenção (Volkmar, 2013).

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), o diagnóstico é estabelecido perante cinco critérios:

A – Presença de dificuldades na comunicação e interação social, que se devem manifestar nos três critérios seguintes: (1) reciprocidade social e emocional (e.g. iniciativa social e reciprocidade na comunicação), (2) competências de comunicação não-verbal (e.g. contacto ocular e linguagem corporal) e (3) relações (e.g. criação e manutenção);

B – Presença de comportamentos, interesses e atividades, repetitivos e restritos, que incluem: (1) movimentos motores repetitivos ou estereotipados, uso de objetos ou linguagem verbal (e.g. estereotipias motoras, rodar objetos, ecolalia e discurso idiossincrático), (2) inflexibilidade quanto a rotinas e comportamentos ritualizados (verbais e/ou não verbais), (3) interesses, fixos e restritos, desajustados na intensidade e foco (e.g. interesse circunscrito e perseverante, ou por objetos pouco comuns) e (4) aumento da sensibilidade à estimulação sensorial (e.g. vento, dor, som, cheiro e toque);

C – Presença dos sintomas desde um período inicial do desenvolvimento, embora se possam manifestar apenas aquando as exigências sociais o exijam;

D – Os sintomas limitam e incapacitam significativamente o funcionamento global;

E – Tais dificuldades não podem ser explicadas por dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID) ou atraso do desenvolvimento global, embora possam ocorrer simultaneamente, como comorbilidades.

Os três sintomas da área da comunicação e interação social e dois sintomas da área do comportamento devem estar presentes, para o diagnóstico, perfazendo cinco dos sete sintomas totais (Volkmar, 2013).

O DSM-5 define ainda o nível de gravidade, determinado com base no comprometimento das duas áreas (A e B). De forma concreta, tem em conta três níveis, consoante a intensidade de apoio que exige, sendo o 1 requer apoio, o 2 requer apoio substancial e o 3 requer apoio muito substancial (APA, 2013).

Concretamente, para a comunicação e interação social:

(1) dificuldades severas na comunicação (verbal e não verbal), implicando iniciativa muito limitada de interação social e mínima resposta social ao outro;

(2) dificuldades evidentes na comunicação (verbal e não verbal), implicando iniciativa limitada de interação social e reduzida ou desajustada resposta social ao outro, mesmo perante apoio;

(3) dificuldades visíveis na comunicação (verbal e não verbal), implicando dificuldades na iniciativa de interação social, resposta social ao outro desajustada e diminuição do interesse na interação social, sem apoios.

Quanto aos comportamentos:

(1) inflexibilidade de comportamentos, dificuldade extrema em lidar com a mudança; comportamentos restritos/repetitivos que interferem no funcionamento global; grande dificuldade em mudar o foco ou ações;

(2) inflexibilidade de comportamentos, dificuldade em lidar com a mudança; comportamentos restritos/repetitivos óbvios para o observador, interferindo no funcionamento de vários contextos; dificuldade em mudar o foco ou ações;

(3) inflexibilidade de comportamentos, com interferência no funcionamento de um ou mais contextos; dificuldade em mudar atividades, dificuldades na organização e planeamento, influenciando a independência.

Para uma uniformização da avaliação e diagnóstico, diversos são os instrumentos utilizados, sendo privilegiados quando padronizados e com boas propriedades psicométricas, também são incluídos questionários aos cuidadores e observações diretas ao indivíduo (APA, 2013).

O *Autism Diagnostic Observation Schedule* (ADOS de Lord et al., 2000) é um instrumento padronizado, de observação semiestruturada de várias tarefas, aplicado por um profissional clínico para fins de diagnóstico; pretende avaliar a comunicação, o comportamento social, os interesses e comportamentos restritos, sendo a cotação transferida para um algoritmo que resulta na classificação ou não de autismo; baseado no DSM-4, é composto por cinco módulos, de acordo com a idade e nível de linguagem; pode ser utilizado tanto para crianças como para adultos e tem a duração entre trinta a sessenta minutos (Corsello, 2013; Levy et al., 2009).

O *Autism Diagnostic Interview – Revised* (ADI-R de Le Couteur, Lord & Rutter, 2003), tal como o ADOS é baseado no DSM-4, sendo uma entrevista semiestruturada aplicada por um clínico a pais/cuidadores; pode ser utilizado em crianças a partir dos dois anos, englobando o comportamento e informação do histórico do indivíduo; tem oitenta e

nove itens, cotados de zero a três que resultam num algoritmo que possibilita o diagnóstico; tem a duração de uma hora e meia a três horas (Corsello, 2013; Levy et al., 2009).

O ADOS e o ADI-R apresentam-se como os mais viáveis e utilizados para o diagnóstico, por vezes a sua combinação apresenta maior complementaridade e viabilidade (Levy et al., 2009).

Como instrumento de diagnóstico pode ainda ser utilizado o *Childhood Autism Rating Scale, Second Edition* (CARS-2 de Schopler et al., 2010), utilizado por profissionais, com a duração entre quinze a trinta minutos, avalia o comportamento através da observação clínica; apresenta uma escala para o autismo, desde a não existência até severo; permite avaliar tanto crianças como adultos, com um maior nível de linguagem e capacidades cognitivas; no caso de crianças mais novas e/ou com menores capacidades cognitivas é utilizada a primeira e mais antiga versão, CARS (Corsello, 2013).

O *Autism Behavior Checklist* (ABC de Krug, Joel & Almond, 1980) é um questionário constituído por 57 itens de avaliação do comportamento, distribuídos por cinco áreas; indicado para crianças dos três aos treze anos, permite obter uma alta, baixa ou mista probabilidade de diagnóstico; com a duração aproximada de dez a vinte minutos, pode ser preenchido por profissionais de saúde, professores mas também pelos pais obtendo uma medida do desenvolvimento da criança (Corsello, 2013).

Do mesmo modo, como identificação precoce dos sintomas pode ser utilizado, dos 18 a 24 meses, o *Checklist for Autism in Toddlers* (CHAT de Baron-Cohen et al., 1992), englobando um questionário e uma observação direta, este pode ser aplicado por profissionais de saúde e de educação, com a duração de cerca de cinco minutos (Levy et al., 2009).

#### **1.4. Comorbilidades**

A PEA está muitas vezes associada a outras perturbações (APA, 2013), sendo referida a ocorrência simultânea a outras perturbações em 83% (CDC, 2016) e cerca de 25% dos casos ocorrendo em duas ou mais condições, dados dos EUA (Levy et al., 2010).

No entanto, perante sintomas e características semelhantes entre diagnósticos, é essencial concretizar um diagnóstico diferencial, dado os sintomas não corresponderem aos critérios totais para o diagnóstico de autismo, nomeadamente perante a Síndrome de Rett, Mutismo Seletivo, Perturbação da Linguagem, DID, Perturbação do Movimento Estereotipado, Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Esquizofrenia (APA, 2013).

Por outro lado, quando presentes critérios para dois diagnósticos, ambos devem ser atribuídos, como por exemplo, PEA e PHDA ou Perturbação da Ansiedade (APA, 2013).

De acordo com uma revisão da literatura de Levy et al. (2009) podemos encontrar vários sintomas e perturbações, associadas à PEA, com a percentagem respetiva, obtida nos diversos estudos:

- A nível desenvolvimental: DID (40-80%), perturbações da linguagem (50-63%), problemas de atenção, impulsividade ou hiperatividade (59%), perturbação da coordenação motora (9-19%) e hipotonia (50%);
- A nível psiquiátrico (de acordo com Levy et al., 2010) correspondem a 10% de comorbilidades na PEA: ansiedade (43-84%), depressão (2-30%), perturbação obsessiva-compulsiva (37%), perturbação da oposição e desafio (7%) e problemas de comportamento (3%);
- A nível comportamental: comportamento disruptivo ou agressivo (80-90%) e comportamento autoagressivo (34%);
- A nível sensorial: sensibilidade tátil (80-90%) e sensibilidade auditiva (5-47%);
- A nível neurológico: epilepsia (5-49%) e tiques (8-10%);
- A nível gastrointestinal: perturbação alimentar (30-90%), refluxo gastroesofágico e obstipação (8-59%);
- Ao nível do sono: perturbação do sono (52-73%).

Adicionalmente, são referidas como comuns as dificuldades específicas de aprendizagem (e.g. leitura, escrita e matemática) (APA, 2013).

De acordo com Bauman (2010), embora seja reconhecida a grande percentagem de comorbilidades nos indivíduos com PEA, a natureza e a prevalência das mesmas ainda não se encontra bem definida. Ainda de acordo com a autora, muitas das condições apresentam-se com diagnóstico tardio, dada a dificuldade na identificação, por dificuldades no exame físico ou em concretizar avaliações específicas, perante indivíduos não-verbais, com características do processamento sensorial ou por comportamentos repetitivos desajustados.

Simultaneamente, a presença de outra perturbação conduz com frequência a diagnósticos de PEA tardios, devido à ocultação pelas outras condições ou por diagnósticos mal efetuados (Levy et al., 2010).

Contudo, a identificação das condições é de elevada importância pois o acompanhamento médico pode, quando possível, conduzir ao tratamento ou minimização da expressão clínica e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e

respetiva família, tal como maximizar a participação na educação e outros contextos (Bauman, 2010).

### **1.5. Perfil Funcional**

A severidade e sintomatologia da PEA varia consoante o indivíduo (i.e., idade, nível intelectual e capacidades) e o contexto, podendo alterar-se ao longo do tempo nomeadamente perante o histórico de tratamento e apoios (APA, 2013).

De acordo com a definição de PEA, definida pelo DSM-5, podemos encontrar características ao nível da comunicação e interação social e ao nível dos comportamentos e interesses restritos e repetitivos, adicionalmente são visíveis outras características, como é o caso das competências motoras, descritas de seguida.

### **Comunicação e Interação Social**

As dificuldades na comunicação podem ser verbais e/ou não-verbais (APA, 2013). De forma concreta, pode apresentar-se falta de discurso total (i.e., indivíduos não-verbais), atraso na linguagem e/ou fraca compreensão do discurso ou da linguagem literal (APA, 2013; Frith, 1989). Como exemplo, casos de PEA com severidade moderada apresentam discurso, embora este não seja fluente, funcional ou com intencionalidade comunicativa (Johnson et al., 2007).

Concretamente, a pragmática – como a competência de utilização da linguagem com um propósito comunicativo e de acordo com um contexto (e.g. social) – é o domínio mais afetado na PEA, mesmo perante as restantes capacidades da linguagem permanecerem intactas (i.e. fonologia, semântica e sintaxe) (APA, 2013; Frith, 1989). Deste modo, verificam-se problemas ao nível da comunicação social recíproca, nomeadamente a intencionalidade e procura pelo outro (APA, 2013; Frith, 1989). Ainda, especificidades como a entoação e a fluência, apesar de se revelarem como competências na PEA, apresentam dificuldades em serem aplicadas, tal como relacionadas com o conteúdo (Frith, 1989).

Do mesmo modo, as ecolalias (i.e., linguagem repetitiva, como eco de partes do discurso) como característica observada no autismo, pode apresentar-se em forma de pedido (e.g. “queres um biscoito?”, frase repetida como um “sim”) ou de comportamento estereotipado (i.e., sem uma intenção comunicativa), de acordo com Frith (1989). Ainda segundo a autora, embora não seja consensual a sua eliminação perante a melhoria da linguagem espontânea, verifica-se nestes casos a sua diminuição.

Adicionalmente, no discurso idiossincrático (i.e., peculiar) sugere uma falta de interesse e envolvimento ativo ou necessidade de partilha com o outro (Frith, 1989). Também a dificuldade de compreensão do discurso metafórico é influenciada pela partilha de experiências reduzida e dificuldade de compreensão e colocação no papel do outro (Frith, 1989). Ainda, são visíveis dificuldades com pronomes (i.e., uso do “eu” ou “tu”), em termos relativos ao tempo e ao espaço, relacionando-se, novamente, com a intenção do comunicador (Frith, 1989).

Ao nível do desenvolvimento, apesar da variabilidade, nos primeiros anos pode verificar-se um atraso na aquisição da linguagem, na idade escolar uma dificuldade em manter diálogos e compreender regras de conversação e na adolescência uma dificuldade em compreender a linguagem não literal (Vital, 2013).

De forma mais atual, várias questões se encontram em estudo sobre o diagnóstico de perturbação da linguagem, nomeadamente se se representa como traço biológico, constitui genótipo ou fenótipo da PEA (Constantino & Charman, 2016). No entanto, apesar de tais dificuldades, perante os inúmeros défices na linguagem, presentes em indivíduos com PEA, é de realçar a importância de distinção entre diagnósticos, de modo a maximizar a intervenção, nomeadamente com a identificação de perturbação específica da linguagem sem PEA, perturbação da linguagem como comorbilidade à PEA ou simplesmente dificuldades identificadas como características da comunicação do indivíduo com PEA (APA, 2013).

Quanto às dificuldades de reciprocidade social e emocional, desde cedo é visível ausência ou fraca iniciação da interação ou dificuldades na reação a emoções, na partilha de emoções, tal como uma redução ou ausência da imitação do outro (APA, 2013; Frith, 1989). Ainda, verifica-se uma dificuldade em se colocarem no lugar do outro, na empatia, partilha e conforto do outro (Johnson et al., 2007). A recompensa e a desaprovação são também difíceis de compreender, nomeadamente a intenção de tais comportamentos (Frith, 1989).

Na comunicação não-verbal, verifica-se a ausência, diminuição ou uso desajustado do contacto visual, gestos, expressões faciais, tal como orientação do corpo ou entoação do discurso, conduzindo a dificuldades em comunicar de forma espontânea (APA, 2013).

No entanto, apesar das crianças expressarem alegria, medo ou outras emoções, não o fazem no tempo social esperado, com implicações na socialização (Frith, 1989). Do mesmo modo, apesar de comunicarem é, muitas das vezes, através de pedidos, não em conversação e partilha com o outro (APA, 2013).

Dadas as dificuldades nas competências sociais, como a ausência ou redução do interesse, sendo este desajustado, pela rejeição do outro ou por comportamentos agressivos ou perturbadores (APA, 2013), muitos indivíduos apresentam dificuldades em estabelecer e manter amizades, apresentando poucos ou nenhuns amigos, ou apenas perante interesses específicos (Johnson et al., 2007).

Frequentemente, crianças com PEA brincam sozinhas durante grandes períodos de tempo, apresentando dificuldades na cooperação, no respeito por regras sociais e adesão a jogos complexos de grupo (Johnson et al., 2007). Do mesmo modo, apresentam falta ou atraso no jogo simbólico, focando-se em jogos ritualizados ou sensoriomotores (e.g. levar os brinquedos à boca ou abanarem-nos de forma ritualizada); quando presente, o jogo simbólico, é repetitivo e com falta de criatividade e imitação (e.g. alinhar carros por cores, em vez de os conduzir) (Johnson et al., 2007).

De forma concreta, em crianças pequenas verifica-se frequentemente a falta de jogo social partilhado e de imaginação; mais tarde, em idade escolar, verifica-se a persistência em regras fixas e inflexibilidade (APA, 2013). Na adolescência apresentam-se, por exemplo, dificuldades na compreensão de regras associadas às relações românticas (Vital, 2013). Já nos adultos verificam-se dificuldades em perceber comportamentos adequados ou inadequados, consoante o contexto (e.g. o que não dizer numa conversa) e diferenças na linguagem (e.g. ironia), pelo que preferem atividades individuais ou a interação com indivíduos mais novos ou mais velhos (APA, 2013).

Segundo Gillberg (1991 cit in Gabriels, 2007) as capacidades sociais melhoram perante o desenvolvimento da criança, nomeadamente com as dificuldades de comunicação e os comportamentos estereotipados a diminuírem ao longo da adolescência (Vital, 2013). Do mesmo modo, de acordo com Szatmari et al. (1989 cit in Vital, 2013), cerca de 3 a 25% dos indivíduos com PEA melhoram ao nível das relações sociais na adolescência e início da idade adulta, conseguindo manter uma vida independente. Tal prognóstico pode dever-se à intervenção adequada, de apoios sociais e educativos (Winter, 2002 cit in Vital, 2013), estando também associada a casos com menor nível de severidade dos sintomas e ao desenvolvimento natural do indivíduo (Vital, 2013).

### **Comportamentos, interesses e atividades, repetitivos e restritos**

Em relação aos comportamentos e interesses restritos e repetitivos, podem englobar estereotipias motoras simples (e.g. movimentos das mãos e dos dedos), uso repetitivo de objetos (e.g. brinquedos) e fala repetitiva (e.g. ecolalia, uso de pronomes pessoais inadequados e uso estereotipado de padrões prosódicos) (APA, 2013). Ainda,

pode verificar-se o caminhar sobre as pontas dos pés, o cheirar e o lambar objetos (Johnson et al., 2007), tal como reações extremas ou restrições quanto ao paladar, ao cheiro, à textura ou à aparência da comida (APA, 2013).

Quanto à persistência em rotinas (e.g. insistência em regras e rigidez do pensamento) ou padrões de comportamento rituais, verbais ou não-verbais (e.g. questionamentos repetitivos ou seguir sempre a mesma rota), podem apresentar-se variáveis quer em intensidade, quer no foco (APA, 2013). Algumas rotinas ou interesses podem estar associados à hiper/hiposensibilidade (e.g. fascínio por luzes ou movimento de objetos) (APA, 2013).

Os comportamentos autoagressivos (e.g. bater a cabeça, ferir a pele e mordidas) são também comuns, maioritariamente perante comorbilidades com a DID (Johnson et al., 2007). Estes comportamentos podem ser desencadeados por frustração, por transições, ansiedade em novas situações ou ambientes, por fadiga ou dor (Johnson et al., 2007).

De acordo com Frith (1989) os movimentos estereotipados podem atuar como reguladores do estado interno, de controlo da excitação e estruturação do indivíduo (e.g. rigidez das rotinas). Já os comportamentos autoagressivos, segundo a autora, podem atuar como procura de estimulação sensorial intensa, não se relacionando, no entanto com a dor, dada a diferença de sensibilidade nos indivíduos com PEA.

Durante o desenvolvimento verificam-se, inicialmente, movimentos repetitivos e estereotipados, na infância aparecem rotinas mais rígidas e na adolescência surgem rituais mais elaborados (Vital, 2013). A presença de tais comportamentos, influenciam as atividades do dia a dia e as aprendizagens (Dunlap, Dyer & Koegel, 1983 cit in Gabriels, 2007) pois, apesar da maioria não ser perigosa, para o próprio ou para os outros, impedem os indivíduos de terminar tarefas ou manter-se em aprendizagem (Johnson et al., 2007).

Em suma, a inflexibilidade cognitiva e os comportamentos restritos e repetitivos apresentam um menor prognóstico comparativamente à comunicação e interação social, com os défices não sociais a manterem-se ao longo do desenvolvimento (Vital, 2013). De acordo com Militerni et al. (2007 cit in Vital, 2013), enquanto estes comportamentos são mais frequentes na infância, na adolescência tornam-se mais complexos. Como exemplo, Gillberg e Steffenburg (1987 cit in Gabriels, 2007) referem um aumento destes comportamentos durante a adolescência, fase de transição, com a prevalência nas rotinas, interesses e autoagressões. Contudo, apresentam-se estudos inconclusivos sobre a sua prevalência ou desaparecimento ao longo do tempo, tal como das restantes características (Vital, 2013).

## **Competências motoras**

Embora a PEA não tenha diretamente associadas características de âmbito motor várias dificuldades são reconhecidas nesta população e diversos estudos são concretizados no sentido de as compreenderem (Ming, Brimacombe & Wagner, 2007).

De acordo com Staples (2010) embora se verifiquem trajetórias distintas, dentro da PEA, de uma forma global, as crianças com a perturbação apresentam pior competências em movimentos fundamentais, tal como um atraso no desenvolvimento motor (face a crianças da mesma idade sem diagnóstico). Concretamente, segundo o autor, apresentam maiores dificuldades na locomoção, no controlo de movimentos, como a coordenação de braços-pernas e esquerda-direita, no controlo da força, direção da bola nos lançamentos e no chutar, por dificuldades na progressão e no rodar o corpo.

Jansiewicz et al. (2006) referem nos indivíduos com PEA diversas dificuldades motoras, como a coordenação, postura, flexibilidade, equilíbrio e rapidez de movimentos. Segundo os autores, tais dificuldades podem conduzir a dificuldades na interação com o envolvimento físico, em tarefas precisas (e.g. escrita) e de jogo social (e.g. andar de bicicleta e participar em jogos coletivos).

Do mesmo modo, Whyatt e Craig (2012) realizaram um estudo que concluiu dificuldades de âmbito motor (e.g. competências com bola e destreza manual) em crianças com autismo, comparativamente a crianças sem diagnóstico, apresentando a possibilidade de dificuldades em tarefas complexas de velocidade/precisão (i.e., em estratégias de percepção-ação e integração visuomotora).

Outros estudos (Preslar, Kushner, Marino & Pearce, 2014 e Lindell & Hudry, 2013 cit in Paquet, Golse, Girard, Olliac & Vaivre-Douret, 2017) referem uma interferência ou atraso na definição da lateralidade nas crianças com PEA. Apesar de ser tema ainda em aprofundamento, a lateralidade não definida ou tardia, tal como padrões de lateralização corticais distintos, apresentam-se como influência na aquisição de certas competências, como a escrita, a coordenação visuomotora, a destreza manual e a linguagem (Paquet et al., 2017).

De acordo com Ming et al. (2007) a apraxia e a hipotonia apresentam-se comuns nos indivíduos com PEA o que, segundo os autores, pode associar-se às concomitantes dificuldades da motricidade global e fina.

As manifestações da PEA, durante os primeiros anos de vida incluem, entre outras: passividade, irritabilidade, ausência de contacto ocular e resposta à voz, ausência ou redução de interação (Gillberg et al., 1990 cit in Vital, 2013), especificidades sensoriais (Dawson, Osterling, Meltzoff & Kuhl, 2000 cit in Vital, 2013) e dificuldades motoras (e.g.

tónus muscular e padrões de movimentos) (Teitelbaum, Teitelbaum, Nye, Fryman & Maurer, 1898 cit in Vital, 2013). Ainda, falta de partilha de atenção com o outro, falta do apontar, mostrar ou partilhar objetos, tal como seguir o apontar ou o olhar do outro (APA, 2013). Posteriormente, seguem-se comportamentos repetitivos e estereotipados, mais intensos, e dificuldades na linguagem (Stone, Coonrod & Ousley, 2000 cit in Vital, 2013), associados à falta de intenção comunicativa e comunicação não-verbal (Johnson et al., 2007).

### **1.6. Etiologia**

Apesar da investigação nas PEA ter crescido de forma exponencial nas últimas décadas, existem algumas questões ainda por explicar, como as suas causas e biomarcadores (Mandy & Lai, 2016).

Atualmente, considera-se a PEA como tendo causas multifatoriais, incluindo heterogeneidade genética, com efeitos do envolvimento e aspetos fisiológicos a influenciarem múltiplos genes (Bauman, 2010). Como tal, os vários fatores de risco combinados conduzem à diversidade de fenótipos (Levy et al., 2009), sendo uma perturbação com severidades distintas mas com implicações em determinado momento do desenvolvimento do indivíduo (Frith, 1989).

Deste modo, são considerados fatores genéticos, estes apoiados pelo aumento do risco em irmãos de indivíduos com PEA (Volkmar, 2013), com cerca de 2-18% de probabilidade de diagnóstico (CDC, 2016), tal como pela presença em gémeos (Folstein e Rutter, 1977 cit in Frith, 1989), com cerca de 36-95% de probabilidade em gémeos monozigóticos e uma probabilidade de 0-31% em gémeos dizigóticos (CDC, 2016). A PEA tem também maior predisposição para ocorrer simultaneamente a condições genéticas ou cromossómicas, cerca de 10% tem diagnóstico associado de Síndrome de Down, Síndrome de X-frágil, entre outros (CDC, 2016). No entanto são referidos múltiplos genes envolvidos (O'Roak & State, 2008 cit in Volkmar, 2013) e a percentagem menor do que 100% indica a presença de outros fatores não genéticos (Mandy & Lai, 2016).

Adicionalmente, existe uma grande investigação que aponta para a implicação de fatores neurobiológicos (Volkmar, 2013), corroborada pelas elevadas taxas de epilepsia, sinais e sintomas neurológicos (Volkmar & Nelson, 1990 cit in Volkmar, 2013), como a persistência de reflexos da infância e movimentos estereotipados, ao longo do desenvolvimento (Frith, 1989).

Outros estudos têm-se focado no processamento cerebral, vindo estudos *post mortem* corroborar anomalias na estrutura e funcionamento cerebral, i.e., alterações na arquitetura e regiões específicas do cérebro (Casanova, 2007 cit in Volkmar, 2013). Mais

concretamente, áreas relacionadas com a interação e percepção social, pensamento e emoções, como é o caso da amígdala, regiões frontais (Volkmar, 2013) e cerebelo (Chen, Peñagarikano, Belgard, Swarup & Geschwind, 2015). Ainda, verifica-se um défice do desenvolvimento neural e função sináptica, nomeadamente perante uma conexão entre regiões cerebrais deficitária, traduzindo-se numa integração da informação menos efetiva e mais básica (Chen et al., 2015).

Contudo, segundo o DSM-5 (APA, 2013), para além de fatores genéticos e fisiológicos, outros podem estar na base etiológica da PEA, como: a idade parental avançada, existindo maior risco perante idades elevadas em ambos os pais (Mandy & Lai, 2016); fatores pré-natais, como a exposição a *valproate* pelo feto, a inibidores seletivos de recaptção de serotonina e a químicos tóxicos (Mandy & Lai, 2016); e fatores perinatais, como a prematuridade, o baixo peso à nascença e a hipoxia.

Por outro lado, a imprensa leiga apresenta o papel de fatores do envolvimento, mais concretamente as imunizações (i.e., vacinas), embora se verifique uma falta de estudos comprovativos de tal (Wing and Potter, 2008 cit in Volkmar, 2013). Mandy e Lai (2016) referem que os fatores pós-natais, do envolvimento, afetam essencialmente a expressão e severidade dos sintomas, não afetando diretamente a etiologia. Dentro destes encontram-se a interação cuidador/criança, que pode promover a expressão da PEA, nos casos de predisposição para tal, e o caso da vacinação, embora sem evidência científica para ambos os casos, excluindo-se a hipótese de se apresentarem como fatores de risco para a PEA (Mandy & Lai, 2016).

### **1.7. Teorias Explicativas**

Devido à heterogeneidade da expressão da PEA não se confirmam teorias explicativas únicas. Como tal, várias teorias são apresentadas, com base nas dificuldades na linguagem pragmática, na intersubjetividade (e.g. teoria da mente), na função executiva e na resolução de problemas, tal como na coerência central e na integração da informação (Levy et al., 2009).

De seguida serão apresentadas três teorias, a teoria da mente, a teoria da coerência central e a teoria das funções executivas, embora várias outras teorias e estudos sejam sugeridos para a explicação da PEA.

#### **Teoria da Mente**

A Teoria da Mente (TM) é relativa à capacidade de atribuir estados mentais aos outros, de forma a explicar e prever comportamentos, permitindo assim a integração no

mundo social. Como tal, é uma capacidade psicológica que compreende a atribuição de crenças, intenções, desejos e pelo conhecimento do outro perceber estados divergentes do próprio (Chevallier, 2013).

Desta forma, considerada por Baron-Cohen, Leslie e Frith, em 1985 (Chevallier, 2013), pretende explicar as dificuldades na comunicação pragmática e de interação social na PEA, por défices neurocognitivos (Levy, 2007). A teoria foi considerada perante dificuldades de crianças com PEA em tarefas de crenças falsas (Chevallier, 2013), na compreensão do pensamento de personagens e predição do seu comportamento (Bosa, 2001).

Na PEA uma das características é então a dificuldade em compreender a mente dos outros e, como tal, conduz a dificuldades no desenvolvimento social, na empatia e imitação, que requerem a perceção da perspetiva do outro (Chevallier, 2013).

### **Teoria das Funções Executivas**

As Funções Executivas (FE) são a capacidade para resolução de problemas, tendo em mente um objetivo futuro (Welsh & Pennington, 1988 cit in Griffith, Pennington, Wehner & Rogers, 1999; Solomon, 2013). Estas englobam a memória de trabalho, a inibição, a flexibilidade cognitiva e o planeamento, adicionalmente, podem ser consideradas a resolução de problemas e o pensamento abstrato (Solomon, 2013).

A teoria das FE considera a semelhança dos comportamentos de indivíduos com PEA com indivíduos com lesões corticais frontais (Bosa, 2001; Solomon, 2013). Nomeadamente défices na apatia, atenção, memória de trabalho e dificuldades na avaliação de valores sociais (Elinger & Damasio, 1985 cit in Bosa, 2001), também nos comportamentos perseverantes e inflexíveis (Griffith et al., 1999), dificuldades na previsão de ações futuras e alteração de respostas frequentes (Solomon, 2013).

De forma concreta, relacionadas com a flexibilidade cognitiva, indivíduos com PEA apresentam dificuldades em alterar pensamentos, na resolução de problemas, fora do ambiente próximo, na alteração do foco da atenção visual, em alternar a atenção entre modalidades sensoriais (e.g. ouvir e ver) e em alternar e modificar regras adquiridas, (Solomon, 2013).

Apesar das dificuldades nas FE não serem exclusivas à PEA (e.g. também estão presentes na PHDA), é essencial o seu estudo dada a sua influência nas áreas sociais, da linguagem e de âmbito cognitivo, podendo explicar os comportamentos repetitivos característicos, não explicados pela TM (Solomon, 2013).

## **Teoria da Coerência Central**

A Teoria da Coerência Central (TCC), estabelecida por Frith em 1989, descreve-se pela dificuldade dos indivíduos extraírem e utilizarem um significado global das informações, de acordo com o contexto (Frith, 1989). Esta teoria apresenta-se por diversos sintomas e características da PEA que ficam por explicar pela TM, como a persistência de interesses, rotinas, a atenção ao detalhe, as preocupações excessivas e capacidades especiais (Happé, 1997).

Deste modo, a PEA caracteriza-se pela dificuldade de associação das partes ao todo, i.e., apresentam uma visão fragmentada (Frith, 1989), esta é corroborada por testes de figuras, onde indivíduos com PEA percecionam mais facilmente as diferentes partes de uma imagem global, obtendo maiores cotações que as populações sem diagnóstico (Happé, 1997). Assim, de acordo com Happé e Frith (2006), os indivíduos com PEA apresentam uma fraca coerência central, ou seja, uma dificuldade em ver a imagem completa. Segundo Happé (1997) tal fraqueza limita a capacidade do indivíduo aplicar a TM no dia a dia, pois a informação de várias fontes deve ser integrada num determinado contexto, permitindo atribuir estados mentais ao outro. Como exemplo, indivíduos com PEA conseguem ler um texto na sua totalidade, reproduzindo-o de seguida, sem dificuldades, mas sem percecionarem o seu conteúdo (Happé, 1997).

Adicionalmente, os autores da teoria referem-na como explicativa dos défices nas FE, dado que a capacidade inibitória dos comportamentos é dependente do reconhecer e aplicar respostas adequadas ao contexto (Levy, 2007).

Posto isto, é possível verificar a complementaridade das diversas teorias quanto à explicação das características da PEA. Assim, se por um lado a TM procura explicar as dificuldades ao nível social, nomeadamente pela falta de empatia dos indivíduos, as FE procuram explicar as dificuldades ao nível dos comportamentos, de planeamento e execução motora e a TCC explicar os interesses específicos, a atenção ao detalhe e as capacidades especiais. No entanto, outras características ficam por explicar, tal como a relação existente entre as várias teorias, o que conduz ao constante aparecimento de teorias, como exemplo podemos encontrar o estudo do funcionamento dos neurónios-espelho em indivíduos com PEA (Levy et al., 2009).

Os avanços nas diversas áreas de estudo do autismo, causas, teorias explicativas e sintomas, apresentam-se benéficos para a identificação e eficácia de tratamentos, nomeadamente com a possibilidade de estudos a nível da neuroimagem pré/após

tratamentos, permitindo um avanço na perceção de quais os tipos e áreas de avanço para as diferentes intervenções (Levy et al., 2009).

### **1.8. Intervenção**

Apesar das diversas intervenções/tratamentos verificarem uma redução dos sintomas, melhoria das competências funcionais e diminuição do *stress* familiar, não existe cura para o autismo (Levy et al., 2009).

Contudo, programas de intervenção com eficácia passam por métodos comportamentais e educacionais, com o objetivo de minimizar os efeitos negativos na aprendizagem e maximizar o desenvolvimento das áreas em déficit (Levy et al., 2009; Volkmar, 2013). Sendo as manifestações comportamentais ou desenvolvimentais as mais perceptíveis são as de maior foco de intervenção (Levy et al., 2009). Aman (2005, cit in Bosa, 2006) refere a eficácia de uma intervenção estruturada, de acordo com o desenvolvimento do indivíduo, nomeadamente na infância devendo ser dada prioridade à terapia da fala, à interação social, à educação especial e ao contexto familiar; na adolescência primazia às competências sociais e sexualidade; já nos adultos deveria ser dado relevo a aspetos como a habitação independente e a tutela.

Do mesmo modo, verifica-se que determinada intervenção se revela benéfica numa certa fase do desenvolvimento e em indivíduos diferentes, devendo a sua escolha, nos diversos momentos, ter em conta os interesses e necessidades do indivíduo, tal como da sua família, meio escolar e comunidade (Bosa, 2006). Assim, é essencial uma intervenção pluridisciplinar, de forma articulada entre os serviços (APPDA-Viseu, 2014).

No entanto, é fundamental a identificação e intervenção o mais precocemente possível, para diminuir problemas e fatores de risco posteriores (Jaspers et al., 2013).

Deste modo, existem diversas metodologias de intervenção, desde o âmbito psicoeducativo, comportamental e farmacológico, sendo de seguida descritos alguns, entre os muitos métodos praticados na atualidade.

A **intervenção farmacológica** não se apresenta efetiva no tratamento dos sintomas da perturbação do espectro do autismo (Levy et al., 2009), isto é, não existe um tratamento farmacológico específico para o autismo, embora seja comum a sua utilização nesta população (Nikolov, Jonker & Scahill, 2006).

A sua utilização apresenta-se não como primeira linha mas com alvo de sintomas específicos (Nikolov et al., 2006), como a agitação, problemas de comportamento (Volkmar, 2013), dificuldades de atenção, hiperatividade, irritabilidade, comportamentos

agressivos e perturbações do sono (Levy et al., 2009). Deste modo, pretende promover o acesso do indivíduo à aprendizagem e diversas intervenções educacionais e comportamentais, ao minimizar comportamentos desajustados (Nikolov et al., 2006).

Um exemplo concreto é a *risperidona* que tem mostrado efeitos positivos, em comparação ao efeito placebo (McCracken et al., 2002 cit in Volkmar, 2013), em casos de hiperatividade e estereotipias, em indivíduos com PEA, embora não se verifiquem alterações nas características relacionadas diretamente à perturbação (Nikolov et al., 2006).

