



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora em contexto escolar na Associação Crescer com Sentido

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

Orientador: Doutor Vítor Manuel Lourenço Cruz

Júri:

PRESIDENTE

Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

VOGAIS

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

Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz, professor auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

Inês Sofia Vasques Serra

2025

Agradecimentos

Primeiramente, gostava de agradecer às crianças que acompanhei e fizera deste estágio a bonita experiência que foi, assim como às suas famílias que confiaram em mim e no meu trabalho, contribuindo para o meu crescimento enquanto psicomotricista.

Ao meu orientador académico, Professor Doutor Vítor Cruz, que se demonstrou sempre compreensivo e disponível para esclarecer qualquer dúvida. Obrigada pela sua rapidez nas respostas e apoio.

À Associação Crescer com Sentido e em especial à minha orientadora local, Doutora Cristina Vieira. Agradeço pelo seu carinho, pela partilha de conhecimento, pelas reuniões e reflexões conjuntas e pelo apoio constante ao longo do estágio.

Às professoras e técnicos das escolas por onde passei que sempre procuram fazer-me sentir bem e em casa, de modo a fazer o melhor trabalho possível.

Às minhas colegas, Ana e Clara que vivenciaram comigo os anos de mestrado e fizeram desta aventura ainda mais enriquecedora, por todas as conversas e stresses partilhados que assim ficavam mais leves, obrigada.

Às minhas amigas, que estão sempre prontas para me ouvir a desabafar, mesmo que já o tenha dito imensas vezes, por se disponibilizarem para me ajudar em qualquer circunstância e ter sempre a palavra certa a dizer.

Ao meu namorado, que me apoiou neste percurso, me incentivou a continuar e me ouviu, pelas palavras de conforto e por me animar nos piores momentos.

Por fim, à minha família, os que mais me apoiam, em especial aos que tem a paciência de conviver comigo todos os dias, que demonstram o seu amor e preocupação constantemente, obrigada à minha mãe, pai e irmão.

Resumo

No âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, integrado no plano curricular do segundo ano, do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa, foi desenvolvido o presente relatório. Este tem como principal objetivo a exposição do trabalho e vivência da estagiária ao longo do ano letivo 2023/2024 na Associação Crescer com Sentido, o local de acolhimento. Foram acompanhados em contexto escolar, 3 estudos de casos individuais, integrados no 1º e 2º ciclo escolar, em intervenção psicomotora. Numa primeira parte, é realizado o enquadramento institucional, assim como um enquadramento teórico baseado na revisão de literatura, que aborda temas relevantes (multiculturalidade, atenção e Síndrome de Williams). Na segunda parte, é exposto o enquadramento prático, do qual integra as etapas e organização do estágio, os locais de intervenção e a apresentação detalhada dos estudos de caso. Por fim, a conclusão e reflexão pessoal da estagiária acerca a sua vivência no estágio.

Palavras-chave: Intervenção Psicomotora, Psicomotricidade, Associação Crescer com Sentido, Multiculturalidade, Síndrome de Williams, Intervenção em contexto escolar.

Abstract

This report was developed as part of the Professional Skills Development branch, which is a component of the second-year curriculum for the master's degree in Psychomotor Rehabilitation at the Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa. Its main objective is to present the work and experience of the intern throughout the 2023/2024 academic year at Associação Crescer com Sentido, the host institution. Three individual case studies were monitored in a school context, integrated into the 1st and 2nd school cycles, as part of a psychomotor intervention. The first part of the report provides the institutional framework, as well as a theoretical framework based on a literature review, which addresses relevant topics (multiculturalism, attention, and Williams Syndrome). The second part presents the practical framework, which includes the stages and organization of the internship, the locations of the interventions, and a detailed presentation of the case studies. Finally, the conclusion and personal reflection of the intern on her experience during the internship.

Key-words: Psychomotor Intervention, Psychomotricity, Associação Crescer com Sentido, Multiculturalism, Williams Syndrome, Intervention in a school setting

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	ii
Índice Geral	iii
Índice de Tabelas	v
Índice de Figuras	v
Lista de Abreviaturas	vi
Introdução	1
I Enquadramento da Prática Profissional	2
I.1 Enquadramento Institucional	2
I.1.1 Associação Crescer com Sentido	2
I.2 Enquadramento Teórico	4
I.2.1 Multiculturalidade	4
I.2.2 Atenção	5
I.2.3 Síndrome de Williams	7
I.2.4 Intervenção Psicomotora	11
II Realização da Prática Profissional	12
II.1 Etapas e Organização das Atividades de Estágio	12
II.2 Caracterização dos Locais de Intervenção	15
II.2.1 Escola Básica do 1º ciclo com Jardim de Infância Engenheiro Ressano Garcia	15
II.2.2 Externato Nossa Senhora da Penha de França	15
II.3 Estudos de Caso	16
II.3.1 Instrumentos de Avaliação	16
II.3.2 Estudo de Caso L.	19
II.3.3 Estudo de caso M.	34

II.3.4	Estudo de caso R.	42
II.3.5	Atividades complementares	53
	Conclusão	54
	Bibliografia	57
	Anexos	63
	Anexo A- Plano de intervenção do L.	63
	Anexo B- Exemplo de plano de sessão do L.	65
	Anexo C- Plano de intervenção do M.	66
	Anexo D- Exemplo de Plano de Sessão do M.	67
	Anexo E- Plano de intervenção do R.	67
	Anexo F- Exemplo de sessão do R.	70
	Anexo G- Exemplo de sessão grupal	71

Índice de Tabelas

<i>Tabela 1- Organização temporal das atividades de estágio</i>	13
<i>Tabela 2- Horário da estagiária</i>	14
<i>Tabela 3- Resultados da Avaliação Inicial do L. nas Escalas de Conner</i>	20
<i>Tabela 4- Objetivos Gerais e Específicos da Intervenção do L.</i>	26
<i>Tabela 5- Resultados da Avaliação Inicial do M. nas Escalas de Conner</i>	35
<i>Tabela 6- Objetivos Gerais e Específicos da Intervenção do M.</i>	38
<i>Tabela 7- Objetivos Gerais e Específicos da Intervenção do R.</i>	46

Índice de Figuras

<i>Figura 1- Organigrama 2024</i>	3
<i>Figura 2- Resultados da Avaliação Inicial do L. na BPM</i>	24
<i>Figura 3- Resultados da Avaliação Inicial do CAS do L.</i>	25
<i>Figura 4- Resultados da reavaliação da BPM do L.</i>	30
<i>Figura 5- Resultados da reavaliação do CAS do L.</i>	31
<i>Figura 6- Resultados da Avaliação Inicial do M. no CAS</i>	37
<i>Figura 7- Resultados da Reavaliação do M. no CAS</i>	40
<i>Figura 8- Resultados da Avaliação Inicial da BPM do R.</i>	45
<i>Figura 9- Resultados da reavaliação da BPM do R.</i>	51

Lista de Abreviaturas

ACCS- Associação Crescer com Sentido

IPPS- Instituição Particular de Solidariedade Social

BPM- Bateria Psicomotora

CAS- *Cognitive Assessment System*

PHDA- Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção

SW- Síndrome de Williams

DID- Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

Introdução

No âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, integrado no plano curricular do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, foi desenvolvido o presente relatório. Neste encontra-se as experiências vivenciadas pela estagiária ao longo do estágio, que ocorreu sob a orientação do Professor Doutor Vítor Cruz e da Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, Doutora Cristina Vieira, na Associação Crescer com Sentido ao longo do ano letivo 2023/2024.

Numa primeira instância, será exposto o Enquadramento da Prática Profissional, que conta com o enquadramento institucional, onde se encontra a descrição do local de estágio, a sua missão e valores, a população acompanhada, os recursos materiais, os serviços prestados, os seus horários e organização interna. De seguida, é apresentada uma revisão da literatura de temas relevantes para os casos acompanhados, sendo estes a Multiculturalidade, a Atenção, a Síndrome de Williams e a Intervenção Psicomotora.

Posteriormente, é exposta a componente da Realização da Prática Profissional. Esta inicia-se pela descrição das etapas e organização do estágio, seguindo-se com a caracterização dos locais de intervenção. Posteriormente, são apresentados os estudos de caso, iniciando-se pela descrição dos três instrumentos de avaliação utilizados na intervenção, i.e., a Bateria Psicomotora, as Escalas de *Conners* e o *Cognitive Assessment System*. De modo a ter uma compreensão detalhada dos casos, são apresentados nos mesmos todo o processo da intervenção psicomotora, desde a descrição do caso, a avaliação inicial, o perfil intraindividual, o plano de intervenção, a avaliação final e a conclusão e reflexão da intervenção. Os três estudos de caso são duas crianças do 1º ciclo e um jovem do 3º ciclo, todos de nacionalidade brasileira. Os dois primeiros casos descritos não apresentam qualquer diagnóstico, enquanto o terceiro tem Síndrome de *Williams*.

O relatório termina com a conclusão e reflexão da estagiária acerca do vivenciado, dos seus maiores desafios e aprendizagens, assim como de que forma o estágio contribuiu para o seu crescimento pessoal e profissional.

Em anexo, é possível consultar todos os documentos complementares às atividades de estágio.

I Enquadramento da Prática Profissional

Neste capítulo será apresentada uma descrição sobre a Associação Crescer com Sentido (ACCS), onde decorreu o estágio, assim como os projetos que foram realizados no mesmo. No presente segmento encontra-se uma caracterização geral da instituição, a sua principal missão, população alvo, organização e organigrama, recursos materiais, assim como os serviços prestados. Para além disso, serão abordados conteúdos de revisão bibliográfica referentes às temáticas que mais se destacaram ao longo do estágio ou são características dos indivíduos alvo de intervenção.

I.1 Enquadramento Institucional

I.1.1 Associação Crescer com Sentido

A Associação Crescer com Sentido (ACCS), é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) prestadora de serviços de apoio a crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais, assim como às suas famílias (ACCS, 2023; ACCS, s.d.). Foi fundada no ano de 2011 em Lisboa, por um grupo de profissionais das áreas de psicomotricidade, psicologia e terapia da fala (C. Vieira, comunicação pessoal, 16 de janeiro de 2024).

A ACCS tem como principal missão e objetivo contribuir para o aumento da qualidade de vida dos seus clientes através da prestação de cuidados terapêuticos nas diversas áreas de saúde e educação (ACCS, 2023). A associação acompanha entre 70 e 80 famílias, com indivíduos de idades compreendidas entre os 2 e os 24 anos, tendo como patologias mais frequentes a Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação de Aprendizagem Específica, Problemas de Comportamento, Perturbações da Linguagem, entre outras (C. Vieira, comunicação pessoal, 16 de janeiro de 2024). De momento, são acompanhadas principalmente crianças e jovens que frequentam o 1º, 2º e 3º ciclo (C. Vieira, comunicação pessoal, 16 de janeiro de 2024).

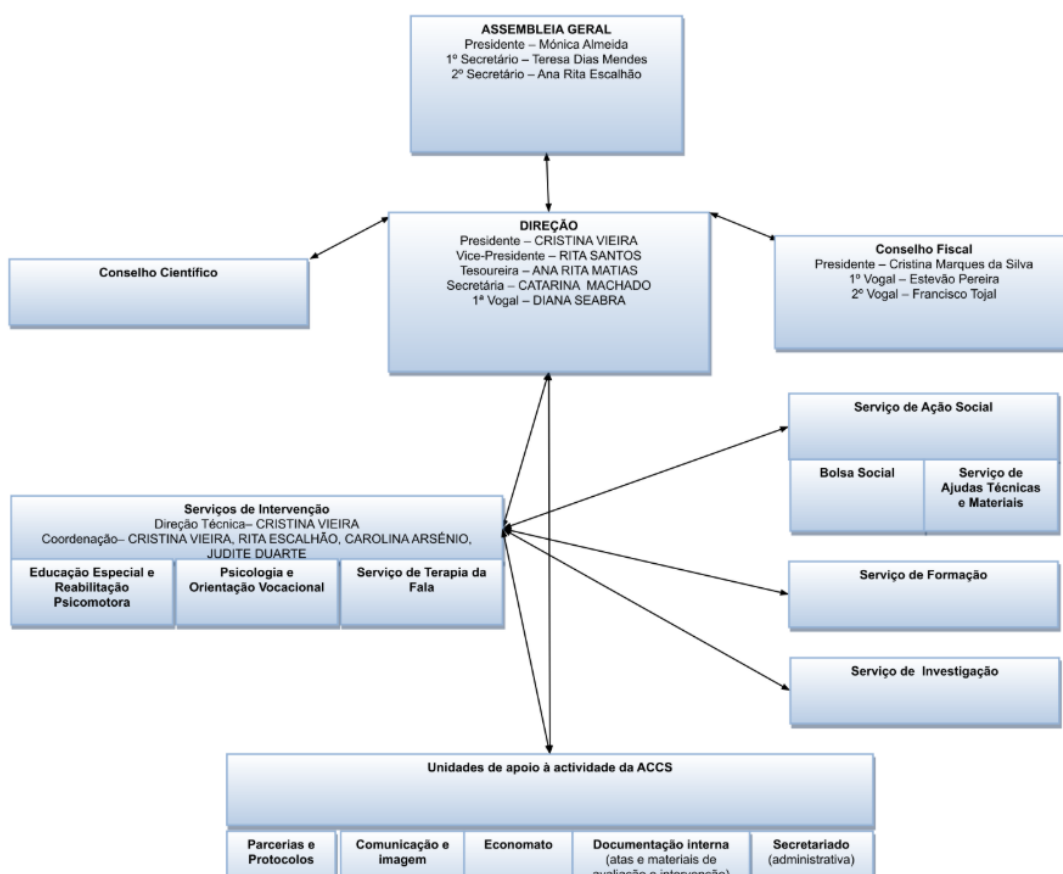
As áreas dos serviços prestados passam pela Avaliação Psicopedagógica, o Método de Davis, a Psicomotricidade, a Terapia da Fala, a Intervenção Precoce, a Psicologia Clínica, o Apoio Psicológico e a Orientação Escolar e Vocacional (ACCS, s.d.). O processo de acompanhamento inicia-se pela recolha de informações acerca do indivíduo através da anamnese e posteriormente por um planeamento da avaliação e/ou intervenção (ACSS, 2023).

No que concerne aos recursos materiais, a ACCS localiza-se na Avenida de Berna, em Lisboa. Nas suas instalações, está equipada com quatro salas de atendimento para a diferentes áreas de intervenção, uma sala com equipamento específica para a avaliação e intervenção em psicomotricidade, uma sala de espera, uma sala de reuniões/formação, assim como duas casas de banho (ACCS, 2023).

Como horário de funcionamento, a ACSS tipicamente conta com atendimento de segunda-feira a sábado, das 08h00 às 21h00 (ACCS,2023). Contudo, o horário específico de atendimento de cada cliente deve ser definido com o técnico responsável pelo caso (ACCS, 2023). O local de prestação de serviços poderá variar, entre a sede da associação ou outro local, como o domicílio ou a escola do individuo acompanhado, consoante as disponibilidades dos espaços e as necessidades do cliente, tendo as sessões uma média de 50 minutos (ACCS, 2023).

Na figura é possível observar o organigrama da organização interna da ACCS, assim como todos os departamentos atualmente em vigor e os seus coordenadores (ACCS, 2023).

Figura 1- Organigrama 2024



(ACCS, 2023, p.21)

A ACCS visa a promoção de ações educativas, formativas, científicas e de investigação, para os seus colaboradores, quer a nível pessoal, académico ou profissional (ACCS, 2023). Para além disso, a ACCS procura promover ações de âmbito social, tais como angariar fundos através de entidades públicas e privadas, estabelecendo protocolos com escolas e entidades empregadoras, de modo a fornecer um serviço acessível às famílias que necessitam (ACCS, 2023). É disponibilizada ainda anualmente uma bolsa social, onde os associados se podem candidatar de modo a obterem uma comparticipação dos custos dos serviços prestados pela associação (ACCS, 2023). Para a obtenção dessa bolsa é realizado um processo de avaliação que tem em conta as condições económicas, sociais e culturais do agregado familiar (ACCS, 2023).

I.2 Enquadramento Teórico

No acompanhamento teórico, serão abordadas as temáticas mais relevantes que vão de encontro aos casos acompanhados, assim como é feita uma revisão de literatura acerca da intervenção psicomotora.

I.2.1 Multiculturalidade

Segundo o Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (Porto Editora, 2025), a multiculturalidade é a qualidade do que é multicultural, i.e., algo pertencente a mais do que uma cultura em simultâneo ou constituído por grupos culturais distintos.

Segundo o jornal Público (2025), no período letivo de 2024/2025, foram matriculados nas escolas públicas portuguesas 178.133 alunos estrangeiros, sendo 88.159 (49,5%) destes, filhos de cidadãos brasileiros, tendo em conta que a percentagem de alunos brasileiros aumentou cerca de 5% em relação ao ano letivo de 2023/2024. Tal dá-se devido ao maior fluxo de imigração que tem ocorrido ao longo dos anos (Público, 2025).

A oportunidade de mudar do seu país de origem para o país de acolhimento, traz consigo a vantagem de uma visão do mundo mais abrangente e a oportunidade de ganhar capacidades que lhes permitem interagir com diferentes envolvimentos (Kwon, 2018). Contudo, esta mudança pode afetar o desenvolvimento da criança em relação à dúvida de quem são, onde pertencem e de que modo se relacionam com os outros (Kwon, 2018). Para além disso, são deixados para trás amigos e família, o que pode causar um sentimento de luto às crianças, tendo em conta a tristeza sentida de os deixarem para trás (Koini et al., 2022).