O ***Picture Exchange Communication System (PECS)*** é um sistema de comunicação aumentativo, pictórico e com base no comportamento, comum em crianças com dificuldades comunicativas, ou não-verbais, com PEA (Flippin, Reszka & Watson, 2010; Ganz, Simpson & Corbin-Newsome, 2008).

Neste sistema, a comunicação é promovida através do reforço e da generalização, perante vários intervenientes e contextos (Flippin et al., 2010), através da troca de símbolos, promovendo a procura dos itens preferenciais e interação com o outro através dos mesmos, tendo como objetivo a minimização das ajudas (Ganz et al., 2008).

De acordo com Flippin et al. (2010) e Ganz et al. (2008) a facilidade de implementação do PECS é um fator para a sua popularidade, pois não necessita de competências como a imitação verbal, gestos e contacto visual, por parte da criança, tal como apresenta facilidade e rapidez na formação (i.e., cerca de dois dias). Por outro lado, segundo os autores, apresenta um espectro de possibilidades comunicativas restrito, essencialmente composto por pedidos.

Alguns estudos indicam, como benefícios do PECS, a melhoria da comunicação funcional e o desenvolvimento do discurso em alguns casos de crianças com PEA; no entanto, ainda se revela um método que carece de estudos empíricos, perante as variações do sucesso consoante as características dos indivíduos e perante evidência de uma eficácia pouco significativa (Flippin et al., 2010).

O programa ***Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH)*** pretende promover a aprendizagem de novas competências e participação nos diversos contextos (e.g. escola, casa, comunidade, contextos médicos e emprego) e, a longo prazo, a capacidade de autonomia diária (Shea, 2013). Como tal, apresenta-se para todas as idades e níveis de severidade e tem em conta as atividades fundamentais (i.e., em défice) mas também as preferências do indivíduo (Shea, 2013).

Nesta intervenção as capacidades são avaliadas através de testes padronizados (e.g. Perfil Psicoeducativo – PEP-3), permitindo estabelecer um currículo (e.g. programa educativo individualizado – PEI) de acordo com as capacidades do indivíduo (Mesibov, 1997 cit in Virues-Ortega, Julio & Pastor-Barriuso, 2013).

Para aquisição dos objetivos é utilizada uma aprendizagem estruturada que tem como princípios: a individualização, com base nas dificuldades, capacidades e interesses; o apoio visual ou escrito complementar à informação auditiva/verbal; sequencialização de eventos (e.g. rotina de atividades através de objetos, imagens ou palavras); organização do envolvimento físico, com apoios visuais (e.g. local para sentar, colocar os materiais, focar a atenção); flexibilidade e generalização de competências (e.g. alterar a sequência de tarefas e introdução de novos elementos); estimulação da comunicação, com iniciativa e significado; e colaboração com a família (Shea, 2013; Virues-Ortega et al., 2013).

Este programa tem por base a multidisciplinidade, integrando serviços, profissionais, famílias e comunidade (D’Elia et al., 2014). As alterações são concretizadas no envolvimento, não se focando apenas no indivíduo, promovendo a integração e aprendizagem da criança (Bosa, 2006; Boyd et al., 2014). Contudo, apesar de não ser princípio do programa, nos contextos escolares verifica-se em grande escala o agrupar os indivíduos com PEA, em salas separadas dos pares (Boyd et al., 2014).

O TEACCH pode ocorrer em diversas intensidades de intervenção, desde baixa a média, de menos de vinte horas semanais, até elevada, de vinte a trinta horas semanais, com a duração de dois a três anos (Probst et al., 2010 cit in D’Elia et al., 2014).

A **Applied Behavior Analysis (ABA)** é uma metodologia de intervenção com base no condicionamento operante de Skinner (ou *behaviorismo*) (APPDA-Viseu, 2014; Dyer, 2013). A abordagem, com validade científica, tem provado a eficácia em crianças com autismo (Autism Speaks, 2012).

Tendo como base a aprendizagem, pretende introduzir e reforçar comportamentos funcionais, de forma a que comportamentos disfuncionais e desapropriados sejam substituídos pelos primeiros (Autism Speaks, 2012; Dyer, 2013). Assim, pretende maximizar as competências de acordo com a idade desenvolvimental, promovendo a autonomia nos vários contextos (e.g. escola, casa e comunidade) (Dyer, 2013).

Como objetivos encontram-se o comportamento, a comunicação, a interação social, a atividade lúdica (Dyer, 2013), a cognição, a funcionalidade motora e a autoajuda (APPDA-Viseu, 2014). Por outro lado, pretende minimizar padrões de comportamentos, como a autoagressão e as estereotipias motoras (Dyer, 2013).

As competências são intervencionadas de forma intensa e gradual, até à sua aquisição, promovendo o sucesso e a recompensa, essencial no sentimento de controlo na PEA (APPDA-Viseu, 2014). Ainda, inclui as escolhas e preferências do indivíduo, reforçando a comunicação (verbal e não verbal) (Dyer, 2013). Do mesmo modo, pretende que os pais ou cuidadores reproduzam as técnicas (após formação e treino) ao longo do dia a dia, tal como utiliza situações naturais ou planeadas, promovendo competências tanto em situações estruturadas como não estruturadas (Autism Speaks, 2012).

Nesta intervenção os comportamentos e objetivos são descritos de forma explícita, permitindo a sua reavaliação, numa análise objetiva das alterações dos comportamentos, o que também possibilita a replicação por outros profissionais (Dyer, 2013).

O ***Developmental, Individual Difference, Relationship-based (DIR)***, ou *Floortime* é um modelo desenvolvimental e social de tratamento para a PEA, tendo por base a relação (Mercer, 2017). Pretende assim que os cuidadores/pais “vão para o chão” e brinquem com a criança (p.358, Liao et al., 2014). Desta forma, ocorre no ambiente natural da criança, quer nos momentos de jogo, quer nas atividades de vida diária, envolvendo os pais/cuidadores da criança (após formação no modelo) e pretende intervir nas capacidades sociais, emocionais e intelectuais, de acordo com o nível de desenvolvimento, através da relação com o outro (Liao et al., 2014; Mercer, 2017).

Inicialmente, é realizada uma observação da criança, das suas atividades, interesses e emoções; segue-se uma aproximação, com a imitação das ações da criança introduzindo a verbalização, uso de gestos e demonstrando interesse nas mesmas; como tal, o adulto apresenta-se seguidor das iniciativas da criança, organizando e elaborando ideias e sentimentos, procurando a sua comunicação (quer verbal, gestual ou pelo movimento) (Liao et al., 2014; Mercer, 2017). Desta forma, a intervenção depende dos interesses da criança, sendo qualquer atividade (e.g. brincar com animais, construções, enfiamentos) momento de interação com a mesma (Mercer, 2017).

De acordo com Wieder e Greenspan (2003 cit in Mercer, 2017) o efeito positivo do DIR baseia-se na capacidade do adulto avaliar as necessidades e interesses da criança e envolver-se nas suas brincadeiras. Assim, em casos de crianças em situações de recusa ou afastamento o adulto deve colocar-se à frente da mesma e agir de forma a necessitar da ajuda da criança (e.g. a criança corrige movimentos errados) (Mercer, 2017).

De acordo com Liao et al. (2014) os benefícios da intervenção passam pela melhoria na comunicação recíproca da criança, no estabelecimento de relações, na organização comportamental e resolução de problemas, também nas competências de

vida diária e melhoria da qualidade da relação entre os pais/cuidadores com a criança (e.g. diminuição do *stress* parental).

Para maiores benefícios são referidas seis a dez sessões diárias de vinte a trinta minutos, nas diversas atividades ao longo do dia (Greenspan & Weider, 1997 cit in Liao et al., 2014), conjuntamente com outras terapias (e.g. terapia da fala) (Mercer, 2017).

A **Sensory Integration Therapy (SIT)** é uma abordagem utilizada na paralisia cerebral, perturbações da atenção, perturbações da aprendizagem e PEA, utilizando a estimulação sensorial para alteração do estado de alerta e promoção de capacidades de processamento (e.g. capacidades motoras ou tónico-motoras) (Mercer, 2017). Para tal, é utilizado o movimento do corpo, produzindo estimulação vestibular, táctil e propriocetiva o que, consecutivamente, permite a organização do processamento sensorial (Ayres, 1979 cit in Mercer, 2017). Como exemplos encontram-se o aumento/diminuição da iluminação, alteração dos níveis de som e pressão, toque na pele com pesos e texturas diversas (Smith, Mruzek & Mazingo, 2005 cit in Mercer, 2017).

Contudo, a eficácia desta intervenção apresenta falta de suporte e evidência, necessitando de maior investigação (Hyatt, Stephenson & Carter, 2009 cit in Mercer, 2017).

Do mesmo modo, prevalecem nas PEA diversas **terapias alternativas ou complementares**. No entanto, apesar de comuns, estas apresentam falta de dados substantivos de eficácia (Levy et al., 2009; Volkmar, 2013). No entanto, os profissionais de saúde devem apoiar a família, nomeadamente na avaliação das terapias, ao nível da eficácia, riscos e custos, permitindo uma escolha informada das mesmas (Levy et al., 2009; Lofthouse, Hendren, Hurt, Arnold & Butter, 2012).

As terapias alternativas/complementares são utilizadas em larga escala pelas famílias de indivíduos com PEA, devido à cronicidade dos sintomas e à falta de um tratamento médico efetivo (Levy et al., 2009). Como exemplos podemos distinguir tratamentos de base biológica, como suplementos (Lofthouse et al., 2012), dietas, terapias imunes, tratamentos gastrointestinais, de tratamentos não biológicos, como exemplo a yoga, a meditação (Levy et al., 2009), o reiki, a acupuntura, a musicoterapia e a terapia assistida por animais (Lofthouse et al., 2012).

### **1.9. Psicomotricidade**

A psicomotricidade teve origem no século XX, com autores de referência Dupré e Wallon, com base em três correntes: a patologia cerebral, a neurofisiologia e a

neuropsiquiatria infantil (Berruezo, 2000). Do mesmo modo, apresenta influências de inúmeros modelos teóricos, como a psicanálise, a fenomenologia, o cognitivismo, a neurologia e abordagens sistêmicas (Martins, 2001) e diversas áreas, como a pedagogia, a psicologia e a educação (Sassano, 2003).

Perante uma relação entre corpo-mente, isto é, entre a atividade motora (movimento) e a atividade psíquica (intelectual e emocional) (Fonseca, 2010; Levi, 1999), a psicomotricidade considera o indivíduo na sua globalidade, com as suas emoções, sensações, expressões e conhecimentos e tendo em conta a sua experiência histórica, cultural e social, i.e., como um ser biopsicossocial (Levi, 1999; Sassano & Bottini, 2000).

A psicomotricidade tem por base práticas (re)educativas – com ênfase numa prática instrumental e cognitiva, essencialmente de correção de problemas motores e espaciotemporais – e práticas terapêuticas – englobando aspetos tanto funcionais como relacionais, de forma a promover, não só descoordenações, mas também o desenvolvimento pessoal (Martins, 2001).

A sua atuação pretende uma integração do movimento, partindo de um agir sobre o corpo, num movimento integrado no tempo e espaço, e apresentando aspetos psíquicos, afetivos e relacionais e, assim, carregado de representações e significações (Levi, 1999; Sassano, 2003; Sassano & Bottini, 2000). Como tal, através do movimento pretende que o corpo seja transformador do sujeito (Sassano, 2003), nomeadamente do meio físico, psíquico (cognitivo e afetivo), espacial e temporal (Wallon, 1925 cit in Fonseca, 2010; Sassano & Bottini, 2000). Do mesmo modo, pretende promover o desenvolvimento motor, expressivo e criativo, assim como diversos processos como a linguagem, a aprendizagem, a relação interpessoal, a afetividade (Berruezo, 1995 cit in Berruezo, 2000) e a personalidade (Sassano, 2003).

Desta forma é possível entender a definição atual, apresentada pela Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (n/d), onde a psicomotricidade se caracteriza por ser um “campo transdisciplinar que estuda o ser humano através do seu corpo em movimento, na relação entre o psiquismo e a motricidade”, partindo de uma visão holística engloba as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, de forma a promover a capacidade de interação com o próprio, com os objetos e com o outro.

Do mesmo modo, Park, Jeong, e Bornman (2011) referem a vivência de três experiências, com o próprio corpo, com os materiais e de âmbito social, na psicomotricidade. Na primeira, estabelece-se uma relação com o próprio, com um aumento da auto competência; na segunda realiza-se uma relação com o meio envolvente, com o reconhecimento de materiais e suas características (e.g. dureza e forma); e na terceira,

estabelece-se uma relação com os outros, permitindo um desenvolvimento global (Park et al., 2011). Os autores, referem a infância como fase essencial para o desenvolvimento de competências motoras saudáveis na idade adulta, pelo que se devem proporcionar diversas experiências motoras, na infância, para uma maior integração de tal tríade.

### *1.9.1. Intervenção Psicomotora*

A intervenção psicomotora ocorre num espaço e tempo definidos e, através do movimento (quer espontâneo, sugerido ou dirigido), promove processos e objetivos estabelecidos para o indivíduo (Berruezo, 2000).

Esta intervenção destina-se a todas as faixas etárias e pode ocorrer num âmbito individual ou grupal. Do mesmo modo, pode desenvolver-se em diversos contextos (e.g. domiciliar, clínico, escolar e/ou institucional) e com inúmeras populações (e.g. pré-escolar, em saúde mental na criança, adolescente, adulto e idoso, perturbações do desenvolvimento e/ou perturbações da aprendizagem) (APP, n/d).

Como metodologias de intervenção podemos encontrar: técnicas de relaxação e consciencialização corporal, técnicas de educação gestual e postural, técnicas de reeducação gnosoprática (e.g. expressão motora, gráfica, verbal e plástica), terapias expressivas (i.e. com recurso à música, à dança, ao desenho, à mímica, etc.), atividades lúdicas (e.g. jogos sensoriomotores, simbólicos ou de regras), estimulação sensorial e atividade motora adaptada (APP, n/d).

Tendo a globalidade do indivíduo como um ponto essencial, a intervenção deve ser adequada às suas necessidades e capacidades, ao seu envolvimento e desejos (Martins, 2001). Tal espaço de atuação permite, de forma espontânea, motivada e progressiva (Costa, 2005) revelar a personalidade, expressões de inibição, agressividade, instabilidade e descoordenação (Martins, 2001), melhorando a qualidade dos gestos, a harmonia dos movimentos, o conhecimento do corpo, das competências e limitações e, como tal, promove a autoestima do indivíduo (Costa, 2005).

Como objetivo da intervenção destaca-se a promoção de aspetos motores que, de acordo com Fonseca (2010), englobam sete fatores, sendo eles a tonicidade (grau de tensão muscular que permite as atividades motoras, o estado de alerta, de atenção e vigilância), a equilíbrio (ajustamento postural e gravitacional que suporta a resposta motora), a lateralidade (organização hemisférica, dominância manual, pedal, ocular e auditiva), a noção do corpo (integração das partes do corpo e sua relação com o exterior), a estruturação espaciotemporal (integração de dados espaciais e temporais), a motricidade

global (movimentos de grandes segmentos e grupos musculares) e a motricidade fina (movimentos precisos das mãos e dedos).

Adicionalmente, outros objetivos de intervenção passam pela intencionalidade (do gesto e da palavra), a sequencialização de ideias, a planificação e antecipação motora e a passagem do concreto ao simbólico e do real ao imaginário (Costa, 2005).

### *1.9.2. Intervenção Psicomotora na PEA*

Nas perturbações do desenvolvimento (onde se integra a PEA), a psicomotricidade é de carácter reeducativo e terapêutico, perante o comprometimento do desenvolvimento e aprendizagens, tal como possíveis problemas psicoafectivos, do indivíduo (APP, n/d).

De forma concreta, o psicomotricista com base em atividades motoras, tanto de forma verbal como não verbal, atua em dificuldades de aprendizagem, dificuldades nos processos de atenção, de memória e percepção, problemas emocionais e de autorregulação do comportamento, em funções executivas e problemas psicomotores propriamente ditos (e.g. sete fatores psicomotores) (APP, n/d). De acordo com Park et al. (2011), para além da promoção de competências específicas, a psicomotricidade pretende promover o desenvolvimento global, nomeadamente a autoconfiança da criança/jovem.

Sendo a PEA caracterizada por dificuldades da comunicação e interação social, dificuldades no jogo simbólico e na interpretação/representação de estados mentais, a intervenção via corporal apresenta-se como um meio privilegiado de comunicação e de possibilidades motoras e sociais (Llinares & Rodríguez, 2003).

De forma concreta, dado o corpo transmitir aspetos da história relacional do indivíduo, através das sensações, emoções e sentimentos, tal mediação corporal pode apresentar-se como via alternativa/complementar à palavra (Bourger, 2003; Fonseca, 2005), onde aspetos como o diálogo tónico-emocional (Berruezo, 2000), a postura, mímicas, olhares, tensões, medos, ambivalências e inibições, atuam nos conflitos inconscientes (Fonseca, 2005), permitindo reencontrar um prazer sensoriomotor e, perante uma regulação tónica, maximizar o desenvolvimento do indivíduo (Martins, 2001).

Assim, em indivíduos com PEA, cuja interação social se encontra comprometida, é papel do psicomotricista construir um diálogo tónico-emocional (e.g. por resposta às suas necessidades ou através da imitação motora), promovendo a interação emocional e, posterior, comunicação (Ajuriaguerra, 1993 cit in Llinares & Rodríguez, 2003). Do mesmo modo, devem ser privilegiadas atividades em espelho, de forma a promover a consciência do próprio e do outro, como estados físicos e emocionais (Llinares & Rodríguez, 2003).

A psicomotricidade permite a interação e comunicação do indivíduo, independentemente das suas limitações (Park et al., 2011). Do mesmo modo, a expressão de emoções e integração dos cinco sentidos, no movimento, possibilita uma maior compreensão, execução e relembrar das experiências (Rhie, 2004 cit in Park et al., 2011).

Concretamente, na comunicação, para além da promoção da interação verbal (e.g. nomeação de materiais) é essencial um trabalho sobre a comunicação não-verbal (e.g. gestos, expressões faciais e tom de voz) e integração das ecolalias em jogo ou, por outro lado, o seu evitamento, para extinção das mesmas (Llinares & Rodríguez, 2003).

Já em relação às atividades, no caso das semiestruturadas, permitem a espontaneidade da criança, através de diversas expressões como a nível motor, gráfico e verbal, mas também permitem modelações por parte do adulto, tanto da atividade como dos conteúdos, de acordo com os objetivos a trabalhar (APP, n/d). Neste sentido, o adulto apresenta-se como um facilitador das expressões e evoluções da criança/jovem (Costa, 2005; Llinares & Rodríguez, 2003), pelo que, a qualidade da relação terapêutica que estabelece depende do investimento afetivo, de ambos (Martins, 2001). No caso de atividades cooperativas, estas devem integrar a troca de vez, a promoção do olhar, a procura de ajuda e a procura do outro (Llinares & Rodríguez, 2003).

De forma concreta, a atividade lúdica/jogo pode ser traduzida numa maior significação do movimento (APP, n/d; Martins, 2001) e, como fonte de motivação, apresenta inúmeros benefícios para o desenvolvimento afetivo, cognitivo e motor (Berruezo, 2000). Como possibilidades do jogo, Berruezo (1999 cit in Berruezo, 2000) refere: a exploração, que permite analisar erros e consequências; a promoção de imaginação e capacidade de simbolização; a criatividade e espontaneidade, permitindo a exteriorização do seu mundo interior; a assimilação de experiências, modelos e normas; e o desenvolvimento da personalidade da criança/jovem.

De igual modo, os objetos apresentam-se como mediadores da relação com o adulto, permitindo novas possibilidades de ação e maximização dos interesses da criança (Costa, 2005). Assim, devem ser utilizados tendo por base a sua função e uso prático e a possibilidade de produção simbólica que podem induzir (Llinares & Rodríguez, 2003).

Quanto ao comportamento e capacidades de antecipação, Llinares e Rodríguez (2003) referem que o espaço e a organização temporal da intervenção promovem a segurança e, como tal, a espontaneidade da criança/jovem (e.g. tempos definidos ou músicas em diferentes atividades). Do mesmo modo, os autores referem que a explicação das sessões e mudança de rituais promovem a capacidade de flexibilidade.

Como estratégias de intervenção, na PEA, as instruções devem ser individualizadas (i.e., tendo em conta as características dos indivíduos, nomeadamente o nível de compreensão, pontos fortes e fracos) e tendo em conta os interesses, promovendo a sua autoconfiança (Park et al., 2011; Staples & Reid, 2010). Segundo ElGarhy e Liu (2016), um trabalho com foco na autoestima e confiança apresenta resultados positivos na população com PEA. De acordo com Vanvuchelen, Roeyers, e De Weerd (2011), a imitação é também uma estratégia de aprendizagem, sendo uma vertente de desenvolvimento sensoriomotor, cognitivo e social, uma vez que não necessita de compreensão superior das ações, aspeto em défice em alguns indivíduos com PEA.

As tarefas, segundo Staples e Reid (2010), devem ser sistemáticas, permitindo o foco e aquisição das mesmas, e tendo em conta a sua decomposição (e.g. trabalho nas diferentes fases do lançar uma bola). Do mesmo modo, os autores referem a integração de pistas visuais e manipulação física, para maior perceção dos movimentos e objetivos. Ao nível da linguagem, esta deve manter-se simples, com frases curtas, palavras-chave, no início das frases, e reforço das explicações/instruções; ainda, as verbalizações devem ser associadas às ações, a gestos e/ou imagens, para maior perceção das mesmas; e, do mesmo modo, o tom de voz deve ser modelado, de acordo com a intenção da verbalização (e.g. proibição ou reforço) (Llinares & Rodríguez, 2003).

Sobre dados concretos, alguns dos estudos entre a psicomotricidade e a PEA, ElGarhy e Liu (2016) apresentam resultados benéficos de um programa de intervenção psicomotora em crianças com PEA, nomeadamente na consciência do corpo e outros conceitos psicomotores (e.g. corporais e espaciais). ElGarhy e Liu (2016) referem como benefícios a promoção da proficiência motora e desenvolvimento de conceitos, essenciais para as competências de vida diária (e.g. resolução de problemas e exploração do envolvimento) e aprendizagens académicas (e.g. escrita e matemática). Do mesmo modo, Afshari (2012) confirma a eficácia de um trabalho perceptivo e motor em crianças com PEA na melhoria da atenção, devido ao impacto nas funções cognitivas e neurológicas. Park et al. (2011) referem evoluções no equilíbrio dinâmico, no controlo postural e na coordenação, em crianças com problemas do desenvolvimento, após intervenção psicomotora.

Em relação ao contexto de intervenção, perante a revisão teórica e características das crianças/jovens com PEA, uma intervenção psicomotora grupal pode apresentar-se de relevo. Costa (2005) refere que em grupo as crianças envolvem-se numa relação emocional e corporal com o outro, que lhes permite evoluir. Do mesmo modo, Onofre (2003) refere que a existência de um grupo permite à criança a perceção da sua realidade, perante uma vivência recíproca, reconhecendo-se no outro, visualizando as suas

capacidades e problemas de forma a pensá-los e ultrapassá-los. Progressivamente, na relação com o espaço e os outros, surge a procura, a imitação e o diálogo, traduzindo-se numa capacidade de participação, cooperação e organização progressiva do pensamento sobre as suas expressões/vivências (corporais, verbais e gráficas), capacidades e, como tal, meio de promoção de confiança, consciência e afirmação (Costa, 2005; Onofre, 2003). Relativamente à criação dos grupos de crianças, em psicomotricidade, Costa (2005) refere a estatura, personalidade e comunicação, para além da patologia e idade das mesmas.

## **2. Enquadramento Institucional Formal**

As atividades de estágio concretizaram-se na Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Viseu (APPDA-Viseu).

De seguida, será apresentada a sua caracterização, sendo as informações recolhidas de relatórios da Associação (APPDA-Viseu, 2014, 2015), após consulta do site (APPDA-Viseu, sem data) e junto da diretora técnica, Dr.<sup>a</sup> Prazeres Domingues.

### **2.1. Caracterização da Instituição e Objetivos**

A Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Viseu, criada a 22 de fevereiro de 2003 é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) de utilidade pública, cujo principal objetivo é a promoção da qualidade de vida de pessoas com Perturbação do Espectro do Autismo e suas famílias (APPDA-Viseu, 2014).

Desde 1998, apresenta-se como núcleo da delegação da APPDA Coimbra e, em 2003, perante uma reformulação a nível nacional, estabelece-se como Associação. No momento da reformulação, participou ativamente na elaboração dos estatutos que regem todas as associações e foi membro constituinte da Federação Portuguesa de Autismo (APPDA-Viseu, 2014).

A APPDA-Viseu situa-se no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Tondela-Viseu (CHTV). A localização deve-se a um protocolo com o Hospital de S. Teotónio (atual CHTV), que cedeu à Instituição uma ala inativa, esta remodelada e adaptada às necessidades da Associação (APPDA-Viseu, 2014).

Desde de outubro de 2015 que a APPDA tem acordo com a Segurança Social para um Centro de Atendimento, Acompanhamento e Reabilitação Social (CAARPD), envolvendo quinze clientes, mais carenciados (APPDA-Viseu, 2015).

A missão desta IPSS prende-se com o desenvolvimento pessoal, emocional e social, com a autonomia e a reabilitação das crianças, jovens e adultos com PEA da região de Viseu. Este trabalho realiza-se através de: 1) promoção de serviços de caráter

multidisciplinar que permitam uma melhor qualidade de vida; 2) defesa dos direitos com o intuito de tornar a sociedade mais consciente da necessidade de uma solidariedade inclusiva e o respeito pela diferença; 3) promoção de apoios e instrumentos aos familiares e amigos das pessoas com PEA, de modo a compreenderem e lidarem melhor com as especificidades da problemática do autismo; 4) realização de eventos junto da comunidade que contribuam para aumentar o conhecimento dos cidadãos sobre a PEA (APPDA-Viseu, 2014, sem data).

Os princípios e valores manifestados são: o respeito pela diferença e pela dignidade das pessoas; a defesa da inclusão e da não discriminação; a promoção da solidariedade e do associativismo; a defesa da igualdade de oportunidades; e a seriedade, afetividade, rigor e competência (APPDA-Viseu, 2014, sem data).

A APPDA-Viseu tem uma alargada rede de parceiros que lhe permitem desenvolver a sua atividade em contextos de vida real, nos diversos concelhos e áreas de intervenção, dos quais se destacam (APPDA-Viseu, 2015):

a) o Centro Hospital Tondela-Viseu, que contribui com a cedência de: 1) um pedopsiquiatra, carga mensal de oito horas, para consultas familiares, de irmãos, etc.; 2) uma psicóloga, carga mensal de oito horas, para supervisionamento das atividades de “mudanças de competências”; 3) uma terapeuta ocupacional, carga mensal de seis horas, para coordenação e desenvolvimento de terapias; 4) uma técnica de serviço social, carga mensal de oito horas, para informação e apoio a famílias mais carenciadas; 5) instalações, na ala esquerda do segundo andar do departamento de psiquiatria, em Abraveses;

b) várias escolas, locais onde os clientes estão integrados com vista à intervenção terapêutica dentro do ambiente escolar, nomeadamente, acompanhamento direto dentro da sala do ensino regular;

c) a Câmara Municipal de Viseu, que apoia a APPDA em termos financeiros e logísticos, sendo um parceiro indispensável para a execução de alguns projetos;

d) outras câmaras municipais, que prestam apoio a nível financeiro e logístico (e.g. fornecendo transporte para a equitação terapêutica ou outras atividades);

d) empresas locais que fornecem apoio financeiro e apadrinham crianças e terapias;

e) outros parceiros, esporádicos, que se revelam fundamentais.

A solidariedade tem sido uma ajuda preciosa para a Associação, nomeadamente com a colaboração do grupo de pais, em eventos e atividades, permitindo o desenvolvimento de um trabalho visível na comunidade. Da mesma forma, a nível financeiro, a APPDA-Viseu conta com a ajuda das quotas dos sócios, donativos, peditórios e alguns projetos que vão financiando algumas atividades (APPDA-Viseu, 2014).

## **2.2. Valências de Intervenção**

Na APPDA-Viseu a população alvo, como já referido, centra-se em crianças e jovens com perturbações do desenvolvimento, mais concretamente PEA. A nível de casos acompanhados pela APPDA, em 1998, quando se constituiu a Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Viseu, havia apenas conhecimento de cerca de doze casos de crianças/jovens com diagnóstico de PEA. À data, encontram-se referenciados na APPDA perto de duzentos (APPDA-Viseu, 2015).

Das várias áreas de intervenção destacam-se os seguintes serviços/terapias:

- Pedopsiquiatria (protocolo com o CHTV);
- Terapia ocupacional (protocolo com o CHTV);
- Psicologia: apoio psicológico às famílias, a grupo de irmãos, terapia comportamental (ABA), treinos de competências sociais (individual e em grupo);
- Terapia da fala (individual);
- Psicomotricidade (individual e em grupo);
- Musicoterapia (individual e em grupo);
- Dançaterapia/expressão corporal (grupo);
- Equitação terapêutica;
- Atividades aquáticas adaptadas e adaptação ao meio aquático;
- Apoio escolar/pedagógico (apoio nos trabalhos de casa e outras atividades);
- Outras atividades: apoio à integração laboral/orientação vocacional; formações de profissionais e de pais; karaté; reiki/terapia de relaxamento (crianças/jovens/pais); aulas de canto e/ou de órgão (individual/grupo); design e multimédia; atividades de férias e fins-de-semana; e transporte (individual e em grupo).

## **2.3. Recursos Humanos**

A APPDA-V dispõe de uma variada equipa técnica (APPDA-Viseu, 2015):

- Uma diretora técnica;
- Duas psicólogas;
- Uma psicóloga do CHTV;
- Uma terapeuta da fala;
- Uma educadora social;
- Uma auxiliar de serviços gerais/motorista;

- Uma designer de multimédia;
- Um administrativo;
- Um psicomotricista;
- Três técnicos de desporto e atividade física;
- Dois professores de canto;
- Uma musicoterapeuta;
- Uma professora de dança/expressão corporal;
- Duas estagiárias de educação social (Escola Superior de Educação de Viseu – ESEV).

Adicionalmente, colabora com a APPDA um grande grupo de voluntários, de forma regular, apoiando as diversas atividades e iniciativas (APPDA-Viseu, 2014).

#### **2.4. Recursos Materiais**

Em relação aos recursos materiais, a APPDA apresenta diversas salas e espaços, com uma disposição e organização de acordo com a necessidade das terapias e clientes.

Deste modo, a Associação apresenta: uma sala de atendimento/escritório; um corredor equipado para sala de espera; uma sala de convívio e de reuniões; uma sala dos brinquedos; uma sala da terapia da fala, uma sala de musicoterapia/reiki; uma sala de psicomotricidade/danças e expressão corporal; uma sala de ensino intensivo (ABA); duas casas de banho e quatro arrecadações (APPDA-Viseu, 2014).

Ainda, é possível usufruir do parque verde exterior, partilhado com o hospital, possibilitando a dinamização de atividades ao ar livre. É de realçar a importância da rentabilização de espaços e recursos, tal como a capacidade emergente de modificação de planos, consoante a disponibilidade dos espaços, de forma a maximizar a utilização pelos clientes e comunidade, em constante alteração (APPDA-Viseu, 2014).

De forma concreta, a **sala de psicomotricidade** é a sala com maior dimensão, apresenta-se ampla, tem muita luz natural e vários armários com materiais. Dentro dos vários materiais disponíveis ( ver Anexo A ), encontram-se: um trampolim, bolas de fitness, cordas, arcos, vários colchões, blocos de construção e, ainda, uma mesa e cadeiras.

#### **2.5. Modelo de Atendimento**

O encaminhamento para a APPDA é realizado por diversos meios, quer a nível da saúde, educacional, quer pela comunidade em geral, sendo de destacar: através de pediatras, pelas consultas de desenvolvimento, pedopsiquiatria e psiquiatria, por

professores, médicos de família e técnicos de intervenção precoce, ou por iniciativa dos familiares.

De forma geral, é marcada uma primeira entrevista com os familiares do cliente e/ou agente que fez o pedido. Neste primeiro encontro, em consulta de avaliação com a diretora técnica e técnicas da APPDA-Viseu (e.g. psicólogas), são recolhidas informações relativas à situação do cliente e seu agregado familiar e, posteriormente, apresentada a instituição e seu funcionamento. Caso seja acordado pelas partes (cliente/representante legal e instituição) a necessidade de apoio e aceites as condições, é preenchida uma ficha de inscrição de sócio (condição obrigatória para prossecução do serviço) e feito o pedido de consulta para pedopsiquiatria/psiquiatria, para avaliação diagnóstica e apuramento da admissibilidade do cliente, de acordo com os critérios do regulamento interno (APPDA-Viseu, 2014).

Após decisão dos serviços/intervenções mais indicados para o cliente, é assinado o contrato, e demais documentos necessários à efetividade da prestação de serviços, dando-se início à abertura do processo individual do cliente definindo, entre outros, os objetivos estratégicos de intervenção em cada área (APPDA-Viseu, 2014).

Não sendo possível proceder à admissão, por inexistência de vagas, essa situação será comunicada ao cliente e/ou seu representante legal. Caso se mantenha o interesse em receber apoio da APPDA-V o cliente integrará uma lista de espera, com uma graduação por base em critérios de avaliação específicos (APPDA-Viseu, 2014).

Em relação ao encaminhamento para a **psicomotricidade**, este ocorre por referência das diferentes especialidades médicas, demais intervenções e/ou por necessidade dos pais. Como tal, após interesse de ambas as partes, verifica-se a avaliação psicomotora, apresentado o relatório de avaliação, quando solicitado, e é iniciada a intervenção, com o envolvimento dos pais/cuidadores em todo o processo.

## **REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

No capítulo atual serão apresentados os objetivos e atividades do estágio, será descrito o processo de intervenção pedagógico-terapêutico, nomeadamente com a apresentação dos estudos de caso, apresentada a relação com outros profissionais, famílias, escola e comunidade, ainda, atividades complementares realizadas ao longo deste percurso e, por fim, dificuldades e limitações sentidas.

### **1. Organização do estágio**

O presente estágio tem como objetivos o aprofundar conhecimentos, o promover capacidades (e.g. planeamento e gestão) e o inovar na implementação de conhecimentos e práticas. Perante tal, surgiu a possibilidade da APPDA ser autoproposta de estágio e, estando reunidas as condições de abertura do núcleo de estágio o mesmo foi iniciado.

O estágio iniciou a 03 de outubro de 2016, com a apresentação das instalações e equipa técnica, nomeadamente da orientadora local, por parte da diretora técnica. Ainda, foi possível conhecer um pouco da história e missão da Associação. Ao longo dos primeiros dias foi possível conhecer algumas das crianças acompanhadas, pais e técnicos na sua prática profissional.