Existem alguns desafios quando uma criança ou jovem muda de país, tais como obstáculos a nível cultural, social, psicológico e académico (Wilczewski e Alon, 2023). A

cultura é construída com base na sua língua e nas práticas sociais desse local, na medida que cada indivíduo comunica através da linguagem a sua própria identidade social e cultural (Wilczewski e Alon, 2023). A adaptação à nova cultura depende da capacidade psicológica e emocional para responder ao novo envolvimento (Wilczewski e Alon, 2023). No que concerne a adaptação psicológica, esta corresponde ao estado de bem-estar e equilíbrio emocional que o indivíduo apresenta, como consequência da sua experiência e relação estabelecida com os cidadãos do novo local de residência, enquanto a adaptação sociocultural é caracterizada pelas competências de adaptação perante os novos costumes culturais (Wilczewski e Alon, 2023). Por fim, a adaptação académica corresponde à habilidade de integrar-se de forma eficaz ao novo contexto escolar (Wilczewski e Alon, 2023). Uma melhoria da adaptação psicológica, pode contribuir positivamente para a redução da ansiedade na comunicação, tal como potencializar os comportamentos socialmente adequados (Oommen, 2014). Para além disso, os estudantes brasileiros que demonstram uma maior adaptação psicológica e satisfação com a vida, parecem demonstrar melhores resultados académicos (Neto 2024).

É fundamental compreender o impacto que a linguagem e a comunicação tem no sucesso escolar do aluno (Bernhofer e Tonin, 2022). Estudar numa língua da qual não é a sua língua materna ou não foi aquela que aprendeu o conteúdo que está a ser lecionado, requer um maior esforço cognitivo em comparação com uma situação em que não seja necessária essa troca, mesmo que o aluno seja bilíngue (Bernhofer e Tonin, 2022).

I.2.2 Atenção

A atenção revela-se como uma das capacidades básicas para o funcionamento cognitivo, que influencia diretamente a performance de outras funções cognitivas, assim como atua em conjunto com outras tantas, sendo esse o caso da perceção, da memória e das funções executivas (Moura, 2020). Para além disso, a forma que prestamos atenção está dependente do modo como ouvimos, vemos ou sentimos o mundo, sendo que os diferentes tipos de atenção utilizam diferentes locais do cérebro humano para funcionarem, embora interajam entre si (Grossberg, 2021). A atenção é uma capacidade fundamental no quotidiano dos indivíduos, seja para detetar rapidamente informação importante ou até mesmo para possibilitar uma reação motora rápida em caso de necessidade (Antunes et al., 2020).

Existem diversos tipos de atenção, sendo necessário compreender qual das áreas está fragilizada, podendo ser mais do que uma (Moura, 2020). A atenção sustentada caracteriza-se pela capacidade do indivíduo em focar-se na tarefa durante um período

longo (Moura, 2020). As estruturas cerebrais que estão por trás desta área são as regiões frontais e parietais do hemisfério direito (Liu et al., 2023).

A atenção seletiva, é descrita pela capacidade de foco no estímulo-alvo enquanto ignora os estímulos distratores, sejam estes internos ou externos (Moura, 2020; Manta, 2016). Posto isto, é possível afirmar que a atenção seletiva implica 2 ações. i.e., o foco no estímulo em questão e, simultaneamente, a inibição dos restantes estímulos (Moura, 2020). A atenção seletiva depende de diversas estruturas cerebrais como o córtex temporal superior, o córtex parietal inferior, o corpo estriado, entre outros (Moura, 2020). Apesar de tipicamente a atenção e a memória serem estudadas separadamente, estão intrinsecamente ligadas, dado que a memória de trabalho é consequência da atenção seletiva, i.e., um produto direto de onde a atenção seletiva está orientada naquele momento (Long et al., 2018).

Por sua vez, a atenção dividida caracteriza-se pela capacidade de manter a atenção em mais do que um estímulo, alternando entre as tarefas (Moura, 2020). Contudo, está dependente de competências como a flexibilidade, memória de trabalho e velocidade de processamento para ser realizada eficazmente (Moura, 2020). Neste tipo de atenção, as estruturas cerebrais necessárias são o córtex pré-frontal e o córtex parietal (Assem et al., 2020).

Por norma, os testes da atenção não a avaliam exclusivamente, mas sim em conjunto com outras funções cognitivas, como a perceção visuo-espacial, a velocidade de processamento e a rapidez psicomotora, pelo que estão dependentes também dessas competências nos resultados obtidos (Moura, 2020).

Há crianças que ao longo da sua aprendizagem tem uma grande dificuldade na manutenção da atenção nas aulas ou ao estudarem em casa, o que pode prejudicar o desempenho escolar (Hobbiss e Lavie, 2024). Maiores capacidades de atenção sustentada revelam melhores resultados a nível da matemática e da leitura, pelo que quando esta está comprometida pode afetar negativamente as aprendizagens (Gallen, 2023). Na matemática, destacam-se dificuldades a nível do planeamento e realização de um problema matemático, enquanto na leitura, é mais lenta e com menos precisão (Gallen, 2023).

Na escola, é importante ter em conta as necessidades da criança que apresenta dificuldades na manutenção da atenção, através da utilização de estratégias, tais como sentar a criança numa área da sala com poucos elementos distratores, evitar a estimulação excessiva, ajudá-la a ter uma mesa organizada apenas com os materiais necessários, dar

a oportunidade de se movimentar, procurar alternar atividades paradas com algumas mais ativas, espaçar períodos de trabalho com paragens, entre outros (Manta, 2016). Para além disso, têm dificuldade na iniciação e na finalização das tarefas de forma independente e são lentas na execução das mesmas (Rodrigues e Antunes, 2022). Para o estudo em casa, devem ser feitos intervalos regularmente e começar pelas tarefas mais difíceis, sendo que o bom sono tem muita influência na atenção e a família deve ter isso em conta (Manta, 2016).

A atenção pode estar afetada na Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), na Perturbação do Espectro do Autismo, na Síndrome de Williams, na Perturbação da Ansiedade Generalizada, entre outros (Guo et al., 2022; Kriesche et al., 2023; Miller e McLaughlin, 2024; Kozel et al., 2021).

Na intervenção com crianças com dificuldade a nível da atenção, é importante trabalhar em conjunto com a criança, a família e a escola (Antunes et al., 2020). Remenda-se materiais apelativos, assim como envolver as crianças na resolução de problemas que possam surgir (Antunes et al., 2020). Quando são dadas instruções, devem ser claras, simples e de uma ação, mantendo o contacto visual para garantir que o instruído foi ouvido e compreendido pelo recetor (Antunes et al., 2020).

I.2.3 Síndrome de Williams

O Síndrome de Williams (SW) é uma doença congénita rara, uma mutação genética que ocorre devido a uma micro deleção de 26 a 28 genes do cromossoma 7 e afeta os diversos sistemas do corpo humano (Kozel et al., 2021). Esta síndrome foi descrita pelo Dr. John C.P. Williams em 1961, ao encontrar quatro pacientes, não relacionados entre si, que revelavam características faciais em comum, atraso cognitivo e estenose aórtica supralvar (Staudt e Eagle, 2021). A prevalência a nível mundial é cerca de 1/10000, existindo casos por todo o mundo, pelo que pode afetar qualquer indivíduo independentemente da sua raça, etnia ou género (Stanley et al., 2021).

A idade em que ocorre o diagnóstico é variável, porém dá-se normalmente na infância (Stanley et al., 2021). É comum que os pais identifiquem algumas das características desta síndrome ao longo da primeira infância, devido às características físicas não comuns na família, assim como à presença dos problemas cardíacos (Staudt e Eagle, 2021). Segundo os estudos, não há evidência de que a SW esteja relacionada com a idade mais avançada dos pais, assim como não há conhecimento de outros fatores de

risco que contribuam para a presença da mesma, à exceção dos fatores genéticos (Kozel et al., 2021).

Fenótipo

Indivíduos com SW têm algumas características físicas em comum, sendo estas uma testa larga, nariz curto, ponta nasal larga, bochechas cheias, mandíbula pequena, lóbulos das orelhas grandes e boca larga (Kozel et al., 2021). Tipicamente têm uma estrutura física mais baixa do que o esperado, em comparação com os seus pares, tendo em conta a dificuldade existente a ganhar peso ao longo da infância (Kozel et al., 2021). Tal pode ser devido à dificuldade em alimentar-se, relacionado à sua sensibilidade motora oral (Kozel et al., 2021).

Complicações de saúde associadas

Embora qualquer um dos sistemas possa ser afetado, destacam-se o cardiovascular, nervoso central, gastrointestinal e endócrino, pelos que são prejudicados mais frequentemente (Kozel et al., 2021).

O sistema cardiovascular é o mais comum de sofrer algum tipo de anomalia, pelo que segundo as evidências, cerca de 80% dos indivíduos com WS revelam alguma complicação a este nível (Collins et al., 2024). A estenose aórtica e estenose das artérias pulmonares periféricas, são as duas condições médicas mais comuns na SW (Collins et al., 2024). Para além disso, a hipertensão e problemas de ritmo cardíaco também são frequentes (Collins et al., 2024). Estes indivíduos têm uma probabilidade maior de morte súbita, em comparação com o resto da população, sendo esta muitas vezes associada a anestésias ou sedações (Staudt e Eagle, 2021).

A nível do sistema gastrointestinal, indivíduos com SW podem apresentar com mais frequência problemas graves nesta área, chegando a casos onde existe a necessidade de ressecção cirúrgica do intestino isquémico, obstruído ou perfurado (Stanley et al., 2021).

Em relação a outras complicações, a hipercalemia na infância também é muito frequente (Diez-Itza, 2023). No que concerne à visão, pode ocorrer obstrução do canal lacrimal, a hipermetropia e a esotropia (Morris, 2023). Já na audição, destacam-se a otite média crónica e o aumento da sensibilidade ao som (Morris, 2023). No sistema urinário, a frequência urinária e a enurese são comuns em crianças com SW (Morris, 2023). Para além disso, apresentam uma maior probabilidade de ter diabetes na vida adulta, mesmo que não haja historial na família, dado o aumento de peso que tem tendência a ocorrer na vida adulta (Stanley et al., 2021).

Algumas das comorbilidades mais comuns na SW são a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, a Perturbação do Espectro do Autismo, a Perturbação de Ansiedade Generalizada e a Perturbação Obsessiva Compulsiva (Kozel et al., 2021).

Características

Indivíduos com SW tipicamente incluem alguns traços da sua personalidade em comum, tais como um excesso de simpatia, empatia, fobias, ansiedade e dificuldade na regulação emocional (Staudt e Eagle, 2021).

A SW está associada a atrasos no desenvolvimento e a dificuldade em atingir os marcos motores em comparação com indivíduos com desenvolvimento típico (Kozel et al., 2021). Estas crianças, revelam um comprometimento na manutenção da tonicidade (hipotónicos) e equilíbrio dinâmico, como nos saltos ou na marcha sobre a trave de equilíbrio (Mayall et al., 2021). A nível da motricidade global, também apresentam dificuldades generalizadas, apesar de demonstrarem melhores resultados em comparação com a motricidade fina (Wuang e Tsai, 2016). Posto isto, a área da motricidade fina, parece a mais afetada quando se refere aos atrasos no desenvolvimento motor em crianças com SW, dado necessitar de uma maior maturação do sistema nervoso central (Wuang e Tsai, 2016). Evidências referem que essa dificuldade pode estar associada à falta de capacidades visuo-espaciais que caracterizam a SW (Wuang e Tsai, 2016). Esta dificuldade generalizada nas competências motoras, pode impactar a autonomia do indivíduo com SW, pois ao apresentar pouca confiança sobre os seus movimentos, pode-se refletir numa baixa motivação intrínseca para realizar as tarefas (Mayall et al., 2021). As intervenções a nível motor parecem contribuir positivamente para o desenvolvimento das crianças com SW, considerando-se importante esse tipo de intervenção para uma maior qualidade de vida (Santos et al., 2015).

As dificuldades intelectuais leves a moderadas nesta população, são comuns (Kozel et al., 2021). De um modo geral, as capacidades linguísticas são mais fortes do que o esperado tendo em conta a dificuldade intelectual que apresentam (Kozel et al., 2021). Na capacidade visuo-espacial, em atividades como desenhar, escrever, fazer puzzles, competências de visualização imaginativa ou construção de blocos, existem mais dificuldades (Güven Baysal et al., 2023). A memória de trabalho também é afetada (Güven Baysal et al., 2023). A capacidade cognitiva parece manter-se estável até à vida adulta, podendo posteriormente ocorrer um declínio (Kozel et al., 2021).

Estudos revelam que indivíduos com SW apresentam dificuldades generalizadas nas funções executivas (Greiner de Magalhães, et al., 2022). De acordo com as evidências,

as dificuldades de regulação emocional estão relacionadas ao baixo nível do comportamento adaptativo, enquanto as dificuldades na inibição associam-se aos problemas de atenção (Greiner de Magalhães, et al., 2022). Destacam-se assim limitações na manutenção da atenção nas atividades, tal como a baixa capacidade de motivação intrínseca para a manutenção numa tarefa moderadamente difícil (Kozel et al., 2021).

Na atenção conjunta com estas crianças, parecem dar preferência pelo foco nos objetos em comparação com a face de quem está com eles. Este comportamento de atenção dirigida à face tem tendência para aumentar consoante a idade, o que se revela um bom indicador de comunicação não verbal (Diez-Itza et al., 2023).

Dificuldades na aprendizagem

No que concerne às aprendizagens escolares, as dificuldades são generalizadas. Crianças com SW têm mais facilidade nas competências de leitura quando comparadas às competências matemáticas (Morris, 2023). Ao que tudo indica, estas crianças parecem beneficiar de um ensino da leitura através de um sistema fonético, onde ocorre a relação entre as letras e os seus sons, em comparação com outras abordagens pedagógicas (Mervis et al., 2021). Nesta linha de pensamento, também se revelam dificuldades na escrita, que podem estar associadas às dificuldades visuo-espaciais e de motricidade fina (Morris, 2023).

As capacidades matemáticas nos indivíduos com SW estão gravemente comprometidas, o que se demonstra preocupante a nível das aprendizagens e sucesso escolar, assim como para sua autonomia na vida adulta (Van Herwegen e Simms, 2020). Sabe-se que as competências matemáticas dependem também de outras capacidades, como a memória de trabalho e as habilidades visuo-espaciais, duas áreas que, tal como referido anteriormente, estão afetadas em indivíduos com SW (Van Herwegen e Simms, 2020). Apesar de conhecerem os nomes dos números e terem a capacidade de contar geralmente até 20, não compreendem inteiramente o propósito de o fazer, nem têm a capacidade de representação não simbólica de números maiores, ou de contar de trás para a frente (Van Herwegen e Simms, 2020).

Dado uma das características do SW ser a sua hipersimpatia e gosto pela interação social, tal pode ser utilizado como estratégia para uma melhor aprendizagem por parte da criança, através da motivação social e sistemas de recompensa (Kleberg et al., 2023).

I.2.4 Intervenção Psicomotora

Neste tema aborda-se a intervenção psicomotora e de que modo esta pode beneficiar as problemáticas abordadas anteriormente neste relatório.

A psicomotricidade propõe-se a estudar a relação entre o psiquismo e o corpo, considerando as várias dimensões do ser humano, i.e., a biológica, psicológica, social, afetiva, emocional e cognitiva, reconhecendo a complexidade e a singularidade com que estas se manifestam em cada indivíduo (Fonseca, 2010a). Através da intervenção psicomotora, o indivíduo tem a possibilidade de simbolizar, reorganizar e dar significado às suas experiências corporais, num espaço seguro (Gorla et al., 2025). A relação terapêutica é uma componente essencial na intervenção, sendo esta estabelecida entre a criança e o terapeuta, com base na escuta ativa, empatia e a valorização do que é vivido e sentido (Gorla et al., 2025) Posto isto, a psicomotricidade pode assumir um carácter preventivo, terapêutico ou de reabilitação (Fonseca, 2010a). Assim, a terapia psicomotora pretende potencializar o desenvolvimento de competências psicomotoras, tais como a tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, motricidade global e fina (Fonseca, 2010b; Almeida, 2013).

A criança deve ter a oportunidade de vivenciar o jogo, explorar, observar, resolver problemas, expressar as suas emoções e ter a liberdade de ser, tendo na psicomotricidade espaço para isso (Fernandes, 2018; Siqueira e Seibert, 2025). Assim sendo, a psicomotricidade pode desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento das crianças, contribuindo para uma melhoria da área motora, cognitiva, emocional e social, assim como da aprendizagem da mesma (Siqueira e Seibert, 2025).

A promoção das capacidades motoras das crianças dá-se como uma ação preventiva da sua boa aprendizagem, dado que as capacidades motoras estão na base da leitura e escrita (Santos et al., 2015). Posto isto, dificuldades a nível do desenvolvimento psicomotor, podem refletir problemas nas áreas da escrita, da leitura, da identificação de letras e organização dos pensamentos (Bandeira e Rodrigues, 2021). Mesmo que estas já se encontrem comprometidas, uma intervenção pode fazê-las atingir níveis dentro da norma (Santos et al., 2015). A psicomotricidade vai permitir que a criança apresente uma maior consciência do seu corpo afetando positivamente as suas aprendizagens escolares (Bandeira e Rodrigues, 2021).

Com crianças que demonstram dificuldades na área da atenção, a intervenção deve ser moldada no sentido de estimular a atenção no jogo e atividade lúdica, numa tentativa

de aumentar o período dos centros de interesse (Costa, 2008). Para além disso, é fundamental integrá-los na gestão da sessão e potencializar a consciencialização sobre o planeamento das ações, assim como favorecer a sua autonomia (Costa, 2008). Aconselha-se a que as sessões assumam uma estrutura semiestruturada (Costa, 2008).