Inicialmente, foi realizada uma fase de observação, tanto das sessões de terapia comportamental (ABA), terapia da fala, como de psicomotricidade, podendo expor dúvidas e organizar a integração na equipa. De seguida, evoluiu-se para um trabalho mais autónomo, com a observação participada nas sessões de psicomotricidade (e.g. planeamento de atividades ou sessões) tal como concretização de avaliações, supervisionadas, dos casos da orientadora local. Por fim, foram atribuídos à estagiária casos a intervir, individualmente, embora com a supervisão inicial da orientadora local, concretizando posterior avaliação e intervenção autónoma, sem supervisão.

É, ainda, de realçar que a observação das sessões, tanto da orientadora local, como de outros técnicos, variava consoante a calendarização e necessidades das crianças.

Ao longo do estágio foi possível presenciar reuniões de equipa, momentos formativos, promovidos pela Associação e fora da mesma, tal como momentos de interação com a comunidade, atividades aprofundadas no capítulo quatro.

Adicionalmente, de acordo com a organização da Associação, eram solicitados relatórios trimestrais/semestrais ( Anexo B ) consoante a duração e frequência das intervenções, para identificação dos resultados da intervenção, análise dos mesmos e concluindo com uma proposta de ação, para o caso respetivo.

Ainda, foi possível elaborar, juntamente com as psicólogas da equipa, quatro relatórios de observação ( Anexo C ), a pedido dos familiares e educadores (dos casos 1 e 2), após avaliação inicial e final através do PEP-3, descrito posteriormente.

Para além da intervenção psicomotora, em contexto de sala, a estagiária pode realizar um acompanhamento das crianças, em atividades lúdico-terapêuticas (i.e. acompanhamento e orientação em espaço de brincadeira), observar as terapias desenvolvidas (e.g. terapia da fala, método ABA e atividades aquáticas adaptadas), apoiar as crianças em momentos de estudo, acompanhar e promover atividades da vida diária (e.g. momentos do lanche e idas à casa de banho) e participar nas diversas dinâmicas desenvolvidas pela APPDA, na instituição e na comunidade (e.g. preparação e participação da gala de natal e ajuda na criação de trabalhos manuais para a mesma), estas últimas aprofundadas posteriormente.

### **1.1. Contexto de Intervenção**

A intervenção psicomotora era concretizada em contexto de sala terapêutica (descrita no capítulo anterior), com diversos materiais disponíveis para utilização e possibilidade de integração de novos materiais, caso necessário para o cliente e por iniciativa da técnica. Ainda, era possível concluir a intervenção nas restantes divisões da Associação, como a sala de convívio ou corredor, tal como o espaço exterior do edifício, de acordo com os objetivos pretendidos (e.g. interação social, exploração da natureza e exploração de sensações) ou por indisponibilidade da sala de psicomotricidade, sendo exigida tal flexibilidade na alteração do espaço de intervenção.

### **1.2. Horário de Estágio**

O horário apresentado foi estabelecido em conjunto com a equipa, sofrendo algumas alterações ao longo do tempo, devido a indisponibilidades por parte das crianças e/ou técnicos. Assim, para além do número de horas previstas no regulamento o horário também teve em conta a necessidade e disponibilidade da equipa e crianças.

Do mesmo modo, as reuniões com a equipa e com a orientadora local apresentavam horários e dias distintos, de acordo com as necessidades e disponibilidades de ambas as partes, não sendo por isso integrados no horário.

A tabela 1 apresenta um horário aproximado ao concretizado, verificando cerca de vinte a vinte e três horas semanais.

Tabela 1 - Horário de Estágio

Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
<b>9h30 – 10h15</b> Caso 2 (J. S.) (Observação ABA)	<b>9h45 – 10h30</b> Caso 1 (D.O.) (Observação ABA)	<b>9h00 – 9h45</b> G. S. (Observação Psicomotricidade)	
<b>10h15 – 11h00</b> Caso 2 (J. S.) (Intervenção)	<b>10h45 – 11h30</b> Caso 1 (D.O.) (Intervenção)	<b>9h45 – 10h30</b> S. P. (Observação Psicomotricidade)	
<b>12h30</b> Almoço			
<b>14h45 – 15h30</b> B. C. (Observação Psicomotricidade)	<b>15h30 – 16h15</b> G.M. (Observação ABA)	<b>14h45 – 15h30</b> Caso 4 (Grupo) (Intervenção)	<b>16h15 – 17h00</b> G. F. (Observação Psicomotricidade)
	<b>16h15 – 16h45</b> G. M. (Observação Psicomotricidade)	<b>16h15 – 17h00</b> Caso 2 (J. S.) (Intervenção)	<b>17h15 – 18h00</b> S. Ca. (Observação Psicomotricidade, até março)
<b>17h15 – 18h00</b> J. F. (Observação Psicomotricidade)	<b>16h45 – 17h30</b> B. S. (Observação Psicomotricidade)	<b>17h00 – 17h45</b> Caso 3 (S. M.) (Intervenção)	<b>16h15 – 17h00</b> S. Co. Adaptação ao Meio Aquático (a partir de março)
<b>18h15 – 19h00</b> Expressão Corporal (Participação em Grupo)	<b>18h30</b>	<b>18h30</b>	<b>18h</b>

## 2. Intervenção Pedagógico-Terapêutica

Neste capítulo será apresentada, de forma descritiva, a metodologia de avaliação e intervenção, seguida pela apresentação da população apoiada e estudos de caso.

### 2.1. Avaliação

A avaliação assume um papel essencial na intervenção psicomotora, permitindo a estruturação da mesma. Como tal, esta decorre após um período de estabelecimento de uma relação com a criança, após conhecimento da sua anamnese, do preenchimento das autorizações, pelo próprio e cuidadores, nomeadamente de utilização da imagem ( Anexo D ) e consentimento informado ( Anexo E ).

Assim, é concretizada uma avaliação formal e informal, de forma a estabelecerem-se objetivos de trabalho e planificar-se a intervenção individualizada. A reavaliação constitui-se também um momento de relevo, tal como a recolha de observações qualitativas ao longo da intervenção.

Porém, as características das crianças (e.g. atitudes de fuga) conduzem por vezes a dificuldades na utilização dos instrumentos de avaliação, na íntegra, e no cumprir a programação das sessões. Como tal, é muitas vezes necessário mais tempo de avaliação, a presença de mais intervenientes e realçada a avaliação qualitativa, face a apenas resultados quantitativos.

Tendo em conta as características das crianças acompanhadas foram selecionados diferentes instrumentos de avaliação, sendo eles a Bateria Psicomotora (BPM), o Perfil Psicoeducativo 3 (PEP – 3) e instrumentos criados para colmatar as dificuldades sentidas na avaliação, descritos *a posteriori*.

### *Instrumentos de Avaliação*

#### ***Bateria Psicomotora (BPM, Fonseca, 1975)***

A Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM) é um instrumento de avaliação cujo objetivo passa pela análise do perfil psicomotor da criança, dos quatro aos doze anos (Fonseca, 2010).

A BPM é composta por diversas tarefas, distribuídas pelos sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina. Posteriormente, integram-se aos subfactores controlo respiratório, aspeto somático e desvios posturais (Fonseca, 2010).

A cotação dos subfactores é de um a quatro, sendo o “1” quando a criança não consegue realizar a tarefa ou a faz de um modo imperfeito, o “2” quando a realiza, mas de forma descoordenada e com sinais desviantes, o “3” realizando-a de forma correta, com uma execução controlada e no “4” concretiza a tarefa na perfeição (Fonseca, 2010). O perfil psicomotor é calculado pela soma das médias dos subfactores (ver Anexo F ), traduzindo-se nos perfis que se podem ver na tabela seguinte (tabela 2).

*Tabela 2 - Cotação da BPM*

<b>Cotação</b>	<b>Perfil Psicomotor</b>	<b>Caraterísticas</b>
22-28	Hiperpráxico	<u>Perfil superior/bom</u> : sem dificuldades de aprendizagem específica; organização psiconeurológica normal; caso não apresente cotação inferior a três em nenhum fator.
14-21	Eupráxico	<u>Perfil normal</u> : sem dificuldades de aprendizagem e sem problemas psicomotores; alguma imaturidade e imprecisão em determinados fatores.
9-13	Dispráxico	<u>Perfil dispráxico</u> : dificuldades de aprendizagem ligeiras; alguns sinais desviantes, com algum descontrolo; dificuldades em diversos fatores.
7-8	Apráxico	<u>Perfil deficitário</u> : dificuldades de aprendizagem moderadas ou severas; sinais neurológicos disfuncionais; dificuldades ou não realização, em quase todas as tarefas.

Este instrumento oferece ao observador a possibilidade de identificar o grau de maturidade psicomotora da criança e detetar situações de desvio-padrão, podendo auxiliar na compreensão dos problemas de comportamento e aprendizagem (Fonseca, 2010).

De modo a facilitar a aplicação da BPM, aos estudos de caso e demais acompanhamentos, foi construído um guia de aplicação a pedido da orientadora local (Anexo G ).

**Perfil Psicoeducativo: 3ª edição (PEP-3, Schopler, Lansing, Reichler e Marcus, 2005)**

O PEP-3 é um instrumento cujo objetivo passa pela avaliação do desenvolvimento psicoeducacional de crianças com PEA, dos dois anos aos sete anos e cinco meses. Este, não pretende realizar o diagnóstico de autismo, mas auxiliar na elaboração de planos educativos, nomeadamente os PEI's (i.e., programas educativos individuais) (Schopler, Lansing, Reichler & Marcus, 2005).

O instrumento é constituído por duas partes, um formulário para o cuidador e um teste de performance. O formulário para o cuidador pretende obter informações dos problemas de comportamento, cuidado pessoal e comportamento adaptativo. Adicionalmente, apresenta uma seção do nível de desenvolvimento atual, questionando uma estimativa da idade de desenvolvimento e uma seção de categorias de diagnóstico e respetivo grau de interferência (i.e., ligeiro, moderado e severo) (Schopler et al., 2005).

Já o perfil de competências engloba as áreas da comunicação, motricidade e comportamentos desajustados que, por sua vez, são subdivididas em: cognição verbal e pré-verbal, linguagem recetiva, linguagem expressiva, motricidade fina, motricidade global, imitação visuomotora, expressão dos afetos, reciprocidade social, comportamentos motores e comportamentos verbais característicos (Schopler et al., 2005).

A cotação dos itens da comunicação e motricidade é concretizada com "0", quando a criança não consegue completar a tarefa, "1" quando a completa de forma emergente, i.e., demonstra competências, mas não completa na íntegra, ou o faz após demonstrações e "2" quando conclui a tarefa adequadamente e sem necessidade de demonstração. Já nos comportamentos desajustados a avaliação tem por base a observação e julgamento do avaliador, sendo cotado "0" quando o comportamento é severo, exagerado e disfuncional, "1" com um comportamento moderadamente pouco usual e "2" sendo apropriado para a idade (Schopler et al., 2005). A cotação final é obtida pela soma dos valores dos vários itens e consulta de tabelas, de acordo com a idade da criança, que permite determinar a idade de desenvolvimento e respetivos percentis, permitindo, com consulta da tabela 3, averiguar o seu nível de desenvolvimento (Schopler et al., 2005) (Anexo H ). Contudo, é de salientar que o instrumento não está padronizado para a população portuguesa, impossibilitando uma análise com referência à norma.

*Tabela 3 - Nível de Desenvolvimento Adaptativo PEP-3*

<b>Percentil</b>	<b>Nível Adaptativo/Desenvolvimental</b>
<b>&gt;89</b>	Adequado
<b>75-89</b>	Ligeiro
<b>25-74</b>	Moderado
<b>&lt;25</b>	Severo

### ***Escala de Avaliação Social, da Comunicação e Comportamento (EASCC)***

Perante a necessidade de avaliação do caso 3 (S.M.) foi elaborada uma escala de avaliação, após recolha de informações e observação direta da criança, destacando-se os domínios da interação social, da comunicação e do comportamento.

Após a consulta e análise de instrumentos de avaliação, como “Escala de Comportamento Adaptativo Vineland” (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1984), “ADIR: Autism Diagnostic Interview – Revised” (LeCouteur, Lord & Rutter, 1995) e “The Autism Checklist” (Hannel, 2006) foram estipulados itens de avaliação, constituindo a EASCC (ver Anexo I) de acordo com a faixa etária e características da criança.

De forma concreta, dentro da interação social inserem-se o contacto ocular, a resposta às instruções, o cumprimentar e despedir-se, o iniciar e terminar uma conversa e a troca de sorrisos sociais. A comunicação engloba o pedir ajuda, expressar necessidades e preferências, o apresentar gestos, expressões faciais e proximidade adequada durante um diálogo, o realizar conversação com diversos tópicos e perceber pistas comunicativas, tal como o esperar pela vez numa conversa e interromper a mesma, também o descrever uma sequência de acontecimentos e explicar situações complexas e, por fim, o ouvir uma história, pelo menos cinco minutos. Já a nível comportamental encontra-se a reação a elogios, a críticas e ao contato físico, a iniciativa nas atividades e na partilha de objetos, a cooperação, a espera pela vez e reciprocidade em jogo.

Perante os vários itens, existe uma classificação numérica, sendo “0” o não realiza, “1” o realiza com muitas dificuldades, “2” o realiza com ligeiras dificuldades, “3” o realiza sem dificuldades e “4” o realiza perfeitamente. No final, calcula-se a média de cada seção, correspondendo o valor à classificação já apresentada.

### ***Desenho de uma Pessoa (DAP, Naglieri, 1988)***

O DAP, “Draw a person” (Naglieri, 1988) representa-se um método de avaliação cognitiva, não verbal, com base no desenho da figura humana, desenvolvido para jovens dos cinco aos dezassete anos, padronizado para a população americana (Santos, 2011).

A aplicação consiste no desenho três figuras, um homem, uma mulher e o próprio, não excedendo os cinco minutos para cada desenho. Esta pode ser realizada individualmente ou em grupo, com um lápis e borracha disponíveis (Santos, 2011).

A cotação baseia-se em critérios para catorze partes do corpo, sendo cada uma avaliada segundo a presença (i.e., identificação da parte do corpo), o detalhe (i.e., pormenores das partes), a proporção (i.e., representação realista) e um ponto bônus (i.e., se todos os anteriores presentes é atribuído um ponto), obtendo-se um total bruto, (ver

Anexo J ) contudo, não sendo possível a comparação com a norma americana, este é utilizado com referência a critério, isto é, em comparação com os resultados anteriores do indivíduo (Santos, 2011).

Adicionalmente, devem ser considerados aspetos como a apreensão, o tónus e expressão corporal dos avaliados. O DAP permite assim avaliar o esquema do corpo, nomeadamente o conhecimento do próprio corpo, das suas partes, dos movimentos, das posturas e das atitudes, verificando-se que a evolução dos desenhos tende a acompanhar a melhoria do esquema corporal (Santos, 2011).

### ***Avaliações Complementares***

De forma complementar, podem ser utilizadas atividades para determinados objetivos e sobre determinadas características da criança/jovem, realizando-se a posterior reaplicação e avaliação qualitativa das mesmas, permitindo acompanhar as evoluções.

Como exemplo, a ficha de **Esquema de Tensões** ( Anexo K ), como avaliação qualitativa que, após um momento de relaxação, pretende analisar graficamente as diferentes tensões corporais. Como tal, perante a representação gráfica de um corpo humano, perspetiva anterior e posterior, representando segmentados os grupos musculares, com recurso a três diferentes cores devem identificar: a vermelho as partes do corpo reconhecidas com uma tensão muito elevada, a amarelo, as zonas com tensão média e a verde as zonas com pouca ou nenhuma tensão. Tal atividade permite a consciencialização do corpo, tal como das zonas de tensão muscular, identificando igualmente o relaxamento das mesmas.

Ainda, a atividade do **Papel de Cenário** possibilita diversas representações do corpo, nomeadamente, um primeiro desenho de contorno do próprio, de olhos fechados. Num segundo momento, um contornar e corrigir o anterior, com os olhos abertos. Por fim, um contorno por outra pessoa. Tais desenhos, sobrepostos, permitem a comparação e consciencialização corporal, mental e gráfica. Adicionalmente, pode-se preencher o desenho com palavras (e.g. qualidades e defeitos) ou imagens representativas do próprio, acompanhadas pela explicação das mesmas.

## ***2.2. Intervenção Psicomotora***

A intervenção psicomotora concretizou-se, maioritariamente, de carácter individual e população-alvo as perturbações de desenvolvimento, com destaque para as PEA (ver na tabela 4). As sessões tinham uma duração de quarenta e cinco minutos e frequência

semanal, na maioria dos casos, variando consoante a necessidade da criança e disponibilidade das famílias.

### *População-Alvo*

Para além dos estudos de caso, foram acompanhadas oito crianças, entre novembro de 2016 e junho de 2017, com idades compreendidas entre os quatro e os dez anos. Na tabela seguinte (tabela 4) é possível obter mais informações sobre as mesmas. Os casos foram acompanhados por dois técnicos diferentes – uma técnica de desporto e atividade física e orientadora local, N., e um psicomotricista, R. Os nomes respetivos serão apresentados pelas iniciais, para manter a confidencialidade dos dados.

*Tabela 4 - Casos Acompanhados*

<b>Nome</b>	<b>Género</b>	<b>Idade</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Técnico/valência</b>
B. C.	M	8	Hipótese PHDA	N / Psicomotricidade
G. M.	M	4	Atraso Global do Desenvolvimento	N / Psicomotricidade
B. S.	M	10	PEA	N / Psicomotricidade
S. P.	M	5	PEA	R / Psicomotricidade
G. S.	M	6	PEA	R / Psicomotricidade
G. F.	M	9	Doença Metabólica: défice do transportador da creatina cerebral	N / Psicomotricidade
S. Ca.	M	9	Hipótese PEA	N / Psicomotricidade
S. Co.	M	4	Hipótese PEA	N / Adaptação ao meio aquático
J. F.	M	9	PEA	N / Psicomotricidade

Em alguns destes casos foi possível dinamizar de atividades ou sessões, também acompanhar o processo de avaliação, e aplicar a BPM, em conjunto com a técnica (N), responsável pelos casos. Algumas das crianças acabaram por ficar ao encargo da estagiária, em meses posteriores, por indisponibilidade da técnica N.

### **2.3. Estudos de Caso**

Neste subcapítulo serão descritos, pormenorizadamente, os estudos de casos acompanhados, três intervenções individuais e uma de grupo.

Inicialmente, serão apresentados os dados pessoais das crianças/jovens, de seguida encontra-se a avaliação inicial, depois o plano de intervenção, a organização das sessões e implementação da intervenção e, por fim, apresentados os resultados da avaliação final, sua análise e conclusões.

Na tabela seguinte (tabela 5) encontra-se o cronograma das sessões, nomeadamente com as sessões previstas e as realizadas.

Tabela 5 - Cronograma das Sessões de Psicomotricidade

<b>Casos</b>	<b>Início</b>	<b>Final</b> (Previsto: junho 2017)	<b>Sessões Previstas</b>	<b>Sessões Realizadas</b>
D.O.	17/01/2017	19/09/2017	13	15
J.S.	07/12/2016	12/07/2017	40	30
S.M.	09/11/2016	05/07/2017	33	31
Grupo	15/02/2017	19/07/2017	18	18

### **2.3.1. Caso 1 – D.O.**

A criança foi observada na APPDA-Viseu a pedido da mãe, tendo sido encaminhada pela assistente social, por solicitação da educadora do jardim de infância. Após um primeiro contacto com a criança é indicado acompanhamento ao nível de terapia comportamental (ABA) e terapia ocupacional (protocolo com o CHTV), intercalada com psicomotricidade.

Os dados da criança foram recolhidos através de anamnese aplicada à mãe, por informações do processo clínico e junto da técnica de psicologia que acompanha o caso.

#### Anamnese

O D.O. nasceu a 05 de junho de 2012 na Moldávia, tendo vindo morar para Portugal em 2013, com os pais e o irmão mais velho, de oito anos. A família realiza, ocasionalmente, visitas ao país de origem.

Atualmente, com cinco anos, tem o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo, sendo uma criança não-verbal e apresentando estereotípias motoras, com ocasional expressão agressiva, associando-se à toma de medicação (*risperidona*).

Quanto à autonomia, realizou o desfralde pelos quatro anos e na alimentação tem ajuda parcial. O desenvolvimento motor foi descrito, pela mãe, como dentro do padrão.

A nível educativo frequenta o jardim de infância, tendo apoio educativo individual tanto em sala como fora, i.e., afastando-se dos pares em momentos de maior agitação.

#### Avaliação Inicial

##### **Observação Informal**

O contacto inicial com a criança realizou-se em observação das sessões de ABA. Estas, num primeiro momento, eram realizadas pela psicóloga num espaço contido, com música de fundo, sobre um colchão e com materiais de *snoezelen* (i.e., coluna de água e

fibras óticas). Dado ser o primeiro contacto da criança com a Associação, pretendia-se ambientar e perceber a sua reação aos técnicos, espaços e materiais.

O contacto direto ocorreu na sala de psicomotricidade, em sessão de carácter lúdico (supervisionada pela psicóloga), com a exploração do espaço e materiais. A criança apresentou algumas oscilações do humor, ora com interesse nas tarefas, ora agressiva tentando sair da sala e sem interesse nas tentativas de interação. Devido às características demonstradas e de forma a estabilizar o comportamento e interação com a técnica, foram realizadas três sessões antes de uma avaliação formal.

Nestas sessões foi possível observar, entre outros aspetos, a necessidade de um trabalho ao nível cognitivo, quanto à atenção nas tarefas e no centrar a atenção no adulto, a nível grafomotor, na pega dos materiais de escrita, a nível da praxia global e do equilíbrio. Adicionalmente, em conjunto com a psicóloga, foi aplicado o PEP-3, de forma a consolidar os objetivos de intervenção, presentes na tabela 6, apresentada posteriormente.

### **PEP – 3**

O instrumento foi utilizado de modo a avaliar o perfil de competências da criança, nas diversas áreas (i.e., comunicação, comportamentos desajustados e motricidade), e estabelecer objetivos de intervenção. Este instrumento foi selecionado pela adequabilidade do mesmo ao diagnóstico, idade e características da criança (i.e., criança não-verbal, com PEA). Ainda, pela diversidade de itens e domínios que permite avaliar, tal como a inclusão da perspetiva do cuidador, através do relatório do cuidador.

Quanto à adesão à avaliação a criança apresentou uma atitude inicial de fuga, embora a rotatividade das tarefas a diminuísse, tal como a frustração associada.

Após avaliação, os resultados obtidos indicaram dificuldades em todos os domínios avaliados, com um nível de desenvolvimento severo na “**Comunicação**” e “**Comportamentos Desajustados**” (i.e., percentil <25) e moderado na “**Motricidade**” (percentil entre 25 e 74), como se pode ver na figura 1.

Mais concretamente, apresenta a **motricidade** como área forte, revelando na *motricidade global* a maioria dos itens adquiridos e na *imitação visuomotora* metade dos itens emergentes, ou seja, em aquisição.

Na área menos forte, a **comunicação**, as dificuldades recaem na verbalização e nomeação, que não realiza, embora utilize com sucesso gestos e linguagem não-verbal para obter os seus pedidos (e.g. comida, objetos e ajuda). Ainda, apresenta dificuldades em corresponder a instruções verbais (e.g. apontar, dar objetos, ao “vem cá”), mas corresponde a instruções visuais (gestos), ao “Não” e ao seu nome.

Nos **comportamentos desajustados** apresenta a *expressão afetiva* como subárea mais forte: utiliza expressões faciais e exprime emoções, embora apresente dificuldades no apreciar o contacto físico com o examinador e ao nível da manutenção da atenção.

Relativamente à *reciprocidade social*, apresenta como dificuldades a imitação, o jogo social, a cooperação com o examinador e a falta de motivação por recompensas tangíveis. Contudo, inicia, ocasionalmente, a interação com o outro e, como itens emergentes encontram-se o contacto visual, o procurar ajuda e o sorrir.

Ao nível dos *comportamentos verbais caraterísticos* o resultado baixo prende-se à não utilização de linguagem verbal, anulando a cotação dos itens. Consequentemente, não apresenta ecolálias, embora reproduza sons e balbucios, ocasionais.

Nos *comportamentos motores caraterísticos* apresenta estereotipias motoras e não concretiza o brincar de forma adequada para a idade; em aquisição está o uso da informação visual e a alternância adequada entre tarefas.

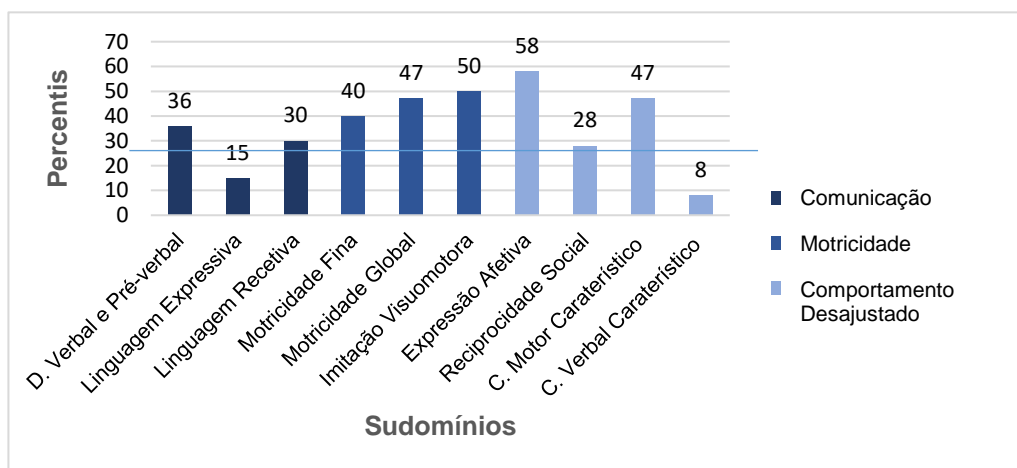


Figura 1 - Avaliação Inicial PEP-3 (Caso 1 – D.O.)

### Relatório do Cuidador

O *Formulário para o Cuidador* foi preenchido pela mãe, na presença de uma tia do D.O. que tornou possível a ponte linguística. Neste formulário apresenta um nível de desenvolvimento severo nos **“Problemas de Comportamento”** e **“Comportamento Adaptativo”** e moderado no **“Autocuidado Pessoal”**.

Quanto aos **problemas de comportamento**, foi considerado um problema, pela mãe, as estereotipias, o contacto ocular, a comunicação verbal e não verbal, a aproximação e partilha com o outro e a perseverança de rotinas e rituais específicos.

No **comportamento adaptativo** são referidos comportamentos ritualizados e movimentos estereotipados da criança; esta brinca sozinha, não se interessa por outras crianças nem realiza jogo simbólico; fica perturbada quando interrompida em atividades do

seu interesse; não reage ou reage com inconsistência a recompensas; responde positivamente a abraços; tem alguma percepção do perigo ao andar na rua, contudo necessita de contenção para acompanhar o adulto; e em casa tem, por vezes, acidentes.

Já quanto ao **autocuidado pessoal** apresenta-se autónomo na alimentação (i.e., no beber e servir-se de água, embora necessite de alguma ajuda no comer), nos hábitos de sono e no relembrar locais de brinquedos e objetos. A nível da higiene apresenta maiores dificuldades, no lavar as mãos, os dentes e no tomar banho, pois apesar de tentar, necessita de ajuda do adulto. Do mesmo modo, necessita de ajuda no vestir-se. Contudo, a mãe refere não dar espaço de autonomia à criança.

### ***Observações Qualitativas***

Qualitativamente, o D.O. apresentou um baixo tempo de atenção nas atividades, necessitando de motivação e orientação constantes e, por vezes, contenção física. Contudo, cooperou com as tarefas, dada a rotatividade e variedade de materiais a explorar.

Durante a avaliação necessitou de demonstração e pistas visuais, para a percepção dos objetivos e, por vezes, ajuda física para a sua conclusão, também pelo facto de apresentar pouca persistência nas tarefas. Do mesmo modo, a falta de compreensão verbal interferia na percepção de itens. Por outro lado, compreende o nome, algumas instruções básicas e utiliza a manipulação (i.e., agarra na mão/braço) para indicar o que pretende, interagindo dessa forma com o avaliador.

O D.O. evidenciou alguns movimentos estereotipados, em momentos de maior excitação, de oposição e frustração. Apresentou diversos picos de desorganização do humor, chorando e com expressões (auto e hétero) agressivas, em momentos de trabalho e momentos livres, não indicando um padrão de comportamento.

Com os materiais não apresenta muita iniciativa, explorando-os de forma aleatória e pouco duradoura. Por vezes, procura brincar sozinho, não apresentando jogo simbólico. Noutros momentos procura o avaliador, sorri e aprecia o seu contacto (e.g. abraça-o), tal como reage à valorização verbal e física (e.g. cócegas), sorrindo e repetindo a tarefa.

### ***Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico***

Em função dos resultados obtidos pela aplicação do PEP-3 e perante a avaliação informal, foram traçados os objetivos de intervenção e criado o plano de intervenção, ajustado às competências e limitações da criança.

Na tabela seguinte (tabela 6) podem ser visualizados os objetivos propostos, sendo os “E” os itens emergentes obtidos pelo PEP-3 e os “O” (i.e., operacionais) os objetivos considerados a partir da observação informal.

Deste modo, simultaneamente a fatores psicomotores serão trabalhados objetivos cognitivos, da comunicação e comportamentais, em coerência com o trabalho desenvolvido nas restantes terapias com a criança.

Tabela 6 - Objetivos de Intervenção Caso 1 – D.O.

Áreas	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Itens Emergentes PEP-3 (E) / Objetivos Operacionais (O)
Comunicação	Desenvolvimento cognitivo	Promover o desenvolvimento cognitivo verbal/pré-verbal	- Encaixar formas (E) - Completar puzzle do corpo humano (E) - Mostrar interesse em livro de figuras (E) - Corresponder 9 letras (E) - Corresponder formas e cores (E) - Responder à imitação de ações e sons (E)
			- Aumentar tempo de atenção nas tarefas (O) - Realizar tarefas do início ao fim, sem interrupções (O) - Centrar a sua atenção no adulto (O)
	Promover competências de comunicação	Promover a comunicação expressiva	- Pedir comida e bebida (E) - Usar palavras ou gestos para pedir ajuda (E)
		Promover a comunicação recetiva	- Responder a gestos (E) - Parar em resposta ao “Não” (E) - Parar quando chamado pelo nome (E)
Motricidade	Promover a motricidade fina	Promover competências grafomotoras	- Abrir frasco de bolas de sabão, autonomamente (E) - Apresentar dominância ocular (E) - Enfiar uma conta (E) - Remover, com ambas as mãos, contas de um frasco (E) - Cortar com uma tesoura (E) - Empilhar 8 cubos (E) - Apagar/acender luz, sem demonstração (E)
			- Pegar lápis com pega em pinça (O)
			- Pontapear bola para alvo, a cerca de 1,5m de distância (O) - Permanecer num só pé (E)
	Promover a motricidade global	Promover a coordenação oculopodal	- Transferir objetos de mão para mão (E)
		Promover a coordenação oculomanual	- Lançar bola para alvo, a cerca de 1,5m de distância (O)

	Promover o equilíbrio	Promover o equilíbrio estático e dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanecer em equilíbrio estático, 10s, com ajuda verbal e visual do adulto (O)</li> <li>- Manter controlo postural em obstáculos e superfícies instáveis (O)</li> </ul>
	Promover a imitação	Promover a imitação visuomotora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar o caleidoscópio (E)</li> <li>- Imitar o tocar campainha 2x seguidas (E)</li> <li>- Soprar velas, em jogo simbólico de parabéns (E)</li> <li>- Movimentar os membros de um fantoche (E)</li> <li>- Demonstrar o uso de 4 objetos (E)</li> </ul>
<b>Comportamento</b>	Promover as capacidades sociais	Promover a expressão afetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expressar sentimentos pelas posturas corporais (E)</li> <li>- Demonstrar afeto adequado (E)</li> <li>- Usar tentativa-erro como autocorreção (E)</li> <li>- Persistir nas tarefas (E)</li> <li>- Demonstrar capacidades e interesses (E)</li> </ul>
		Promover a reciprocidade social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar contacto ocular (E)</li> <li>- Reconhecer a voz do examinador (E)</li> <li>- Procurar ajuda do examinador quando apropriado (E)</li> <li>- Responder ao examinador: contacto ocular, ouvir, sorrir (E)</li> <li>- Prestação é influenciada por recompensa social (E)</li> </ul>
		Minimizar comportamentos motores característicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar informação visual apropriadamente (E)</li> <li>- Explorar o envolvimento apropriadamente (E)</li> <li>- Alternar tarefas facilmente (E)</li> </ul>
		Minimizar comportamentos verbais característicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não produzir sons ilegíveis (E)</li> </ul>
<b>Autonomia</b>	Promover a autonomia	Promover o autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comer sozinho (E)</li> <li>- Utilizar dois talheres com sucesso (E)</li> <li>- Tomar banho, sem auxílio (E)</li> <li>- Lavar os dentes, sem auxílio (E)</li> <li>- Despir-se e vestir-se sozinho (E)</li> <li>- Usar a casa de banho sem supervisão (E)</li> </ul>

### Intervenção Psicomotora

A intervenção, com periodicidade quinzenal e duração de cerca de quarenta e cinco minutos, teve início em fevereiro, com a observação e avaliação informal. Em março procedeu-se à avaliação com o PEP-3 e de abril a junho decorreram as sessões. No mês de setembro procedeu-se à avaliação final, após dois meses sem intervenção.

As primeiras sessões tiveram a supervisão da psicóloga, em auxílio na contenção física, em momentos de agressividade e frustração, e mediadora na interação com a criança. Progressivamente, com o estabelecimento de uma relação de segurança e conhecimento da criança, as sessões tornaram-se individuais.

Ao longo das sessões, procurou trabalhar-se, atividades de carácter motor, a sua área forte (e.g. imitação motora), atividades lúdicas e sensoriais (i.e., visuais, auditivos, tácteis), sempre com a componente relacional envolvida, tendo em conta os objetivos.

As sessões foram estruturadas promovendo a rotina, a repetição de instruções e de tarefas, permitindo pausas e momentos de descontração, para a autorregulação da frustração e fuga da criança, intercalando as exigências com tarefas/jogos do seu interesse (e.g. uso de música) e reforço físico, de forma a manter a sua motivação.

Como tal, eram constituídas por um ritual de entrada, com a entrada na sala e espera por instruções junto à técnica, era concretizada a parte fundamental da sessão, com a cooperação na montagem das tarefas, de seguida, uma tarefa de retorno à calma/exploração final (e.g. trampolim) e, por fim, o ritual de saída, com o arrumar dos materiais e saída em conjunto da sala (ver exemplo de sessão, Anexo L ).

### *Avaliação Final e Discussão dos Resultados*

Após uma intervenção de cerca de seis meses, em terapia ocupacional, psicomotricidade e terapia comportamental, foi reaplicado o instrumento PEP-3.

Contrariamente às treze sessões previstas realizaram-se quinze (ver tabela 5), permitindo a avaliação final da criança, devido a interrupções por doença e períodos de férias, com ida ao país de origem.

A intervenção teve por base um trabalho estruturado, de tarefas focalizadas nos objetivos a alcançar e de relevo para a criança, mas também por base na exploração do espaço, materiais e a nível social (i.e., interações com a técnica).

### ***Observação Informal***

Quanto aos objetivos traçados em função da observação psicomotora (“O” na tabela 6), observou-se uma evolução. Assim, verificou-se um aumento do “tempo de atenção nas tarefas”, embora com necessidade de *feedback* e motivação. Ainda, melhorou a “concretização das tarefas do início ao fim”, associada ao uso da tentativa erro, no entanto, com algumas interrupções e fugas. De seguida, o “centrar a sua atenção no adulto” verificou-se com menor recorrência, pois dependia da motivação e estratégias usadas para

captar a sua atenção, embora apresentasse uma noção clara da presença do mesmo (e.g. procurando dar as mãos, ao longo da sessão).

Ao nível das **competências grafomotoras**, apresentou-se mais cooperante com o material de escrita, embora com uma pega por vezes imatura, dependente mais uma vez, da sua motivação. Contudo, apesar de apresentar uma “pega em pinça”, necessita de correção da pega para manutenção da mesma e auxílio nos movimentos da mão e pulso ao longo da folha (em rabiscos ou em imitações visuomotoras).

Quanto à **coordenação oculomanual e oculopodal**, apresentou maior perceção dos objetivos da tarefa e alvos a concretizar, mas mantendo alguma imprecisão dos movimentos e posicionamento do corpo para tal.

Por fim, no **equilíbrio**, não permanece os cinco segundos em “equilíbrio estático” sem ajuda física, visual e motivacional. Quanto ao “controlo tónico e postural”, concretiza com sucesso, com a perceção dos objetivos e demonstração inicial das tarefas.

### **PEP-3**

Os resultados obtidos indicam, novamente, dificuldades em todos os domínios. A **motricidade** (ver figura 2) apresenta um desenvolvimento moderado, com a maioria dos itens adquiridos e uma grande parte emergentes. Na *motricidade global* adquire, em relação à avaliação inicial, o transferir objetos de mão para mão. Na *motricidade fina* adquire o remover, com ambas as mãos, contas de um frasco e o empilhar oito cubos e na *imitação visuomotora* no movimentar os membros de um fantoche.

Dentro da **comunicação** apresentou evoluções no *desenvolvimento verbal/pré-verbal*, nos itens: encaixar formas, corresponder letras, *puzzles* e permanência do objeto.

Já nos **comportamentos desajustados**, comparativamente à primeira avaliação, melhora no item de apreciação do contacto físico e na repetição de jogo social. Nos *comportamentos verbais caraterísticos* e *comportamentos motores caraterísticos* não verifica evolução dos itens, relativamente à avaliação inicial.

Após uma análise quantitativa dos subitens, verifica-se uma redução dos percentis comparativamente à avaliação inicial, exceto na *reciprocidade social*. Ainda, constata-se a redução de um nível de desenvolvimento moderado para severo nas subáreas *desenvolvimento verbal e pré-verbal* e *comportamento motor característico*. No entanto, para a análise da figura 2 devemos ter em conta que a criança mudou de faixa-etária na avaliação final (a verde), alterando os valores de comparação à norma. Tal como já referido, o instrumento não está padronizado para a população portuguesa, o que pode influenciar os resultados e inviabilizar a comparação com a avaliação inicial (a azul). Os

resultados devem ser interpretados a nível qualitativo, com referência a critério. Apesar destas considerações, era expectável pelo padrão de desenvolvimento, que a criança melhorasse os resultados, o que não se verificou na generalidade.

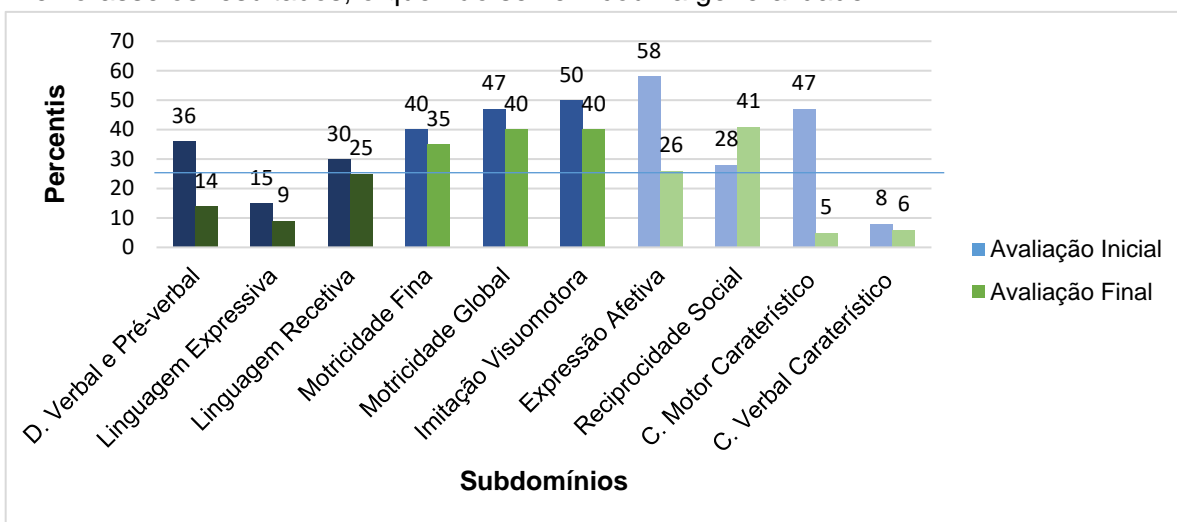


Figura 2 - Avaliação Inicial vs. Final PEP-3 (Caso 1 – D.O.)

### Relatório do Cuidador

Nesta reavaliação não foi aplicado o relatório ao cuidador, por falta de pessoa para tradução (não permitindo reavaliar os itens relativos às três subáreas: *problemas de comportamento, autocuidado pessoal e comportamento adaptativo*).

### Observações Qualitativas

A nível qualitativo e motivacional a criança manteve o padrão de comportamento anterior, de desinteresse e falta de cooperação o que, mais uma vez, pode enviesar a cotação dos itens e, consecutivamente, a avaliação das competências.

Sendo a área mais fraca a comunicação, um fator de risco pode ser a proveniência estrangeira da criança e, como tal, a perceção da língua. Tal aspeto pode influenciar diversas subáreas avaliadas, nomeadamente pela compreensão verbal das tarefas.

Apesar da rotatividade das tarefas não apresentou iniciativa e interesse na exploração dos materiais, nem cooperação com o examinador, manifestando momentos de frustração, oposição e fuga, quer passivos (ausência do olhar e de atenção e o deitar-se sobre a mesa e o adulto), quer ativos (em choro e tentativa de fuga da mesa ou sala).

Devido às suas características foi essencial a presença de duas pessoas no momento da avaliação, realizada em períodos reduzidos, com persistência nas tarefas (procurando a sua atenção e cooperação, reduzindo os resultados por desmotivação), em momentos lúdicos (e.g. vídeos de música) e exploração livres, para que se mantivesse

organizado nas competências a avaliar. Ainda, necessitou de demonstração, repetição e ajuda física e/ou visual (total ou parcial) nas tarefas.

### Conclusões

De forma geral, observa-se que a criança apresenta dificuldades nas diversas áreas do desenvolvimento. Após a intervenção constatou-se uma ligeira evolução dos objetivos estabelecidos. No entanto, todos os dados devem ser analisados tendo em conta o contexto da avaliação, estando a criança um longo período sem intervenção, onde foi ao país de origem. Tal, para além de alterar completamente o contexto social e cultural, altera de forma significativa a perceção da língua e as rotinas diárias, o que dificulta a intervenção e a evolução da criança e cria retrocessos na cooperação e rotina de trabalho.

Do mesmo modo, o tempo de intervenção psicomotora, tal como a frequência das sessões (quinzenais), foi insuficiente no trabalho sobre todos os objetivos estabelecidos.

Neste sentido, é fundamental uma intervenção regular e consistente para a maximização do conhecimento corporal e expressão motora, verbal e social da criança. Adicionalmente, é fundamental um trabalho cooperativo e multidisciplinar com a criança, nos diversos âmbitos avaliados, havendo uma generalização das estratégias e objetivos nos vários contextos de vida. Deve verificar-se um aumento progressivo das exigências, nomeadamente ao nível da autonomia pessoal.

A criança deve ser reavaliada através do instrumento de perfil de competências, de forma a perceber a evolução dos diversos itens e adaptar as estratégias de intervenção.

#### **2.3.2. Caso 2 – J. S.**

O J. S. foi acompanhado pela mãe à APPDA-Viseu, após um regresso dos Estados Unidos da América, procurando uma resposta para as dificuldades observadas no filho. Após primeiro contacto com a criança é indicado acompanhamento ao nível de terapia ABA e terapia psicomotora.

Os dados da criança foram retirados do seu processo clínico e junto dos técnicos responsáveis pelo caso, tal como restante equipa que a acompanha na APPDA, dado não ser possível a recolha de informações diretas com a mãe.

### Anamnese

O J.S. nasceu a 24 de novembro de 2009 nos Estados Unidos da América, de ambos os pais portugueses. Atualmente, com oito anos, vive com a mãe e a irmã, mais

nova, em Portugal, tendo o pai permanecido nos EUA. Após a vinda para Portugal já realizou visitas ao país de origem, de longa e curta duração.

Com o diagnóstico de PEA, apresenta linguagem verbal reduzida, utilizando palavras soltas ou pequenas frases, maioritariamente em ecolalia e na língua inglesa, mas também verbalizando em português. Ainda, apresenta estereotípias motoras e comportamentos agressivos, em momentos de frustração. O desenvolvimento motor é descrito como dentro do padrão. Quanto à autonomia não realizou o desfralde e, na alimentação, tal como em outras atividades da vida diária, necessita de ajuda parcial.

Na escola integra uma unidade de ensino estruturado (programa TEACCH).

### *Avaliação Inicial*

#### ***Observação Informal***

Inicialmente, foi possível observar as sessões de ABA do J.S. As primeiras sessões individuais, algumas semanas depois, tiveram um carácter lúdico, de jogo simbólico e exploração dos materiais. Nestas sessões existiram vários momentos de interação, tal como vários momentos de desorganização do humor, com estereotípias, ecolalias e expressões agressivas recorrentes.

Perante uma observação e avaliação informal estabeleceram-se áreas de intervenção, tendo como base as características da criança, a sua motivação perante os materiais, os objetivos trabalhados nas sessões ABA e a relação estabelecida.

Deste modo, como se pode ver na tabela 7, encontram-se objetivos "O", a nível cognitivo, de resposta a instruções simples e persistência nas tarefas; a nível grafomotor encontram-se a capacidade manipulativa e intencionalidade da escrita, a promoção da praxia global e equilíbrio e, por fim, a nível comportamental, o aceder à passividade.

Por questões de espera pelo PEP-3 e, de modo a estabelecer uma relação com a criança antes da avaliação formal, esta foi concretizada após oito sessões.

#### ***PEP-3***

O PEP-3 foi escolhido como meio de avaliação do perfil de competências da criança, na comunicação, comportamentos desajustados e motricidade, e estabelecimento de objetivos de intervenção. Tal como no caso anterior, o instrumento foi selecionado pela diversidade de itens e contextos em avaliação (i.e., integração da perspetiva do cuidador) e pela adequabilidade à criança, nomeadamente diagnóstico, idade e características. Perante a avaliação a criança apresentou interesse nos materiais, embora perante o insucesso e incompreensão dos objetivos tenha demonstrado frustração e evitamento.

Concretamente, a avaliação inicial indica dificuldades em todos os domínios, com um nível de desenvolvimento severo na “**Comunicação**” e nos “**Comportamentos Desajustados**” (percentil <25) e um nível de desenvolvimento moderado na área da “**Motricidade**” (percentil entre 25 e 74).

Quanto a cada subárea (ver figura 3), dentro da sua área forte, a **Motricidade**, as três subáreas apresentam apenas quatro itens de insucesso.

Em relação à **Comunicação** tem dificuldades em cumprir com consistência instruções verbais simples (e.g. “Vem cá”, ao nome e ao “não!”), a instruções visuais (e.g. gestos) e a instruções de dois passos. Na *linguagem expressiva* as dificuldades apresentam-se na nomeação de objetos e cores (apesar de nomear letras, números e palavras soltas), na leitura e na verbalização. Contudo, utiliza gestos e linguagem não-verbal para expressar pedidos, como comida e ajuda.

Já nos **Comportamentos Desajustados**, área mais problemática, apresenta na *reciprocidade social* dificuldades no jogo simbólico, na cooperação com o examinador e falta de motivação por recompensas tangíveis e elogio social. Contudo, apresenta iniciativa de interação social (apesar de desapropriada). Ocasionalmente, apresenta contacto visual, procura ajuda e responde de forma social ao examinador, nomeadamente sorrindo.

Na *expressão afetiva* utiliza expressões faciais, aprecia o contacto físico e jogos sociais e, de forma emergente, apresenta persistência, tentativa-erro nas tarefas. No entanto, tem maiores dificuldades no expressar emoções e na manutenção da atenção.

Nos *comportamentos motores caraterísticos* apresenta alguns momentos de exploração oral dos objetos; brinca de forma desapropriada para a idade, com interesses repetitivos e estereotípias; no entanto, tem uma boa perceção dos sons e faz bom uso da informação visual. Já ao nível dos *comportamentos verbais caraterísticos* o resultado baixo pode-se dever ao facto de utilizar reduzida linguagem verbal para comunicar com o outro, no entanto, revela ecolálias e, por vezes balbucios, sem significado.

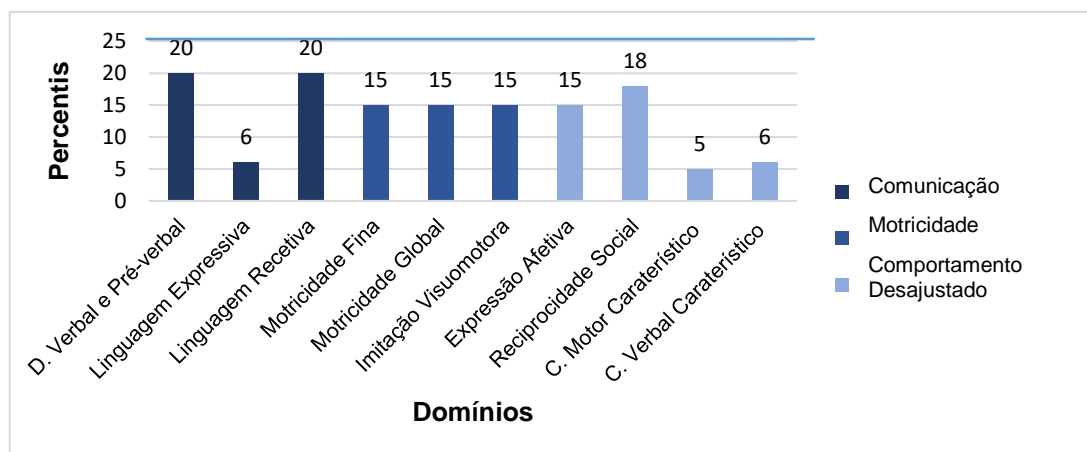


Figura 3 - Avaliação Inicial PEP-3 (Caso 2 – J.S.)

## *Relatório do Cuidador*

O documento foi entregue à mãe, mas não foi devolvido.

### **Observações Qualitativas**

Qualitativamente, a criança apresentou recusa às tarefas, necessitando de motivação, orientação, tal como contenção física para as mesmas. Do mesmo modo, necessitou de demonstração e pistas visuais, para a perceção dos objetivos e, por vezes, ajuda física, também pelo facto de apresentar pouca persistência nas tarefas.

Dado apresentar várias oscilações de comportamento a avaliação foi concretizada em momentos reduzidos, com momentos de pausa e exploração livre, tal como intercalando diversos reforços sociais e jogos (cócegas e canções) do seu interesse para que se mantivesse organizado nas competências a avaliar.

Ao longo da avaliação, apresentou picos de desorganização do humor, chorando e com expressões agressivas, individuais e dirigidas ao outro, sem padrão de comportamento. Nestes momentos ora era bloqueado, quando agressivo, ora lhe era dado um momento livre para controlo e das manifestações e auto-organização.

De salientar, a cotação zero em alguns itens pode dever-se à falta de motivação da criança, às frequentes e permanentes estereotipias e ecolálias (i.e., que promovem dificuldades em perceber e interagir com o outro), mas também à compreensão verbal, devido à sua inconsistência linguística, tendo-se recorrido, em determinados itens, o inglês.

A exploração dos materiais dá-se de forma inconsistente, por vezes, desadequada (e.g. lamber os objetos, observá-los por diversas perspetivas) e de curta duração. Brinca/explora, na maioria das vezes sozinho, não apresentando jogo simbólico. Procura o contacto com o avaliador, apreciando-o (e.g. abraça-o e reage com um sorriso) e reage à valorização verbal e física (e.g. cócegas), sorrindo, com estereotipia e repetindo a tarefa.

### **Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico**

Perante uma fase inicial de observação e estabelecimento de relação terapêutica procedeu-se à avaliação. Inicialmente, em avaliação informal, isto é, baseada em competências em atividades e tendo em conta os objetivos traçados pelos restantes profissionais que acompanham a criança. Posteriormente, foi avaliada pelo PEP-3. Assim, traçados os objetivos, foi definido um plano de intervenção ajustado à criança. Concretamente, serão trabalhados objetivos psicomotores, cognitivos, de comunicação e comportamento, como é possível perceber na tabela seguinte (tabela 7), sendo os “E” os objetivos emergentes obtidos no PEP-3 e os “O” os objetivos extra considerados.

Tabela 7 - Objetivos de Intervenção Caso 2 – J.S.

Áreas	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Itens Emergentes PEP-3 (E)/ Objetivos Operacionais (O)
Comunicação	Desenvolvimento cognitivo	Promover o desenvolvimento cognitivo verbal/pré-verbal	- Completar puzzle 6 peças (vaca) (E) - Completar puzzle do corpo humano (E) - Copiar um círculo (E) - Mostrar interesse no livro de figuras (E) - Dispor cartas por cor e/ou forma, sem demonstração (E) - Responder à imitação das próprias ações e sons (E) - Repetir 3 dígitos (E) - Seguir 3 comandos de 1 ação (E)
			- Responder a instruções simples (e.g. "dá") (O) - Realizar tarefas do início ao fim, sem interrupções (O)
	Promover competências de comunicação	Promover a comunicação expressiva	- Nomear círculo, quadrado e triângulo (E) - Nomear imagens quando pedido (E) - Contar 2 e 7 (E) - Usar palavras ou gestos para ter ajuda (E)
		Promover a comunicação receptiva	- Dar 3 objetos ao examinador, quando pedidos (E) - Apontar para imagens quando nomeadas (E) - Dar 2 e 6 blocos, a pedido (E) - Seguir ordem de 1 e 2 passos (E) - Responder a gestos (E) - Parar em resposta ao "Não" (E) - Parar quando chamado pelo nome (E) - Compreender 3 verbos de ação (E)
Motricidade	Promover a motricidade fina	Promover competências grafomotoras	- Escrever espontaneamente (E) - Traçar 3 formas (E) - Colorir dentro das linhas (E)
			- Promover a capacidade manipulativa (pinça, aplicação de força e rotação do pulso) (O) - Utilizar com intencionalidade o material de escrita (O)
	Promover a motricidade global	Promover a coordenação oculopodal	- Subir escadas usando os pés de forma alternada (E) - Pontapear bola para alvo, a cerca de 1,5m de distância (O) - Realizar, pelo menos, 3 saltos a pés juntos para a frente (O)
		Promover a coordenação oculomanual	- Balançar cordão como pêndulo (E) - Lançar bola para alvo, a cerca de 1,5m de distância (O) - Apanhar bola, com as duas mãos, lançada a cerca de 1,5m (O)
	Promover o equilíbrio	Promover o equilíbrio estático e dinâmico	- Permanecer em equilíbrio estático (estátua), cerca de 10 segundos, com ajuda verbal e visual do adulto (O) - Manter equilíbrio estático, cerca de 5 segundos, a um só pé (O) - Manter controle postural em obstáculos e superfícies instáveis (O)
	Promover a imitação	Promover a imitação visuomotora	- Utilizar o caleidoscópio (E) - Imitar o tocar campainha 2x seguidas (E)

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marcar plasticina com o dedo (E)</li> <li>- Manipular plasticina numa forma alongada (E)</li> <li>- Soprar velas, em jogo simbólico de parabéns (E)</li> <li>- Demonstrar divertimento à música, cantando ou movimentando-se (E)</li> <li>- Movimentar os membros de um fantoche (E)</li> <li>- Demonstrar o uso de 4 objetos (E)</li> </ul>
<b>Comportamento</b>	Promover as capacidades sociais	Promover a expressão afetiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar tentativa-erro como autocorreção (E)</li> <li>- Persistir nas tarefas (E)</li> </ul>
		Promover a reciprocidade social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olhar para a cara do examinador quando lhe fala (E)</li> <li>- Apresentar contacto ocular (E)</li> <li>- Reconhecer a voz do examinador (E)</li> <li>- Procurar ajuda do examinador quando apropriado (E)</li> <li>- Responder ao examinador, contacto ocular, ouvir, sorrir (E)</li> </ul>
		Minimizar comportamentos motores característicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvir o examinador e sons produzidos apropriadamente (E)</li> <li>- Examinar o envolvimento apropriadamente (E)</li> <li>- Permanecer em passividade (manter-se sentado/deitado), pelo menos 10s (O)</li> </ul>
		Minimizar comportamentos verbais característicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não repetir de forma desajustada palavras ou frases ouvidas recentemente (E)</li> <li>- Demonstrar entoação, taxa e volume de discurso normal (E)</li> </ul>

### Intervenção Psicomotora

As sessões psicomotoras com o J.S. iniciaram em dezembro (com a duração de trinta minutos), onde se realizou uma observação e avaliação informal. A avaliação através do PEP-3 ocorreu em fevereiro, simultaneamente ao aumento da periodicidade das sessões (bissemanais, com a duração de trinta e quarenta e cinco minutos) até julho onde foi reavaliado (após uma ausência de cerca de um mês, antes da reavaliação).

Como já referido, as primeiras sessões foram de estabelecimento de uma relação de segurança com a criança, de percepção de motivações e comportamentos, perante uma constante resistência às tarefas, fora do seu interesse. Como tal, estas tiveram um carácter lúdico, de jogo simbólico e exploração dos materiais. Posteriormente, foram introduzidas atividades sensoriais e de carácter motor (e.g. consciencialização corporal, deslocamentos no espaço e atividades gráficas), tendo em conta os objetivos definidos e as interações que a criança realizava e procurava. Nas sessões eram alternados momentos de exigência e de descontração, com tarefas do seu interesse (e.g. reforço físico), para a sua motivação e evitar a fuga à sessão.

As sessões tinham por base uma ordem, promovendo a rotina e repetição de instruções e tarefas, englobando: um ritual de entrada, com a entrada na sala e espera por instruções junto à técnica, uma parte fundamental da sessão, com a cooperação na montagem e execução das tarefas, de seguida, uma tarefa de retorno à calma/exploração final (e.g. trampolim) e, por fim, o ritual de saída, com o arrumar dos materiais e saída conjunta da sala.

### *Avaliação Final e Discussão dos Resultados*

Após a intervenção psicomotora e a terapia ABA, de cerca de seis meses, a criança foi reavaliada, através do PEP-3 (dois meses após a primeira avaliação).

Tal como descrito acima a intervenção teve por base um trabalho estruturado, de promoção de objetivos traçados, mas também por base numa exploração do meio envolvente.

De seguida, são apresentados os resultados, tanto a nível quantitativo como qualitativo da avaliação final.

#### ***Observação Informal***

Quanto aos objetivos traçados em função da observação psicomotora da criança, apresentou melhorias em diversos níveis. No **desenvolvimento cognitivo verbal/pré-verbal** verificaram-se melhorias na resposta a instruções simples e na concretização das tarefas, sem interrupções, embora com *feedback* e motivação constantes.

Ao nível da motricidade fina, nomeadamente **competências grafomotoras**, apresentou melhorias na capacidade manipulativa, na pega e utilização do material de escrita – intencionalidade, embora com dificuldades na força e precisão dos movimentos.

Na **coordenação oculopodal e oculomanual** melhora a orientação do corpo e bola consoante o alvo, obtendo sucesso nos lançamentos e nas receções, ainda, concretiza saltos a pés juntos, sem apoio, e unipedais com apoio parcial. No **equilíbrio** não mantém o equilíbrio estático mais do que cinco segundos com ajuda do adulto, por fuga à tarefa; no entanto, permanece, com apoio e *feedback* visual, equilíbrio a um só pé (5s), do mesmo modo, apresenta controlo postural nos diversos obstáculos e superfícies, procurando ocasionalmente a ajuda do adulto.

A nível **comportamental** não apresenta passividade quer sentado quer deitado, mesmo com música ou objetos externos (e.g. bola).

### PEP-3

Os resultados obtidos pela criança indicam um nível de desenvolvimento severo nos “**Comportamentos Desajustados**” e moderado nas áreas da “**Comunicação**” e “**Motricidade**”, contudo verificam-se melhorias nas três áreas.

Após uma análise mais extensiva (ver figura 4), verifica-se uma evolução de um nível de desenvolvimento severo para moderado, em sete dos dez subtestes (i.e., mantendo os percentis nos comportamentos verbal e motor característicos).

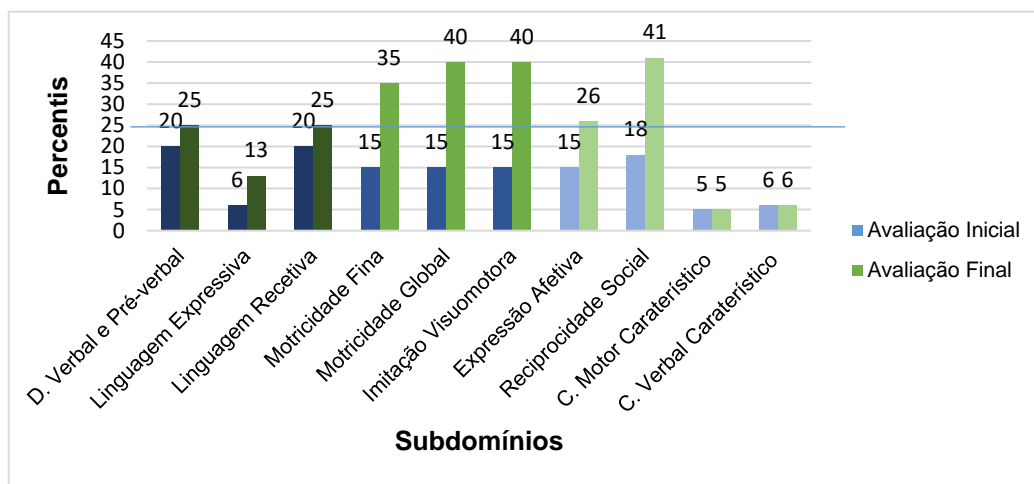


Figura 4 - Avaliação Inicial vs. Final PEP-3 (Caso 2 – J.S.)

Dentro da sua área forte, a **motricidade**, nas três subáreas apresenta apenas um item de insucesso, a dominância ocular. Comparativamente à avaliação inicial melhorou na *imitação visuomotora*, na manipulação de fantoches e plasticina e na imitação do uso de objetos; na *motricidade global* melhora na transferência de objetos entre mãos; já na *motricidade fina* obtém sucesso nos enfiamentos, no escrever espontaneamente e no concretizar um *puzzle* de quatro peças.

Na **comunicação**, no *desenvolvimento verbal/pré-verbal* melhora no interesse no livro de figuras, na imitação das próprias ações e no repetir sons. Como emergentes, apresenta os *puzzles*, o encontrar objetos escondidos, o demonstrar o uso dos objetos. Contudo, regride em dois itens: o imitar o uso de objetos sonoros e o repetir dígitos. Na *linguagem expressiva* melhora o contar e o ler uma curta frase, em inglês. Na *linguagem recetiva* melhora o dar objetos e o apontar cores. Como emergentes apresenta o selecionar o círculo, quadrado e triângulo, o indicar grande e pequeno, o reconhecer o nome de objetos comuns e o compreender o “Vem cá”.

Já nos **comportamentos desajustados**, área mais problemática, na *reciprocidade social* melhora o procurar ajuda do examinador e, como emergentes, coopera com os pedidos e a sua ação é influenciável por recompensas tangíveis. Na *expressão afetiva*, de

forma emergente apresenta persistência nas tarefas e utiliza tentativa-erro para as concluir e melhora no mostrar sentimentos através da postura corporal. Nos *comportamentos motores característicos* melhora no explorar os materiais (i.e. sem exploração oral). Mantém, contudo, os interesses repetitivos e estereotípias, mas também a boa percepção dos sons do seu envolvimento e uso da informação visual. Tal como na avaliação inicial, ao nível dos *comportamentos verbais característicos* o resultado baixo pode dever-se ao facto de utilizar reduzida linguagem verbal para comunicar.

### *Relatório do Cuidador*

Não foi realizado (uma vez que o primeiro não fora preenchido).

### **Observações Qualitativas**

A nível comportamental o J.S. cumpriu instruções simples, cooperou nas tarefas, realizou exploração dos materiais e do envolvimento (embora com interesses específicos); na autorregulação do comportamento apresentou alguns momentos de frustração e descontrolo, contudo com menor expressão agressiva; conseqüentemente a tal diminuição da agitação, houve uma melhoria na atenção, tempo e persistência em tarefa.

A nível da comunicação, apresentou maior número de verbalizações (na maioria em inglês), quer espontâneas, por repetição ou por instrução. Na linguagem recetiva, responde mais prontamente a instruções simples (e.g. nome, “vem cá”, “sentar”) e inicia tarefas após instrução verbal, embora com dificuldades em instruções de dois passos.

Apesar de alguma rigidez quanto às rotinas, permite alterações, por vezes após um momento de frustração inicial, cumprindo as instruções, essencialmente visuais.

Mais uma vez, a cotação nula pode-se dever às dificuldades de comunicação e aos comportamentos desajustados, pois apesar de ter em conta o envolvimento e o que o rodeia, iniciando até interação social, esta é desadequada e consoante a sua motivação.

### Conclusões

Conclui-se que a intervenção psicomotora apresentou resultados positivos no J.S. No entanto, é de realçar, novamente, o contexto da avaliação, pois estando a criança um longo período sem intervenção, antes da avaliação final, alterando as suas rotinas de trabalho o que, consecutivamente, pode influenciar a sua evolução e os resultados obtidos.

Ainda, é de salientar a idade da criança, que impossibilita a comparação com a norma pelas tabelas fornecidas pelo instrumento, tal como a sua não padronização à população portuguesa. Contudo, a criança deve ser reavaliada através do instrumento de

avaliação PEP-3, com comparação a critério, de forma a perceber a evolução do seu perfil de competências e adaptar objetivos e estratégias.

A criança beneficiará da continuação das terapias e, paralelamente, um reforço da terapia da fala e um trabalho ao nível da autonomia e atividades da vida diárias, de forma a acompanhar a idade e necessidades da criança. De forma concreta à psicomotricidade, é importante dar continuidade a um trabalho de conhecimento do corpo, coordenação motora, ao nível visuomotor, jogo simbólico e perceptivo (i.e., estímulos sensoriais), com o proporcionar de novas experiências, quer individuais, a pares ou em cooperação, promovendo a interação social e comunicação (verbal e não-verbal), tal como a regulação emocional e comportamental.

### **2.3.2. Caso 3 – S.M.**

O S. é, desde 2007, acompanhado na APPDA-Viseu em psicologia (concretamente, treino de competências sociais), atividades aquáticas adaptadas, equitação com fins terapêuticos, tendo sido pedida psicomotricidade pelos pais e restante equipa. Ainda, é acompanhado em terapia da fala, por parte da escola.

Os dados foram obtidos com a entrega de uma ficha de anamnese à mãe, por informações transmitidas pela psicóloga e consulta do seu processo clínico.

#### Anamnese

O S. nasceu a 05 de agosto de 2004, mora com os pais e uma irmã mais nova, com seis anos. Com doze anos, tem o diagnóstico de PEA, desde os três anos e toma medicação (*rubifen*), para controlo da ansiedade e *stress*.

A criança apresenta estereotípias verbais e motoras, interesses específicos (i.e., transportes, quilómetros, computadores) e revela dificuldades na autonomia, comunicação e socialização.

A nível do desenvolvimento motor adquiriu a marcha independente aos catorze meses, não chegando a gatinhar. Na autonomia, o desfralde diurno ocorreu aos quatro anos e o noturno aos sete anos. A alimentação realiza de forma autónoma, mas sendo referida, pela mãe, uma má pega nos talheres.

Atualmente, está no sétimo ano abrangido por um PEI. Até aos seis anos integrou uma unidade de ensino estruturado (programa TEACCH) e no segundo ano a sala de ensino regular.

As dificuldades referidas na escola recaem na lentidão na cópia do quadro e percepção de instruções, o que conduz a dificuldades posteriores no estudo e no acompanhar da matéria, traduzindo-se no apoio educativo que tem em sala de aula. Contudo, apresenta uma boa rede de apoio dos colegas aliando-se a uma boa memória e interação social.

### Avaliação Inicial

#### **Observação Informal**

Inicialmente, foi possível observar uma sessão de atividades aquáticas adaptadas do S. Após consulta de informações, realizou-se o primeiro contacto em sessão individual.

A primeira sessão consistiu no conhecimento criança-técnica, sendo concretizada uma entrevista informal, para a partilha dos seus interesses e motivações. De seguida, procedeu-se à exploração da sala e dos materiais, para percepção do comportamento, iniciativa e materiais de interesse, com a simultânea explicação dos objetivos, organização das sessões e possíveis tarefas a concretizar. Esta sessão teve um caráter lúdico, com a escolha das atividades pela criança e com um objetivo/recompensa final.

Após um período de observação e avaliação informal, foi aplicada a Bateria Psicomotora (BPM) e a Escala de Avaliação Social, da Comunicação e Comportamento (EASCC) para avaliar os âmbitos de relevo na criança.

Adicionalmente, advindo da anamnese preenchida pela mãe e através da observação direta da criança, considerou-se pertinente uma intervenção ao nível da autonomia. Em concreto, os aspetos mais emergentes passam pela utilização dos talheres, o apertar os atacadores e o vestir-se autonomamente, de forma completa e correta, objetivos estes referidos como "O", operacionais, na tabela 8.

#### **BPM**

O instrumento foi utilizado de modo a obter o perfil psicomotor da criança, identificando os diversos fatores psicomotores, suas limitações e facilidades, de forma a constituir e estabelecer objetivos de intervenção adequados à criança. A BPM foi selecionada pelas dificuldades características da criança, aspetos como a descoordenação, a lentidão psicomotora e fraca utilização do material de escrita e tendo em conta a sua adequabilidade quanto à idade da criança.

A criança aderiu às diversas tarefas propostas, com alguma necessidade de repetição de instruções e demonstrações, mas cumprindo as tarefas com interesse e persistência.