Crianças com SW, revelam geralmente um perfil hipotónico, o que pode ter consequências negativas na postura e na organização motora base, assim como na atenção, tendo a psicomotricidade ferramentas para otimizar estas questões (Almeida et al., 2010; Fonseca, 2010b). Estes indivíduos apresentam frequentemente Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentos (DID), assim como atrasos motores associados, podendo a psicomotricidade ter um papel revelante, de modo a contribuir para a promoção dessas áreas, como a sensorial, motora e cognitiva (Kozel et al., 2021; Aragón, 2012).

II Realização da Prática Profissional

Neste segundo capítulo do presente relatório, são expostas todas as informações referentes à componente prática, como a organização e funcionamento do estágio, o horário da estagiária, os contextos e tipo de intervenção, os instrumentos de avaliação, assim como os três estudos de caso. Na componente dos estudos de caso encontra-se uma descrição sobre toda a intervenção dos mesmos, desde a avaliação inicial, o plano de intervenção, a avaliação final, a análise dos resultados e a conclusão do caso.

II.1 Etapas e Organização das Atividades de Estágio

O primeiro contacto que a estagiária estabeleceu com a ACCS foi no dia 2 de outubro de 2023 à 13h, através de uma reunião online, na plataforma *Google Meet*, que contava com a presença do Professor Dr. Victor Cruz (orientador académico) e a Dr^a Cristina Vieira (orientadora local). Nessa reunião, foi dada a conhecer à estagiária um pouco mais sobre o local de estágio assim como o que seria esperado da mesma.

Posteriormente, no dia 6 de outubro pelas 10h da manhã, a estagiária deslocou-se à ACCS para conhecer as instalações, assim como conversar com a orientadora local acerca dos contextos da intervenção e de possíveis casos de acompanhamento, iniciando-se oficialmente o estágio. Assim sendo, as atividades de estágio tiveram lugar entre os dias 6 de outubro de 2023 e 28 de junho de 2024, de segunda a sexta-feira com uma média de 15h diretas com as crianças e jovens, tal como acordado com os orientadores, para além das reuniões semanais de estágio e do trabalho indireto, como o planeamento das sessões

ou de material necessário. É possível observar através da tabela 1, a organização temporal do estágio.

Tabela 1- Organização temporal das atividades de estágio

Etapas das atividades de estágio	Calendarização									
	set.	out.	nov.	dez.	jan.	fev.	mar.	abr.	mai.	jun.
Colocação no local de estágio	x									
1º contacto e visita às instalações da ACCS		x								
Início do estágio		x								
Visita aos locais de intervenção		x								
Reunião com encarregados de educação dos casos acompanhados		x	x						x	x
Avaliação inicial e relatórios de avaliação		x	x							
Realização de planos de intervenção			x							
Intervenção Psicomotora			x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação final e relatórios de avaliação									x	x

Seguiu-se a visita aos locais de intervenção, isto é, às duas escolas que os indivíduos a ser acompanhados frequentam. Foi estabelecido o contacto com os professores titulares das crianças e jovens, assim como com os técnicos que os acompanham, os professores de educação especial e terapeutas, o que se revelou um facilitador para o início das atividades. Nestes momentos referidos anteriormente, a estagiária era sempre acompanhada pela orientadora local. Assim sendo, foi possível posteriormente estabelecer o horário da estagiária tendo em conta a disponibilidade de todos os intervenientes, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2- Horário da estagiária

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h-9h30	Sessão individual do L.				
9h30-10h		Planeamento de sessões semanais	Acompanhamento em sala de aula do R.	Acompanhamento em sala de aula do R.	Acompanhamento em sala de aula do R.
10h-10h30	Sessão individual do M.				
10h30-11h					
11h-11h30					
11h30-12h			Sessão individual do R.		Sessão grupal
12h-12h30					
14h-14h30			Sessão individual do M.		Registo de observações e realização de relatórios
14h30-15h					
15h-15h30			Sessão individual do L.		
15h30-16h					
19h30-20h		Reunião de estágio			
20h-20h30					
20h30-21h					

Todas as terças-feiras, era realizada uma reunião de estágio que contava com a participação da orientadora local, assim como com todas as estagiárias alocadas ao estágio na ACCS, tanto a nível da licenciatura como do mestrado. Nesse momento, dava-se uma atualização face ao estágio de cada uma das colegas, assim como ocorria uma partilha das dificuldades sentidas. Para além disso, era bastante relevante para tirar dúvidas que iam surgindo ao longo do tempo, com a Dr^a Cristina e, que eram prontamente respondidas. A estagiária participou em 25 dessas reuniões.

II.2 Caracterização dos Locais de Intervenção

Como referido anteriormente, a intervenção foi realizada em contexto escolar, pelo que a técnica se deslocava até à escola que os indivíduos frequentavam. Posto isto, a estagiária considera relevante uma breve caracterização dos locais de intervenção, que é exposta em seguida.

II.2.1 Escola Básica do 1º ciclo com Jardim de Infância Engenheiro Ressano Garcia

A Escola Básica do 1º ciclo com Jardim de Infância Engenheiro Ressano Garcia, integra o agrupamento Padre Bartolomeu de Gusmão e localiza-se em Lisboa (AGPBG, 2024). Foi fundada em 1911, sendo uma das escolas mais antigas em atividade em Lisboa, mas mudou-se para a localização atual apenas em 2003 (AGPBG, 2024).

Ao conhecer a escola, a estagiária teve a oportunidade de visitar diversas salas, desde o jardim de infância até aos diversos anos do 1º ciclo. Pode ainda averiguar que a escola contém um refeitório, dois espaços exteriores distintos que as crianças ocupam nos intervalos (um com parque infantil e outro com um campo de jogos), diversas casas de banho, um ginásio, uma sala da educação especial, diversos núcleos entre as salas utilizados para as terapias, uma biblioteca, entre outros. Como recursos humanos, a estagiária contactou com educadores de infância, professores de 1º ciclo, professores de educação especial, técnicos de apoio à infância e coordenadores. A intervenção individual dava-se no ginásio ou num dos núcleos entre as salas, enquanto a grupal ocorria no ginásio ou no campo de jogos.

II.2.2 Externato Nossa Senhora da Penha de França

O Externato Nossa Senhora da Penha de França é um estabelecimento de Ensino Particular, fundado em 1 de outubro de 1951, em Lisboa (Coopescola, 2023). A escola tem

um modelo cooperativo e autonomia pedagógica, legitimada pelo Ministério da Educação (Coopescola, 2023). Engloba do pré-escolar até ao 3º ciclo, isto é, até ao 9º ano de escolaridade, disponibilizando ainda diversas atividades extracurriculares (Coopescola, 2023).

Neste local, a estagiária pode observar a existência de um refeitório, um bar, um ginásio, um campo de jogos, casas de banho, salas de aula, sala de música e espaço exterior para o recreio. Em comparação com outras escolas que a estagiária já teve a oportunidade de conhecer, esta demonstra ter um ambiente mais familiar e com turmas reduzidas. Posto isto, a estagiária teve a oportunidade de conhecer diversos professores e docentes da escola. As sessões de psicomotricidade individuais davam-se no ginásio, onde estavam presentes diversos materiais que poderiam ser utilizados pela estagiária caso esta desejasse, ou na sala de música.

II.3 Estudos de Caso

Neste subcapítulo, serão expostos e caracterizados sucintamente os instrumentos utilizados para a avaliação dos estudos de caso. Os instrumentos de avaliação foram selecionados através de uma reflexão conjunta sobre o tema, entre a estagiária, o orientador académico e a orientadora local, tendo em conta as características das crianças e jovens. Para além disso, serão apresentados e caracterizados os estudos de caso.

II.3.1 Instrumentos de Avaliação

II.3.1.1 Entrevista Semi-estruturada

Na ACCS, considera-se uma ferramenta essencial a realização de uma entrevista com os pais ou tutor legal das crianças e jovens, de modo a realizar a anamnese e compreender em globalidade a criança, assim como orientar a intervenção. Posto isso, esse foi o primeiro passo do processo terapêutico.

A entrevista semi-estruturada permite que haja alguma flexibilidade e sejam abordados tópicos que vão surgindo ao longo da conversa, mesmo que estes não estejam dentro das perguntas estabelecidas anteriormente (DeJonckheere e Vaughn, 2019). Através deste tipo de entrevista, é possível recolher informações pertinentes acerca do desenvolvimento motor, emocional, cognitivo e relacional do indivíduo (Low et al., 2023). Para além disso, contribui para a formação de uma aliança terapêutica, entre a família e a terapeuta, onde os pais se sentem mais envolvidos nos objetivos terapêuticos a ser estabelecidos (Kurzweil, 2023).

Para base da entrevista, foi utilizada uma anamnese elaborada anteriormente pela estagiária, que continha questões desde o período pré-natal da criança, dos seus marcos de desenvolvimento, questões de saúde, rotinas, assim como as maiores dificuldades sentidas pelos pais em relação ao indivíduo e as suas expectativas referentes à intervenção.

II.3.1.2 Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca, é um instrumento de observação que procura analisar o perfil psicomotor da criança, com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos (Fonseca, 2010b). É uma avaliação dinâmica, que se propõe a compreender a qualidade dos processos psíquicos que levam à integração da planificação, elaboração, regulação e execução da tarefa (Fonseca, 2010b). Para além disso, recolhe dados qualitativos de possíveis problemas psicomotores, de comportamento e de aprendizagem, através da identificação de sinais atípicos ou desviantes (Fonseca, 2010b).

Reúne diversas tarefas distribuídas por sete fatores psicomotores, sendo estes a tonicidade, a equilibração, a lateralização, a noção do corpo, a estruturação espaço temporal, a praxia global e a praxia fina (Fonseca, 2010b). Cada fator e subfactor é cotado de 1 a 4 pontos, pelo que com a cotação de 1 assume-se que a criança teve uma prestação de apraxia na tarefa, com a ausência de resposta ou realização incompleta e desadequada (Fonseca, 2010b). Com cotação de 2 pontos, dispraxia, a criança revela dificuldade na realização e sinais desviantes, enquanto com a cotação de 3 pontos, eupraxia, a performance revela-se completa e adequada (Fonseca, 2010b). Por fim, quando é dada a cotação de 4 pontos, hiperpraxia, a tarefa foi realizada de modo perfeito e preciso (Fonseca, 2010b). A cotação final da bateria é obtida através da cotação média de cada fator, tendo como cotação máxima da prova 28 pontos (Fonseca, 2010b). Através disso é possível definir o perfil psicomotor da criança, podendo estes assumir a designação de: Perfil Superior (hiperpraxico) com 27-28 pontos; Perfil Bom (hiperpraxico) com 22- 26 pontos; Perfil Normal (euprático) com 14-21 pontos; Perfil dispraxico com 9-13 pontos; Perfil Deficitário (apraxico) de 7-8 pontos (Fonseca, 2010b).

II.3.1.3 Escalas de Conners

As Escalas de Conners (1997), foram traduzidas e adaptadas à população portuguesa por Ana Rodrigues (2004). Estas escalas pretendem avaliar os problemas de comportamento, através de respostas fornecidas pelos pais e professores acerca dos indivíduos em avaliação (Rodrigues, 2004). São utilizadas frequentemente para avaliação

de indivíduos com sintomas de PHDA, entre os 3 e os 17 anos (Roigé-Castellví et al., 2020; Rodrigues, 2004). Ao preencher as escalas, é solicitado aos pais e aos professores que pensem acerca do comportamento do indivíduo ao longo do último mês (Rodrigues, 2004). A Escala de Conners forma reduzida para pais é constituída por 27 itens integrados em 4 subescalas, sendo estas a de comportamento de oposição (6 itens), a de comportamento de problemas cognitivos/desatenção (6 itens), a de excesso de atividade física (6 itens) e a de índice de défice de atenção e hiperatividade (12 itens) (Rodrigues, 2004). A Escala de Conners forma reduzida para professores, é constituída por 28 itens integrados em 4 subescalas, sendo estas a de comportamento de oposição (5 itens), a de comportamento de problemas cognitivos/desatenção (5 itens), a de excesso de atividade física (7 itens) e a de índice de défice de atenção e hiperatividade (12 itens) (Rodrigues, 2004). Os itens são cotados através de uma escala de Likert, em que o 0 assume a denominação de “nunca”, o 1 de “um pouco”, o 2 de “frequentemente” e o 3 de “muito frequente” (Rodrigues, 2004).

II.3.1.4 Cognitive Assessment System

O Cognitive Assessment System (CAS), de Naglieri e Das (1997) propõem-se a avaliar o processamento cognitivo em crianças dos 5 aos 17 anos. O instrumento de avaliação contém diversas tarefas que estão divididas pelas 4 grandes áreas que o constituem, sendo estas a planificação, o processamento simultâneo, a atenção e o processamento sucessivo (Naglieri e Das, 1997). Alguns dos testes contêm tempo limite à qual a tarefa deve ser realizada, enquanto outros indicam que esta deve terminar caso o indivíduo erre quatro vezes seguidas (Naglieri e Das, 1997). Não deve apenas ter sido em consideração se o indivíduo realiza as tarefas corretamente, mas também que estratégias utiliza para o fazer, permitindo ao examinador compreender de um modo mais completo a criança, assim como de que forma esta reage ao estímulo que lhe é dado (Naglieri e Das, 1997). É importante que a criança compreenda exatamente aquilo que lhe é pedido em cada tarefa, pelo que cabe ao examinador comunicar-se eficazmente com a mesma, dando exemplos e demonstrando, assim como deve esclarecer quaisquer dúvidas existentes (Naglieri e Das, 1997). O modo de obter os *scores* brutos varia consoante a prova, podendo ser o número de respostas corretas, a compilação do tempo da tarefa ou o número de respostas corretas menos as respostas erradas (Naglieri e Das, 1997). Os resultados finais são obtidos pela transformação desse *score* bruto em *scores* standardizados, de modo a comparar os resultados obtidos pelos indivíduos aos da sua faixa etária (Naglieri e Das, 1997).

II.3.2 Estudo de Caso L.

O L. tem 6 anos e nasceu no Brasil. É o primeiro e único filho, residindo com os pais numa zona urbana, perto da escola que a criança frequenta. A mãe (24 anos) é licenciada, mas de momento encontra-se desempregada e o pai (26 anos) completou o ensino secundário, tendo de momento um emprego estável. Em outubro de 2022, o L. mudou-se para Lisboa com a sua mãe para viverem com o pai da criança, que já se encontrava em Portugal à cerca de um ano à priori.

O L. foi fruto da primeira gravidez do casal, que se deu sem nenhuma complicação e teve a duração de 40 semanas. O parto foi de cesariana, tendo nascido com 4,190kg e 49 cm de comprimento. Até ao momento não apresentou nenhuma doença ou complicação importante de realçar.

No que diz respeito ao *sono*, nos primeiros 6 meses de vida o L. dormia muito pouco e trocava a noite pelo dia. Relativamente à *alimentação*, mamou até aos 4 meses, tendo feito uma boa transição para o biberão e para as papas. Atualmente, a criança afirma que não gosta de diversas comidas, apesar de comer tudo o que lhe é dado pela mãe. Quanto ao seu *desenvolvimento motor*, o L. começou a andar com 1 ano e os restantes marcos do desenvolvimento deram-se dentro da idade expectável. Fez a aquisição da *linguagem* com 1 ano e 6 meses, o que coincidiu com a sua entrada na primeira escola. Quanto ao controlo dos esfíncteres, deixou de utilizar as fraldas com cerca de 1 ano e 7 meses. Os pais não referem dificuldades no desfralde.

A criança ficou com mãe e uma ama até ao seu 1 ano e 6 meses de idade altura em que entrou para a creche onde fez uma boa adaptação. Quanto tinha 4 anos, devido à pandemia passou a ficar em casa, onde a mãe refere que foi muito complicada a adaptação e que a criança não queria fazer as atividades propostas pela escola, nem tinha interesse em assistir as aulas que eram disponibilizadas em formato vídeo. Posteriormente, voltou às aulas e estava prestes a completar o jardim de infância, quando se mudou para Portugal. Em Portugal, ingressou no 1º ano do 1º ciclo, mas apenas iniciou as aulas no começo do 2º período em janeiro, tendo tido uma boa adaptação. Atualmente frequenta o 2º ano, apesar de estar a fazer o programa do 1º ano devido às dificuldades apresentadas.

Ao nível das aprendizagens são referidas dificuldades na escola e em casa. A mãe menciona que percebe que o L. não consegue ficar sentado a fazer uma tarefa por tempo prolongado e que se desconcentra facilmente. Refere ainda que é necessário explicar as atividades algumas vezes para que perceba. Identifica alguma insegurança na criança, em

relação às suas capacidades para realizar as tarefas, que não advém de agora. Até ao momento não tem nenhum diagnóstico associado.

Devido às preocupações que os pais apresentam e à sinalização da sua professora titular com base nas dificuldades que apresenta na manutenção da atenção em sala de aula, assim como na aquisição de aprendizagens, o L. foi encaminhado para a estagiária.

II.3.2.1 Avaliação Inicial

De modo a recolher o máximo de informação possível acerca do L., a criança foi avaliada através das Escalas de Conner– versão reduzida para pais e professores (Keith Conners, 1997) – tradução e adaptação de Ana Rodrigues (2004), a Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca (2010) e o *Cognitive Assessment System* (CAS) Naglieri e Das (1997). A avaliação no total teve a duração de aproximadamente 4 horas.

Posto isto, foi solicitado aos pais e professora titular que preenchessem as Escalas de Conner, de modo a avaliar o comportamento da criança em casa e na escola, permitindo averiguar a intensidade da presença de comportamentos de oposição, a desatenção e o excesso de atividade motora, na perspetiva dos mesmos. Podem ser observados de seguida os resultados obtidos através da tabela 3.

Tabela 3- Resultados da Avaliação Inicial do L. nas Escalas de Conner

Valores score T					Conclusões
Subescal a A- Oposição	Subescala B- Problemas cognitivos/ desatençã o	Subescala C- Excesso de atividade motora	Subescala D- Índice de défice de atenção e hiperativida de		
Mãe	-	53-55	46-47	50	B – Problemas Cognitivos/Desatenção – média ; C- Excesso de atividade motora média ; D- Índice de Conners PHDA – ligeiramente atípico
Pai	-	53-55	48-50	55-56	B – Problemas Cognitivos/Desatenção – média ; C- Excesso de atividade motora média ; D- Índice de Conners PHDA – média
Professo ra	44-46	48-50	56	62	A-Oposição- média ; B – Problemas Cognitivos/Desatenção – média ; C- Excesso de atividade motora

Através dos resultados obtidos, é possível identificar que na perceção da mãe e do pai os problemas cognitivos/desatenção e o excesso de atividade motora não se evidenciam no contexto familiar. Em contexto escolar, segundo a perceção da professora estão presentes comportamentos que integram a escala de índice de défice de atenção e hiperatividade descritos como mediamente atípico. Posto isto, analisando a prova, não se encontram presentes resultados clinicamente significativos.

Na BPM, relativamente ao aspeto somático, o L. apresenta um corpo linear e magro, podendo classificar-se como ectomorfo. Não se observam desvios posturais. No controlo respiratório, a criança realizou as tarefas de inspiração e expiração (cotação 3), assim como a tarefa de apneia com 20 segundos (cotação 3), onde foram observados alguns sinais de fatigabilidade (cotação 3). Posto isto, foram avaliados os sete fatores psicomotores.

A nível da **tonicidade**, a extensibilidade dos membros inferiores foi realizada com ligeiras limitações (cotação 3). Já nos membros superiores, a criança realizou as tarefas com resistência e rigidez, demonstrando sinais de esforço (cotação 2). No que toca à passividade em ambos os membros, apresenta descontração muscular embora demonstra-se uma pequena intensidade nos membros (cotação 3). Em relação à paratonia, não apresentou nenhuma resistência demonstrando a capacidade de auto-relaxação e sem a presença de reações emocionais (cotação 4). No que concerne às diadococinésias, ao realizar os movimentos de pronação e supinação observou-se um ligeiro desvio do eixo do antebraço e afastamento do cotovelo, havendo a presença de algumas reações tónico-emocionais, alterações no ritmo de realização simultânea e realização da tarefa em espelho em ambas as mãos (cotação 3). Observaram-se ainda sincinésias bucais (cotação 2).

Na **equilibração**, no subfactor da imobilidade, observou-se que a criança conseguiu manter-se imóvel durante 20 segundos (cotação 1). No que refere ao equilíbrio estático, não apresentou dificuldades no apoio retilíneo, nem no apoio unipedal (cotação 3). Contudo, demonstrou algumas dificuldades em permanecer na ponta dos pés (cotação 2). Para o equilíbrio dinâmico foram solicitadas 4 tarefas (marcha controlada, evolução na trave, saltos com apoio unipedal e saltos a pés juntos). Realizou sem grandes dificuldades, os saltos a pés juntos, para a frente e para trás, de olhos abertos e com os olhos fechados,

apenas com ligeiras reequilibrações e pequenos desvios de direção evidenciado um controlo dinâmico adequado (cotação 3). A marcha controlada foi realizada de forma controlada com ocasionais e ligeiras reequilibrações, sem apresentar qualquer desvio (cotação 3). Nos saltos com apoio unipedal, no pé direito observaram-se ligeiras reequilibrações, assim como pequenos desvios direcionais sem demonstrar sinais disfuncionais (cotação 3). Já no pé esquerdo apresentou reequilibrações, desvios direcionais e irregularidade rítmica (cotação 2).

Na **laterização**, o L. revelou tê-la bem definida apresentando como lado dominante o direito (DDDD), executando todas as tarefas sem hesitação e com proficiência, sem sinais difusos ou bizarros, e sempre com o mesmo lado (cotação 4).

Já no fator da **noção do corpo**, no sentido cinestésico, apresentou algumas dificuldades, nomeando corretamente 10 pontos táteis da prova (cotação 2). É de referir que a criança abria os olhos frequentemente quando era tocada. Relativamente ao reconhecimento direita-esquerda executou corretamente 4 das tarefas pedidas, revelando uma hesitação e confusão constante (cotação 2). No que toca à auto-imagem revelou grandes dificuldades, não conseguindo acertar nenhuma vez na ponta do seu nariz, com desvios frequentes para baixo (cotação 1). Na imitação de gestos, foi capaz de reproduzir 1 das figuras, com distorção de forma e proporção, demonstrando sinais de dismetria e descoordenação recíproca (cotação 1). No que refere ao desenho do corpo, com base na escala de *Wintsch*, o desenho é pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos (cotação 2).

Na **estruturação espaciotemporal**, no subfactor organização foi observado um ligeiro descontrolo final das passadas (alargamento ou encurtamento) bem como necessidade de algum apoio da psicomotricista na realização dos percursos propostos (cotação 2). Na observação da estruturação dinâmica, revelou algumas dificuldades, dado que apenas realizou corretamente o ensaio e três das tarefas propostas (cotação 2). Já na representação topográfica, realizou a trajetória com frequentes hesitações e interrupções, assim como com desorientações angulares (cotação 2). O L. teve dificuldades a desenhar o mapa da sala, necessitando de bastante auxílio da técnica para identificar onde os elementos da sala seriam representados no papel, assim como nas dimensões que os desenhava, não sendo muito fiel à escala. De referir que nesta tarefa revelou alguma impulsividade para executar a trajetória, não querendo analisar o mapa durante alguns minutos de forma a memorizar o trajeto. Relativamente à estruturação rítmica, revelou dificuldades significativas pois não conseguiu reproduzir nenhuma das estruturas

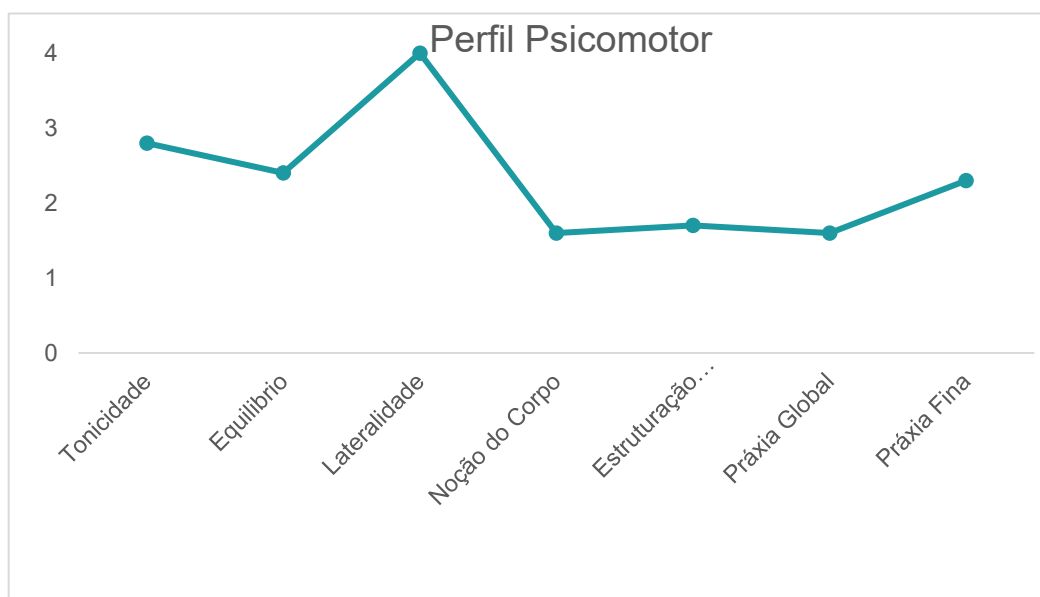
propostas (cotação 1). Para além disso, demonstrou alguma impulsividade, iniciando a reprodução quando a terapeuta ainda não tinha terminado a demonstração.

Na **praxia global**, na coordenação óculo-manual a criança realizou a tarefa proposta acertando 2 dos 4 lançamentos com adequado planeamento motor com autocontrolo visuo motor (cotação 3). Na coordenação óculo-pedal, revelou algumas dificuldades não acertando nenhuma vez (cotação 1). Assim, relativamente à dismetria, foi atribuída a cotação 2 dado que o L. realizou os exercícios apresentando dismetrias (inadaptação visuo-espacial e visuokinestésica dos movimentos orientados face a uma distância ou objeto), movimentos exagerados e insuficientemente inibidos. Relativamente ao subfactor da dissociação, este é constituído por um exercício de batimentos com as mãos e os pés, e um exercício de agilidade (saltitar com batimentos das palmas das mãos, exatamente quando se afastam as pernas, sem interromper a sequência). No primeiro exercício, observaram-se grandes dificuldades nos membros superiores e inferiores (cotação 1), dado não ter executado corretamente nenhuma das sequências. Na prova de agilidade, a criança revelou dismetrias, dispraxias e ausência de estrutura sequencial (cotação 1).

No fator da praxia fina, na coordenação dinâmica manual o L. compôs a pulseira de clips, contudo não conseguiu decompô-la, acabando por desistir da tarefa, revelando-se frustrado e dizendo constantemente que não o conseguia fazer mesmo após as diversas explicações e demonstrações da psicomotricista (cotação 1). Na tarefa de tamborilar, a criança demonstrou um fraco planeamento micromotor na realização da tarefa, revelando-se hesitações no exercício, dismetrias, saltos de dedos na sequência e discrepância significativa entre a realização sequencial e simultânea (cotação 2). Na observação do subfactor velocidade-precisão, demonstrou uma maior preocupação em realizar a maior quantidade de pontos e cruzes possível, em vez de qualidade na realização dos mesmos (traçado), sendo por isso que alguns deles não foram considerados. Posto isto, elaborou 31 pontos com alguma precisão e 19 cruzes (cotação 3).

Este perfil compreende a lateralização como área forte, apresentando uma pontuação global de 4. Como área emergente, aponta a tonicidade (pontuação de 2,8). Por fim, indica também as áreas a desenvolver: a equilíbrio (pontuação de 2,4), a noção do corpo (pontuação de 1,6), a estruturação espaciotemporal (pontuação de 1,7), a praxia global (pontuação de 1,6) e praxia fina (pontuação de 2,3). Pode ser observado o perfil psicomotor da criança através da figura 2:

Figura 2- Resultados da Avaliação Inicial do L. na BPM



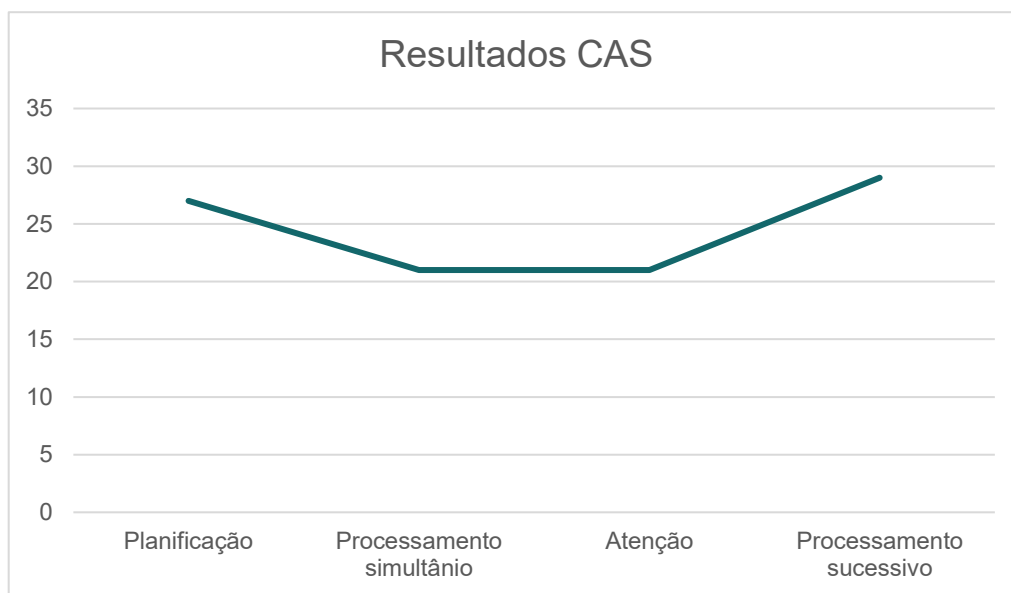
Através da integração da informação obtida pela aplicação da prova, foi possível determinar o **Perfil Psicomotor** do L., sendo este um perfil psicomotor eupráxico, com a pontuação total da prova de 16 pontos. Este perfil caracteriza-se por o tipo normal de perfil psicomotor, observando-se áreas a promover, mas sem a identificação de sinais desviantes, com a realização adequada das tarefas de um modo geral, sendo que em alguns subfactores pode existir ainda alguma imaturidade ou imprecisão (Fonseca, 2010b).

No instrumento de avaliação CAS, foram avaliadas as áreas da planificação, processamento simultâneo, atenção e processamento sucessivo. Na área da **planificação**, no *emparelhamento de números*, o L. obteve uma cotação de 7, na *planificação de códigos* cotou 9 pontos e na *planificação de conexões*, 11 pontos. Assim sendo, obteve uma cotação final da área de 27 pontos. Na área do **processamento simultâneo**, nas *matrizes não verbais* a criança cotou 7 pontos, assim como na área das *relações verbais-espaciais* e na *memória de figuras*. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 21 pontos. Na área da **atenção**, na *atenção expressiva* o L. cotou 5 pontos, na *deteção de números* teve 9 pontos e na *atenção recetiva* cotou 7 pontos. Posto isto, obteve uma cotação final da área de 21 pontos. Por fim, na área do **processamento sucessivo**, nas *séries de palavras* a criança obteve a cotação de 11 pontos, enquanto na *repetição de frases* e na *velocidade oral/frases e questões*, teve 9 pontos. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 29 pontos.

Após a avaliação, compreende-se que os resultados do L., quando comparados à norma para a sua idade, apresentam como perfil de cada área: planificação, médio;

processamento simultâneo, médio-inferior; atenção, médio-inferior; processamento sucessivo, médio. É possível identificar que nas áreas da planificação e processamento sucessivo os resultados foram os expectáveis para a sua idade. Já nas áreas do processamento simultâneo e da atenção, encontram-se ligeiramente abaixo da média e devem por isso ser estimuladas. É possível observar de seguida o perfil de cada área na figura 3.

Figura 3- Resultados da Avaliação Inicial do CAS do L.



Ao longo de toda a avaliação e dos diversos instrumentos e escalas aplicados, o L. revelou ser bem-disposto e estabeleceu facilmente uma boa relação com a estagiária. No decorrer da avaliação, foi possível identificar que o L. tem dificuldade a identificar os dias da semana e os meses do ano. Ao longo do período de avaliação, demonstrou algumas dificuldades em manter a atenção na tarefa que lhe foi solicitada, assim como no receber de instruções, principalmente quando dada mais do que uma ao mesmo tempo. Para além disso, em algumas tarefas referia que não era necessário a estagiária explicar o esperado daquela tarefa e queria iniciá-la o mais rápido possível, demonstrando agitação psicomotora. Por outro lado, manifestou alguma insegurança em algumas tarefas, referindo que não as iria conseguir realizar por serem muito difíceis.

II.3.2.2 Intervenção Psicomotora

Através da avaliação e da observação direta por parte da estagiária, foi possível definir o perfil intraindividual do L. Posto isto, na área psicomotora, é possível identificar como área forte a lateralização. Já nas áreas a promover, encontra-se a tonicidade, a equilíbrio, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal, a praxia fina e a praxia

global. Na área da cognição, revela como áreas fortes a planificação e o processamento processivo e, áreas a promover o processamento simultâneo e a atenção.

Para além disso, foram identificados os fatores de proteção e fatores de risco da criança. A estagiária considera como fatores de proteção a relação positiva que o L. tem com os pais, o ambiente familiar estruturado, a preocupação da família acerca do desenvolvimento do L., os marcos de desenvolvimento atingidos ao longo da infância, a boa adaptação na nova escola e a relação com a professora titular. Como fatores de risco, destaca-se a mudança de país e de escola, tendo uma interrupção do percurso educativo durante um período crítico da aprendizagem, o ingressar no primeiro ano após três meses do início das aulas, o isolamento no covid-19, a dificuldade em manter a atenção e em seguir instruções, a insegurança em relação às suas próprias capacidades e as dificuldades na aquisição de aprendizagens.

Posteriormente, foi estabelecido um plano de intervenção que contém os objetivos a serem trabalhados e podem ser observados na tabela 4. Pode ser consultado em detalhe o plano de intervenção no **anexo A**.

Tabela 4- Objetivos Gerais e Específicos da Intervenção do L.