A aplicação da BPM procedeu-se em quatro momentos, com uma duração total de uma hora e trinta minutos. A criança obteve uma cotação total de dezanove, resultante do somatório dos sete fatores da BPM, podendo afirmar-se que apresenta um perfil psicomotor euprático. No entanto, apesar deste perfil psicomotor, o S. apresenta três fatores com desenvolvimento imaturo, como se pode observar na figura 5.

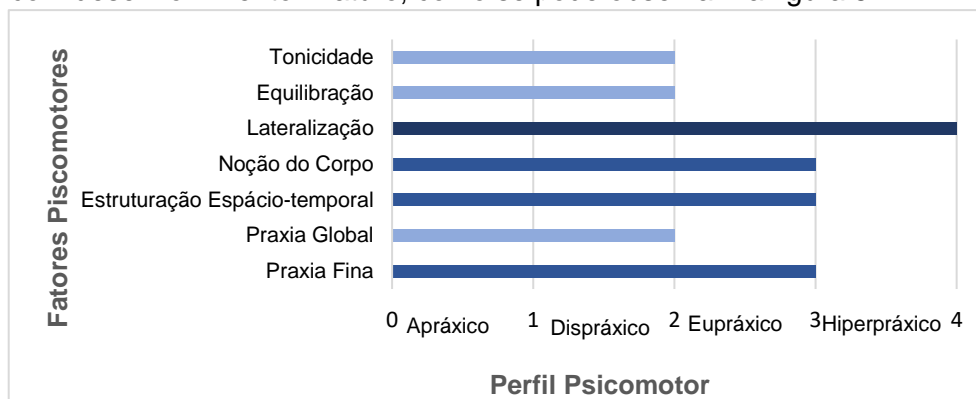


Figura 5 - Avaliação Inicial Subfactores BPM (Caso 3 – S.M.)

De forma concreta, na **tonicidade** apresentou lentidão em aderir aos pedidos e posições pretendidas, tendo de recorrer a inúmeros *feedbacks* verbais. De uma forma global, apresentou uma boa flexibilidade, embora dificuldades de descontração voluntária e alguma rigidez muscular. Ainda, apresentou dificuldades no aceder à passividade, nas paratonias e nas sincinésias, tanto bucais como contralaterais.

Quanto à **equilibração**, apresentou maiores dificuldades a nível estático, evidenciando diversos movimentos faciais, oscilações e rigidez corporal. No equilíbrio dinâmico apresentou pequenas reequilibrações e desvios de direção, mas com controlo, com maiores dificuldades quanto ao deslocar-se para trás. Nos saltos, tanto unipedais como a pés juntos, revelou alguns desequilíbrios e coordenação motora imatura, com maiores dificuldades de olhos fechados, para trás e com o pé não dominante.

Em relação à **lateralização** apresenta uma consistência de preferência direita, nos quatro subfactores (i.e., ocular, auditivo, manual e pedal).

Na **noção do corpo** apresentou dificuldades no reconhecimento direita-esquerda, com hesitações na identificação na técnica. Na imitação de gestos (i.e., figuras espaciais) apresentou distorções das formas e proporções. Na subtarefa de desenho do corpo teve algumas hesitações e correções, apresentando alterações de formas, proporções e simetrias, mas evidenciando diversos pormenores anatómicos.

Na estruturação **espácio-temporal** apresentou ligeiras dificuldades na estruturação dinâmica, quanto à orientação, e na estruturação rítmica, na integração da informação perceptivo-auditivo-motora, não reproduzindo as sequências rítmicas.

Quanto ao fator **praxia global**, na coordenação oculomanual e oculopodal apresentou pouca orientação e precisão do movimento, com pouca organização, planeamento motor e sem direccionalidade do olhar para o alvo ou para a bola. Quanto à dissociação não apresentou dificuldades ao nível dos membros superiores e inferiores, embora com alguns desequilíbrios e tensões corporais na tarefa de agilidade.

Já em relação à **praxia fina**, na coordenação dinâmica manual apresentou pouca destreza e rigidez da pega e pouca capacidade de adaptação dos movimentos para a tarefa. No tamborilar, apresentou sincinésias contralaterais e bocais, teve algumas hesitações e enganos.

## **EASCC**

Em relação à escala de avaliação social, da comunicação e comportamento, tal como o nome indica avalia o âmbito social, da comunicação e comportamento da criança, dado serem em que apresenta maiores dificuldades. Dentro de cada domínio em avaliação são enumerados vários itens que ao longo das tarefas e situações são cotados, consoante a classificação pré-estabelecida (i.e., 0 - não realiza, 1 - realiza com muitas dificuldades, 2 - realiza com ligeiras dificuldades, 3 - realiza sem dificuldades e 4 - realiza perfeitamente).

De uma forma global, a partir da EASCS, observa-se que a criança apresenta dificuldades marcadas na comunicação e dificuldades ligeiras na interação social e comportamento, como pode ser observado na figura 6, obtido pela média das pontuações dos itens de cada categoria.

De forma concreta, como pontos mais positivos das três áreas avaliadas, apresenta o iniciar espontaneamente uma conversa (**interação social**), o esperar adequadamente a sua vez no diálogo (**comunicação**), a espera pela vez e reciprocidade em jogo e a sua reação a elogios, críticas e ao contacto físico (**comportamental**).

Por outro lado, apresenta maiores dificuldades no cumprimentar/despedir de forma autónoma e no terminar uma conversa, na **interação social**. De seguida, apresenta ligeiras dificuldades no contacto ocular, nas respostas, tanto verbais como não verbais e no reagir às instruções do adulto.

Na **comunicação** apresenta como pontos menos fortes o interromper autonomamente o outro, verbalmente. Ainda, tem muitas dificuldades em pedir ajuda, em expressar necessidades, desejos e preferências, em manter uma proximidade adequada numa conversa, em perceber pistas comunicativas no outro e em explicar acontecimentos complexos. Com menor dificuldade apresenta o expressar-se por gestos,

o descrever uma sequência de acontecimentos e o ouvir uma história durante, pelo menos, cinco minutos.

No aspeto **comportamental** não realiza atividades de forma autónoma, tem grandes dificuldades em iniciar atividades quando solicitado, ainda, em partilhar e cooperar nas tarefas, por iniciativa própria, embora o faça mais facilmente a pedido.

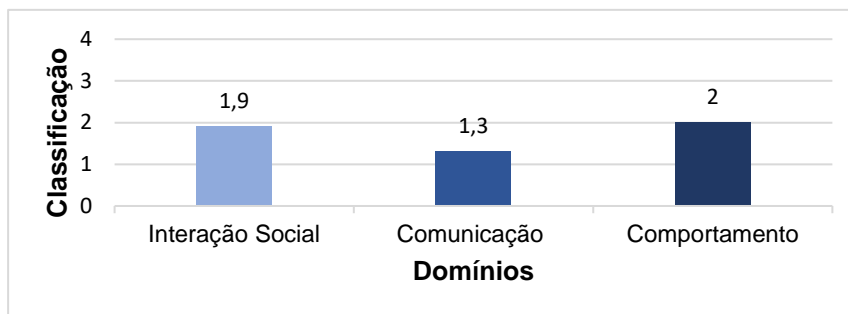


Figura 6 - Avaliação Inicial EASCC (Caso 3 – S.M.)

### **Observações Qualitativas**

O S., qualitativamente, apresentou-se participativo, mas necessitando de *feedback* para continuar as tarefas e redirecionar o foco nas mesmas. Ainda, apresentou lentidão dos movimentos, associada a desatenção e desleixe/desinteresse nas mesmas. Deste modo, no final da avaliação evidenciou um certo cansaço/fatigabilidade.

A nível da comunicação mostrou interesse e interação, consoante os seus interesses, por vezes iniciando diálogo de forma descontextualizada e repetitiva.

Quanto ao comportamento apresentou algumas estereotipias motoras e ecolalias (menos frequentes). Ainda, revelou preocupação excessiva quanto aos horários e rotinas, muitas vezes influenciando as tarefas da sessão (i.e., questionar frequentemente as horas).

A avaliação apresentou diversos momentos lúdicos e de exploração livre, para maior motivação da criança e para a avaliação dos diversos parâmetros da EASCC (e.g. avaliar a iniciativa da criança).

### **Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico**

Perante a anamnese e os resultados da avaliação do S.M. foram percecionadas as áreas fortes e menos fortes, procurando-se estabelecer o plano de intervenção, englobando os diversos objetivos a atingir. Deste modo, a intervenção teve como base a promoção dos fatores psicomotores considerados imaturos, com base na avaliação através da BPM e, simultaneamente, a promoção dos processos da comunicação, da interação social, do comportamento e autonomia, como é possível analisar na tabela 8.

Tabela 8 - Objetivos de Intervenção Caso 3 – S.M.

Áreas	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Comunicação	Promover competências de comunicação	Promover a comunicação expressiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar a comunicação, de forma espontânea;</li> <li>- Pedir ajuda, autonomamente;</li> <li>- Iniciar e/ou manter conversas com tópicos de interesse do outro e diversos tópicos;</li> <li>- Expressar necessidades, desejos e preferências;</li> <li>- Explicar acontecimentos complexos;</li> <li>- Descrever uma sequência de acontecimentos.</li> </ul>
		Promover a comunicação receptiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Responder ao ser chamado pelo nome: olhar/verbalizar/parar a ação;</li> <li>- Ouvir uma história, durante pelo menos 5 minutos.</li> </ul>
		Promover a comunicação não-verbal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manter uma proximidade adequada num diálogo;</li> <li>- Percecionar pistas comunicativas (e.g. mudar de assunto perante expressões faciais);</li> <li>- Apresentar gestos e expressões faciais durante o diálogo.</li> </ul>
Motricidade	Promover a tonicidade	Promover a passividade	- Descontrair voluntariamente os membros, superiores e inferiores, perante mobilizações induzidas.
		Minimizar as paratonias	- Descontrair, a nível proximal e distal, sem resistência às manipulações.
		Minimizar as sincinésias	- Diminuir as contrações e tensões tónico-faciais e contralaterais, com a consciencialização das mesmas.
	Promover o equilíbrio	Promover o equilíbrio estático	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanecer imóvel mais do que 60 segundos;</li> <li>- Manter-se em equilíbrio estático (apoio retilíneo, ponta dos pés, apoio num pé) mais do que 20 segundos.</li> </ul>
		Promover o equilíbrio dinâmico	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluir na trave, em marcha para trás, sem reequilibrações;</li> <li>- Realizar saltos unipedais (pé esquerdo), em controlo dinâmico, rítmico e de amplitude;</li> <li>- Realizar saltos a dois pés (para trás/com olhos fechados), em controlo dinâmico, rítmico e de amplitude.</li> </ul>
	Promover a noção do corpo	Promover a imitação de gestos	- Imitar figuras espaciais, quanto à forma, proporção e angularidade.
		Promover o desenho do corpo	- Representar o corpo, graficamente, com pormenores anatómicos, organização espacial e simetria.
	Promover a estruturação espaciotemporal	Promover a estruturação rítmica	- Reproduzir estruturas rítmicas, quanto à sequência e ritmicidade.
	Promover a praxia global	Promover a coordenação oculopodal	- Pontapear a bola com sucesso para um alvo, a cerca de 2,5m de distância.
		Promover a coordenação oculomanual	- Lançar a bola com sucesso para um alvo, a cerca de 2,5m de distância.
	Promover a praxia fina	Promover as capacidades gráficas e digitais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar a dissociação digital (gnosia e planeamento);</li> <li>- Utilizar uma preensão fina adequado ao material de escrita (i.e., pega do lápis);</li> <li>- Apresentar destreza manual (velocidade e precisão dos movimentos).</li> </ul>

<b>Comportamento</b>	Promover a capacidade de planificação	Promover a iniciativa e autonomia em tarefa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fazer uso da tentativa-erro e persistência nas tarefas;</li> <li>- Iniciar atividades de forma espontânea e quando solicitado;</li> <li>- Demonstra capacidade de escolha (quando apresentadas opções).</li> </ul>
		Promover a reciprocidade social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cooperar nas tarefas, autonomamente, e a pedido;</li> <li>- Partilhar brinquedos/objetos, de forma autónoma;</li> <li>- Cumprimentar (à chegada e saída) por sua iniciativa;</li> <li>- Participar em jogos e atividades cumprindo as regras;</li> <li>- Aguardar a sua vez, em jogo social;</li> <li>- Partilhar objetos durante a interação com o adulto.</li> </ul>
		Promover os processos atencionais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Focalizar a atenção (atenção alternada);</li> <li>- Manter a atenção, de forma sustentada;</li> <li>- Selecionar estímulos (atenção seletiva).</li> </ul>
<b>Social</b>	Promover as competências sociais	Aumentar as capacidades de interação social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentar contacto visual prolongado e espontâneo;</li> <li>- Responder verbalmente, quando chamado pelo nome;</li> <li>- Cumprimentar/despedir-se de forma espontânea;</li> <li>- Terminar uma conversa de forma socialmente apropriada;</li> <li>- Responder às instruções do adulto, mais prontamente;</li> <li>- Trocar sorrisos sociais.</li> </ul>
<b>Autonomia</b>	Promover a autonomia	Promover o autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar os talheres em autonomia e eficácia (O);</li> <li>- Apertar os atacadores com eficácia (maior aplicação de força, O);</li> <li>- Vestir-se autonomamente, de forma completa e correta (O).</li> </ul>

### Intervenção Psicomotora

As sessões psicomotoras com o S. M. tiveram início em dezembro, com uma observação e avaliação informal. A avaliação ocorre em novembro – dezembro, sendo reavaliado em junho – julho. A intervenção teve a duração prevista de sete meses, com a periodicidade semanal, de cerca de trinta minutos, sendo completadas trinta e uma sessões no total.

Com uma estrutura de base, as sessões consistiam: num ritual de entrada, incluindo o bater à porta e interromper adequadamente, o cumprimentar a técnica ao entrar, e o tirar o casaco e pousar sobre a cadeira, de forma autónoma; uma parte fundamental, com a cooperação na montagem e a realização das tarefas; de seguida, uma tarefa de retorno à calma ou exploração final (e.g. tarefa de relaxamento ou trampolim); por fim, um ritual de saída, com o arrumar dos materiais, o despedir-se da técnica, autonomamente, o vestir o casaco e o esperar pela saída em conjunto da sala.

Nas sessões eram alternados momentos de exigência com atividades do seu interesse, promovendo a autonomia e reforço positivo.

Concretamente, realizaram-se jogos lúdicos, atividades expressivas (i.e., com recurso à música e atividades plásticas), jogos sociais e de regras (e.g. cooperação e competição), atividades de relaxação e atividades de caráter motor, de consciencialização corporal, deslocamentos no espaço e atividades gráficas (e.g. desenho do corpo e preenchimento de esquema de tensão, após momento de relaxação).

### *Avaliação Final e Discussão dos Resultados*

Após intervenção psicomotora e terapia comportamental a criança foi reavaliada, sendo apresentados os resultados da avaliação final, a nível quantitativo e qualitativo.

A intervenção teve em conta os vários objetivos traçados, tanto a nível psicomotor, social, comportamental, como da comunicação e autonomia e, portanto, assumindo-se tanto diretiva como não-diretiva, com base em diversas metodologias de trabalho, de acordo com a tarefa e objetivo em desenvolvimento.

### ***Observação Informal***

Quanto aos objetivos “O” (ver tabela 8), ao nível da autonomia, a criança apresenta melhorias, embora os objetivos tenham sido parcialmente atingidos.

De forma concreta, o S. revela uma maior eficácia no uso dos talheres, de forma autónoma, embora em evolução. No apertar os atacadores, com *feedback* verbal consegue exercer a força necessária para a sua fixação, contudo numa lentidão dos movimentos e sem a precisão dos mesmos. Por fim, no vestir o casaco, necessita de *feedback* verbal e ajuda parcial, mas perfeccionando os movimentos e correções necessárias.

### ***BPM***

Nesta segunda avaliação a criança obteve uma cotação total de vinte e um, mantendo o perfil psicomotor euprático da avaliação anterior. O gráfico seguinte (figura 7) apresenta os resultados de cada fator, comparando os dois momentos de avaliação, sendo possível observar a evolução da equilibração e praxia global, mantendo-se apenas a tonicidade com um desenvolvimento imaturo.

De forma mais concreta, na **tonicidade** apresentou dificuldades idênticas à primeira avaliação, com exceção na diminuição das sincinésias bucais e apresentando uma maior adesão aos pedidos e posições, sendo por ele já conhecidas.

Na **equilibração**, no equilíbrio estático, melhora o equilíbrio nas pontas dos pés, mas piora no apoio a um só pé, mantendo as oscilações e manifestações emocionais.

Na **lateralização**, já definida, não verificou alterações.

Na **noção do corpo** melhora no reconhecimento direita-esquerda, com uma realização perfeita da tarefa. Já na imitação de gestos e no desenho do corpo manteve as dificuldades e distorções, de formas e proporções.

Na estruturação **espácio-temporal** melhora na estruturação rítmica, com a realização de maior sucesso das sequências apresentadas.

Quanto ao fator **praxia global**, melhora na coordenação oculomanual e oculopodal, com maior orientação e precisão do movimento, planeamento motor e direccionalidade do olhar para o alvo ou para a bola. No entanto, mantém as dificuldades ao nível da agilidade.

Em relação à **praxia fina**, diminui o tempo da tarefa de coordenação dinâmica manual, no entanto mantém uma fraca capacidade de adaptação dos movimentos e destreza na pega.

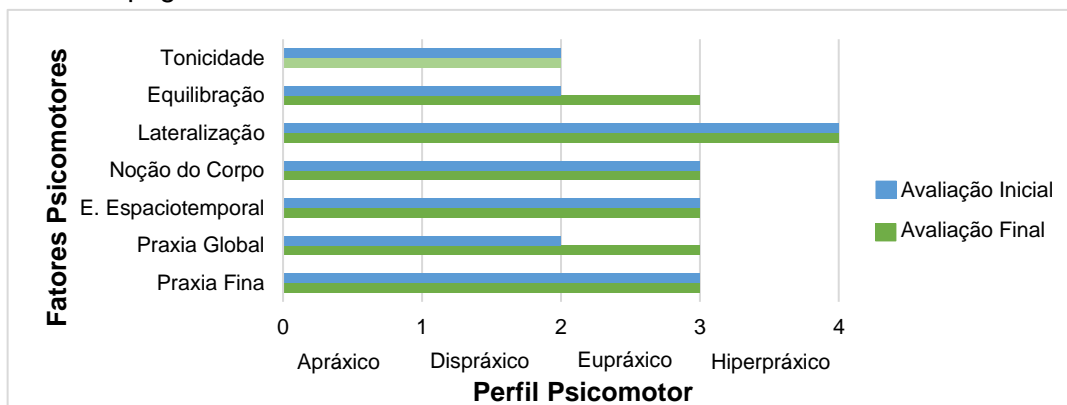


Figura 7 - Avaliação Inicial vs. Final Subfactores da BPM (Caso 3 – S.M.)

## EASCC

Comparativamente à primeira avaliação, observa-se que a criança apresenta evolução, para dificuldades ligeiras (média de 2) na comunicação e sem dificuldades na interação social e comportamento (média de 3), como pode ser observado na figura (figura 8).

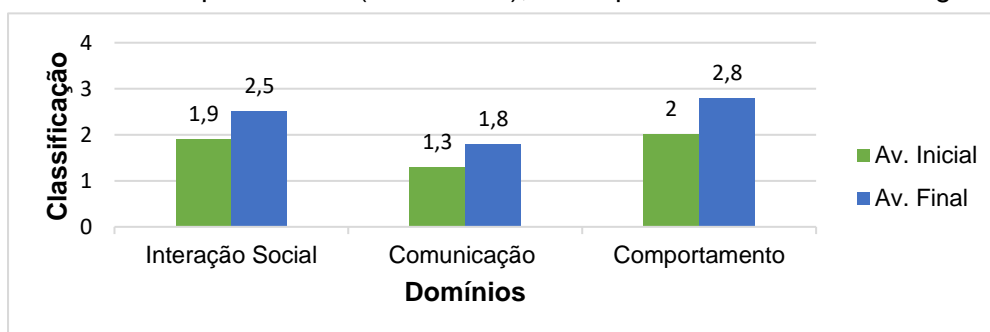


Figura 8 - Avaliação Inicial vs. Final EASCC (Caso 3 – S.M.)

De forma concreta, na **interação social** apresenta melhorias nos seguintes itens: contacto ocular, este mais espontâneo e prolongado, e o responder às instruções do adulto, mais prontamente. Ainda, melhora na resposta verbal, quando chamado pelo nome, no cumprimentar/despedir de forma espontânea e no terminar uma conversa de forma socialmente apropriada (mantendo, no entanto, ligeiras dificuldades), tal como se pode ver na figura 9.

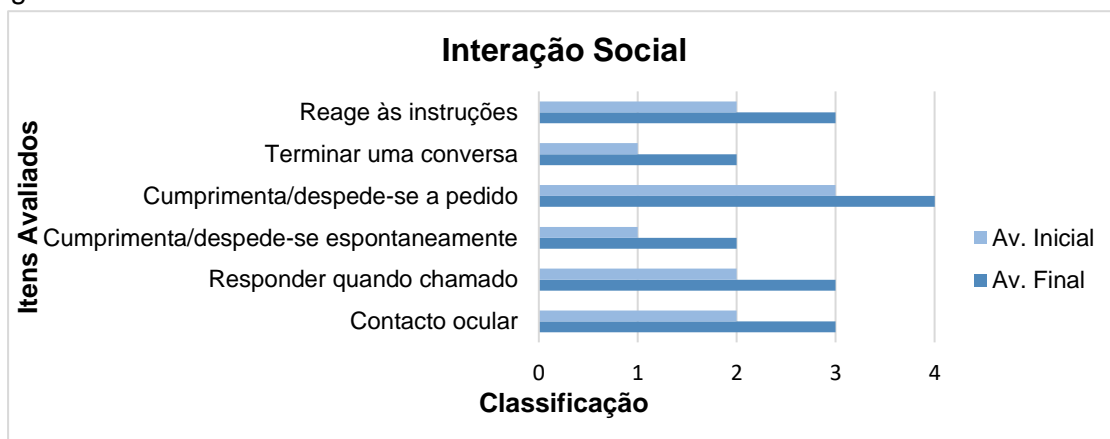


Figura 9 - Avaliação Inicial vs. Final Interação Social EASCC (Caso 3 – S.M.)

Na **comunicação** apresenta melhorias, embora mantenha ligeiras dificuldades, nos objetivos: pedir ajuda, expressar necessidades, desejos e preferências, apresentar gestos e expressões faciais durante o diálogo, iniciar e/ou manter conversas com diversos tópicos e de interesse do outro. O interromper verbalmente o outro, embora com muitas dificuldades, é melhorado. Por outro lado, apresenta melhorias no ouvir uma história, durante pelo menos cinco minutos (ver figura 10).



Figura 10 - Avaliação Inicial vs. Final Comunicação EASCC (Caso 3 – S.M.)

No aspeto **comportamental** melhora no realizar atividades de forma autónoma, concretizando-as sem dificuldade quando solicitado. Ainda, melhora no cooperar nas tarefas, a pedido e autonomamente (embora com muitas dificuldades neste último caso), no esperar a sua vez e apresentar reciprocidade em jogo (ver figura 11).

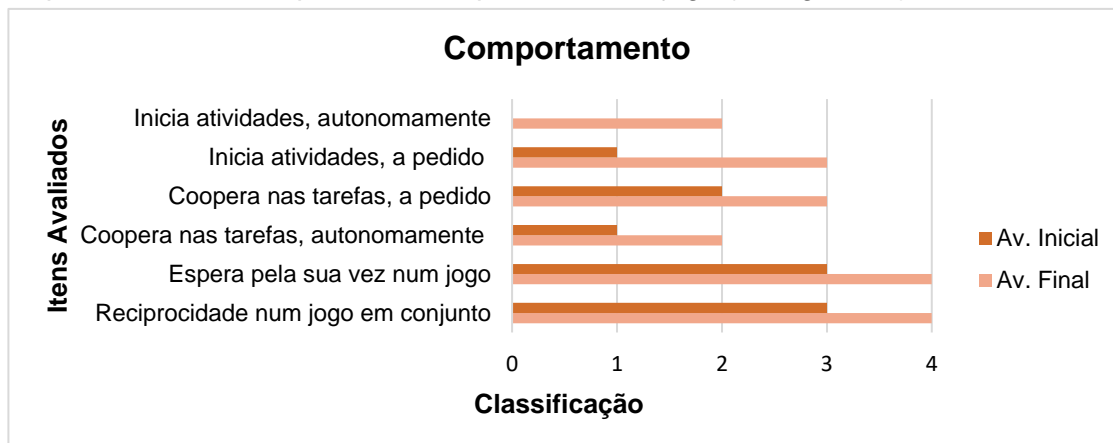


Figura 11 - Avaliação Inicial vs. Final Comportamento EASCC (Caso 3 – S.M.)

### **Observações Qualitativas**

Qualitativamente, manteve o padrão de comportamento referido na avaliação inicial, com lentidão dos movimentos e alguma desatenção. No entanto, coopera mais prontamente às instruções, sem a necessidade de tantos reforços e *feedbacks* para a concretização das tarefas. Do mesmo modo, apresentou-se motivado e antecipando algumas instruções e tarefas, da avaliação, cooperando com a técnica.

A nível da comunicação manteve-se interativo, embora com uma repetição dos seus tópicos de interesse apresentou-se mais adequado nos momentos do diálogo.

O S.M. manteve as estereotipias e manifestações emocionais, sem motivo aparente, ao longo de toda a avaliação, maioritariamente em momentos de maior desafio. Ainda, manteve-se consciente dos horários, com maior iniciativa quanto ao iniciar, segundo as regras estipuladas (e.g., tirar o casaco e arrumar o mesmo), sem *feedbacks* da técnica.

### Conclusões

Após a intervenção verificou-se uma evolução da criança, quanto aos objetivos traçados, tanto ao nível psicomotor como a nível social, da comunicação e comportamento. Deste modo, verificou-se um aumento do conhecimento e expressão motora, nomeadamente no ritmo da ação; uma melhoria na tomada de decisões e iniciativa, tal como na receção das instruções e concretização das tarefas pedidas.

Contudo, a duração reduzida das sessões, devido a um encurtamento para deslocação até outras atividades, impossibilitou a vivência de muitas experiências psicomotoras e a concretização dos vários momentos constituintes de uma sessão psicomotora (i.e. ativação geral, parte fundamental e retorno à calma).

A criança beneficiará de uma continuidade das sessões psicomotoras, com mais tempo em atividade e com sessões em grupo, de modo a promover a socialização com os pares e o desenrolar de jogos/regras sociais. Os objetivos estabelecidos devem manter-se, uma vez que ainda não foram adquiridos na sua totalidade. De forma concreta, deve ser promovida a destreza manual, englobando a velocidade e precisão da escrita, ao nível da praxia fina; na praxia global deve-se incidir na dissociação dos membros e controlo dos movimentos e da postura; na noção do corpo deve-se promover o esquema corporal e representação gráfica do corpo; a nível da tonicidade incidir na extensibilidade e paratonias (isto é, consciencialização e relaxação dos membros).

Por fim, deve ser promovida a autonomia, em diversos contextos para a sua generalização, desde tarefas de lida da casa (e.g. fazer a cama, arrumar quarto e cozinha), a tarefas de cuidado pessoal (e.g. apertar atacadores e vestir-se corretamente) e sociais (e.g. pega dos talheres e transporte prático de materiais).

### **2.3.3. Caso 4 - Grupo**

Os três jovens são acompanhados na APPDA-Viseu em terapias individuais e em conjunto, nomeadamente em treinos de competências sociais, fazendo parte de um grupo musical e participando em atividades aquáticas adaptadas (o F.D. e o J.D.), para além das dinâmicas de férias e passeios que concretizam pela Associação, ao longo do ano.

Deste modo, a formação do grupo foi considerada, pelos pais e restante equipa, por uma lacuna na intervenção psicomotora, numa dinâmica em grupo, para jovens da APPDA.

Como tal, após convivência com vários jovens identificou-se como ponto de relevo a necessidade de um trabalho ao nível da consciência e expressão corporal, tornando-se este o objetivo primordial para a formação deste grupo. No entanto, os constrangimentos de horários impossibilitaram a integração de mais elementos no mesmo.

Os dados dos jovens foram recolhidos através da consulta dos respetivos processos clínicos e por informações junto dos técnicos que os acompanham.

## Anamnese

O F.D. nasceu a 16 de outubro de 1993, sendo o filho mais novo de um agregado familiar composto pelos pais e um irmão.

Atualmente com vinte e três anos apresenta diagnóstico de PEA. As dificuldades mais consideradas no F. são ao nível da concentração e atenção, da compreensão verbal, da comunicação (verbal e não-verbal), na capacidade de antecipação das relações e compreensão de regras sociais.

No jardim de infância frequentou o programa TEACCH e integrou o ensino regular, com apoio individualizado dentro da sala de aula, nos restantes anos do ensino básico. No ensino secundário integrou duas disciplinas com os pares, concluindo a formação no conservatório, pois apresentava um grande interesse na música (i.e., no canto e no piano).

O J.D. nasceu a 06 de setembro de 1997, sendo filho único. Com dezanove anos apresenta diagnóstico de autismo.

O jovem revela dificuldades ao nível das relações sociais, mais concretamente com os pares, na compreensão de pistas e regras sociais, na rigidez quanto às rotinas e baixa resistência à frustração. Na linguagem tem dificuldades na compreensão verbal, na interpretação literal da linguagem metafórica e, embora apresente um vocabulário sofisticado, não tem perceção total do mesmo. Inicia conversas, contudo de forma desadequada, com insistência nos seus temas de interesse, não aderindo aos tópicos do outro, apresentando, por vezes, um discurso repetitivo. Devido ao grande interesse pela música, pelo desenho (e.g. personagens) e por jogos de vídeo, apresenta ecolalias de frases de filmes, de personagens e de melodias.

Atualmente com dezanove anos o J.D. encontra-se em processo de ingresso na universidade, na licenciatura em Artes Plásticas e Multimédia em regime especial.

O J.P. nasceu a 01 de julho de 2001, morando com a mãe e um irmão, de dois irmãos mais velhos.

Atualmente, com dezasseis anos, apresenta diagnóstico de PEA. Como dificuldades encontram-se as relações sociais, a iniciativa e o manter a conversação apenas nos seus tópicos de interesse, apresentando, por vezes, um discurso repetitivo, autocrítico e de vitimização. Simultaneamente, apresenta associado um quadro de saúde mental (i.e., traços depressivos, com ideação suicida), quadro este presente no seio familiar próximo, perante uma família nuclear destruturada. Apresenta como interesse específico o desenho, dentro do qual apresenta uma personagem para si próprio (i.e., um

monstro), que realça entre os demais, estes com representações exatas. Encontra-se a frequentar o ensino secundário, embora com um percurso caracterizado por faltas e desinteresse pela escola.

### *Avaliação Inicial*

#### ***Observação Informal***

As sessões foram iniciadas com atividades de carácter mais individual, com a apresentação de cada elemento e dos respetivos pontos fortes, sendo estes utilizados em sessão. De seguida, foram realizadas dinâmicas de interação, a pares e a pequeno grupo, essencialmente não-verbais (e.g. ordenarem-se por certas características, sem falarem).

Inicialmente, os três apresentaram uma certa atitude de evitamento, o F.D., com um comportamento ora de fuga das tarefas (e.g. saída da sessão para ir ao wc), ora de aproximação excessiva da técnica, desajustada. O F.D. apresentou ainda resistência constante na entrada na sessão, tendo de ser reforçado a tal. Foi ainda possível observar um perfil endomorfo, associado a uma postura rígida e curvada.

Já em relação ao J.D., este apresentou resistência em realizar tarefas, mas demonstrou interesse e curiosidade nas mesmas. Ainda, foi possível observar um perfil ectomorfo, associado a rigidez muscular e falta de flexibilidade.

Por fim, o J.P. revelou, igualmente, evitamento dos restantes colegas, entrando frequentemente em diálogo individual com a técnica e em fuga das tarefas, mas concluindo as mesmas após reforço verbal, embora num discurso minorativo. Quanto ao perfil morfológico apresenta um perfil mesomorfo, com alguma rigidez muscular e uma postura curvada, associada ao esconder a cara com o cabelo e/ou boné.

Perante as diversas tarefas realizadas nas sessões iniciais, foi possível perceber aspetos como a falta de flexibilidade e descoordenação, presentes nos três elementos. Do mesmo modo, foi visível uma dificuldade quanto à posição do corpo ao nível da proxémia numa conversação, e no tocar o outro, este mais ou menos invasivo. Tais objetivos foram corroborados pelos pais e restante equipa técnica, acrescentando a má postura visível nos três jovens, também a dificuldade em aceder à passividade, em demonstrar iniciativa e autonomia, verificadas em tarefas das primeiras sessões.

Adicionalmente, após um período de adaptação e consolidação do grupo, procedeu-se à avaliação, através do Desenho do Corpo (DAP), de uma ficha de Esquema de Tensões e, adicionalmente, uma tarefa com papel de cenário.

## DAP

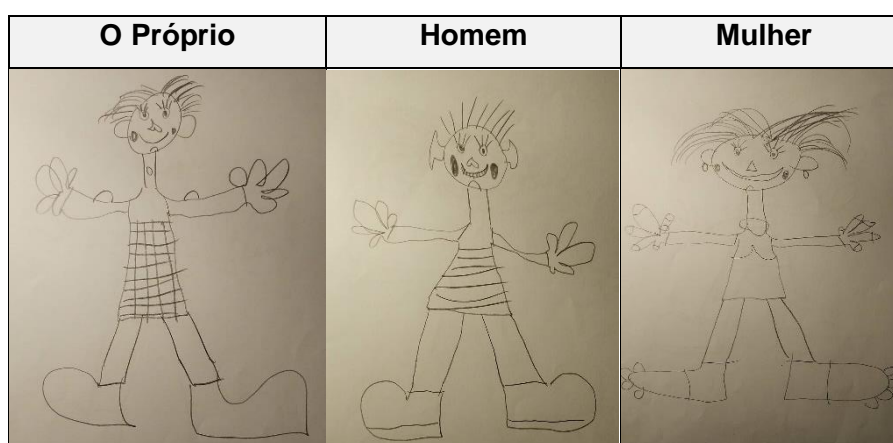
O DAP, ou desenho do corpo, foi utilizado de modo a avaliar, através da representação gráfica do corpo, aspetos como o esquema do corpo, o seu conhecimento, das suas partes, movimentos, posturas e atitudes, permitindo analisar, entre avaliações, a evolução dos desenhos e dos aspetos citados. O instrumento foi selecionado pela rápida e fácil aplicação, pela idade dos elementos do grupo (próxima à estipulada pelo instrumento) e pela avaliação de aspetos considerados de relevo, para o grupo em causa.

A avaliação foi concretizada com os três jovens presentes em sessão, na mesma sala, mas de forma individual. Todos aderiram rapidamente à tarefa, embora com ocasionais *feedbacks* para perceção do objetivo da mesma.