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Trabalhar o equilíbrio.	Permanecer em equilíbrio durante o tempo solicitado.
Estimular a noção do corpo.	Reconhecer e diferenciar a direita-esquerda, em si e no outro.
	Promover a imitação de gestos.
	Promover o reconhecimento das partes do seu corpo.
	Desenhar proporcionalmente todas as partes do corpo.
Desenvolver a estruturação espaciotemporal.	Promover a organização espacial.
	Promover a representação topográfica.
	Desenvolver a estruturação rítmica.
Estimular a praxia global.	Potencializar a coordenação óculo-pedal.
	Promover a dissociação dos lados e segmentos do seu corpo.
Trabalhar a praxia fina.	Realizar tarefas de coordenação fina das mãos e dos dedos.
	Trabalhar a atenção sustentada na tarefa.

Estimular a cognição	Seguir uma instrução que contenha 3 tarefas associadas à mesma.
	Identificar os dias da semana e os meses do ano.

Numa primeira instância, apesar dos diversos objetivos estabelecidos, compreende-se que a nível psicomotor, é fundamental atuar sobre a tonicidade, a equilíbrio e a noção do corpo. Isto deve-se aos fatores psicomotores estarem descritos de modo hierárquico, influenciando-se entre si, sendo fundamental ter integrado a tonicidade, a equilíbrio, a lateralização e a noção do corpo, para configurar ao indivíduo uma organização psíquica que lhe permite integrar as suas vivências e posteriormente desenvolver os seguintes fatores, como as praxias (Fonseca, 2010b).

Na área da cognição, foi proposto trabalhar principalmente a atenção sustentada e seletiva, assim como a recessão e processamento de instruções verbais, dado essas áreas serem umas das maiores preocupações para os pais e professora, assim como um dos motivos do encaminhamento.

Foi estabelecido que seriam realizadas duas sessões por semana, cada uma com a duração de 1 hora. Estas sessões dividiam-se em três momentos distintos, sendo estes um momento inicial (falávamos sobre o seu dia, dizíamos a data completa, recordávamos a sessão anterior, etc), o corpo da sessão (atividades principais da sessão) e um momento final de retorno à calma (geralmente atividades de relaxação). Estas sessões ocorriam maioritariamente um dia numa sala de música e no ginásio da escola. Um exemplo de plano de sessão individual pode ser consultado no **anexo B**.

A estagiária utilizou algumas estratégias ao longo da intervenção, tais como reforço positivo, demonstração, instruções simples, decisão sobre as tarefas, material apelativo e dinâmico. Para além disso, eram realizadas tarefas de cooperação ou competição com a terapeuta, dado o L. demonstrar uma maior capacidade de sustentação da atenção nesses casos.

Nas sessões, o discurso da estagiária era simples, pausado e com instruções diretas de uma a duas ações, de modo ao L. conseguir captar a informação fornecida e realizar as tarefas propostas. Na maioria das vezes, as instruções tinham de ser repetidas mais do que uma vez. Tal parece dar-se porque o L. não compreendia o significado das palavras que estavam a ser utilizadas, devido a estas serem diferentes daquelas utilizadas no Brasil, ou por o mesmo não ser capaz de reter informação na primeira vez que esta era

transmitida, porém após ser explicada novamente e com o recurso à demonstração por parte da estagiária, compreendia.

II.3.2.3 Avaliação Final

A avaliação final teve uma duração de 3 horas. Foram aplicados novamente os instrumentos BPM e CAS de modo a obter resultados que possam ser comparados à avaliação inicial.

Na BPM, no controlo respiratório a criança realizou as tarefas de inspiração e expiração (cotação 4). Realizou a tarefa de apneia com 25 segundos (cotação 3), não se observando sinais de fatigabilidade (cotação 4).

Na **tonicidade**, ao nível da extensibilidade dos membros inferiores foi realizada com ligeiras limitações (cotação 3). Já nos membros superiores, a criança realizou as tarefas com resistência e rigidez, demonstrando sinais de esforço (cotação 2). No que toca à passividade em ambos os membros, demonstrou uma facilidade na descontração, apresentando movimentos distais passivos e harmoniosos (cotação 4). Em relação à paratonia, não apresentou nenhuma resistência demonstrando a capacidade de auto-relaxação e sem a presença de reações emocionais (cotação 4). No que concerne às diadococinésias, ao realizar os movimentos de pronação e supinação observou-se um ligeiro desvio do eixo do antebraço e afastamento do cotovelo, havendo a presença de algumas reações tónico-emocionais, alterações no ritmo de realização simultânea e realização da tarefa em espelho em ambas as mãos (cotação 3). Observaram-se ainda sincinésias bucais (cotação 2).

No fator da **equilibrção**, ao nível da imobilidade, observou-se que o L. conseguiu manter-se imóvel durante 32 segundos (cotação 2). No que refere ao equilíbrio estático, é observado em três tarefas. No apoio retilíneo e apoio unipedal não apresentou dificuldades, permanecendo em equilíbrio (cotação 3). Contudo demonstrou algumas dificuldades em permanecer na ponta dos pés (cotação 2). Para o equilíbrio dinâmico foram solicitadas 4 tarefas (marcha controlada, evolução na trave, saltos com apoio unipedal e saltos a pés juntos). A marcha controlada foi realizada de forma controlada com ocasionais e ligeiras reequilibrções, sem apresentar qualquer desvio (cotação 3). Na evolução da trave, efetuou as 4 tarefas solicitadas (frente, costas, lado direito e lado esquerdo) na trave mantendo sempre o equilíbrio (cotação 4). Nos saltos com apoio unipedal, tanto no pé direito como no pé esquerdo a tarefa foi realizada de acordo com o pedido, sem a existência de reequilibrções ou quedas (cotação 4). Realizou os saltos a pés juntos, para a frente e

para trás, de olhos abertos e fechados (cotação 4), demonstrando uma realização rítmica e harmoniosa.

Na **lateralização**, a criança revelou ter uma lateralização bem definida apresentando como lado dominante o direito (DDDD), executando todas as tarefas sem hesitação e com proficiência, sem sinais difusos e, sempre com o mesmo lado (cotação 4).

No fator psicomotor da **noção do corpo**, no sentido cinestésico, realizou as tarefas sem dificuldade todos os pontos sem evidenciar sinais difusos (cotação 4). Relativamente ao reconhecimento direita-esquerda, executou corretamente as 8 tarefas pedidas, sem hesitação (cotação 4). No que toca à auto-imagem, acertou apenas 3 vezes na ponta do seu nariz, mantendo um movimento controlado e adequado (cotação 3). Na imitação de gestos foi capaz de reproduzir 2 das figuras, com alguma distorção de forma e proporção, demonstrando sinais de dismetria e descoordenação recíproca (cotação 2). No que refere ao desenho do corpo, com base na escala de *Wintsch*, o desenho é pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos (cotação 2).

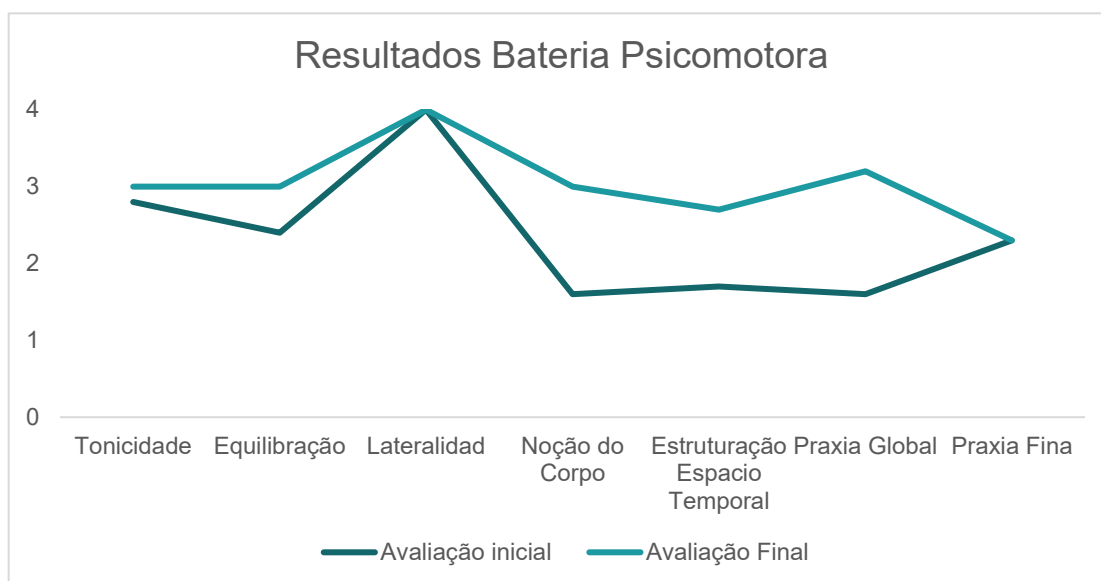
Na **estruturação espaciotemporal**, no subfactor organização foi observado um ligeiro descontrolo final das passadas (alargamento ou encurtamento), mantendo sempre a contagem de passos correta (cotação 3). Na observação da estruturação dinâmica, realizou com facilidade as 6 tarefas propostas, sem hesitação (cotação 4). Já na representação topográfica a criança realizou a trajetória adequadamente, com algumas hesitações e interrupções (cotação 3). Relativamente à estruturação rítmica, revelou dificuldades significativas pois não conseguiu reproduzir nenhuma das estruturas propostas (cotação 1).

Na **praxia global**, no que concerne à coordenação óculo-manual a criança realizou a tarefa proposta acertando 2 dos 4 lançamentos com adequado planeamento motor e autocontrolo visuomotor (cotação 3). Na coordenação óculo-pedal, acertou também 2 lançamentos (cotação 3). Assim, relativamente à dismetria, foi atribuída a cotação 3 dado que a criança realizou os exercícios apresentando ligeiras dismetrias. Relativamente ao subfactor da dissociação, este é constituído por um exercício de batimentos com as mãos e os pés, e um exercício de agilidade (saltitar com batimentos das palmas das mãos, exatamente quando se afastam as pernas, sem interromper a sequência). No primeiro exercício tanto nos membros superiores, como nos inferiores e na coordenação entre os dois, o L. realizou corretamente as 4 estruturas propostas, pontuando cotação 4 nas três tarefas. Na prova de agilidade a criança realizou corretamente a tarefa, demonstrando controlo (cotação 3).

Por fim, na **praxia fina**, no subfactor coordenação dinâmica manual compôs a pulseira de clips, contudo não conseguiu decompô-la acabando por desistir da tarefa, revelando-se frustrado e dizendo constantemente que não o conseguia fazer mesmo após as diversas explicações e demonstrações da psicomotricista (cotação 1). Na tarefa de tamborilar, demonstrou um adequado planeamento micromotor, com ligeiras hesitações na sequência e ligeiras tensões (cotação 3). Na observação do subfactor velocidade-precisão o L. demonstrou preocupação em realizar uma maior quantidade de pontos e cruces possível, em vez de qualidade na realização dos mesmos (traçado), sendo por isso que alguns deles não foram considerados. Posto isto, elaborou 32 pontos com alguma precisão e 15 cruces (cotação 3).

Este perfil compreende como áreas fortes, a tonicidade (pontuação de 3), a equilíbrio (pontuação de 3), a lateralização (pontuação de 4), a noção do corpo (pontuação de 3) e a praxia global (pontuação de 3,2). Como área emergente aponta a estruturação espaço temporal (pontuação de 2,7). Por fim, indica também a área a desenvolver, a praxia fina (pontuação de 2,3). Pode ser observado o perfil psicomotor da criança, na avaliação inicial e na avaliação final através da figura 4:

Figura 4- Resultados da reavaliação da BPM do L.

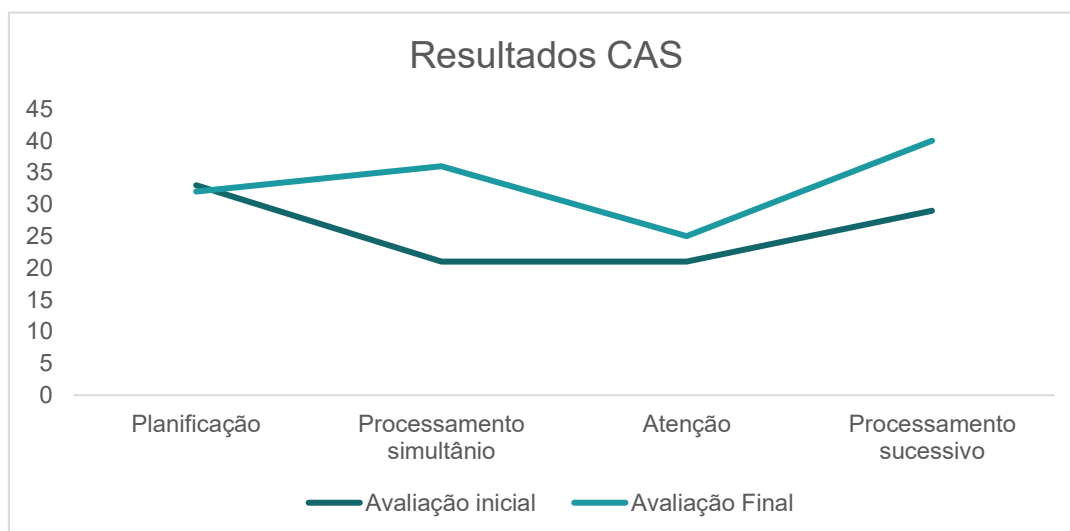


Através da integração da informação obtida pela aplicação da prova, foi possível determinar o **Perfil Psicomotor** do L., sendo este um perfil psicomotor euprático, com a pontuação total da prova de 21 pontos. Este perfil caracteriza-se por o tipo normal de perfil psicomotor, observando-se áreas a promover, mas sem a identificação de sinais desviantes (Fonseca, 2010b). De momento, praxia fina é a área onde se revelam mais dificuldades e que não sofreu alterações ao longo da intervenção.

No instrumento de avaliação CAS, na área da **planificação**, na área da planificação, na *emparelhamento de números*, o L. obteve uma cotação de 7, na *planificação de códigos* cotou 12 pontos e na *planificação de conexões*, 13 pontos. Assim sendo, obteve uma cotação final da área de 32 pontos. Na área do **processamento simultâneo**, nas *matrizes não verbais* a criança cotou 15 pontos, na área das *relações verbais-espaciais* cotou 12 pontos e na *memória de figuras* cotou 9 pontos. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 36 pontos. Na área da **atenção**, na *atenção expressiva* o L. cotou 8 pontos, na *deteção de números* teve 8 pontos e na *atenção recetiva* cotou 9 pontos. Posto isto, obteve uma cotação final da área de 25 pontos. Por fim, na área do **processamento sucessivo**, nas *séries de palavras* a criança obteve a cotação de 12 pontos, enquanto na *repetição de frases* cotou 11 pontos e na *velocidade oral*, teve 17 pontos. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 40 pontos.

Após a avaliação, compreende-se que os resultados do L., quando comparados à norma para a sua idade, apresentam como perfil de cada área: planificação, médio; processamento simultâneo, médio-superior; atenção, médio; processamento sucessivo, médio-superior. É possível identificar que em todas as áreas os resultados foram os expectáveis para a sua idade. Segue-se na figura 5, os resultados obtidos na avaliação inicial e na avaliação final:

Figura 5- Resultados da reavaliação do CAS do L.



O CAS identifica como áreas fortes o processamento simultâneo e o processamento sucessivo. Por outro lado, as áreas planificação e atenção encontram-se de momento dentro do expectável para a idade da criança. A atenção, apesar de otimizada, foi uma área com um progresso menos evidente e que ainda se apresenta como uma dificuldade noutros contextos que a criança frequenta.

II.3.2.4 Conclusão e Reflexão da Intervenção

Ao longo da intervenção foi possível observar uma maior atenção nas tarefas solicitadas, assim como uma maior eficiência ao seguir instruções com cerca de três ações na sua constituinte. Para além disso, o L. teve uma tendência de ficar mais tempo em cada tarefa, sem mencionar que estava “cansado” ou que “era muito difícil”, como em tempos ocorria. Contudo, em conversa com a professora titular e os pais, foi possível compreender que ainda existe essa dificuldade de atenção e permanência nas tarefas em outros contextos. Para além disso, a impulsividade nas tarefas também diminuiu, passando a ouvir as explicações das mesmas e a estabelecer estratégias antes de iniciá-la, revelando menos impulsividade. A confiança nas suas capacidades foi aumentando, assim como a capacidade de admitir o seu erro. No que concerne à sua organização no tempo, o L. Já tem uma maior capacidade de organizar temporalmente os acontecimentos da sua vida, tal como nomear os meses e os dias da semana, embora por vezes ainda se confunda na ordem dos meses.

A nível psicomotor é possível observar uma subida geral nos resultados de todos os fatores, com exceção da motricidade fina. Na tonicidade, o L. demonstrou uma maior passividade, revelando uma facilidade na descontração, tendo uma subida na cotação do fator de 2,8 para 3. Na equilibração, nomeadamente no equilíbrio estático, continua a demonstrar alguma dificuldade, principalmente nas tarefas em que tem de manter os olhos fechados, demonstrando alguma agitação. Contudo, no equilíbrio dinâmico, revelou uma melhoria generalizada, demonstrando uma maior estabilidade gravitacional. Posto isso, no fator de equilibração apresentou uma subida de cotação de 2,4 em relação à avaliação inicial, para 3 na avaliação final. De realçar que no início o L. tinha medo de realizar a tarefa de evolução na trave, assim como demonstrava pouca segurança nas suas capacidades nesta área, pelo que essa confiança foi aumentando ao longo da intervenção, tornando-se esta tarefa uma das suas favoritas. No que concerne a noção do corpo, as evoluções viram-se principalmente no sentido cinestésico e no reconhecimento da direita e esquerda, refletindo-se num aumento da cotação de 1,6 para a cotação final de 3. Na estruturação espaço temporal, são observadas evoluções na organização, estruturação dinâmica e representação topográfica. A estruturação rítmica continua a ser a sua maior dificuldade neste fator, mantendo a cotação de 1. Assim sendo, neste fator, a cotação foi de 1,7 (avaliação inicial) para 2,7 (avaliação final). A praxia global foi o fator onde se observou a maior evolução, subindo de uma cotação de 1,6 para a cotação da avaliação final de 3,2. Neste fator houve subida na cotação de todos os subfactores. Contudo, como referido

anteriormente, a praxia fina não sofreu alterações na sua cotação, demonstrando ainda imaturidade em atividades que requerem a coordenação dinâmica visual (Fonseca, 2010b). Em observação direta, a estagiária conseguiu compreender que algumas tarefas da área da motricidade fina, não avaliadas na BPM, melhoraram, como a preensão do lápis e o traço mais adequado, assim como o cortar papel com uma tesoura.

A nível das áreas avaliadas através do instrumento CAS, i.e., a planificação, o processamento simultâneo, a atenção e o processamento sucessivo deu-se uma melhoria geral em todas as áreas, evoluindo para o nível médio do que é esperado para a idade.

Apesar dos resultados da avaliação, a atenção continua a apresentar-se como um problema nos contextos que o L. frequenta, principalmente quando esta é necessária em questões relacionadas com a escola e a aprendizagem. A sua resistência à aprendizagem dos conteúdos académicos, diminuiu, contudo, continua a haver a dificuldade em manter a atenção principalmente em sala de aula. É claro que é necessário ter em conta todos os elementos distrateis que existem nesse contexto, contudo foi um dos desafios para a estagiária, i.e, encontrar formas de contribuir para que esta atenção que já estava otimizada no contexto da intervenção psicomotora, fosse também melhorada noutros contextos. Embora com menos frequência, o L. continua a apresentar alguns comportamentos de impulsividade e agitação psicomotora. O trabalho desenvolvido em conjunto com a professora e com os pais foi fundamental para os resultados da intervenção, dado esses intervenientes terem-se demonstrado sempre disponíveis e preocupados com o bem-estar da criança.

Posto isto, dos objetivos terminais propostos no início da intervenção e que podem ser observados em detalhe no **anexo A**, foram alcançados 60%, parcialmente alcançados 13,3% e não alcançados 26,7%.

Considera-se importante refletir, que o L. foi uma criança que durante o seu período de desenvolvimento, em que existe a preparação para as competências académicas, esteve em isolamento devido ao covid-19 e privado do ambiente escolar e do espaço exterior (Silva e Vianna, 2023). Durante este período as crianças permaneceram durante imenso tempo em casa sujeitas, a longos períodos de exposição a ecrãs, com baixas experiências sociais, relacionais e motoras (Silva e Vianna, 2023). Sabe-se que esta privação experiencial e de vivências teve impacto no desenvolvimento das crianças em todos os aspetos, devido ao uso de tecnologias em excesso e ao sedentarismo (Silva e Vianna, 2023). O L. foi uma criança que resistiu às tarefas que a educadora pedia para realizarem durante o período de isolamento, o que implicava em menos estímulo das

competências pré -acadêmicas. Neste sentido, coloca-se a hipótese de que as dificuldades que o L. apresentava no seu desenvolvimento psicomotor no início da intervenção, será devido ao isolamento e privação experiencial durante o período do covid-19. Por outro lado, a exposição a ecrãs tem sido fortemente associada a questões de atenção (Alves et.al 2022) o que pode também ser uma hipótese para as dificuldades de atenção apresentadas pelo L.

Este caso foi desafiando para a estagiária na medida de encontrar tarefas que trabalhassem os objetivos propostos, mas também motivassem a criança e, contrariassem a tendência que esta tinha em saltar de tarefa em tarefa sem terminá-las. Para além disso, ter um equilíbrio entre uma tarefa desafiante, mas que não desmotiva-se o L., tendo em conta as dificuldades que apresentava a nível da autoconfiança e de querer desistir de atividades que considerava mais complexas.

II.3.3 Estudo de caso M.

O M. tem 12 anos e nasceu no Brasil. Reside com a avó numa zona urbana, perto da escola que o jovem frequenta. A mãe (36 anos) vive em Barcelona e o pai (40 anos) vive no Brasil. Aos 5 anos, o M. mudou-se para Barcelona com a sua mãe, onde a adaptação foi um pouco complicada. Aos 9 anos foi retirada a sua custódia à mãe e aos 10 anos mudou-se para Lisboa, para viver com a sua avó, onde reside até hoje. Apesar do pai viver longe do jovem, mantém o contacto todos os dias. O M. tem 1 irmã, da parte da mãe, que irá nascer brevemente. Embora agora viva em Portugal, continua a manter bastante contacto com o espanhol ao falar com os seus primos que vivem em Barcelona ou através de pessoas que frequentam o alojamento local da sua avó. O objetivo da avó é preparar o M. para a vida adulta e que este tenha autonomia. Refere que nos últimos tempos o jovem já se encontra mais independente, ao vestir-se sozinho e ao ir buscar comida, coisa que há uns tempo não fazia.

O M. foi fruto da primeira gravidez do casal, tendo sido uma gravidez não planeada. Ao longo da gestação não se deram nenhuma complicação, sendo que o parto foi normal. O jovem já foi operado duas vezes, ao nariz e circuncidado. Para além disso, apresenta o colesterol um pouco alto. Até ao momento não apresentou mais nenhuma doença ou complicação importante de realçar.

O jovem ficou com mãe em casa até aos 3 anos de idade. Com cerca de 5 anos foi para Barcelona onde começou a frequentar a escola. A mãe tinha dificuldade em levá-lo à escola e por isso faltava muitas vezes. Aos 10 anos veio para Portugal e ingressou no 5º

ano. Houve alguma dificuldade a adaptar-se ao português de Portugal, apesar da sua língua materna ser português (do Brasil), contudo nos últimos anos tinha estado mais exposto ao espanhol e castelhano. Em conversa com a estagiária o jovem refere que é mais fácil conversar e aprender em espanhol. O jovem está integrado na escola, dá-se bem com os colegas e em geral com os professores.

Devido às preocupações da avó e à sinalização da sua diretora de turma com base nas dificuldades que apresenta na manutenção da atenção em sala de aula, assim como nos baixos resultados académicos, o M. foi encaminhado para a estagiária.

II.3.3.1 Avaliação Inicial

De modo a recolher o máximo de informação possível acerca do M., o jovem foi avaliado através das Escalas de Conner– versão reduzida para pais e professores (Keith Conners, 1997) – tradução e adaptação de Ana Rodrigues (2004) e do *Cognitive Assessment System* (CAS) Naglieri e Das (1997). A avaliação no total teve a duração de aproximadamente 3 horas.

Posto isto, foi solicitado à avó e à diretora de turma que preenchessem as Escalas de Conner, de modo a avaliar o comportamento da criança em casa e na escola, permitindo averiguar a intensidade da presença de comportamentos de oposição, a desatenção e o excesso de atividade motora, na perspetiva dos mesmos. Podem ser observados de seguida os resultados obtidos através da tabela 4.

Tabela 5- Resultados da Avaliação Inicial do M. nas Escalas de Conner

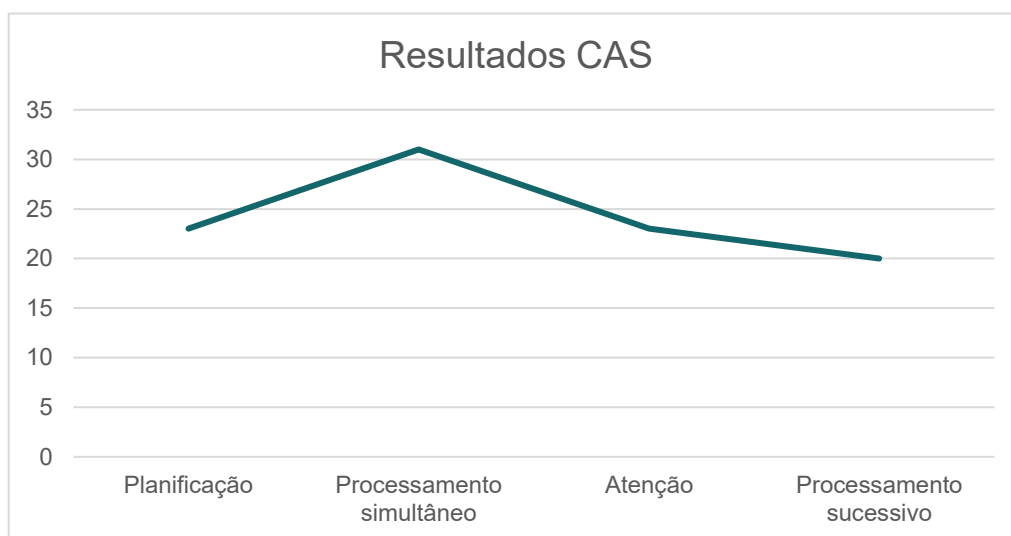
Valores score T					Conclusões
Subescala A- Oposição	Subescala B- Problemas cognitivos/ desatenção	Subescala C- Excesso de atividade motora	Subescala D- Índice de défice de atenção e hiperatividade		
Avó	-	47-49	38-39	53-54	B – Problemas Cognitivos/Desatenção – média ; C- Excesso de atividade motora- mediamente atípico (não levanta problemas); D- Índice de Conners PHDA – média
Professora	53-54	71-73	41-42	53-54	A-Oposição- média ; B – Problemas Cognitivos/Desatenção – marcadamente atípico ; C- Excesso de atividade motora- ligeiramente

Através dos resultados obtidos, é possível identificar que na percepção da avó, nenhum dos domínios apresenta relevância clínica, encontrando-se tudo dentro do espectável. Já na percepção da professora, é possível observar que no contexto escolar, está presente um comportamento marcadamente atípico no domínio dos problemas cognitivos/desatenção. Posto isto, com base nesses dados e na observação direta da psicomotricista ao longo da avaliação, será importante estimular esta área.

No instrumento de avaliação CAS, na área da planificação, no *emparelhamento de números*, o M. obteve uma cotação de 7, na *planificação de códigos* cotou 10 pontos e na *planificação de conexões*, 6 pontos. Assim sendo, obteve uma cotação final da área de 23 pontos. Na área do processamento simultâneo, nas *matrizes não verbais* o jovem cotou 10 pontos, na área das *relações verbais-espaciais* teve 7 pontos, enquanto na *memória de figuras* obteve 14 pontos. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 31 pontos. Na área da atenção, na *atenção expressiva* cotou 9 pontos, na *deteção de números* teve 6 pontos e na *atenção recetiva* cotou 8 pontos. Posto isto, obteve uma cotação final da área de 23 pontos. Por fim, na área do processamento sucessivo, nas *séries de palavras* o jovem obteve a cotação de 9 pontos, na *repetição de frases* 8 pontos e na *velocidade oral/frases e questões*, teve 3 pontos. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 20 pontos.

Após a avaliação, compreende-se que os resultados do M., quando comparados à norma para a sua idade, apresentam como perfil de cada área: planificação, médio-inferior; processamento simultâneo, médio; atenção, médio-inferior; processamento sucessivo, inferior. É possível identificar que nos processos cognitivos avaliados, as tarefas de origem mais visual encontram-se na média, tal como a sua memória auditiva parece estar otimizada. Assim sendo, revela-se como área forte o processamento simultâneo. Como áreas emergentes encontram-se a planificação e a atenção. O processamento sucessivo destaca-se como uma área a desenvolver, contudo considera-se que a linguagem pode ter influenciado os resultados, dado ser uma subárea que depende muito da mesma para a realização das tarefas. É possível observar de seguida o perfil de cada área na figura 6.

Figura 6- Resultados da Avaliação Inicial do M. no CAS



Ao longo de toda a avaliação, o jovem revelou ser bem-disposto, receptivo às propostas e estabeleceu facilmente uma boa relação com a técnica. Ao realizar as tarefas, dava muita importância à componente do tempo quando se apercebia que esta estava presente. Para além disso, demonstrou alguma dificuldade na recessão de instruções, tendo sempre de serem dadas mais do que uma vez, embora tal possa ser devido a alguma barreira linguística. Quando não sucedia inteiramente às tarefas propostas, era visível alguma frustração por parte do jovem, assim como demonstrava dificuldade na resolução de problemas quando confrontado com um.

II.3.3.2 Intervenção Psicomotora

Através da avaliação e da observação direta por parte da estagiária foi possível definir o perfil intraindividual do M. Posto isto, revela como área forte o processamento simultâneo e como áreas a promover a planificação, a atenção e o processamento sucessivo, tal como a capacidade de resolução de problemas.

Para além disso, foram identificados os fatores de proteção e fatores de risco do jovem. A estagiária considera como fatores de proteção a relação com a avó, a presença do pai na sua vida apesar de morar noutra país, a capacidade de comunicação funcional em duas línguas, a diretora de turma que assume o papel de figura de referência para o M. na escola, a boa relação com os colegas. Como fatores de risco, destaca-se as mudanças de país, a retirada de custódia à mãe, as dificuldades de adaptação ao português de Portugal, o colesterol elevado, pouca autonomia nas tarefas de dia a dia, a dificuldade de manutenção em sala de aula e os baixos resultados académicos.

Ainda nos fatores de risco, este jovem vivenciou durante a sua idade precoce, instabilidade familiar e mudanças constantes na sua vida. Ocorre imprevisibilidade quando os elementos da família apresentam dificuldade em cumprir as suas responsabilidades como cuidadores (Alarcão e Gaspar, 2007). Sabe-se que as relações familiares podem ser um fato de proteção ou de risco, pelo que quando são menos positivas podem impactar negativamente o desenvolvimento da criança (Leusin et. al. 2018). O M. foi uma criança que durante o período que viveu com a mãe, o seu dia-a-dia era imprevisível pois nem sempre ia à escola e não existia rotina. As crianças necessitam de rotinas e de previsibilidade para o seu desenvolvimento. Importante referir ainda, que o M. apresentou diversas vezes mudanças na sua vida, em que mudava de escola e tinha de reconstruir as suas relações, com as crianças da sua idade e com os professores. Foi perceptível o impacto destes fatores de risco no desenvolvimento do M., uma vez que manifestou dificuldade na criação da relação terapêutica e dificuldades na regulação das suas emoções (frustração).

Posteriormente, foi estabelecido um plano de intervenção que contém os objetivos a serem trabalhados e podem ser observados na tabela 6. Pode ser consultado em detalhe o plano de intervenção no **anexo C**.

Tabela 6- Objetivos Gerais e Específicos da Intervenção do M.

Objetivos gerais	Objetivos específicos
	Manter a atenção na tarefa por 10 minutos.
Estimular a atenção	Emparelhar elementos iguais.
Estimular a capacidade de reter e seguir instruções.	Seguir uma instrução que contenha 3 tarefas associadas à mesma.
	Identificar o problema e formular uma estratégia de modo a resolvê-lo.
Promover a resolução de problemas.	Identificar quais os recursos necessários para a resolução do problema e pôr em prática a solução encontrada.
	Avaliar a eficácia dos resultados perante a estratégia utilizada.
Promover a tomada de decisões.	Tomar decisões no seu dia a dia quando confrontado com as mesmas.

Foi estabelecido que seriam realizadas duas sessões por semana, cada uma com a duração de 1 hora. Estas sessões dividiam-se em três momentos distintos, sendo estes

um momento inicial (falávamos sobre o seu dia, dizíamos a data completa, recordávamos a sessão anterior, etc), o corpo da sessão (atividades principais da sessão) e um momento final de retorno à calma (geralmente atividades de relaxação). Estas sessões ocorriam maioritariamente um dia na sala de música e no outro no ginásio da escola. Um exemplo de plano de sessão individual pode ser consultado no **anexo D**.

A estagiária utilizou algumas estratégias ao longo da intervenção, tais como reforço positivo, demonstração, instruções simples, decisão sobre as tarefas. Para além disso, eram realizadas tarefas de competição, dado serem as atividades de mais interesse e motivadoras para o M., mantendo-o atento à tarefa.

Nas sessões, o discurso da estagiária era simples, pausado e com instruções diretas, tendo na maioria das vezes de ser repetidas mais do que uma vez, seja porque o foco do M. estava noutra sítio ou porque não compreendia linguisticamente.

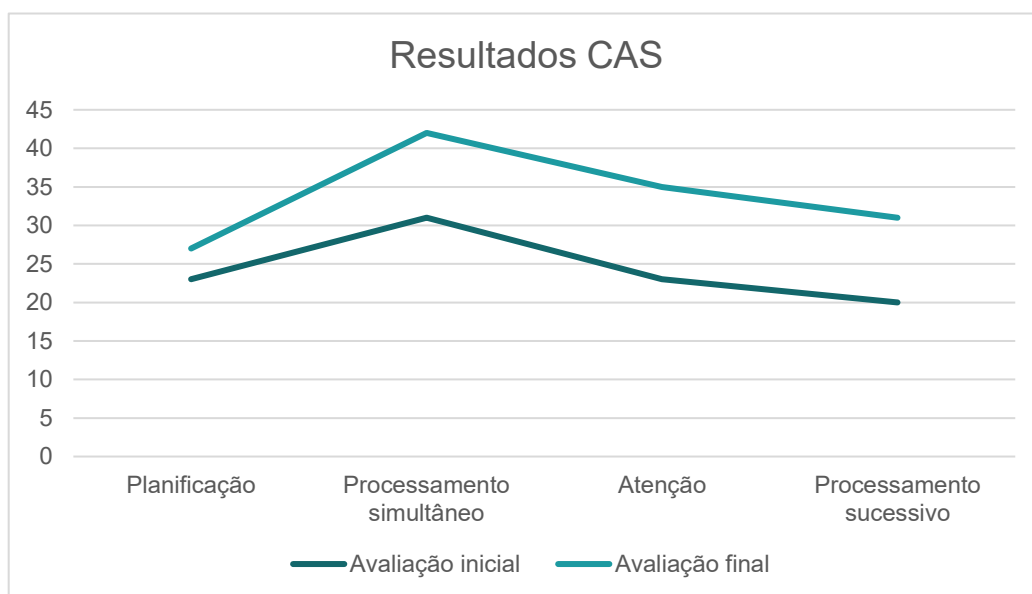
II.3.3.3 Avaliação Final

A avaliação final teve uma duração de 3 horas. Foi aplicado novamente o instrumento CAS de modo a obter resultados que possam ser comparados à avaliação inicial.