**F.D.:** Como se pode ver na Tabela 9, apresenta um desenho do próprio com vários pormenores anatómicos, embora com detalhes e proporções limitados, nomeadamente a linearidade dos braços, poucos pormenores ao nível dos pés, dedos e adereços. Ainda, apresenta uma proporção de pés e mãos exagerada. Neste apresenta “músculos” nos braços e uma “maçã de adão” no pescoço, o que não acontece no desenho do homem. O desenho do homem apresenta-se similar ao seu, à exceção dos pés e boca, com maior detalhe. Já em relação à mulher, apresenta mais pormenores, nos dedos das mãos e pés, adiciona jóias e dá relevo na área do peito, mas mantém as formas e proporções.

A nível observacional, apresenta um traçado carregado, mas uniforme nos três desenhos. Estes, apresentam-se grandes, mas necessita de reforço para avançar para os seguintes, não respeitando o tempo estipulado para a prova.

Tabela 9 - Avaliação Inicial DAP (Caso 4 - F.D.)

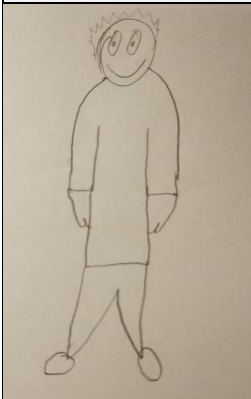
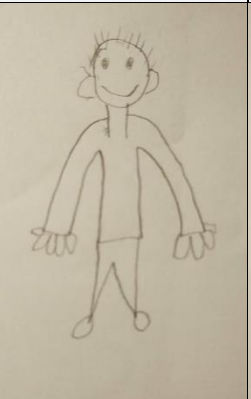



**J.D.:** O desenho do próprio apresenta-se com formas simples, com a distinção dos diferentes segmentos corporais, embora com pouco detalhe e proporção (e.g. pés e mãos

como um bloco); ao nível da face apresenta pobreza a nível de pormenores e de formas; ainda, apresenta desproporcionalidade no tronco. Quanto ao homem, apresenta um desenho mais reduzido, face a si mesmo, menos pormenores, com proporção e formas desajustadas. Em relação à mulher, apresenta-se muito similar ao desenho do homem, contudo com cabelo distinto e a adição de uma saia.

Qualitativamente, apresenta-se hesitante, afirmando não saber desenhar-se sem uma referência (e.g. espelho), mas é o primeiro a terminar a tarefa, no tempo definido (ver tabela 10).

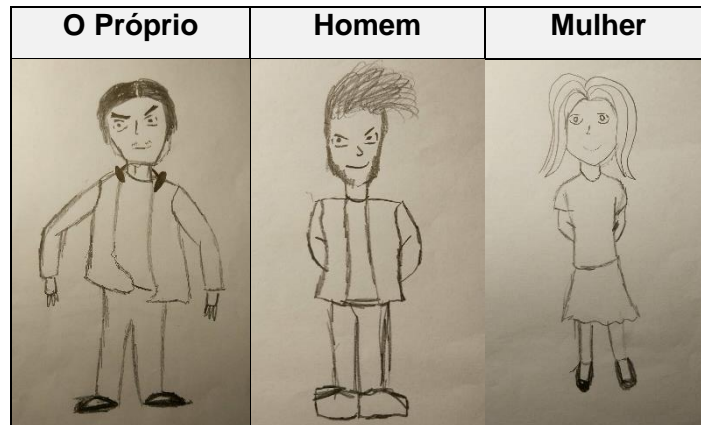
*Tabela 10 - Avaliação Inicial DAP (Caso 4 - J.D.)*

O Próprio	Homem	Mulher
		

**J.P.:** O desenho do próprio é iniciado com uma máscara na cara, mas após reforço, de desenhar a realidade, rapidamente recomeça. O próprio apresenta diversos pormenores, nomeadamente uma expressão fechada, sobrancelhas carregadas, os auscultadores que costuma usar no pescoço, um casaco aberto e braços afastados do corpo; apresenta proporções e formas adequadas. Já no homem varia o penteado e postura, com braços próximos do corpo não evidenciando as mãos, mas mantendo as proporções, embora com menor pontuação quanto aos detalhes. Na mulher, mais uma vez desenha braços fechados, mas pormenores e formas adequados.

Os traços leves e repetitivos denotam a experiência no desenho, contudo, apresenta aplicação de mais força no desenho do próprio. Quanto ao tempo dos desenhos, não respeita os minutos estipulados, necessitando de reforço para concluir e passar para os seguintes (ver tabela 11).

Tabela 11 - Avaliação Inicial DAP (Caso 4 - J.P.)



Por pedido dos três os desenhos foram concluídos, embora tenham ultrapassado o tempo estipulado. Assim, foi possível verificar dificuldades ao nível da perceção das diferentes partes do corpo, eixo e limites corporais e, como tal, na representação mental e gráfica do corpo. Consecutivamente, pode verificar-se a influência desta consciência corporal na postura e expressão motora dos jovens, tal como no contacto com o outro.

### ***Esquema de Tensões***

O esquema de tensões foi utilizado como avaliação devido à possibilidade de análise gráfica de tensões corporais, permitindo perceber a consciencialização do corpo, zonas de tensão e relaxamento das mesmas.

O grupo apresentou, de uma forma geral, alguma dificuldade quanto à perceção do objetivo da tarefa, que após repetição de instrução e exemplos concluem com sucesso e coerência (i.e., correspondendo, num segundo momento, verbalmente à representação gráfica).

Deste modo, após uma atividade de relaxação, deitados é sugerida a contração/descontração de diversos segmentos, durante um período definido, foi-lhes pedido para preencherem uma ficha de esquema de tensões (ver figuras 12, 13 e 14, na avaliação final). No final, foram questionados sobre o esquema apresentado.

**F.D.:** assinala a verde a maioria do corpo, destacando a amarelo os ombros, na parte anterior do corpo e as costas, incluindo o pescoço, na parte posterior.

**J.D.:** assinala a cabeça a vermelho, quer na zona anterior como posterior; as costas, pescoço e barriga preenche a amarelo e o resto do corpo a verde.

**J.P.:** a vermelho realça a zona do peito e barriga, tal como as costas; a amarelo assinala a cabeça, na parte anterior e posterior; e a verde as pernas e antebraços.

Após a avaliação foi possível verificar uma impossibilidade de acesso à passividade, demonstrando os três constantes movimentos e contrações associadas, tal como dificuldades em identificar verbalmente os estados tónicos (i.e., a consciência da contração/descontração muscular), tal como concretizar e explicar a sua representação gráfica (i.e., necessitando de explicação, exemplificação e *feedbacks* para a tarefa).

### ***Papel de Cenário***

O papel de cenário foi utilizado como avaliação devido às diversas representações do corpo, que possibilitam a avaliação da consciencialização corporal, mental e gráfica, tal como associação de atitudes e características (e.g. qualidades e defeitos), permitindo um pensar no concreto no seu próprio corpo, nas suas características pessoais e num colocar-se no papel do outro, com as correspondentes explicações verbais.

Inicialmente, o grupo apresentou uma certa hesitação, quanto ao serem vendidos, a sensação de insucesso e o pensamento de si e dos outros. Contudo concluem as tarefas com reforço e *feedback*, apresentando sentido crítico no final da tarefa.

Com um papel de cenário para cada um, foi pedido que concretizassem três momentos de contorno de si mesmos, de olhos fechados, contorno com os olhos abertos e contornado por um colega. Ainda, foi pedido que escrevessem um defeito e uma qualidade, no seu desenho e no dos colegas, bem como o preenchessem com palavras ou imagens/desenhos com as quais se identifiquem, tal como realçando as partes que mais e menos apreciam no corpo. No total foram necessárias duas sessões para a conclusão da atividade.

**F.D.:** Inicia rapidamente a primeira fase, mas hesita uns instantes depois, necessitando de ajuda, após questionado de tal. O desenho apresenta-se fragmentado, perante momentos de perda de referências, sem proporcionalidade e ligação de segmentos. No segundo já se verifica ligação, vários pormenores e maior tamanho, embora a proporção seja desajustada (e.g. tronco muito comprido, comparativamente aos braços). Quanto ao terceiro, adere sem problemas ao ser delimitado pelo colega.

No preenchimento do desenho, realça as mãos e os braços como positivos, mas não refere nada como negativo. Com autonomia desenha de imediato uma nota musical na garganta, escreve jogos, filmes e séries na zona da cabeça, família e amigos no tronco. Ainda, escreve rapidamente uma qualidade e um defeito no seu desenho, escreve no do J.P. uma crítica/defeito, que explica posteriormente ao colega, em autonomia. Já os colegas escrevem-lhe duas qualidades, após alguma hesitação.

**J.D.:** Necessita de reforço para concluir a tarefa com os olhos fechados, referindo “não consigo” e “estou a ir bem?”, necessitando de ajuda física, mas não a tolerando totalmente (i.e., queixando-se da pressão na sua mão). O primeiro desenho revela-se muito reduzido, de aproximadamente um palmo, com falta de ligação dos segmentos e não sendo concluído. Na segunda fase, de correção, aumenta-o para dois palmos, embora não afirme a diferença, mesmo após observação dos desenhos, só admitindo a mesma após o terceiro desenho. Neste, mais uma vez, revela-se apreensivo quanto ao ser tocado pelo colega, com inúmeras interjeições embora, contrariamente ao evidenciado, refira estar à vontade, quando questionado.

Quanto ao preenchimento do desenho realça as mãos e a cabeça como pontos positivos e, tal como o F.D. não apresenta um ponto negativo. Nos aspetos importantes para si hesita, mas desenha um lápis na mão, escreve família no peito e jogos e filmes na cabeça. Nas palavras características apresenta-se muito hesitante não concluindo a tarefa, no seu desenho, apesar do *feedback* realizado, pela técnica e colegas. Já nos desenhos dos colegas, apesar da hesitação conclui com uma qualidade para cada um e no seu desenho são-lhe escritas duas qualidades.

**J.P.:** Concretiza a tarefa autonomamente, embora de forma lenta e utilizando a estratégia de aproximar a cara da folha, como referência. O primeiro desenho é reduzido, cerca de metade do real, mas capaz de identificar as dificuldades, na segunda tarefa aumenta o tamanho, que embora insuficiente melhora nas proporções e pormenores (e.g. extremidades). Na terceira tarefa aparenta estar tenso, ao ser delimitado pelo colega.

Nos realces das partes do corpo, preenche os braços, as pernas e a cabeça como positivos e o tronco como parte negativa. No preenchimento escreve música na garganta, amizade no peito, família na mão e desenha de uma engrenagem na cabeça, que explica de seguida o significado. Nas qualidades e defeitos hesita no seu desenho e no dos colegas, mas escreve uma qualidade sua. O F.D. escreve-lhe uma crítica, que ele aceita e o J.D. escreve-lhe uma qualidade.

Após os vários momentos de avaliação foi possível estabelecer como pontos fracos, e de posterior avaliação a iniciativa, o autoconceito e autoestima; a reação a elogios e críticas; o contacto físico/toque, ajustado à situação; a cooperação; a consciência do outro, observação e comentário ao mesmo; a percepção das diferentes partes do corpo, eixo e limites corporais; e a representação mental e gráfica do corpo.

### ***Observações Qualitativas***

Durante as sessões demonstraram uma atitude de evitamento perante situações em que apresentam pontos negativos, embora os colegas os tenham incentivado e, deste modo, facilitado as tarefas. Por outro lado, existiram também momentos de crítica do outro, ou questionamento de atitudes e comportamentos, que permitiu o diálogo sobre os aspetos menos fortes de cada.

O J.P. necessitou de sair mais cedo várias sessões, não permitindo a troca e partilha final com os colegas, tal como, estas partilhas finais por vezes traduziram-se em momentos de evitamento, ou de cópia do já referido, sem iniciativa e participação.

O J.D. apresentou-se reticente em tocar o outro, mas também com dificuldades ao ser tocado. O F.D. apresentou um toque excessivo e sem cuidado do outro. O J.P. também apresentou resistência ao ser tocado, embora em menor intensidade. O diálogo era por vezes descontextualizado, repetitivo e apenas com a técnica, que após *feedback* melhoravam.

Numa atividade “eu sou o outro” (ver Anexo M ), imitam-se, com facilidade, tanto nas posturas como nas verbalizações. De forma global há uma aceitação da imitação deles próprios, ainda, corrigem a postura do outro, tal como reconhecem a sua própria. Contudo, para correção da postura necessitam de ajuda física/modelação, não a concretizando autonomamente frente a um espelho (por exemplo).

### ***Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico***

De salientar, a finalidade de constituição do grupo, a promoção da consciência e expressão corporal, foram estabelecidos objetivos perante a avaliação informal, baseada nas competências em atividades, nas dificuldades demonstradas, na interação com os pares e tendo em conta os objetivos referenciados pelas famílias e restantes profissionais.

Após uma fase inicial de constituição do grupo e estabelecimento de relação entre os elementos procedeu-se à avaliação. Perante os vários momentos de avaliação, quer informal quer formal, foi possível estabelecer os objetivos de intervenção, ajustados às competências e limitações do grupo, englobando objetivos de comunicação, motricidade e

socioemocionais, como é possível perceber na tabela seguinte (tabela 12).

A intervenção tem uma duração prevista de quatro meses, com a periodicidade semanal, de cerca de quarenta e cinco minutos.

Tabela 12 - Objetivos de Intervenção Caso 4 – Grupo

Áreas	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Comunicação	Promover competências de comunicação	Promover a comunicação expressiva	- Apresentar um conteúdo verbal variado (e.g. expressão de emoções e sentimentos); - Adequar a forma verbal ao conteúdo e situação (e.g. tom de voz);
		Promover a comunicação recetiva	- Responder, verbalmente, quando chamados; - Ouvir o outro, sem interrupções;
		Promover a comunicação não-verbal	- Manter uma proximidade adequada num diálogo; - Percecionar pistas comunicativas (e.g. mudar de assunto perante expressões faciais do outro); - Utilizar a gesticulação e expressões faciais durante o diálogo (e.g. troca de sorrisos sociais), de acordo com o verbalizado; - Utilizar o contacto físico/toque, ajustado à situação e interlocutor;
Motricidade	Promover a tonicidade	Promover a adequação do tónus muscular	- Identificar estados tónicos (i.e., consciência da contração/descontração muscular); - Mostrar capacidade de acesso à passividade (e.g., diminuição das tensões corporais); - Apresentar extensibilidade (e.g., flexibilidade); - Melhorar a postura (e.g., diminuir rigidez postural);
	Promover a noção do corpo	Promover a imagem e esquema corporal	- Percecionar as diferentes partes do corpo, eixo e limites corporais; - Representar mental e graficamente o corpo, de forma realista; - Demonstrar conhecimento das possibilidades de expressão corporal e de contacto com o outro;
	Promover a praxia global	Promover a motricidade e coordenação global	- Demonstrar conhecimento das possibilidades motoras e movimentos corporais globais (e.g., amplitude de movimentos) e segmentares (e.g. dissociação de movimentos/agilidade); - Apresentar um maior controlo motor (e.g. velocidade e força) em tarefas de coordenação oculomanual e ocolopodal;
	Promover o equilíbrio	Promover o equilíbrio estático e dinâmico	- Manter controlo postural, em superfícies estáveis e instáveis;
Socioemocional	Promover as competências sociais e emocionais	Promover a expressão afetiva	- Apresentar iniciativa, criatividade e flexibilidade de comportamentos/pensamentos; - Mostrar capacidade de escolha (quando apresentadas opções); - Promover o autoconceito e autoestima; - Reagir a elogios e críticas, de forma adequada;
		Promover o relacionamento interpessoal	- Cooperar e competir com o outro, adequadamente; - Esperar pela sua vez em jogo social; - Apresentar consciência do outro – observação e comentário ao outro; - Cumprimentar/despedir-se de forma espontânea; - Iniciar espontaneamente uma conversa; - Terminar uma conversa de forma socialmente apropriada.

### Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora com o grupo iniciou em fevereiro e teve término em julho, com a avaliação final. Ao todo concretizaram-se dezoito sessões, a totalidade prevista, embora apenas dez tenham contado com os três elementos. Apesar da duração prevista, as sessões nunca foram concretizadas na sua totalidade com todos os elementos.

As sessões apresentavam uma estrutura de base (ver exemplo em Anexo M ) com uma conversa inicial onde era lembrada a sessão anterior (e.g. momentos mais marcantes ou um resumo caso algum elemento tenha faltado). De seguida, na parte fundamental da sessão eram trabalhados os objetivos, quer em atividades individuais como em pares/grupo. Depois, concretizada uma tarefa de retorno à calma (e.g. relaxação). No final da sessão realizava-se, de novo, um momento de partilha, onde lhes era pedida uma palavra sobre a sessão, com a correspondente explicação, para sistematização das atividades e sentimentos, de forma a promover a capacidade de transposição de estratégias, de resolução de problemas e autorregulação emocional, para a vida diária. Por fim, despediam-se e saíam em conjunto da sala.

Como estratégias de intervenção iniciou-se com sessões de carácter individual, progredindo para atividades a pares e de pequeno grupo, de modo a facilitar a interação entre os elementos. Do mesmo modo, as sessões iniciais tinham como objetivo promover o bem-estar e autoestima, com a partilha dos pontos fortes dos jovens, partindo para um aumento progressivo da exigência nas sessões – nomeadamente com atividades de maiores insucessos/imprevistos/desafios, para promoção de estratégias de diversas situações. Ainda, foram iniciadas atividades mais diretivas seguindo-se se menos diretivas, promovendo a autonomia e criatividade, individual e grupal. Adicionalmente, foi recorrente o *feedback* positivo e interrogativo e devoluções em espelho (da técnica e dos pares), para identificação e consciencialização dos comportamentos, durante e após os mesmos.

Como metodologias utilizaram-se dinâmicas de grupo (i.e., atividades de confiança, cooperação e competição), atividades expressivas (e.g. através da dramatização, da música e atividades plásticas), técnicas de relaxação (e.g. ativas e passivas) e (r)educação gestual e postural (e.g. através de atividades sensoriais, visuais, vestibulares e/ou tácteis).

### Avaliação Final e Discussão dos Resultados

Após a intervenção psicomotora, com base nos âmbitos da comunicação, da motricidade e socioemocional, os jovens foram reavaliados, sendo apresentados de

seguida os resultados da avaliação final. Apesar dos instrumentos, a avaliação final baseou-se, maioritariamente, em observação direta, pela impossibilidade de conclusão das avaliações.

### ***Observação Informal***

Após a intervenção foi possível verificar, quanto aos objetivos traçados, algumas evoluções, tanto a nível do grupo, como individuais.

Deste modo, a comunicação apresentou-se mais direcionada, para a atividade e para os colegas, nomeadamente perante as partilhas de opiniões e iniciativas. Contudo, na partilha de emoções ainda se verificou hesitação, para todos os elementos, que com *feedback* verbal, da técnica e dos colegas, concluem (e.g. sessão de referirem um aspeto positivo e negativo de si e dos outros).

O ouvir o outro teve momentos positivos, respeitando o tempo de cada um, embora com interrupções, essencialmente sobre o tema. Quanto à proximidade no diálogo variou, consoante o tema e intervenientes, i.e., se tema de interesse e o ouvinte se afastava, tanto o J.D. como o F. avançavam para “se fazer ouvir”, já o J.P. afastava-se inibindo a conversa.

Por outro lado, as pistas comunicativas mantiveram-se como ponto menos positivo de todos, mesmo após dinâmicas de tal, à exceção do J.P. que com uma atitude negativista alternava o discurso ao sentir o afastamento do outro. A gesticulação e expressões faciais durante o diálogo mantiveram-se, um pouco para os três, como ponto em aquisição.

Sobre o contacto físico, o F. manteve-se desadequado. O J.D., conscientemente e após *feedback* percebe a necessidade do toque social, mas com alguma hesitação. O J.P. não apresenta dificuldades, embora num abraço final demonstre alguma hesitação (à exceção do F.D. que o fez com força excessiva, motivo de queixa dos restantes).

O ato de se cumprimentarem/despedirem, com a técnica não constituía problema, mas entre si mantinham alguma hesitação, consoante tivessem algum assunto para o outro, tal como o iniciar espontaneamente uma conversa. Quanto à consciência, observação e comentário do outro apresentaram-se com sentido crítico e aceitação.

As tarefas sociais, inicialmente evitadas e com pouco envolvimento, tornaram-se mais simples, com a aceitação e respeito pelas regras e ajuda dos colegas. Assim, a flexibilidade e aceitação da opinião do outro também foi facilitada, ou quando dispar foram dados argumentos e, com algum ou nenhum *feedback*, chegou a um consenso por todos. Do mesmo modo, a competição, já mais simples, manteve-se adequada.

Já quanto à extensibilidade, foram mais uma vez reforçadas as dificuldades (e.g. sessão com posturas de ioga), tal como a postura, que em atividade era corrigida, mas logo de seguida e, inconscientemente, retomada a posição inadequada. Do mesmo modo, os movimentos e possibilidades motoras foram concretizados, contudo em esforço e reclamação, com maior controlo face ao momento inicial, mas sem a possibilidade de integração sensoriomotora no seu pleno.

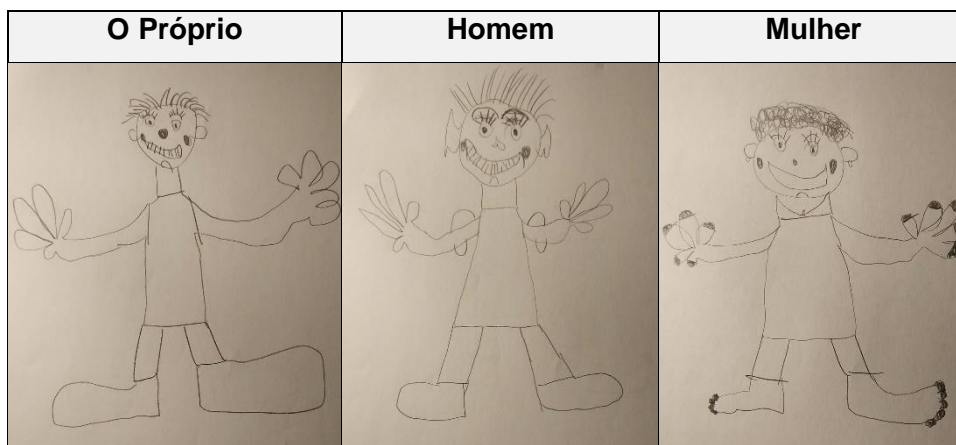
## **DAP**

A avaliação foi concretizada nas mesmas condições anteriores, com os três jovens na mesma sala, mas de forma individual.

**F.D.:** O desenho do próprio apresenta-se similar ao primeiro, embora com menores pormenores (e.g., sem “músculos”) e roupa, confirmando a cotação inferior (tabela 16). Como tal, mantém a proporção exagerada de segmentos e linearidade de formas. No homem, apresenta “músculos” e sobrancelhas carregadas, contudo, apresenta algumas formas desproporcionais (e.g. orelhas e dedos), menos vestuário e detalhes nos pés. Já em relação à mulher, apresenta a mesma cotação face à avaliação inicial.

Nesta avaliação (ver tabela 13) mantém o traçado carregado, tal como o tamanho dos desenhos. Contudo melhora na conclusão dentro do tempo estipulado.

*Tabela 13 - Avaliação Final DAP (Caso 4 - F.D.)*

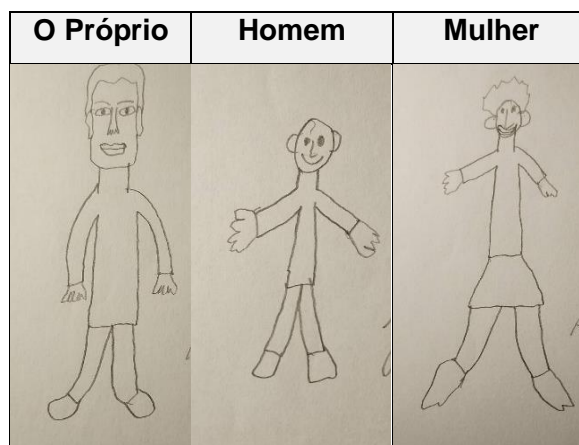


**J.D.:** No desenho do próprio apresenta uma evolução, nomeadamente ao nível da cara, com mais elementos faciais (e.g. nariz e ouvido), maiores pormenores e melhor proporção; apresenta ainda melhoria na forma das mãos, mas mantendo os pés como um bloco. O desenho do homem evidencia-se mais reduzido e com menores pormenores face ao de si próprio e à avaliação inicial (e.g. pescoço e cabelo omitidos), tal como a proporção e formas mais desajustadas. Já a mulher apresenta

desproporções de formas e tamanhos e sem pormenores para além dos segmentos corporais, embora tenha acrescentado ouvidos e nariz, face ao anterior (ver tabela 14).

A nível observacional melhora na hesitação, face à avaliação inicial.

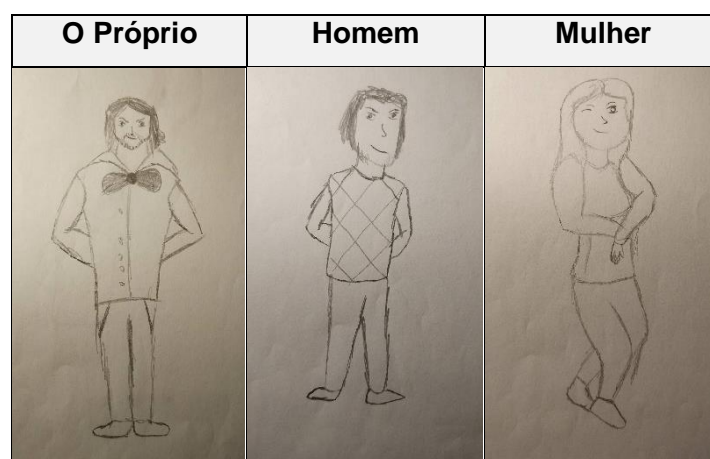
*Tabela 14 - Avaliação Final DAP (Grupo 4 - J.D.)*



**J.P.:** O desenho do próprio apresenta agora uma postura de braços atrás das costas (não evidenciando os dedos), tal como o homem; mantém as formas e proporções, contudo altera pormenores (e.g. acrescenta barba na cara). No homem mantém a postura, os pormenores e proporções, ajustados, mantendo a pontuação anterior, tal como na mulher. Nesta, apresenta altera a postura, neste desenho de perfil, com um olho fechado, cabelo comprido e menos acessórios.

Qualitativamente, mantém a qualidade dos traços (ver tabela 15), embora tenha reduzido a diferença na força do traçado do próprio, sendo agora uniforme aos restantes desenhos. Quanto ao tempo mantém dificuldades, embora tenha diminuído o atraso.

*Tabela 15 - Avaliação Final DAP (Grupo 4 - J.P.)*



Perante estes resultados foi possível verificar uma evolução, como se pode ver na tabela 16, em relação à avaliação inicial. Como tal, evoluiu a representação gráfica

do corpo em pelo menos um dos desenhos nos três jovens, quanto às proporções, detalhes e limites corporais.

Tabela 16 - Avaliação Inicial vs. Final DAP (Caso 4 – Grupo)

	F.D.		J.D.		J.P.	
	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final	Avaliação Inicial	Avaliação Final
<b>Próprio</b>	42	38	27	51	52	48
<b>Homem</b>	44	41	37	37	46	46
<b>Mulher</b>	43	43	34	37	49	49

### Esquema de Tensões

O momento de avaliação e atividade de relaxação realizaram-se seguindo a mesma metodologia da primeira avaliação.

**F.D.:** Tal como na avaliação inicial, manteve as cores e os locais das tensões (Figura 12).

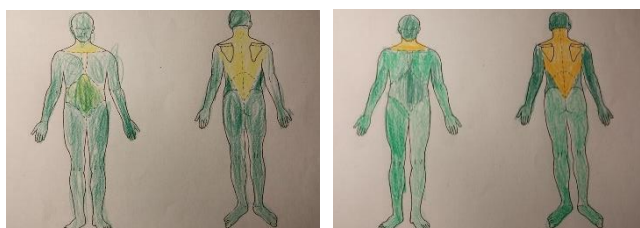


Figura 12 - Avaliação Inicial vs. Final Esquema de Tensões (Caso 4 – F.D.)

**J.D.:** No segundo momento retira a cabeça como vermelha e altera a zona amarela para as pernas; a nível posterior dá realce às omoplatas, a vermelho; e adiciona a cabeça e os braços ao amarelo (Figura 13).

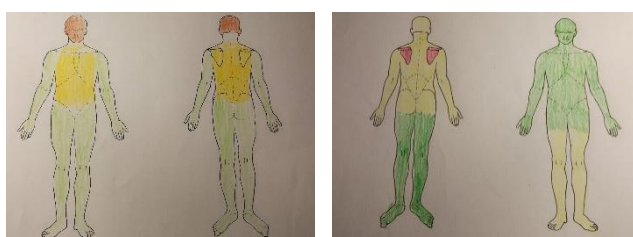


Figura 13 - Avaliação Inicial vs. Final Esquema de Tensões (Caso 4 – J.D.)

**J.P.:** Assinala a cabeça, na zona posterior, a vermelho; e altera para amarelo as pernas, ficando a verde o resto do corpo (Figura 14)

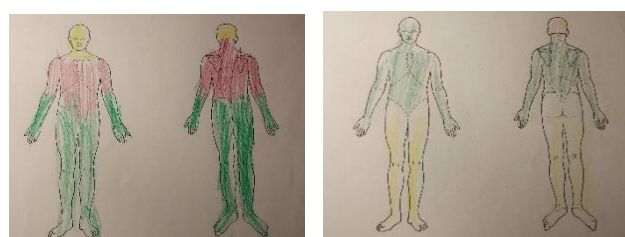


Figura 14 - Avaliação Inicial vs. Final Esquema de Tensões (Caso 4 – J.P.)

Quanto às representações, constatou-se uma variação, no J.D. e J.P. acompanhada por uma justificação adequada para os diferentes segmentos. Por outro lado, o F. manteve a representação exata da primeira avaliação, referindo ser as zonas do seu corpo que mais sente tensão, no dia a dia.

Após a reavaliação, foi possível verificar uma melhoria quanto à passividade, com maior tempo na posição de deitados, respeitando as instruções e movimentos de contração/descontração. Estes movimentos foram concretizados com maior controlo e duração, segundo os *feedbacks*, sendo totalmente visíveis no F.D., um pouco menos evidentes, mas também perceptíveis no J.P. e não perceptíveis no J.D., mas questionado afirma a contração/descontração.

### ***Papel de Cenário***

Esta tarefa não se realizou por impossibilidade de estarem os três presentes num segundo momento de avaliação. Como tal, não foi possível averiguar, diretamente, alguns dos objetivos estabelecidos, embora estes sejam averiguados a nível da observação psicomotora informal (e.g. autoconceito, reação a elogios e críticas e limites corporais).

### ***Observações Qualitativas***

A nível qualitativo, o grupo apresentou alterações, face a um momento inicial.

Na comunicação também houve melhorias, com maior interação entre si, embora se tenha verificado menor respeito pelo tempo de cada um. No entanto, mais uma vez se verificou, por parte dos três, uma resistência na partilha de emoções e sentimentos, necessitando de exemplos e/ou reforços e *feedback* para a conclusão das mesmas.

Contudo, a nível individual, mantiveram-se comportamentos característicos, como a atitude autocentrada do J.P., a fuga do F.D. e a crítica constante do J.D., contudo este perante críticas construtivas aceita os seus erros (e.g. o interromper e o tocar no outro). Por outro lado, a atitude negativista do J.P. por vezes influenciou a sua concretização das tarefas, tal como a prestação dos restantes elementos, pois eram-lhe dados *feedbacks* constantes, pela técnica e pelos colegas.

De forma global, verificou-se maior interação e cooperação, tal como iniciativa nas tarefas e prontidão nas respostas, de âmbito mais concreto, mas também a nível relacional.

## Conclusões

Durante a intervenção vários foram os momentos de discrepância entre os três elementos, devido em parte à diferença de idades. Em alguns momentos, tal aspeto assumiu-se como ponto positivo (e.g., questionar o comportamento do outro e ser o “espelho” de determinado comportamento) mas, por outro lado, levou a incompatibilidades em tarefas e partilhas (e.g. subjetividade do J.P. para partilhas pessoais, sendo os restantes diretos e objetivos nas mesmas). No entanto, o gosto em comum pelas artes, desenho e música, tornou-se um elemento de junção dos três elementos.

A falta de rotina, por questões fora de controlo da técnica e deles próprios, impediu a concretização de hábitos e estruturação das sessões e, como tal, influenciou a partilha final e consolidação de aprendizagens.

No entanto, apesar das individualidades, verificaram-se melhorias ao nível do grupo, na consciencialização do outro, nas interações e na cooperação e a nível individual, nos diversos objetivos traçados, da consciência e expressão corporal.

Seria benéfico a continuação de um trabalho, tanto individual, com foco nos objetivos psicomotores traçados para cada, e a nível grupal, sendo importante a integração de mais elementos, com características e faixa etárias semelhantes.

### **3. Relação com outros profissionais, família e comunidade**

A intervenção na APPDA envolveu o estabelecimento de relações com os estudos de caso apoiados e suas famílias, tal como as restantes crianças e familiares. No entanto, foi também possível interagir diariamente com os profissionais de diversas áreas, pertencentes à equipa multidisciplinar, contactar com professores, que esporadicamente se dirigiam à Associação para reuniões com a equipa, mas também em contexto escolar, ao auxiliar nos transportes das crianças à escola.

De forma concreta, com os profissionais da equipa (i.e., psicólogas, técnicos de desporto, terapeuta da fala e técnicas de educação social) era possível a troca constante de informações, sobre as intervenções e casos acompanhados. Adicionalmente, eram concretizadas, de forma ocasional, reuniões de equipa para organização de horários, de eventos e partilha de informações sobre casos novos e casos em acompanhamento, tal como realizada partilha de estratégias, para acompanhamento integrado de cada criança.

Com os familiares, era possível um contacto informal, no momento de chegada e saída da Associação, e um contacto formal, nomeadamente num momento inicial, com

a aplicação da anamnese e troca de informações sobre as crianças acompanhadas. Do mesmo modo, era possível a partilha, antes e após sessões, tanto ao nível do comportamento e desempenho, mas também com a transmissão de estratégias e objetivos de trabalho, permitindo a transposição das aquisições para o dia a dia.

Com a comunidade também eram constantes as interações, perante a visão inclusiva e de desinstitucionalização da APPDA, tanto nas instalações, em convívios com professores, familiares e amigos dos clientes, como fora das mesmas.

Como tal, fora da APPDA foi-me possível participar em espetáculos do grupo “Bué Animados” (grupo musical da APPDA formado por crianças, jovens e técnicos da Associação), participando direta e indiretamente com os mesmos, nomeadamente no cantar das janeiras. Do mesmo modo, em período de férias era privilegiado o contacto com a comunidade, em parques da cidade e visitas estruturadas a pontos turísticos. Ainda, no Halloween e Carnaval foi realizada a participação em desfiles.

De forma concreta, integrei a preparação e atuação na “Gala de Natal Solidária da APPDA-Viseu”, no dia 16 de dezembro de 2016, com a participação das crianças, familiares, amigos e artistas convidados. Como tal, integrei previamente aulas de dança e expressão corporal para preparação das dinâmicas e atuações, em auxílio das crianças durante a gala, e integrei a atuação musical do grupo “Bué Animados”.