Na área da planificação, no *emparelhamento de números*, o M. obteve uma cotação de 12, na *planificação de códigos* cotou 9 pontos e na *planificação de conexões*, 6 pontos. Assim sendo, obteve uma cotação final da área de 27 pontos. Na área do processamento simultâneo, nas *matrizes não verbais* o jovem cotou 16 pontos, na área das *relações verbais-espaciais* teve 11 pontos, enquanto na *memória de figuras* obteve 15 pontos. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 42 pontos. Na área da atenção, na *atenção expressiva* o M. cotou 18 pontos, na *deteção de números* teve 9 pontos e na *atenção recetiva* cotou 8 pontos. Posto isto, obteve uma cotação final da área de 35 pontos. Por fim, na área do processamento sucessivo, nas *séries de palavras* o jovem obteve a cotação de 11 pontos, na *repetição de frases* 9 pontos e na *velocidade oral/frases e questões*, teve 11 pontos. Deste modo, obteve uma cotação final da área de 31 pontos.

Após a avaliação, compreende-se que os resultados do M., quando comparados à norma para a sua idade, apresenta como perfil de cada área: planificação, médio; processamento simultâneo, superior; atenção, médio-superior; processamento sucessivo, médio. Assim, é possível observar como área forte o processamento simultâneo. As restantes áreas encontram-se de momento dentro do esperado para a sua idade. Podem ser observados os resultados comparativos entre a avaliação inicial e final na figura 7.

Figura 7- Resultados da Reavaliação do M. no CAS



O jovem revelou-se sempre bem-disposto e recetivo às propostas no decorrer da avaliação final. Ao longo da intervenção foi possível observar um maior nível de atenção e permanência nas tarefas, assim como uma maior facilidade no seguimento de instruções. Os sinais de frustração quando confrontado com um problema também se demonstraram menores.

II.3.3.4 Conclusão e Reflexão da Intervenção

Apesar de se apresentar recetivo às tarefas propostas pela estagiária, o M. demonstrou-se neutro a nível emocional em relação às mesmas no início das atividades. Com cerca de 5 minutos de atenção na tarefa, começava a demonstrar sinais de desinteresse e um trabalho lenificado. Tal não acontecia, quando eram tarefas competitivas, seja com a estagiária ou com ele próprio, i.e., tentar fazer melhor ou mais rápido do que anteriormente. Essa característica foi usada como estratégia para a obtenção de melhores resultados e conseqüentemente melhorou a performance mesmo nas tarefas que não eram dessa origem.

O M. dava pouco a sua opinião, mesmo quando questionado diretamente sobre, assim como tinha dificuldade em tomar decisões de modo autónomo. A resposta automática quando a estagiária lhe fazia uma pergunta era “não sei”, porém após reforço e ajuda para pensar sobre o assunto, foi conseguindo apresentar mais frequentemente respostas adequadas. Contudo, a tendência é de voltar para a resposta de “não sei”, nos outros contextos que frequenta. O M. era reservado e raramente iniciava tópicos de conversa, porém com a construção e fortalecimento da relação terapêutica foi ficando mais

disponível nessa componente. Os níveis de frustração também diminuíram. No início da intervenção, quando o M. ficava muito tempo na mesma tarefa por não estar a ter sucesso na mesma, começava a demonstrar alguns sinais de frustração, como expressões faciais e respiração acelerada. Mesmo nesses momentos, não pedia ajuda, preferindo fazer sozinho. Como o tempo, foi se demonstrando mais calmo nessas situações, aprendeu a pedir ajuda (embora apenas em casos extremos) e melhorou a resolução de problemas, com soluções adequadas.

Apesar de não ser o foco direto da intervenção, a sua memória de trabalho também se apresentava comprometida, sendo observável nas atividades realizadas a melhoria da mesma ao longo do tempo, parecendo estar associado à melhoria dos níveis de atenção.

A nível das áreas avaliadas através do instrumento CAS, o M. revelou melhorias generalizadas. Na área da planificação, passou de um perfil médio-inferior para médio, destacando-se a melhoria na tarefa de emparelhamento de números. Já na área do processamento simultâneo, apresentava inicialmente um perfil médio, evoluindo para um perfil superior, com principal otimização das matrizes não verbais. Na área da atenção, teve uma evolução de um perfil médio-inferior para médio-superior, destacando-se a atenção expressiva como subárea de melhor performance. Por fim, no processamento sucessivo, evoluiu de um perfil inferior, para um perfil médio. Esta área é a que mais depende da linguagem, a qual o M. demonstrava alguma dificuldade em compreender tudo o que lhe era dito, devido à sua história de vida. Tanto a nível observacional como através do CAS, foram relatadas evoluções nessa área, dado o M. demonstrar uma maior compreensão do discurso, assim como das instruções dadas.

Posto isto, dos objetivos terminais propostos no início da intervenção e que podem ser observados em detalhe no **anexo D**, foram alcançados 78% e parcialmente alcançados 22%.

Este caso demonstrou-se desafiante para a estagiária na medida em que estava habituada a trabalhar com indivíduos de idades mais baixas, pelo que teve de haver um reajuste no discurso da mesma. A adaptação da linguagem foi importante tendo em conta a capacidade de compreensão que o jovem demonstrava, tendo a estagiária optado por um discurso simples, com um ritmo lento, mas na tentativa que não infantilizar a conversa. Para além disso, foi uma boa experiência na medida de encontrar atividades que trabalhassem os objetivos propostos, mas fossem de encontro com a essência da psicomotricidade. Foi gratificante ver as evoluções do jovem, ser testemunha de um

indivíduo que termina a intervenção com mais confiança em si e nas decisões que toma, assim como mais autónomo.

II.3.4 Estudo de caso R.

O R. tem 7 anos e nasceu em Portugal, contudo tem nacionalidade brasileira. Tem duas irmãs mais velhas e reside com os pais e as irmãs numa zona urbana. A mãe (43 anos), natural do Brasil, é designer de produtos e o pai (52 anos), também de nacionalidade brasileira, é consultor imobiliário.

O R. foi fruto da terceira gravidez do casal e teve a duração de 38 semanas, tendo sido de parto eutócico. Até às 28 semanas da gravidez, foi acompanhado no Brasil, sendo posteriormente acompanhado em Portugal. Às 32 semanas, foi detetado paragem de crescimento do feto. O R. nasceu com baixo peso.

Nas primeiras semanas de vida, foi encaminhado para a cardiologia. Com 2 meses, foi realizada uma intervenção cirúrgica por hérnia inguinal e aos 4 meses foi diagnosticado com estenose supra valvular. Aos 6 meses começou a ser seguido em fisioterapia por hipotonia axial e por não ter controlo cefálico. A criança apresentava baixo tónus, sentando-se apenas aos 12 meses. Ainda aos 12 meses, foi requisitado pelo médico, análises genéticas, tendo sido diagnosticado com Síndrome de Williams. Pelos 15 meses deu os seus primeiros passos, no entanto tinha pouca força e falta de equilíbrio, iniciando acompanhamento em fisioterapia no hospital, por esses mesmos motivos. Aos 24 meses começou a andar sem apoio e de forma autónoma.

Em 2018, iniciou o acompanhamento na ELI em contexto domiciliário, por “atraso global do desenvolvimento”, demonstrando dificuldades na área motora, cognitiva, na linguagem e comunicação. É ainda acompanhado em oftalmologia. De momento tem acompanhamento terapêutico em Psicomotricidade, Terapia da Fala e na Educação Especial.

Até maio de 2019, esteve com uma ama, ingressando posteriormente numa escola privada, com 3 anos de idade. Na escola, demonstrou uma facilidade de integração social, estabelecendo facilmente relação com os pares e os adultos. Nessa altura, já demonstrava algumas dificuldades em manter a atenção e concentração numa atividade, que persistem até hoje.

Posteriormente, mudou-se para uma escola pública, para frequentar o jardim de infância, escola onde frequenta agora o 1º ano de escolaridade. Atualmente em sala de aula, apresenta algumas dificuldades na manutenção da atenção, na aprendizagem e

escrita das letras e no cálculo matemático. Contudo, continua a conseguir acompanhar os seus pares nas aprendizagens em sala de aula.

II.3.4.1 Avaliação Inicial

O R. foi avaliado através da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca. A avaliação no total teve a duração de aproximadamente 3 horas.

Relativamente ao aspeto somático, observa-se que a criança apresenta um corpo linear e magro, podendo classificar-se como ectomorfo. Não se observam desvios posturais. No controlo respiratório, o R. realizou as tarefas de inspiração e expiração (cotação 4), assim como a tarefa de apneia com 15 segundos (cotação 2), onde foram observados alguns sinais de fatigabilidade (cotação 3). Posto isto, foram avaliados os sete fatores psicomotores.

Na **tonicidade**, ao nível da extensibilidade dos membros inferiores e superiores, a criança realizou as tarefas com resistência e rigidez, demonstrando sinais de esforço em ambos os membros (cotação 2). No que toca à passividade em ambos os membros, não apresenta total descontração muscular, estando presente frequentes manifestações emocionais (cotação 2). Em relação à paratonia, apresentou bloqueios e resistência frequentes nas manipulações (cotação 2). No que concerne às diadococinésias, ao realizar os movimentos de pronação e supinação observou-se uma descoordenação e dismetria, sem amplitude, ocorrendo reações emocionais que interferem na realização da tarefa (cotação 3). Observaram-se ainda sincinésias bucais (cotação 2).

No fator da **equilíbrio**, ao nível da imobilidade, observou-se que a criança conseguiu manter-se imóvel durante 32 segundos (cotação 2). No que refere ao equilíbrio estático, é observado em três tarefas. No apoio retilíneo, apoio unipedal e nas pontas dos pés apresentou grandes dificuldades conseguindo manter o equilíbrio apenas por breves segundos (cotação 1). Para o equilíbrio dinâmico foram solicitadas 4 tarefas (marcha controlada, evolução na trave, saltos com apoio unipedal e saltos a pés juntos). A marcha controlada foi realizada com pausas frequentes e reequilibrações exageradas, com desvios frequentes (cotação 2). Na evolução da trave, a criança realiza as sub-tarefas com pausas frequentes e grandes reequilibrações, caindo mais de 3 vezes por percurso (cotação 1). Nos saltos com apoio unipedal, tanto no pé direito como no pé esquerdo, a criança não realiza a distância solicitada, observaram-se reequilibrações e desvios direcionais (cotação 1). Na tarefa dos saltos a pés juntos, para a frente e para trás, de olhos abertos e com os olhos fechados, a criança realiza a tarefa com paragens frequentes e rigidez corporal generalizada, apontando para uma insegurança gravitacional (cotação 2).

Na **lateralização**, o R. realizou três das tarefas com o lado direito e uma, a tarefa da observação da lateralidade ocular, com o lado esquerdo, demonstrando hesitações e um perfil de lateralidade inconstante (cotação 2).

Na **noção do corpo**, no sentido cinestésico, apresentou algumas dificuldades nomeando corretamente os 10 pontos táteis da prova (cotação 2). É de referir que a criança abria os olhos frequentemente quando era tocada. Relativamente ao reconhecimento direita-esquerda, executou corretamente 4 das tarefas pedidas, revelando uma hesitação e confusão constante (cotação 2). No que toca à auto-imagem, revelou grandes dificuldades, não conseguindo acertar nenhuma vez na ponta do seu nariz, com desvios frequentes para baixo (cotação 1). Na imitação de gestos foi capaz de reproduzir 2 das figuras, com alguma distorção de forma e proporção, demonstrando sinais de dismetria e descoordenação recíproca (cotação 1). No que refere ao desenho do corpo, com base na escala de *Wintch*, o desenho é pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos (cotação 2).

Na **estruturação espaciotemporal**, no subfactor organização foi observado um ligeiro descontrolo final das passadas (alargamento ou encurtamento) bem como a necessidade de algum apoio da terapeuta na realização dos percursos propostos (cotação 2). Na observação da estruturação dinâmica revelou dificuldades, dado que realizou corretamente o ensaio e 3 das tarefas propostas (cotação 2). Já na representação topográfica, a criança realizou a trajetória com frequentes hesitações e interrupções, assim como com desorientações (cotação 2). O R. teve dificuldades a desenhar o mapa da sala, necessitando de auxílio da técnica para identificar onde os elementos da sala seriam representados no papel, assim como nas dimensões que os desenhava, não sendo muito fiel à escala. Relativamente à estruturação rítmica, revelou dificuldades significativas pois não conseguiu reproduzir nenhuma das estruturas propostas (cotação 1).

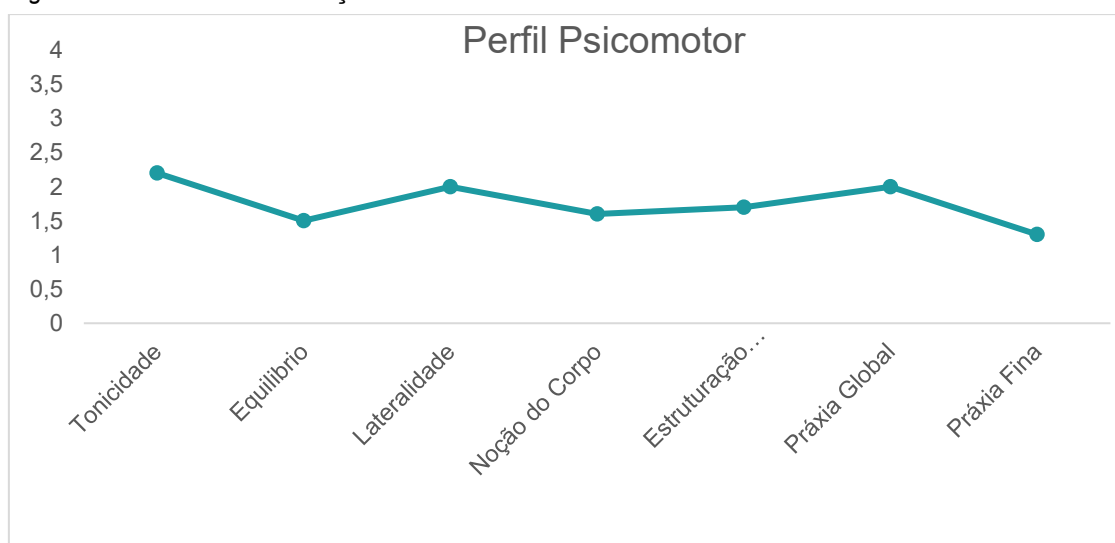
No fator **da praxia global**, no que concerne à coordenação óculo-manual a criança realizou a tarefa proposta acertando 2 dos 4 lançamentos com adequado planeamento motor com autocontrolo visuomotor (cotação 3). Na coordenação óculo-pedal revelou algumas dificuldades acertando uma vez (cotação 2). Assim, relativamente à dismetria, foi atribuída a cotação 2 dado que a criança realizou os exercícios apresentando dismetrias (inadaptação visuo-espacial e visuoquinestésica dos movimentos orientados face a uma distância ou objeto), movimentos exagerados e insuficientemente inibidos. Relativamente ao subfactor da dissociação, este é constituído por um exercício de batimentos com as mãos e os pés e, um exercício de agilidade (saltitar com batimentos das palmas das mãos,

exatamente no momento em que se afastam as pernas, sem interromper a sequência). No primeiro exercício observaram-se algumas dificuldades nos membros superiores (cotação 2) e uma realização adequada nos membros inferiores (cotação 3). Na prova de agilidade a criança revelou dismetrias, dispraxias e ausência de estrutura sequencial (cotação 1).

Por fim, **na praxia fina** no subfactor coordenação dinâmica manual, a criança compôs a pulseira de clips, contudo não conseguiu decompô-la, acabando por desistir da tarefa, dizendo que não o conseguia fazer (cotação 1). Na tarefa de tamborilar, demonstrou um fraco planeamento micromotor na realização da tarefa, revelando-se hesitações no exercício, dismetrias, saltos de dedos na sequência e discrepância significativa entre a realização sequencial e simultânea (cotação 2). Na observação do subfactor velocidade-precisão a criança elaborou 11 pontos com precisão e 10 cruzes (cotação 1).

A integração da informação obtida através da aplicação desta prova permite determinar o **Perfil Psicomotor** da Criança. Conclui-se que o R. apresenta um perfil psicomotor dispráxico, por ter obtido uma pontuação total de 13 na prova aplicada, observando-se áreas a promover e com a identificação de sinais desviantes. Este perfil caracteriza-se por indivíduos com dificuldades de controlo e com combinações de sinais desviantes que estão presentes nos diversos fatores ao longo te BPM. Este perfil compreende como área forte, a tonicidade, a lateralização e a praxia global. Como áreas a desenvolver identifica-se a equilibração, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal e a praxia fina. Pode ser observado o perfil psicomotor da criança através da figura 8:

Figura 8- Resultados da Avaliação Inicial da BPM do R.