Ainda, participei no “Dia Mundial da Consciencialização do Autismo”, a 2 de abril de 2017, no centro da cidade de Viseu, com a venda de produtos da horta, variadas criações das crianças e voluntários e petiscos confeccionados pelos pais e amigos. Estiveram ainda presentes diversas atrações, como pinturas faciais, insufláveis e jogos tradicionais para os mais jovens, tal como atuações de artistas convidados, mais direcionados para os adultos.

A 3 de junho de 2017 estive presente num “Chá Azul”, dinâmica inserida na iniciativa “Semana Solidária”, desenvolvida pelo distrito de Viseu, que consistia num conjunto de iniciativas com o objetivo de apoiar instituições e associações afetas ao distrito, bem como dar visibilidade ao trabalho social e comunitário que é desenvolvido pelos diferentes parceiros do município. Como tal, a APPDA-Viseu dinamizou um lanche, abrindo as suas portas a toda a Comunidade para conhecimento das instalações e trabalho desenvolvido, permitindo a interação e partilha com todos os interessados.

#### **4. Atividades Complementares**

De forma complementar à intervenção realizada, participei em diversas atividades dinamizadas pela APPDA.

Como tal, participei, como dinamizadora, na tertúlia “ABC do Desenvolvimento de Todos e para Todos”, realizada na APPDA-Viseu a 1 de junho de 2017, com a duração de duas horas ( Anexo N ). Nesta, estiveram presentes educadores, professores, psicólogos e os diversos técnicos da Associação. Estando integrada na semana solidária da freguesia de Viseu a iniciativa teve como objetivo abrir as portas da Associação para partilha de conhecimentos sobre o seu funcionamento, terapias e estratégias utilizadas com a população em causa. Desta forma, foi-me possível expor a área da psicomotricidade, pude responder a questões sobre a intervenção realizada e estratégias a adotar em determinadas situações.

Ainda, a 8 de julho de 2017 participei numa “Formação em Avaliação Psico Educativa no autismo: PERFIL PSICO EDUCATIVO REVISTO, 3ª Edição – PEP3”, na APPDA-Lisboa, pela Federação Portuguesa de Autismo ( Anexo O ), com a duração de seis horas e meia, essencial na cotação e interpretação dos resultados dos casos avaliados através do instrumento (casos 1 e 2), no presente relatório.

Adicionalmente, integrando-se na intervenção e nos estudos de caso, a constituição do grupo de jovens, com o objetivo de intervenção focalizado essencialmente na consciencialização e expressão corporal, representou uma inovação para a Associação, demonstrando a mais-valia de um trabalho direto em psicomotricidade com os jovens, numa dinâmica de grupo, perante as diversas dificuldades em comum e visíveis nos intervenientes.

## **5. Dificuldades e Limitações**

Ao longo do estágio, vários foram os momentos percecionados como dificuldades e limitações.

Em primeiro lugar, a população tão diversificada, tal como a pouca experiência de intervenção com a mesma, o desconhecimento da metodologia ABA, utilizada pela equipa, aumentaram a complexidade da integração e intervenção. Como tal, a preparação das sessões, com uma população tão distinta, em idades e características, perante os materiais disponíveis, exigiu uma grande criatividade de apresentação de novas atividades, de acordo com as necessidades e interesses de cada caso em específico.

A falta de um técnico disponível com formação de base na psicomotricidade também se tornou uma limitação, para partilha de ideias e estruturação do trabalho, tanto prático como teórico.

Ainda, a participação constante, por parte da Associação, em inúmeros eventos e dinâmicas por vezes limitava a concretização das sessões e exigia o alternar entre salas, influenciando atividades e o trabalho com as crianças e jovens.

Apesar de presenciar atividades de adaptação ao meio aquático não foi possível realizar um trabalho mais extensivo nas mesmas, devido a questões de horários, traduzindo-se numa falta de vivência de contextos para além da intervenção psicomotricidade em contexto sala.

Por outro lado, o início díspar das intervenções, assim como uma indisponibilidade do PEP-3, traduziu-se em diferentes períodos de intervenção e avaliação e, como tal, influenciou o trabalho e os resultados dos casos apoiados.

A nível da elaboração do relatório, foi sentida uma escassez ao nível dos instrumentos de avaliação para a população em causa, essencialmente no âmbito dos jovens. Do mesmo modo, verifiquei uma carência de bibliografia sobre a psicomotricidade na PEA.

Contudo, apesar de todas as limitações e dificuldades, o trabalho final traduziu-se num grande crescimento e desenvolvimento profissional para a estagiária.

## CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

Neste ano de mestrado a minha opção de aprofundamento de competências profissionais recaiu nas perturbações do desenvolvimento, mais concretamente na perturbação do espectro do autismo. Como tal, autopropus a realização do estágio na APPDA pelo grande interesse que tinha na área e pela possibilidade de o concretizar perto da minha zona de residência, Viseu.

O presente relatório é o terminar de um trabalho de cerca de um ano na APPDA e de cerca de cinco anos de formação académica, em Reabilitação Psicomotora. Tendo como objetivos o aprofundar conhecimentos, o promover capacidades (e.g. de planeamento e gestão) e o inovar na implementação de conhecimentos e práticas, considero os objetivos do estágio alcançados.

Assim sendo, foi possível reviver aprendizagens de anos anteriores, ter o sentido crítico para procurar novas informações e associar conhecimentos e experiências, em prol do desenvolvimento destas crianças e jovens. Desta forma, do ponto de vista profissional o estágio assumiu um papel de relevo, pois permitiu a interação com diversas perturbações do desenvolvimento, para além da PEA, permitindo-me pensar sobre os casos, estabelecer planos de intervenção, colocá-los em prática e avaliá-los. Como tal, promoveu a experiência prática, a autonomia, confiança e conhecimentos, motivando a prática profissional e entrada no mercado de trabalho, com maiores competências profissionais.

Inicialmente, sendo um local de estágio novo, em relação à faculdade, foi sentida uma pressão extra, sobre o trabalho a desenvolver e metodologias a utilizar, no entanto, tal assumiu-se como ponto positivo, de apresentação da profissão e do estabelecimento de ensino, para com a Associação e meio envolvente.

Por outro lado, a nível pessoal foi sentida alguma falta de apoio, na área concreta da intervenção psicomotora, de experiências anteriores na associação, tanto a nível teórico como prático. No entanto, com o passar do tempo e pela integração numa equipa multidisciplinar, foi possível a discussão crítica e clínica das várias crianças e jovens, permitindo concretizar um trabalho mais completo e consciente. Deste modo, foi possível perceber a importância da constante formação, para um melhor acompanhamento dos casos e um trabalho em equipa estruturado. A equipa assume-se também importante perante a constante troca de realidades e conhecimentos e entre as diversas áreas de atuação. No entanto, reforço a importância da integração de psicomotricistas na equipa, com formação específica na área, para colmatar, de forma profissional, os inúmeros casos que requerem intervenção psicomotora.

De forma concreta, a concretização do estágio permitiu o contacto com crianças e jovens com perturbação do espectro do autismo, demonstrando as diversas características, manifestações e implicações que a PEA pode assumir ao longo da vida e ao longo do desenvolvimento de um indivíduo. Os casos acompanhados, tão distintos, permitiram realizar intervenções individualizadas, de acordo com a faixa etária, os pontos fortes e os pontos menos fortes de cada indivíduo e, com imaginação e revisão teórica, sugerir atividades que fossem ao encontro de cada.

No caso da intervenção em grupo, de maior dificuldade devido à formação e união dos elementos e discrepâncias entre os mesmos, exigiu maior flexibilidade prévia, de preparação de atividades inovadoras e do interesse de todos, e momentânea, perante imprevistos e recusas de tarefas ou situações. Apesar dos pontos menos positivos considero que a constituição do grupo foi de grande relevo, apresentando este uma grande capacidade de evolução, num trabalho regular e progressivo em exigências.

Posto isto, perante os casos acompanhados e demais observados, foi possível perceber a importância que a intervenção psicomotora pode assumir nas PEA, como via de expressão, verbal e não-verbal, de bem-estar e prazer, corroborando a literatura apresentada, pelos resultados positivos obtidos, tanto para o próprio indivíduo como no impacto no seu meio envolvente. Concretamente, nos casos individuais acompanhados foi possível observar melhorias em competências da vida diária (e.g. autonomia na alimentação e no vestir), aspetos de relevo na maximização das aprendizagens do indivíduo, de promoção da sua independência e, consecutivamente, de melhoria da qualidade de vida dos familiares e demais cuidadores, indo ao encontro à literatura apresentada.

Outro ponto que quero destacar são as inúmeras famílias com quem tive o prazer de conviver, pela abertura e oportunidade de aprender com as mesmas, demonstrando o valor do suporte e amor incondicional, tão importante nesta população.

O contacto com a comunidade assumiu-se também essencial, pois foi-me possível dar a conhecer a psicomotricidade a pais, professores e demais cidadãos. Adicionalmente, pude dar a conhecer a PEA e promover a aceitação e inclusão social.

Do mesmo modo, a Associação apresentou-se como um local de bem-estar, desejado pelas crianças e famílias, mas também pela comunidade. Como espaço seguro e confortável, apresentou-se local de crescimento para todos, desde as crianças até aos técnicos, assumindo um papel essencial no desenvolvimento de todos.

A nível pessoal foram possíveis muitas aprendizagens e muitos desafios foram superados, como o saber lidar com momentos de descontrolo emocional e/ou comportamental, com o atingir objetivos inesperados e o receber e dar afetos, quando e a quem menos se espera. A participação no grupo “Bué Animados” possibilitou-me

também uma experiência única, de interpretar canções feitas pelos jovens da Associação, de partilhar o palco com eles, apoiando-os, dando a cara pelas suas emoções e dificuldades, mas recebendo em dobro pela alegria, dedicação e paixão que demonstram a todo o momento.

Como sugestões de futuro considero essencial o investimento em estudos que reforcem a importância da intervenção psicomotora nas perturbações do espectro do autismo. Deste modo, deve haver um foco de estudo da intervenção psicomotora ao longo do desenvolvimento das crianças, tal como em populações de jovens e adultos, estas com uma carência de bibliografia e comprovação ainda mais prevalente.

Complementarmente, há a necessidade de desenvolver provas e instrumentos de avaliação, validados para a população portuguesa e para a população com espectro do autismo, de forma a maximizar o rigor na avaliação e intervenção psicomotora e assim beneficiar a população em causa.

Em suma, concluo este trabalho com a certeza que este ano ficará na minha memória, pelas pessoas conhecidas, relações estabelecidas, pelas experiências e pelo crescimento sem fim.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afshari, J. (2012). The effect of perceptual-motor training on attention in the children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(4), 1331–1336. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2012.05.003>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5* (5th ed). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- APPDA-Viseu. (2014). *Apresentação Institucional: Relatório de Atividades*. Viseu.
- APPDA-Viseu. (2015). *Apresentação Institucional: Relatório de Atividades*. Viseu.
- APPDA-Viseu. (sem data). Missão | Visão | Valores. Consultado a 16 de novembro de 2016, de <http://www.appdaviseu.com/qualidade/missao-e-objectivos/>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP]. (n/d). Consultado a 20 de março de 2017, de <http://www.appsicomotricidade.pt/>
- Autism Speaks. (2012). Applied Behavior Analysis (ABA). Consultado a 20 de janeiro de 2017, de <https://www.autismspeaks.org/what-autism/treatment/applied-behavior-analysis-aba>
- Bauman, M. L. (2010). Medical comorbidities in autism: challenges to diagnosis and treatment. *Neurotherapeutics*, 7(3), 320–327. [https://doi: 10.1016/j.nurt.2010.06.001](https://doi.org/10.1016/j.nurt.2010.06.001)
- Berruezo, P. (2000). El contenido de la psicomotricidad. Em Bottini, P. (Ed.), *Psicomotricidad: prácticas y conceptos* (pp. 43–99). Consultado a 10 de janeiro de 2017 do [sítio: https://www.um.es/cursos/promoedu/psicomotricidad/2005/material/contenidos-psicomotricidad-texto.pdf](https://www.um.es/cursos/promoedu/psicomotricidad/2005/material/contenidos-psicomotricidad-texto.pdf)
- Bosa, C. A. (2001). As relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(2), 281–287. Consultado a 20 de novembro de 2017 do [sítio: http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v14n2/7855.pdf](http://www.scielo.br/pdf/%0D/prc/v14n2/7855.pdf)

- Bosa, C. A. (2006). Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Revista brasileira de psiquiatria*, 28(1), 47–53. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500007>
- Bourger, P. (2003). Problemas psicomotores e dinâmica familiar. *A Psicomotricidade*, 1(1), 24–30.
- Boyd, B. A., Hume, K., McBee, M. T., Alessandri, M., Gutierrez, A., Johnson, L., ... Odom, S. L. (2014). Comparative efficacy of LEAP, TEACCH and non-model-specific special education programs for preschoolers with autism spectrum disorders. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 44(2), 366–380. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1877-9>
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2016). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR. Surveillance Summaries*, 65(3), 1–23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6503a1>
- Chen, J. A., Peñagarikano, O., Belgard, T. G., Swarup, V., & Geschwind, D. H. (2015). The Emerging Picture of Autism Spectrum Disorder: Genetics and Pathology. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 10(1), 111–144. <https://doi.org/10.1146/annurev-pathol-012414-040405>
- Chevallier, C. (2013). Theory of Mind. *Em F. Volkmar (Ed.)*, Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders (pp. 3111–3115). New York: Springer.
- Constantino, J. N., & Charman, T. (2016). Diagnosis of autism spectrum disorder: reconciling the syndrome, its diverse origins, and variation in expression. *The Lancet Neurology*, 15(3), 279–291. <http://dx.doi.org/10.1016/>
- Cook, K. A., & Willmerdinger, A. N. (2015). The History of Autism. *Furman University*. Consultado a 08 de novembro de 2017 do sítio: <http://scholarexchange.furman.edu/schopler-about/1>

- Corsello, C. (2013). Diagnostic Instruments in Autistic Spectrum Disorders. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 919–926). New York: Springer.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de grupo em psicomotricidade de base relacional. Em M. Vidigal & Colaboradores, *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (pp. 277–298). Lisboa: Trilhos Editora.
- D'Elia, L., Valeri, G., Sonnino, F., Fontana, I., Mammone, A., & Vicari, S. (2014). A longitudinal study of the teacch program in different settings: the potential benefits of low intensity intervention in preschool children with autism spectrum disorder. *Journal Of Autism And Developmental Disorders*, 44(3), 615–626. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1911-y>
- Dyer, K. (2013). Applied Behavior Analysis. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 225–232). New York: Springer.
- ElGarhy, S., & Liu, T. (2016). Effects of psychomotor intervention program on students with autism spectrum disorder. *School Psychology Quarterly*, 31(4), 491–506. <https://doi.org/10.1037/spq0000164>
- Flippin, M., Reszka, S., & Watson, L. R. (2010). Effectiveness of the Picture Exchange Communication System (PECS) on communication and speech for children with autism spectrum disorders: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 19(2), 178–195. [https://doi: 10.1044/1058-0360\(2010/09-0022\)](https://doi: 10.1044/1058-0360(2010/09-0022))
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ª). Lisboa: Âncora Editora.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell Publishers.

- Gabriels, R. (2007). Understanding Behavioral and Emotional Issues in Autism. Em R. Gabriels & D. Hill, *Growing Up with Autism: working with school-age children and adolescents* (pp. 3–27). New York: The Guilford Press.
- Ganz, J. B., Simpson, R. L., & Corbin-Newsome, J. (2008). The impact of the Picture Exchange Communication System on requesting and speech development in preschoolers with autism spectrum disorders and similar characteristics. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(1), 157–169. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2007.04.005>
- Griffith, E., Pennington, B., Wehner, E., & Rogers, S. (1999). Executive Functions in Young Children with Autism. *Child Development*, 70(4), 817–832. <https://doi.org/0009-3920/99/7004-0002>
- Hannel, G. (2006). The Autism Checklist. Em G. Hannel, *Identifying Children with Special Needs: Checklist and Action Plans for Teachers*. California: Corwin Press.
- Happé, F. (1997). Central coherence and theory of mind in autism: Reading homographs in context. *British journal of developmental psychology*, 15(1), 1–12. <https://doi.org/10.1111/j.2044-835X.1997.tb00721.x>
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 36(1), 5–25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>
- Jansiewicz, E. M., Goldberg, M. C., Newschaffer, C. J., Denckla, M. B., Landa, R., & Mostofsky, S. H. (2006). Motor Signs Distinguish Children with High Functioning Autism and Asperger's Syndrome from Controls. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 613–621. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0109-y>
- Jaspers, M., de Winter, A. F., Buitelaar, J. K., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A., & Hartman, C. A. (2013). Early Childhood Assessments of Community Pediatric Professionals Predict Autism Spectrum and Attention Deficit Hyperactivity

- Problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(1), 71–80.  
<https://doi.org/10.1007/s10802-012-9653-4>
- Johnson, C. P., Myers, S. M., & Council on Children With Disabilities. (2007). Identification and Evaluation of Children With Autism Spectrum Disorders. *PEDIATRICS*, 120(5), 1183–1215. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>
- LeCouteur, A., Lord, C., & Rutter, M. (1995). *Autism Diagnostic Interview – Revised*. Traduzido e adaptado por A. Vicente et. al., (2000)
- Levi, E. (1999). *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Brasil: Editora Vozes.
- Levy, F. (2007). Theories of autism. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(11), 859–868. <https://doi.org/10.1080/00048670701634937>
- Levy, S. E., Giarelli, E., Lee, L.-C., Schieve, L. A., Kirby, R. S., Cunniff, C., ... Rice, C. E. (2010). Autism spectrum disorder and co-occurring developmental, psychiatric, and medical conditions among children in multiple populations of the United States. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(4), 267–275. [https://doi: 10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b](https://doi:10.1097/DBP.0b013e3181d5d03b)
- Levy, S. E., Mandell, D. S., & Schultz, R. T. (2009). Autism. *Lancet*, 374(9701), 1627–1638. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61376-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61376-3)
- Liao, S.-T., Hwang, Y.-S., Chen, Y.-J., Lee, P., Chen, S.-J., & Lin, L.-Y. (2014). Home-based DIR/Floortime™ Intervention Program for Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: Preliminary Findings. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 34(4), 356–367. <https://doi.org/10.3109/01942638.2014.918074>
- Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(10), 11–24.
- Lofthouse, N., Hendren, R., Hurt, E., Arnold, L. E., & Butter, E. (2012). A Review of Complementary and Alternative Treatments for Autism Spectrum Disorders. *Autism Research and Treatment*, 1–21. <https://doi.org/10.1155/2012/870391>

- Mandy, W., & Lai, M.-C. (2016). Annual Research Review: The role of the environment in the developmental psychopathology of autism spectrum condition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 271–292. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12501>
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o Instrumental e o Relacional. Em *Progressos em Psicomotricidade*. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), (pp. 29–40). Lisboa: Edições FMH.
- Mercer, J. (2017). Examining DIR/Floortime™ as a Treatment for Children With Autism Spectrum Disorders: A Review of Research and Theory. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 625–635. <https://doi.org/10.1177/1049731515583062>
- Ming, X., Brimacombe, M., & Wagner, G. C. (2007). Prevalence of motor impairment in autism spectrum disorders. *Brain and Development*, 29(9), 565–570. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2007.03.002>
- Naglieri, J. (1988). *DAP – Draw-a-Person: A quantitative scoring system*. San Antonio: The Psychologists Corporation Harcourt Brace Jovanovich. Inc. Traduzido e adaptado por N. Cabral e H. Sousa, n.d. Departamento de Educação Especial e Reabilitação, UTL
- Nikolov, R., Jonker, J., & Scahill, L. (2006). Autistic disorder: current psychopharmacological treatments and areas of interest for future developments. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 39–46. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462006000500006>
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., ... Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49(10), 726–733. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2007.00726.x>
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal... na psicomotricidade da criança. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37–41.

- 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>
- Park, W. H., Jeong, Y. S., & Bornman, J. (2011). The effect of psycho-motor play on motor and body perception competence for young children with developmental delays. *South African Journal of Occupational Therapy*, 41(1), 13–18. Consultado a 10 de dezembro de 2017 do sítio: [http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2310-38332011000100005](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-38332011000100005)
- Santos, D. (2012). *Desenho da Figura Humana: Evidências de Validade como Medida de Desenvolvimento Cognitivo em Crianças* (Mestrado). Instituto Superior de Educação e Ciências de Lisboa.
- Sassano, M. (2003). *¿Qué es la psicomotricidad?. Cuerpo, Tiempo y Espacio*. Buenos Aires: Stadium.
- Sassano, M., & Bottini, P. (2000). Apuntes para una historia de la psicomotricidad. Em Bottini, P. (Ed.), *Psicomotricidad: prácticas y conceptos* (pp. 15–36).
- Schopler, E., Lansing, M. D., Reichler, R. J., & Marcus, L. M. (2005). *Psychoeducational Profile: TEACCH Individualized Psychoeducational Assessment for Children with Autism Spectrum Disorders – Third Edition*. Texas: Pro-Ed.
- Semensato, M. R., & Bosa, C. A. (2014). Crenças parentais sobre o autismo e sua evolução no processo de comunicação diagnóstica. *Pensando familias*, 18(2), 93–107. Consultado a 10 de março de 2017 do sítio: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n2/v18n2a08.pdf>
- Shea, V. (2013). Treatment and Education on Autistic and Related Communication-Handicapped Children. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 3165–3168). New York: Springer.

- Solomon, M. (2013). Executive Function. Em F. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorder* (pp. 1178–1182). New York: Springer.
- Sparrow, S., Balla, D., & Cicchetti, D. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Mn: American Guidance Service.
- Staples, K. L., & Reid, G. (2010). Fundamental Movement Skills and Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 209–217. <https://doi.org/10.1007/s10803-009-0854-9>
- Vanvuchelen, M., Roeyers, H., & De Weerd, W. (2011). Objectivity and Stability of the Preschool Imitation and Praxis Scale. *The American Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 569–577. <https://doi.org/10.5014/ajot.2010.ajot00000414>
- Virues-Ortega, J., Julio, F. M., & Pastor-Barriuso, R. (2013). The TEACCH program for children and adults with autism: A meta-analysis of intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 940–953. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.005>
- Vital, P. (2013). Perturbações do espectro do autismo na infância e adolescência. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 20, 29–40.
- Volkmar, F. R. (2013). Autistic Disorder. Em F. Volkmar (Ed.) *Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders* (pp. 371–376). New York: Springer.
- Whyatt, C. P., & Craig, C. M. (2012). Motor Skills in Children Aged 7–10 Years, Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(9), 1799–1809. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1421-8>

# ANEXOS

## Anexo A - Inventário de materiais: sala de psicomotricidade



Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana  
APPDA – Viseu



### **Inventário de Materiais – Sala de Psicomotricidade**

- 5 bolas fitness
- 3 bolas saltitonas
- Bolas de espuma pequenas
- Bolas de espuma médias
- Bolas de ténis
- Balde
- 6 blocos grandes de espuma
- 6 Blocos
- 7 colchões fitness
- 1 túnel
- 8 arcos
- 6 pinças duplas para ligação de arcos e bastões
- Raquetes badmington (ferro e plástico)
- Volantes (badmington)
- 7 andas
- Corda de saltar
- 2 cordas finas
- Marcas mãos e pés
- Jogo de argolas de lançamento
- Bastões
- 3 pinos de bowling
- Jogo de bowling pequeno
- Tacos de golfe
- Cones sinalizadores
- 2 pesos (4kg)
- Escada de cordas
- Trampolim

## Anexo B - Exemplo de relatório de avaliação de intervenções



### RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO INTERVENÇÕES

**ÁREA DE INTERVENÇÃO:** Psicomotricidade

**RESPONSÁVEL:** Rita Pereira

**PERÍODO DE AVALIAÇÃO:** fevereiro 2017 a setembro 2017

**NOME:** D. O.

**IDADE:** 5 anos

#### I – Enquadramento Geral

O D. frequentou sessões quinzenais/semanais de 45' de psicomotricidade individual. Em conjunto com a psicóloga aplicou-se o PEP-3, instrumento de avaliação com o objetivo de definir o perfil psicoeducativo da criança, áreas fortes e menos fortes, dentro dos parâmetros da comunicação, dos comportamentos e da motricidade. Perante tal, estabeleceram-se as áreas e objetivos de intervenção e foram planeadas as sessões. Em setembro, aplicou-se novamente o instrumento à criança, de forma a perceber a sua evolução, nos diversos itens e áreas avaliadas.

#### II – Resultados Obtidos

Após intervenção e reavaliação a criança demonstrou melhorias em alguns dos âmbitos avaliados (comunicação, motricidade e comportamento).

A nível da comunicação evoluiu no desenvolvimento verbal e pré-verbal (e.g. puzzles, correspondências, perceção do objeto permanente e interesse na sua procura) e na resposta a instruções simples (com feedback visual). Contudo, a origem estrangeira da criança pode ser fator de risco na perceção da língua e, como tal, influenciar os resultados, nomeadamente pela compreensão verbal das tarefas.

A nível psicomotor, melhora na motricidade fina (e.g. cooperação de ambas as mãos e empilhamentos) e na imitação visuomotora (e.g. movimentar fantoches). Na praxia global apresenta melhorias na imitação motora, na coordenação oculomanual e podal. Ainda, melhora a nível do equilíbrio (estático e dinâmico) e em noções espaciotemporais (e.g. orientação espacial do corpo e tempos de ação).

A nível comportamental apresentou melhorias na interação social, nomeadamente na expressão afetiva e reciprocidade social (e.g. interesse e procura do contacto ocular e físico com o outro, na imitação social, na utilização de expressões faciais e expressão de emoções). Ainda,

melhorou o interesse na exploração do ambiente e materiais, embora com dificuldades ao nível da cooperação e manutenção da atenção nas tarefas propostas.

A nível qualitativo e motivacional a criança manteve um padrão de comportamento de desinteresse e falta de cooperação o que pode enviesar a cotação dos itens e, consecutivamente, a avaliação das competências, dependendo estas da sua cooperação num determinado momento.

### **III – Conclusão**

---

Após a intervenção observaram-se melhorias em alguns âmbitos avaliados, com aumento de itens emergentes, ou seja, em aquisição. Tal, demonstra-se um bom fator de evolução para a criança, apesar das dificuldades nas diversas áreas do desenvolvimento.

Concretamente, apresentou melhorias psicomotoras, associadas aos âmbitos da comunicação (essencialmente não-verbal), socialização e comportamentos.

Tais resultados foram verificados após um período sem intervenção, de cerca de 2 meses, em que foi de férias para o país de origem, o que dificulta a intervenção e evolução da criança, criando retrocessos na cooperação e rotina de trabalho na APPDA.

Ao longo das sessões procurou trabalhar-se, para além de atividades de carácter motor, atividades lúdicas e sensoriais (visuais, auditivos, tácteis), sempre com a componente relacional envolvida.

As sessões foram estruturadas promovendo a rotina, a repetição de instruções e de tarefas. Ainda, existindo pausas e momentos de descontração, para permitir a autorregulação da frustração e fuga da criança, intercalando as exigências com tarefas/jogos do seu interesse (e.g. uso de música) e reforço físico, de forma a manter a sua motivação.

### **IV – Proposta de Ação**

---

Dar continuidade às sessões psicomotoras, de forma regular e consistente, para maximizar o conhecimento corporal e expressão motora da criança (através do jogo simbólico, da imitação motora e a nível perceptivo, por diversos estímulos sensoriais) em conjunto com a socialização e comportamento (interação social, regulação emocional e exploração dos materiais e envolvimento).

É fundamental um trabalho cooperativo e multidisciplinar com a criança, nos diversos âmbitos avaliados, havendo uma generalização das estratégias e objetivos, nos vários contextos de vida. Deve verificar-se um aumento progressivo das exigências, nomeadamente ao nível da autonomia pessoal.

A criança deve ser reavaliada através do instrumento de perfil de competências, de forma a perceber a evolução dos diversos itens e adaptar as estratégias de intervenção.

#### **A equipa Técnica:**

---

---

---

**Data:** 29/09/2017

## Anexo C - Exemplo de relatório de observação



**APPDA – Viseu**



### **RELATÓRIO DE OBSERVAÇÃO**

**Nome:** D. O.

**Data de Nascimento:** 05-06-2012

**Data de avaliação:** 05-09-2017

**Observado por:** Célia Guimarães da Silva (Psicóloga Clínica e Terapeuta de Análise Comportamental Aplicada)

Ana Rita Rodrigues Pereira (Psicomotricista)

**Supervisão:** Dr.<sup>a</sup> Prazeres Domingues (Diretora Técnica)

Associação Portuguesa para as Perturbações de Desenvolvimento e Autismo  
Av. Aquilino Ribeiro, Departamento de Psiquiatria do Hospital São Teotónio – 2º Piso, 3515-114 – Abraveses, Viseu  
Telefone: 232452069/924224249 E-mail: geral@appdaviseu.com ; appdaviseu@gmail.com

Website: <http://www.appdaviseu.com/>  
Facebook: <https://pt-pt.facebook.com/APPDAViseu>

## MOTIVO DO PEDIDO

O D. foi reavaliado, como consequência do protocolo de avaliação do instrumento PEP-3 e por necessidade de monitorização da intervenção realizada pela equipa técnica da APPDA. Assim, após uma intervenção de cerca de 6 meses, em terapia ocupacional, psicomotricidade e terapia comportamental, foi novamente aplicado o instrumento PEP-3, perfil psicoeducativo, de modo a reavaliar o perfil de competências nas várias áreas (comunicação, motricidade e comportamentos desajustados), perceber a evolução dos diversos itens e adaptar objetivos e estratégias de intervenção.

### Resultados

Os resultados obtidos indicam dificuldades em todos os domínios avaliados, nomeadamente com um nível de desenvolvimento severo (percentil <25%) ao nível da “**Comunicação**” e “**Comportamentos Desajustados**” e um nível de desenvolvimento moderado (percentil entre os 25 e os 74%) na área da “**Motricidade**” (ver Figura 1).

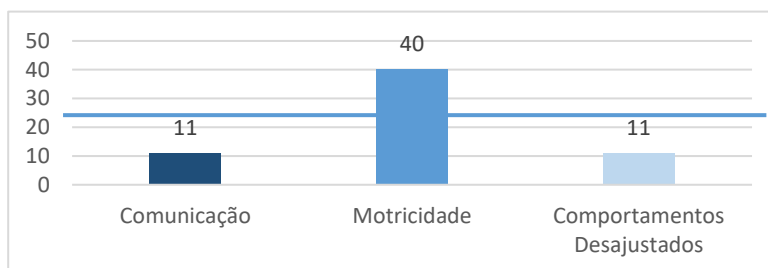


Figura C1 – Reavaliação PEP-3

Dentro da sua área forte, a **motricidade**, as subáreas (ver Figura 2) *motricidade global* e *imitação visuomotora* apresentam um desenvolvimento moderado, com a maioria dos itens adquiridos e uma grande parte como emergentes, ou seja, em aquisição. Por outro lado, a *motricidade fina* não apresenta itens adquiridos e apenas 3 emergentes.

Dentro das áreas menos fortes, na **comunicação**, apresenta dificuldades em corresponder a instruções verbais (e.g. apontar, dar objetos, ao “vem cá”), parte da subárea *linguagem recetiva*; no entanto, corresponde a instruções visuais (gestos), ao “Não” e ao seu nome. Na *linguagem expressiva*, as dificuldades mais evidentes são ao nível da verbalização e nomeação, que não realiza, embora utilize com sucesso gestos e linguagem não-verbal para obter os seus pedidos (e.g. comida, objetos e ajuda).

Já nos **comportamentos desajustados** apresenta a *expressão afetiva* como subárea mais forte: utiliza expressões faciais e exprime emoções, durante a avaliação, embora apresente dificuldades ao nível da manutenção da atenção e uso da tentativa-erro nas tarefas, desajustadas para a idade.

Relativamente à *reciprocidade social*, apresenta como dificuldades a imitação, a tomada de vez em jogo social, a cooperação com o examinador e a falta de motivação nas suas ações por recompensas tangíveis. Contudo, inicia, ocasionalmente, a interação com o outro e como itens emergentes encontram-se o contacto visual, o procurar ajuda e o sorrir, como resposta social ao outro.

Já ao nível dos *comportamentos verbais caraterísticos* o resultado baixo prende-se à sua não utilização de linguagem verbal, anulando a cotação dos itens. Consequentemente, não apresenta ecolálias, embora com a reprodução de sons e balbucios ocasionais.

Por outro lado, nos *comportamentos motores caraterísticos* apresenta uma adequada exploração dos materiais e perceção do envolvimento, embora apresente estereotípias motoras e não concretize o brincar ou tarefas de forma adequada para a idade; em aquisição está o uso da informação visual e a alternância adequada entre tarefas.

### **Relatório do Cuidador**

Nesta reavaliação não foi aplicado o relatório ao cuidador, por falta tradução (na primeira avaliação veio a tia do cliente, que tornou possível essa ponte com a mãe).

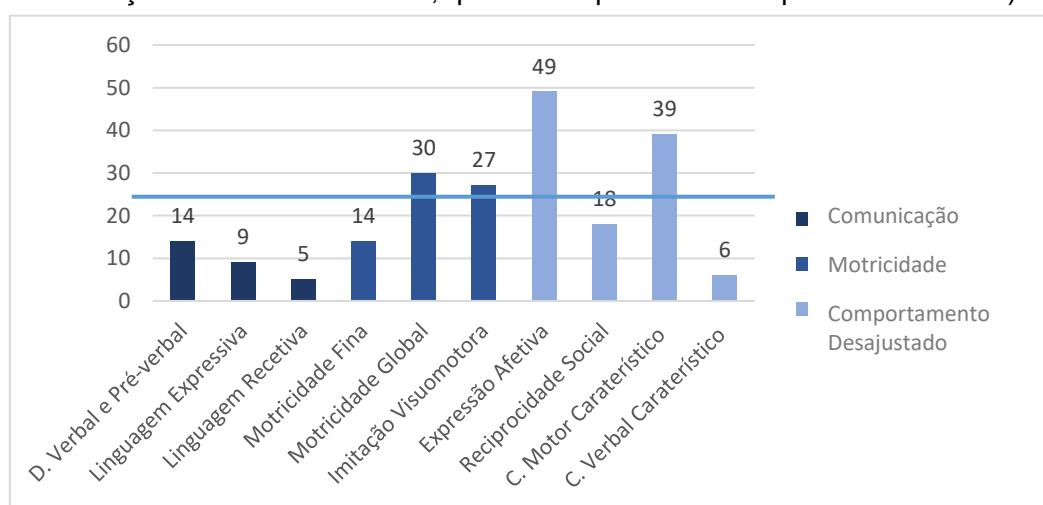


Figura C2 – Reavaliação PEP-3 (subtestes)

### **Observações Qualitativas**

Qualitativamente o D. revelou-se uma criança com baixo tempo de atenção nas atividades, necessitando de motivação e orientação constantes e, por vezes, contenção física, para se manter nas diversas tarefas.

Apesar da rotatividade das tarefas não apresentou iniciativa e interesse na exploração dos materiais, nem cooperação com o examinador, manifestando vários momentos de frustração, oposição e fuga das atividades, quer passivos (ausência do olhar e da atenção para com os materiais e examinador e o deitar-se sobre a mesa e

sobre o adulto), quer ativos (em choro e tentativa de fuga da mesa ou sala). Por outro lado, reage de forma positiva ao contacto físico do avaliador, sorrindo e devolvendo-o (e.g. abraça-o), do mesmo modo reage à valorização verbal e física (e.g. cócegas).

A criança necessitou de demonstração, pistas visuais e por vezes ajuda física para a perceção do objetivo e pouca persistência nas tarefas. A falta de compreensão verbal interferia na perceção de itens que tal o exigiam. Contudo, compreende o seu nome e instruções básicas (e.g. “não” e “vem cá”) e utiliza a manipulação (agarra na mão/braço) para indicar o que pretende, interagindo dessa forma com o avaliador.

O D. evidenciou alguns movimentos estereotipados, maioritariamente em momentos de maior excitação, mas também de oposição e frustração. Assim como picos de desorganização do humor, chorando e com expressões auto e hetero-agressivas, em momentos diversos quer de trabalho quer livres, não indicando um padrão comportamental.

Devido às suas características a avaliação, foi essencial a presença de duas pessoas no momento da avaliação, realizada em períodos reduzidos, com repetições e persistência nas tarefas (procurando a sua atenção e cooperação, reduzindo os resultados por desmotivação) e momentos lúdicos (e.g. vídeos de música) e de exploração livres, para que se mantivesse organizado nas competências a avaliar.

### ***Perfil de competências***

De forma geral, observa-se que a criança apresenta diversas dificuldades em diferentes áreas do desenvolvimento.

Como área mais fraca encontra-se mais uma vez a comunicação, contudo, um fator de risco pode ser a proveniência estrangeira da criança e, como tal, a perceção da língua. Tal aspeto pode influenciar diversas subáreas avaliadas, nomeadamente na concretização das tarefas sem que haja uma compreensão, verbal, das mesmas.

No entanto, apresenta como área forte a motricidade, podendo esta ser maximizada e utilizada como estratégia de intervenção, de motivação e incentivo à criança, interligada com uma vertente lúdica, para a aquisição das áreas menos fortes. Do mesmo modo, deve ser aliada à relação e expressão afetiva (também área menos problemática), promovendo assim a interação social e comunicação (essencialmente não-verbal) da criança.

Após a reavaliação do instrumento, a criança apresenta diversos itens emergentes, em aquisição e, como tal, objetivos a intervir, sendo discriminados na tabela seguinte as áreas da comunicação, motricidade e autocuidado.

Tabela C – Itens Emergentes PEP-3 (reavaliação)

Áreas	Itens Emergentes
Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaixar peças puzzle</li> <li>- Completar puzzle do corpo humano</li> <li>- Mostrar interesse em livro de figuras</li> <li>- Corresponder formas e cores</li> <li>- Responder à imitação de ações e sons</li> <li>- Repetir sons de objetos, em imitação</li> <li>- Pedir comida e bebida</li> <li>- Responder a gestos</li> <li>- Parar em resposta ao “Não”</li> <li>- Parar quando chamado pelo nome</li> <li>- Usar palavras ou gestos para pedir ajuda</li> </ul>
Motricidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrir frasco de bolas de sabão, autonomamente</li> <li>- Utilizar o caleidoscópio</li> <li>- Apresentar dominância ocular</li> <li>- Imitar o tocar campainha 2x seguidas</li> <li>- Soprar velas, em jogo simbólico de parabéns</li> <li>- Demonstrar o uso de 4 objetos</li> <li>- Permanecer num só pé</li> <li>- Apresentar dominância pedal</li> <li>- Enfiar uma conta</li> <li>- Cortar com uma tesoura</li> <li>- Apagar/acender luz, sem demonstração</li> </ul>

Comparativamente à avaliação inicial do PEP-3, houve ligeiras alterações, nas 3 áreas avaliadas (ver Figura 3).

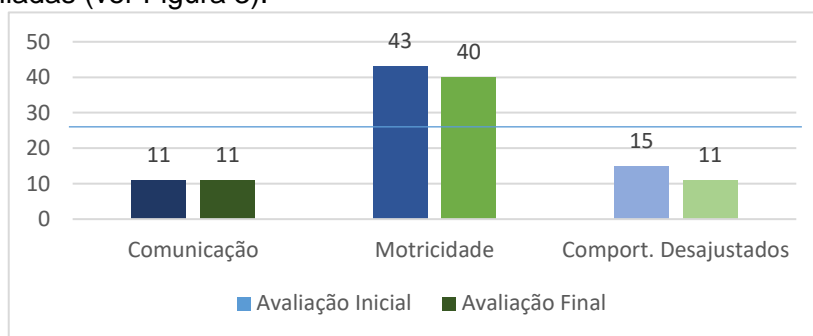


Figura C3 – Avaliação Inicial vs. Avaliação Final PEP-3

Após uma análise mais extensiva dos subitens, verifica-se (ver Figura 4) uma redução dos percentis em todos os subtestes avaliados, exceto na reciprocidade social.

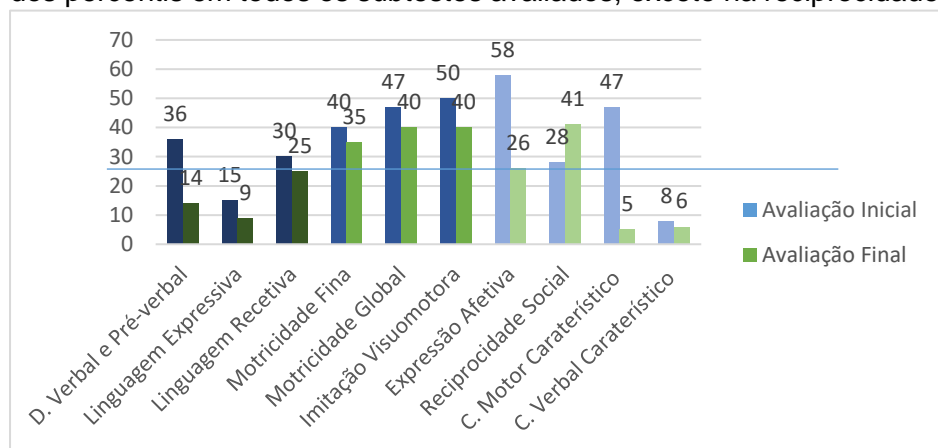


Figura C4 – Avaliação Inicial vs. Avaliação Final (Subtestes)

### **Notas importantes:**

- Para a análise dos gráficos devemos ter em conta que a criança mudou de faixa-etária na avaliação final (a verde), pelo que os resultados não devem ser comparados linearmente com a avaliação inicial (a azul).

- A baixa dos percentis advém do aumento da idade da criança, alterando os valores de comparação à norma.

- O instrumento não está padronizado para a população portuguesa o que pode influenciar os resultados.

- Os resultados devem ser analisados com referência a critério, isto é, relativamente aos valores anteriores obtidos pela criança.

Apesar destas considerações, era expectável pelo padrão de desenvolvimento, que a criança melhorasse os resultados, o que não se verificou na generalidade.

No entanto, há alguns pontos a salientar, nomeadamente a melhoria na reciprocidade social (e.g. nos itens de iniciativa de imitação social), na evolução de itens emergentes (que ficaram adquiridos) e nos itens de insucesso (que passaram a emergentes).

De forma concreta, apresentou evoluções tanto a nível da comunicação, nomeadamente no desenvolvimento verbal e pré-verbal (e.g. puzzles, correspondências, perceção do objeto permanente e interesse na sua procura), a nível da motricidade fina (e.g. na cooperação de ambas as mãos e no empilhar blocos), na imitação visuomotora (e.g. movimentar fantoches), nos comportamentos desajustados, na expressão afetiva (e.g. interesse e procura do contacto físico) e na reciprocidade social (e.g. na imitação social).

A nível qualitativo e motivacional a criança manteve o padrão de comportamento anterior de desinteresse e falta de cooperação o que, mais uma vez, pode enviesar a cotação dos itens e, consecutivamente, a avaliação das competências, dependendo estas da sua cooperação num determinado momento.

Todos os dados devem ser analisados tendo em conta o contexto da avaliação. A criança teve um longo período sem intervenção, de cerca de 2 meses, em que foi de férias para o país de origem. Como tal, para além de alterar completamente o contexto social e cultural, altera de forma significativa a perceção da língua e as rotinas diárias. Isto dificulta bastante a intervenção e a evolução da criança e cria retrocessos na cooperação e rotina de trabalho na APPDA.

## **PROPOSTAS**

A avaliação através deste instrumento de perfil de competências indica que deverá ser reavaliado, após um período de intervenção, de forma a perceber a evolução dos diversos itens e adaptar as estratégias de intervenção.

A criança deverá manter as intervenções realizadas, nomeadamente ao nível da terapia comportamental (que aumentou para duas vezes semanais a pedido da mãe), da psicomotricidade, da terapia ocupacional e da terapia da fala (que passou a ter uma vez por semana, por solicitação da mãe).

É de realçar a pertinência de uma avaliação ao nível da autonomia, em conjunto com a mãe, tal como de uma intervenção nesse sentido, de forma a acompanhar a idade da criança.

É fundamental um trabalho contínuo e multidisciplinar com a criança, havendo uma generalização das estratégias e objetivos, nos vários contextos de vida.

Diretora Técnica

---

(Prazeres Domingues)

## Anexo D - Exemplo de autorização de cedência de direitos áudio e imagem



Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana  
APPDA – VISEU



### Autorização de cedência de direitos áudio e imagem

Eu \_\_\_\_\_  
filho(a) de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e portador(a) do  
B.I./Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_, venho por este meio declarar, que para os  
devidos efeitos legais  **Autorizo** /  **Não Autorizo** a utilização da minha imagem (fotografia  
e vídeo), material recolhido durante sessões de psicomotricidade, para efeitos académicos, de  
estágio de mestrado em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana,  
enquadrado e supervisionado pela APPDA-VISEU.

Perante este pedido, é garantida a confidencialidade dos dados, não sendo utilizadas quaisquer  
informações que possam conduzir à identificação do cliente e da sua família.

Abraveses, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O(A) Cliente

\_\_\_\_\_

*A preencher no caso de menores*

Tomei conhecimento, e como encarregado(a) de educação  **Autorizo** /  **Não Autorizo** a  
divulgação dos dados pessoais do(a) meu(minha) educando(a) para os fins acima mencionados.

O(A) encarregado(a) de educação

\_\_\_\_\_

A estagiária

\_\_\_\_\_

## Anexo E - Exemplo de consentimento informado



Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana  
APPDA – VISEU



### Consentimento Informado

Serve o presente consentimento para informar que os dados pessoais, recolhidos durante todo o processo de avaliação e intervenção psicomotora, enquanto aluna de 2º ano, em estágio de mestrado em Reabilitação Psicomotora, servirão somente para fins académicos, sendo garantidas todas as condições de anonimato.

Eu

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
filho(a) de \_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nascido(a) em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ e portador(a) do  
B.I./Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_, venho por este meio declarar, que compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados que me dizem respeito e que me foram asseguradas.

Abraveses, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

O(A) Cliente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*A preencher no caso de menores*

Tomei conhecimento, e como encarregado(a) de educação, compreendi as garantias de confidencialidade e proteção dos dados pessoais do(a) meu(minha) educando(a) para os fins acima mencionados.

O(A) encarregado(a) de educação

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
A estagiária

## Anexo F - Ficha de cotação BPM (Página 1)

**BATERIA PSICOMOTORA (BPM)**  
destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança  
(Vitor da Fonseca 1975)

NOME \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_ ANOS \_\_\_\_ MESES

FASES DE APRENDIZAGEM \_\_\_\_\_

OBSERVADOR \_\_\_\_\_ DATA DA OBSERVAÇÃO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

PERFIL

UNIDADE		PERFIL				CONCLUSÕES E INTERPRETAÇÕES
		4	3	2	1	
1.ª UNIDADE	TONCIDADE .....					
	EQUILIBRAÇÃO .....					
2.ª UNIDADE	LATERALIZAÇÃO .....					
	NOÇÃO DO CORPO .....					
	ESTRUTUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL .....					
3.ª UNIDADE	PRAXIA GLOBAL .....					
	PRAXIA FINA .....					

Escala de pontuação:

1. Realização imperfeita, incompleta e descoordenada (*fraco*) perfil apráxico
2. Realização com dificuldades de controlo (*satisfeatório*) perfil dispráxico
3. Realização controlada e adequada (*bom*) perfil eupráxico
4. Realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada (*excelente*) perfil hiperpráxico.

**RECOMENDAÇÕES (projecto terapêutico-pedagógico):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Anexo G - Guia de aplicação da BPM (Página 1)



Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana  
APPDA – VISEU



### Guia de Aplicação da Bateria Psicomotora

Adaptado de Fonseca (2010)

Objetivo: análise do perfil psicomotor da criança (4 aos 12 anos)

Fator	Controlo Respiratório	
Subfactor	Inspiração e Expiração	
Material	Cronómetro	
Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Após direção verbal e/ou demonstração realizar 4 inspirações simples: <b>nariz, boca, rápida e lenta;</b></li> <li>▪ 4 expirações simples: <b>nariz, boca, rápida e lenta.</b></li> </ul>	
Cotação	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. 4 inspirações ou expirações de forma correta e controlada;</li> <li>3. 4 inspirações ou expirações completas;</li> <li>2. 4 inspirações ou expirações sem controlo, com fraca amplitude ou sinais de desatenção;</li> <li>1. Não realizou as 4 inspirações ou expirações ou se as realizou de forma incompleta e inadequada, sugerindo descontrolo tónico-respiratório.</li> </ol>	
Subfactor	Apneia	
Material	-	
Procedimento	Deve manter-se em bloqueio torácico durante o máximo de tempo possível Obs.: mímicas, instabilidade, sorrisos, etc.	
Cotação	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. se a criança mantém bloqueio torácico acima de 30s sem sinais de fadiga;</li> <li>3. se a criança mantém entre 20-30s sem sinais de fadiga ou de descontrolo;</li> <li>2. se a criança mantém entre 10-20s com sinais evidentes de fadiga ou de descontrolo;</li> <li>1. se a criança não ultrapassa os 10s ou se não realiza a tarefa.</li> </ol>	
Subfactor	Fatigabilidade	
Material	-	
Procedimento	Impressão geral que o observador retira da criança, tal como o grau de atenção e motivação durante toda a BPM.	
Cotação	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. sem sinais de fadiga, mantendo-se motivada e atenta durante todas as tarefas;</li> <li>3. se revelou alguns sinais de fadiga sem significado clínico;</li> <li>2. se revelou sinais de fadiga em várias tarefas, demonstrando desatenção e desmotivação;</li> <li>1. se resistiu às tarefas, manifestando frequentes sinais de fatigabilidade e de labilidade das funções de alerta e de atenção.</li> </ol>	
Fator	Tonicidade	
Subfactor	Extensibilidade Membros Inferiores	
Material	Colchão e fita métrica	
Procedimento	<b>Adutores:</b> Sentada com apoio póstero-lateral das mãos, afastar e estender, ao máximo, as pernas. Obs.: amplitude do afastamento de ambas as pernas e o grau de resistência por simples e suave palpação.	
	<b>Extensores da Coxa:</b> Deitada em decúbito dorsal, elevar as pernas até fletir as coxas sobre a bacia. O observador assiste a criança a realizar a extensão máxima das pernas. Obs.: amplitude da extensão, o grau de resistência e de consistência dos músculos posteriores da coxa e da perna.	

## Anexo H - Ficha de cotação do PEP-3 (Página 1)

# PEP-3

Psychoeducational Profile-Third Edition  
Examiner Scoring and Summary Booklet



### Section 1. Identifying Information

Name \_\_\_\_\_ Female  Male

Date Tested                    

Date of Birth                    

Age                    

Parent's Name \_\_\_\_\_

Examiner's Name \_\_\_\_\_

Examiner's Title \_\_\_\_\_

### Section 2. Record of Subtest Scores

	Raw Score	Developmental Age	%ile Rank	Developmental/ Adaptive Level
<b>Performance Subtests</b>				
1. Cognitive Verbal/Preverbal (CVP)	_____	_____	_____	_____
2. Expressive Language (EL)	_____	_____	_____	_____
3. Receptive Language (RL)	_____	_____	_____	_____
4. Fine Motor (FM)	_____	_____	_____	_____
5. Gross Motor (GM)	_____	_____	_____	_____
6. Visual-Motor Imitation (VMI)	_____	_____	_____	_____
7. Affective Expression (AE)	_____	_____	_____	_____
8. Social Reciprocity (SR)	_____	_____	_____	_____
9. Characteristic Motor Behaviors (CMB)	_____	_____	_____	_____
10. Characteristic Verbal Behaviors (CVB)	_____	_____	_____	_____
<b>Caregiver Report Subtests</b>				
1. Problem Behaviors (PB)	_____	_____	_____	_____
2. Personal Self-Care (PSC)	_____	_____	_____	_____
3. Adaptive Behavior (AB)	_____	_____	_____	_____

### Section 3. Record of Composite Scores

Composites	Performance Measures Standard Scores (SSs)										SS Sum	%ile Rank	Developmental/ Adaptive Level	Developmental Age	
	CVP	EL	RL	FM	GM	VMI	AE	SR	CMB	CVB					
Communication (C)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Motor (M)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Maladaptive Behaviors (MB)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

© 2005 by PRO-ED, Inc.  
3 4 5 6 12 11 10 09 08

Additional copies of this form (#11989) may be purchased from  
PRO-ED, 8700 Shoal Creek Blvd., Austin, TX 78757-6897  
800/897-3202, Fax 800/397-7433, www.proedinc.com

## Anexo I - EASCC



Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana  
APPDA – Viseu



### Avaliação Social, da Comunicação e Comportamental

**Nome do Cliente:**

**Data:**

**Idade:**

**Local:**

**Diagnóstico:**

**Duração:**

Classificação:

- 0 – não realiza;
- 1 – realiza com muitas dificuldades;
- 2 – realiza com ligeiras dificuldades;
- 3 – realiza sem dificuldades;
- 4 – realiza perfeitamente.

	Comportamento	Classificação	Comentários	
<b>Interação Social</b>	Apresenta contacto ocular			
	Responde quando chamado pelo nome	Olhar		
		Verbalmente		
		Pára uma ação		
	Cumprimenta e/ou despede-se, de forma espontânea			
	Cumprimenta e/ou despede-se, perante pedido			
	Inicia espontaneamente uma conversa			
	Termina uma conversa apropriadamente			
	Reage às instruções do adulto			
	Troca sorrisos sociais			
<b>Comunicação</b>	Pede ajuda			
	Expressa necessidades, desejos e preferências			
	Apresenta gestos, expressões faciais, durante o diálogo			

	Apresenta uma proximidade adequada numa conversa		
	Inicia ou mantém conversas com diversos tópicos de conversa		
	Perceciona pistas comunicativas (e.g. muda de tópicos perante expressões faciais)		
	Inicia ou mantém conversas com tópicos de interesse do outro		
	Espera pela sua vez numa conversa		
	Interrompe, verbalmente, outras pessoas		
	Consegue descrever uma sequência de acontecimentos		
	Consegue explicar acontecimentos, complexos		
	Ouve uma história, durante pelo menos 5 minutos		
<b>Comportamental</b>	Reage a elogios		
	Reage a críticas		
	Reage ao contacto físico		
	Inicia atividades, de forma autónoma		
	Inicia atividades, quando solicitado		
	Partilha brinquedos/objetos por sua iniciativa		
	Coopera nas tarefas, a pedido		
	Coopera nas tarefas, autonomamente		
	Espera pela sua vez num jogo		
	Apresenta reciprocidade num jogo em conjunto		

## Anexo J - Ficha de cotação do DAP (Página 1)

# DAP

DESENHO DE UMA PESSOA

### Um Sistema de Cotação Quantitativo

Jack A. Naglieri

Tradução e Adaptação de:

NEOPRAXIS - DEER - FMH - UTL

com colaboração de Nuno Cabral e M<sup>a</sup> Helena Sousa

### Folheto de Registo Informações do Examinado

Nome \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_ Ano de Escolaridade \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_

Examinador \_\_\_\_\_ Professora \_\_\_\_\_

Data do teste

ANO

MÊS

DIA

Data de  
Nascimento

ANO

MÊS

DIA

Idade  
Cronológica

ANO

MÊS

DIA

#### Resumo da Pontuação

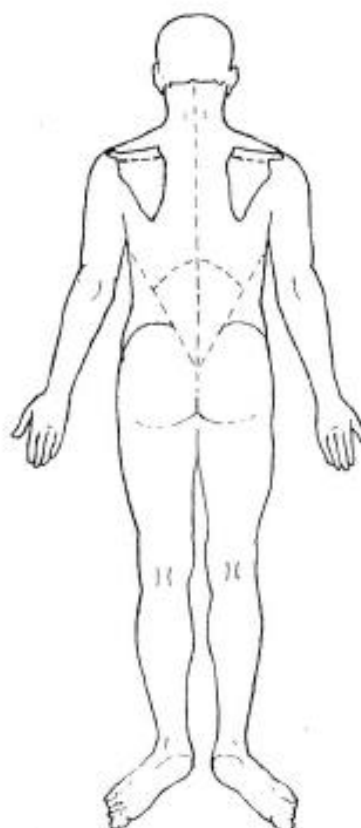
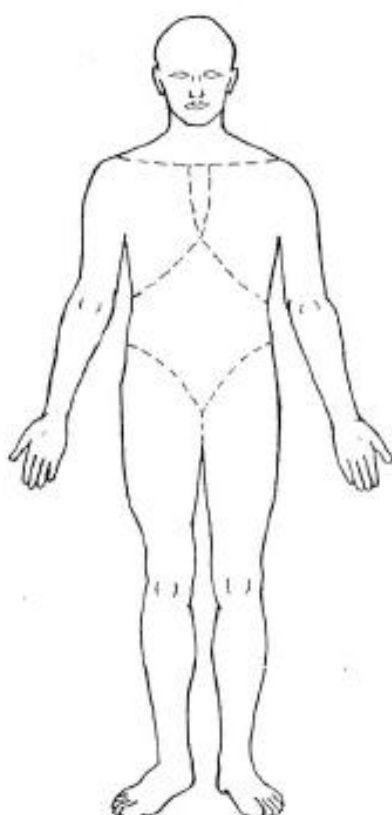
Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Percentil	% Intervalo de Confiança	
				( $\mp$ ) para	para
Homem (H)	_____	_____	_____	( $\mp$ ) para	para
Mulher (M)	_____	_____	_____	( $\mp$ ) para	para
O Próprio(P)	_____	_____	_____	( $\mp$ ) para	para
Totais (H+M+P)	_____	_____	_____	( $\mp$ ) para	para
Total da Classificação do Teste:					

THE PSYCHOLOGISTS CORPORATION HARCOURT BRACE JOVANOVICH, Inc

## Anexo K - Ficha esquema de tensões

### Esquema de Tensões

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_



Verde: pouca ou nenhuma tensão  
Amarelo: tensão média  
Vermelho: tensão muito elevada

## Anexo L - Exemplo de plano de sessão (Caso 1 – D.)



Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana  
APPDA – Viseu



### Plano de Sessão – nº14

**Nome do Cliente:** S. M.

**Data:** 15/02/2017

**Objetivos Gerais:** domínios motor, sócio emocional, cognitivo e social

**Idade:** 12 anos

**Local:** sala de psicomotricidade

**Objetivos Específicos:** praxia global - controlo de movimentos, praxia fina,

**Diagnóstico:** PEA

**Duração:** 40 min

esquema corporal, controlo respiratório.

**Material:** 3 cartões (vermelho, verde e amarelo), dominó, coração de cartão para enfiamentos, cordel, colchão.

	Duração	Atividade	Descrição da Atividade	Material	Objetivos	Estratégias	Crítérios de Êxito
Parte Inicial	2'	Ritual de entrada	Entrar na sala cumprimentando a técnica. Dar tempo para iniciar uma conversa.	-	Promover a interação social.	Se não cumprimentar de forma espontânea, questionar, dar instrução verbal ou, se necessário, voltar a entrar. Fazer pausa, verbal, para que possa iniciar uma conversa, caso não o realize dar feedback ou pistas verbais.	Cumprimentar a técnica ao entrar na sala. Iniciar um pequeno tópico de conversa, com ajuda ou em autonomia.
Parte Fundamental	10'	Os semáforos	Apresentando-lhe 3 cartões: vermelho, amarelo e verde, remeter para um semáforo, questionar o significado das cores; pedir para andar pela sala, seguindo as regras dos cartões apresentados: verde - parar; amarelo - caminhar; verde - correr. Variante: introduzir obstáculos na sala, que terá que contornar nos seus trajetos (e.g. blocos de espuma).	- 3 cartões: vermelho, verde e amarelo	Promover a atenção. Promover a discriminação visual. Promover o controlo de movimentos. Promover a praxia global.	Instrução verbal inicial, dar pistas verbais ou feedback, caso erre ou pare a tarefa. Tornar a tarefa lúdica (e.g. questionar sobre o destino e suas viagens).	Deve concretizar a tarefa com menos de 3 hesitações entre cartões.
	10'	Dominó	1º Em mesa apresentar-lhe peças de um dominó e pedir para colocar 10 peças em	- Dominó	Promover a coordenação visuomotora.	Instrução verbal e autonomia na concretização.	Deve colocar pelo menos 7 peças na totalidade.

		<p>pé, alinhadas, para depois as derrubar com um pequeno toque.</p> <p>2º Com as peças do dominó tem de construir o seu primeiro nome.</p>		<p>Promover a praxia fina.</p> <p>Promover a orientação no espaço.</p>	<p>Demonstrar o objetivo e o procedimento (distância entre cada peça).</p> <p>Dar pistas visuais, caso necessário, no seu nome.</p>	<p>Deve realizar o nome utilizando todas as peças.</p>
	8'	<p>Sendo o dia após o S. Valentim, dar um pedaço de cartão, vermelho, em forma de coração com uns orifícios para enfiamentos, no seu contorno e pedir que conclua o enfiamento de um cordel e dê um laço no final.</p>	<p>- Coração de cartão para enfiamentos</p> <p>- Cordel</p>	<p>Promover a praxia fina.</p> <p>Promover a coordenação visuomotora.</p> <p>Promover a capacidade manipulativa.</p>	<p>Instrução verbal e, caso necessite, feedback verbal, mas procurando a máxima autonomia.</p>	<p>Deve realizar os enfiamentos passando por todos os orifícios.</p> <p>Dar um laço completo, com ou sem ajuda.</p>
	7'	<p>Sentado num colchão, pedir para inspirar e expirar de forma prolongada e audível, 10 ciclos, enquanto lhe toco, com alguma pressão, sobre as costas.</p> <p>Variante: pedir para estender as pernas e na expiração fletir o tronco sobre as mesmas e na inspiração subir o tronco – sempre com as respirações evidentes.</p>	<p>- Colchão</p>	<p>Promover o controlo respiratório.</p> <p>Promover o esquema corporal.</p> <p>Promover a postura.</p>	<p>Dar feedbacks verbais e/ou visuais (demonstração) ou manipulação, caso necessite de correção dos movimentos/respiração/postura.</p> <p>Na variante manter as mãos sobre as suas costas, de forma a auxiliar nos movimentos da respiração e maximizar a sua duração.</p>	<p>Deve apresentar uma postura correta, com ou sem feedback.</p> <p>Deve realizar, pelo menos 5 ciclos respiratórios completos e em controlo.</p>
Parte Final	3'	<p>Pedir para arrumar os materiais da sala e, por fim, vestir o casaco e despedir-se da técnica junto à porta.</p> <p>Abrir a porta e sair da sala.</p>	-	<p>Promover a construção de rotinas.</p> <p>Promover a interação social.</p>	<p>Instrução verbal e, caso necessário, feedback verbal, mas procurando a máxima autonomia, com o arrumar a sala e vestir-se.</p> <p>Se não cumprimentar de forma espontânea, questionar o que falta, antes de sair.</p> <p>Esperar para que peça ajuda, caso necessite, no abrir a porta.</p>	<p>Cumprimentar a técnica antes de sair da sala.</p> <p>Deve abrir a porta ou pedir ajuda caso não consiga sozinho.</p>

## Anexo M - Exemplo de plano de sessão (Caso 4 – Grupo)



Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana  
APPDA – Viseu



### Plano de Sessão – nº11

**Nome do Cliente:** J.D. e J.P.

**Data:** 10/05/2017

**Objetivos Gerais:** domínios motor, sócio emocional e cognitivo.

**Idade:** 16 e 19.

**Local:** sala de psicomotricidade

**Objetivos Específicos:** interação social, cooperação, praxia global,

**Diagnóstico:** PEA

**Duração:** 45 min

imitação, esquema do corpo, comunicação, auto e heteroavaliação,

**Material:** caixas de cartão, material diverso da sala, música e colchões.

abstração e passividade.

	Duração	Atividade	Descrição da Atividade	Material	Objetivos	Estratégias	Crítérios de Êxito
Parte Inicial	3'	Ritual de entrada	Entrar na sala cumprimentando a técnica e os colegas. Sentarem-se em roda, com campo de visão sobre todos e dar-lhe espaço para partilhas.	-	Promover a interação e comunicação. Promover o cumprir de regras sociais e construção de rotinas.	Dar a palavra a todos os elementos, caso seja necessário dar pistas verbais sobre partilhas, e.g. sessão passada/sua semana.	Cumprimentarem a técnica e os colegas, ao entrar na sala. Todos partilharem ou comentarem algum aspeto, com ou sem reforço.
	20'	As caixas	Com diversas caixas de cartão, devem: - Andar pela sala, livremente, com uma à sua escolha; - Equilibrar a caixa numa parte do corpo indicada (e.g. cabeça, ombros, barriga, pernas, etc.), permanecendo em movimento; - Dar (e receber) a caixa à pessoa mais próxima, quando dita a palavra “Troca”, olhando-se olhos nos olhos no momento da troca; - “roubar” a caixa a alguém, sem que esta perceba, até o terem feito a todos os colegas; - Um de cada vez andarem pela sala guiando os colegas, que o têm de imitar (ritmo de movimento, gestos, verbalizações);	- Caixas de cartão - Material diverso da sala	Promover a praxia global. Promover a imitação. Promover o esquema corporal. Promover a agilidade. Promover a interação social. Promover a comunicação verbal e não verbal. Promover a cooperação.	Dar instrução e pistas verbais, corretivas, se necessário; ou demonstração, mas procurando a sua autonomia e iniciativa. Dar tempo para construção, dar pistas sobre a cooperação, ou sobre algum material, a usarem, mas em autonomia.	Devem equilibrar, pelo menos 5 segundos, a caixa em cada parte do corpo, com ou sem movimento. Devem dar-receber e roubar uma caixa a todos os colegas. Devem olhar nos olhos no trocar a caixa. Todos devem guiar os colegas, alternando movimentos, ritmo e sons.

			- Em conjunto devem construir uma casa, se necessário com materiais extra da sala.				
	8'	“Eu sou o outro”	Sentados em roda, escolher um primeiro elemento, que deve reproduzir um colega, dizendo “Eu sou o (nome do colega)”, imitando a sua postura, andar, forma de falar, gestos e expressões típicas, entre outros; um segundo colega pode acrescentar mais aspetos ao anterior. Devem trocar até todos serem representados e representarem. No final, em roda, dar espaço para auto e heteroavaliação, com críticas, elogios, novidades, sentimentos, entre outros.	-	Promover a imitação. Promover o esquema do corpo. Promover a comunicação verbal e não-verbal. Promover a auto e hetero percepção e avaliação.	Instrução verbal, dar pistas verbais sobre o que reproduzir (postura, gestos, entre outros) e, se necessário, demonstração, como exemplo. Dar pistas verbais, na partilha final, remetendo para avaliação do próprio e dos colegas.	Cada um deve reproduzir, pelo menos, 3 aspetos específicos de cada colega. Devem partilhar um aspeto de si próprios e do outro (tanto crítica como elogio).
	10'	Relaxação	Devem deitar-se dentro da casa, construída em conjunto na atividade “As caixas”, em colchões. Fechando os olhos, com música instrumental de fundo, devem pensar num sítio calmo, que lhes transmita tranquilidade, pensar em alguém ou algo que gostem e imaginarem-se em tal momento. Ainda, imaginem o sair de casa para algum sítio (floresta, praia, jardim, etc) e sintirem todos os sons e pormenores no mesmo. Questionar momentos difíceis/fáceis, no relaxar e imaginar e, ainda, o que imaginaram e sentiram.	- Música - Colchões	Promover a passividade. Promover a abstração. Promover a imaginação. Promover o bem-estar. Promover a partilha de sensações e sentimentos.	Dar instrução verbal, pausadamente, com voz baixa, simultaneamente à música. Dar feedback, remetendo à música, por exemplo, caso se apresentem agitados. Dar feedback interrogativo e/ou pistas verbais (quando dificuldades), na partilha final.	Devem apresentar-se deitados, com os olhos fechados, até instrução. Devem partilhar pelo menos um momento imaginado, um sentimento e uma dificuldade/facilidade.
Parte Final	4'	Conversa Final	Sentados em roda, como no início da sessão, dar-lhes opção de partilharem experiências (o bom e o mau da sessão). Pedir uma palavra/sentimento, sobre a sessão atual. Despedirem-se uns dos outros e da técnica. Saída em conjunto da sala.	-	Promover a construção de rotinas. Promover a interação e comunicação. Promover a expressão de opiniões e sentimentos.	Instrução verbal e, caso necessário, feedback verbal, mas procurando a máxima autonomia nas palavras. Se não cumprimentarem de forma espontânea, dar feedback para tal.	Devem partilhar, pelo menos um aspeto (bom ou mau) acerca da sessão. Cumprimentar a técnica e os colegas antes de sair, com ou sem feedback.

## Anexo N - Certificado de dinamização de tertúlia



## Anexo O - Certificado de presença em formação



### Formação em Avaliação Psico-Educativa no autismo: PERFIL PSICO EDUCATIVO REVISTO, 3ª Edição – PEP3

A Federação Portuguesa de Autismo certifica a presença de:

Nome:

Am Rita Rodrigues Pereira

Profissão:

Técnico Superior de Psicometria

Na sessão de Formação em Avaliação Psico-Educativa no Autismo leccionada pela  
D.ª Rita Serpa Soares, Psicóloga Clínica, Diretora Pedagógica da APPDA-Lisboa  
no dia 8 de Julho de 2017 com a duração de 6.30 horas.

Presidente da FPDA-Federação Portuguesa de Autismo

Isabel Maria Cottineil Teimo Pardal Monteiro  
Isabel Maria Cottineil Teimo Pardal Monteiro

FPDA-FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE AUTISMO  
R. José Luís Garcia Rodrigues, 8º do Alto de Ajuda  
1300-565 Lisboa NIF: 509 834 205  
Telef: 21 3630040 Fax: 21 3616259  
fpda@fpda.pt www.fpda.pt