Ao longo da avaliação o R. revelou ser bem-disposto e estabeleceu facilmente uma boa relação com a estagiária. Foi possível observar a dificuldade em manter a atenção na tarefa que lhe foi solicitada, assim como no receber de instruções. As tarefas tinham de ser explicadas mais do que uma vez, com um vocabulário muito simples e com o recurso à demonstração.

II.3.4.2 Intervenção Psicomotora

Através da avaliação e da observação direta por parte da estagiária foi possível definir o perfil intraindividual do R. Posto isto, na área psicomotora, identifica-se como área forte a tonicidade, a lateralização e a praxia global. Já nas áreas a promover encontra-se a equilibração, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal e a praxia fina.

Para além disso, foram identificados os fatores de proteção e fatores de risco da criança. A estagiária considera como fatores de proteção o ambiente familiar estruturado, o acompanhamento médico e terapêutico que recebe e, a facilidade em estabelecer relação com os pares e os adultos. Como fatores de risco revela-se a sua condição genética, os problemas de saúde nos primeiros anos, as dificuldades psicomotoras e as dificuldades de aprendizagem.

Posteriormente, foi estabelecido um plano de intervenção que contém os objetivos a serem trabalhados e podem ser observados na tabela 7.

Tabela 7- Objetivos Gerais e Específicos da Intervenção do R.

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Trabalhar o equilíbrio.	Permanecer em equilíbrio durante o tempo solicitado.
	Permanecer em equilíbrio em apoio unipodal durante o tempo solicitado.
	Saltar com apoio unipedal.
Estimular a noção do corpo.	Reconhecer e diferenciar a direita-esquerda, em si e no outro.
	Promover a imitação de gestos.
	Promover o reconhecimento das partes do seu corpo.
	Promover a organização espacial.
	Promover a representação topográfica.

Desenvolver a estruturação espaciotemporal.	Desenvolver a estruturação rítmica.
	Trabalhar a atenção sustentada na tarefa.
Estimular a cognição	Seguir uma instrução que contenha 2 tarefas associadas à mesma.
	Conhecer e reproduzir as letras do alfabeto.
Trabalhar as competências acadêmicas	Ler palavras com três sílabas.
	Realizar contas de soma e subtração.
	Identificar os números até 20.

Pode ser consultado em detalhe o plano de intervenção no **anexo E**.

A nível psicomotor, compreende-se que é fundamental trabalhar sobre os fatores do equilíbrio, noção do corpo e estruturação espaciotemporal. A nível do equilíbrio, para além dos resultados obtidos com a BPM, a estagiária pôde identificar ao longo da avaliação, a instabilidade da marcha, assim como a dificuldade e pouca confiança que o R. apresenta ao descer e subir escadas, pedindo sempre ajuda. Esta falta de equilíbrio é recorrente em indivíduos com SW e representa um papel importante no quotidiano da criança, assim como pode prejudicar a sua autonomia (Mayall et al., 2021). Sendo este fator uma das condições básicas da organização psicomotora, é importante tê-lo bem definido de modo a contribuir para a otimização dos fatores seguintes, por isso é esse um dos principais focos da intervenção (Fonseca, 2010b). Para além disso, considerou-se relevante trabalhar a noção do corpo de modo ao indivíduo ter uma maior consciencialização de si e consequentemente conseguir organizar-se melhor no espaço (estruturação espaciotemporal) (Fonseca, 2010b).

Apesar da praxia fina também ser das áreas onde o R. apresenta mais dificuldades, a estagiária decidiu não focar a sua intervenção especificamente nesse fator, dado os fatores psicomotores abaixo ainda apresentarem muitas dificuldades, sabendo que estes seguem uma hierarquia, é fundamental otimizá-los primeiramente (Fonseca, 2010b).

Na área da cognição, foi proposto trabalhar principalmente a atenção sustentada e seletiva, sabendo através da observação direta e da informação dada pelos pais e professora, que esta é uma área muito fragilizada, como é comum nas crianças com SW (Kozel et al., 2021).

Foi estabelecido que seria realizada uma sessão individual por semana, com a duração de 45 minutos. Estas sessões dividiam-se em três momentos distintos, sendo estes um momento inicial (falávamos sobre o seu dia, dizíamos a data, etc), o corpo da sessão (atividades principais da sessão) e um momento final de retorno à calma (geralmente atividades de relaxação). Estas sessões ocorriam maioritariamente um dia numa sala ou ginásio da escola. Um exemplo de plano de sessão individual pode ser consultado no **anexo F**. Para além da sessão individual, o aluno tinha acompanhamento em sala de aula, num total de 8 horas e 30 minutos, semanalmente. Ao longo destas horas realizava os trabalhos em sala de aula, tal como os seus colegas, mas com o apoio da estagiária, dado as dificuldades de aprendizagem que revela, assim como na manutenção da atenção. Estas competências académicas eram mais tarde reforçadas através de atividades lúdicas na sessão individual, de modo a trabalhar sobre os objetivos estabelecidos nessa área. Complementar a estas vertentes de intervenção, o R. participava ainda numa sessão grupal que ocorria todas as semanas em conjunto com a sua turma, com a duração de 45 minutos. Esta sessão será abordada mais detalhadamente numa fase posterior deste relatório.

A estagiária utilizou algumas estratégias ao longo da intervenção, tais como reforço positivo, demonstração, instruções simples, material apelativo e dinâmico.

Nas sessões, o discurso da estagiária era simples, pausado e com instruções diretas de uma ação, de modo ao R. conseguir captar a informação fornecida e realizar as tarefas propostas. Na maioria das vezes, as instruções tinham de ser repetidas mais do que uma vez.

II.3.4.3 Avaliação Final

A avaliação final teve uma duração de 3 horas e foi aplicado novamente a BPM, de modo a obter resultados que possam ser comparados à avaliação inicial.

No controlo respiratório, o R. realizou as tarefas de inspiração e expiração (cotação 4), assim como a tarefa de apneia com 16 segundos (cotação 2), onde foram observados alguns sinais de fatigabilidade (cotação 3). Posto isto, foram avaliados os sete fatores psicomotores.

No fator psicomotor da **tonicidade**, ao nível da extensibilidade dos membros inferiores e superiores, a criança realizou as tarefas com resistência e rigidez, demonstrando sinais de esforço em ambos os membros (cotação 2). No que toca à passividade, em ambos os membros, não apresenta total descontração muscular, estando presente frequentes

manifestações emocionais (cotação 2). Em relação à paratonia, apresentou bloqueios e resistência frequente nas manipulações (cotação 2). No que concerne às diadococinésias, ao realizar os movimentos de pronação e supinação observou-se uma descoordenação e dismetria, sem amplitude, ocorrendo reações emocionais que interferem na realização da tarefa (cotação 3). Observaram-se ainda sincinésias bucais (cotação 2).

Na **equilibração**, ao nível da imobilidade, observou-se que a criança conseguiu manter-se imóvel durante 35s segundos (cotação 2). No que se refere ao equilíbrio estático, é observado em três tarefas. No apoio retilíneo, apoio unipedal e nas pontas dos pés apresentou grandes dificuldades conseguindo manter o equilíbrio apenas por breves segundos (cotação 1). Para o equilíbrio dinâmico foram solicitadas 4 tarefas (marcha controlada, evolução na trave, saltos com apoio unipedal e saltos a pés juntos). A marcha controlada foi realizada com pequenas reequilibrações, sem apresentar qualquer desvio (cotação 3). Na evolução da trave, a criança realiza as sub-tarefas com pausas frequentes e grandes reequilibrações, caindo pelo menos 1 vez por percurso (cotação 2). Nos saltos com apoio unipedal, tanto no pé direito como no pé esquerdo, a criança realiza a distância solicitada, observando-se reequilibrações, saltos com dismetrias e irregularidade rítmica (cotação 2). Na tarefa dos saltos a pés juntos, para a frente e para trás, de olhos abertos e com os olhos fechados, a criança realiza com paragens frequentes e rigidez corporal generalizada, apontando para uma insegurança gravitacional (cotação 2).

Na **lateralização**, o R. realizou 2 das tarefas com o lado direito (manual e pedal) e 2 das tarefas (ocular e auditiva) com o lado esquerdo, demonstrando hesitações e um perfil de lateralidade inconstante (cotação 3).

No fator da **noção do corpo**, no sentido cinestésico, apresentou algumas dificuldades nomeando corretamente os 16 pontos táteis da prova, contudo foram observados sinais difusos (cotação 3). Relativamente ao reconhecimento direita-esquerda executou corretamente 6 das tarefas pedidas, revelando uma ligeira confusão (cotação 3). No que toca à auto-imagem revelou grandes dificuldades, não conseguindo acertar nenhuma vez na ponta do seu nariz, com desvios frequentes para baixo (cotação 1). Na imitação de gestos foi capaz de reproduzir 2 das figuras das figuras, com alguma distorção de forma e proporção, demonstrando sinais de dismetria e descoordenação recíproca (cotação 1). No que refere ao desenho do corpo, com base na escala de *Wintsch*, o desenho é pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos (cotação 2).

Na **estruturação espaciotemporal**, no subfactor organização, foram realizados os 3 percursos solicitados com um ligeiro descontrolo final das passadas (alargamento ou encurtamento) (cotação 3). Na observação da estruturação dinâmica revelou dificuldades, dado que realizou corretamente o ensaio e 4 das tarefas propostas (cotação 3). Já na representação topográfica a criança realizou a trajetória com frequentes hesitações e interrupções, assim como com desorientações angulares (cotação 2). O R. teve dificuldades a desenhar o mapa da sala, necessitando de auxílio da técnica para identificar onde os elementos da sala seriam representados no papel. Relativamente à estruturação rítmica, revelou dificuldades significativas pois não conseguiu reproduzir nenhuma das estruturas propostas (cotação 1).

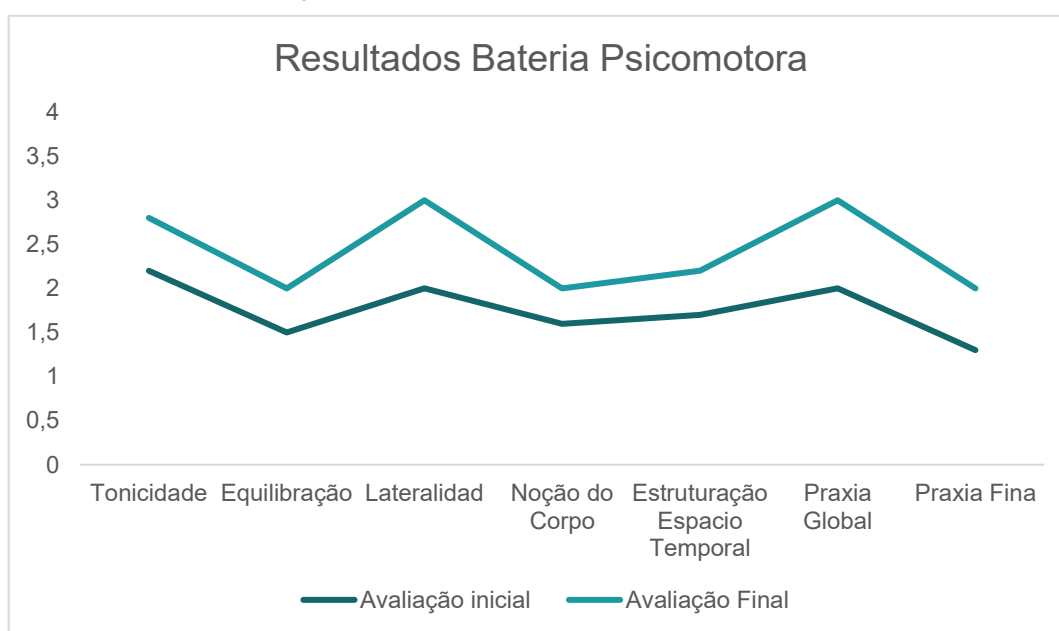
Na **praxia global**, no que concerne à coordenação óculo-manual a criança realizou a tarefa proposta acertando 3 dos 4 lançamentos com adequado planeamento motor e autocontrolo visuomotor (cotação 4). Na coordenação óculo-pedal acertou 2 vezes dos 4 lançamentos (cotação 3). Assim, relativamente à dismetria, foi atribuída a cotação 2 dado que a criança realizou os exercícios apresentando dismetrias (inadaptação visuo-espacial e visuoquinestésica dos movimentos orientados face a uma distância ou objeto), movimentos exagerados e insuficientemente inibidos. Relativamente ao subfactor da dissociação, este é constituído por um exercício de batimentos com as mãos e os pés, e um exercício de agilidade (saltitar com batimentos das palmas das mãos, exatamente no momento em que se afastam as pernas, sem interromper a sequência). Nos membros superiores foram realizadas as 4 estruturas (cotação 4) assim como nos membros inferiores (cotação 4). Já na coordenação entre os dois e na prova de agilidade a criança revelou dismetrias, dispraxias e ausência de estrutura sequencial (cotação 1).

Por fim, na **praxia fina**, no subfactor coordenação dinâmica manual a criança compôs a pulseira de clips contudo não conseguiu decompô-la acabando por desistir da tarefa, dizendo que não o conseguia fazer (cotação 1). Na tarefa de tamborilar, a criança demonstrou um fraco planeamento micromotor na realização da tarefa, revelando-se hesitações no exercício, dismetrias, saltos de dedos na sequência e discrepância significativa entre a realização sequencial e simultânea (cotação 2). Na observação do subfactor velocidade-precisão a criança elaborou 20 pontos com precisão e 12 cruzes (cotação 2).

A integração da informação obtida através da aplicação desta prova permite determinar o **Perfil Psicomotor** da Criança. Conclui-se que o R. apresenta um perfil psicomotor eupráxico, por ter obtido uma pontuação total de 17 na prova aplicada,

observando-se áreas a promover, mas sem a identificação de sinais desviantes. Este perfil caracteriza-se por uma realização adequada das tarefas de um modo geral, sendo que em alguns subfactores pode existir ainda alguma imaturidade ou imprecisão. Assim, compreende-se como área forte, a tonicidade, a lateralização e a praxia global. Como áreas a desenvolver identifica-se a equilibração, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal e a praxia fina. Pode ser observado o seu perfil psicomotor atual, em comparação com o seu perfil psicomotor no início da intervenção, através da figura 9:

Figura 9- Resultados da reavaliação da BPM do R.



O R. revelou ser bem-disposto, demonstrando-se sempre disponível para realizar as tarefas propostas. Foi possível observar que todas as letras do alfabeto foram aprendidas e consolidadas, assim como a escrita das mesmas pelo menos em letra à máquina maiúscula. O R. é capaz de identificar todos os números até 20, no entanto nas contas de soma e subtração até 10, por vezes ainda precisa de auxílio do adulto ou de um material que represente no concreto os números a utilizar para as contas. Na área da atenção, ainda apresenta algumas dificuldades em manter-se na tarefa, com a necessidade de ser chamado para a mesma.

II.3.4.4 Conclusão e Reflexão da Intervenção

Ao longo da intervenção o R. demonstrou-se disponível para realizar as tarefas propostas. Contudo, estas estavam extremamente condicionadas pela sua baixa capacidade de manutenção da atenção. Apesar de ao longo do tempo ter-se observado uma pequena melhoria neste aspeto, o máximo que o aluno conseguia ficar atento na

tarefa sem ser necessário a chamada para a mesma, era cerca de 2 minutos. Em sala de aula a aprendizagem ficava prejudicada devido a isso, tal como outras características como a dificuldade da preensão do lápis, o ritmo de trabalho lento, entre outros. Contudo, o R. conseguiu acompanhar muitos dos conteúdos aprendidos no decorrer do ano letivo. Acredita-se que tal deve-se ao mérito do aluno, mas também a todo o apoio que este tinha, seja por parte da estagiária, da professora titular, da professora de educação especial, das terapias que frequentava, assim como do apoio dos pais. Devido ao esforço mental que o R. fazia para se manter atento ou para realizar as atividades propostas em sala de aula, isso gerava-lhe algum cansaço e ao fim da manhã era ainda mais difícil manter-se atento. No que concerne a compreensão de instruções com 2 ações associadas, o R. começou a ser capaz de compreendê-las e memorizá-las, embora estas tivessem de ser simples e diretas.

A nível psicomotor é possível observar uma subida geral nos resultados de todos os fatores, mesmo aqueles que não foram diretamente trabalhados. Na equilibração mantém as dificuldades no equilíbrio estático, mas apresenta uma melhoria a nível do equilíbrio dinâmico, na marcha, na evolução da trave e nos saltos a pés juntos para a frente. Posto isto, nesse fator passou de uma cotação de 1,5 para 2. Na noção do corpo, o seu subfactor mais forte foi o sentido cinestésico, onde já consegue identificar os pontos do seu corpo, sendo que tal não se sucedia na avaliação inicial. Na estruturação, destaca-se a melhor organização e estruturação dinâmica. Praxia global, foi o fator psicomotor que mais evoluiu, subindo a cotação de 2 para 3. Esta era estimulada através das atividades realizadas na sessão grupal, demonstrando evoluções a nível da coordenação óculo manual e óculo pedal. Posto isto, conseguimos perceber que apesar de nem todos os fatores psicomotores terem sido trabalhados diretamente, houve um aumento na cotação de todos dado que estes estão intrinsecamente relacionados (Fonseca, 2010b).

Posto isto, dos objetivos terminais propostos no início da intervenção e que podem ser observados em detalhe no **anexo E**, foram alcançados 50% dos objetivos, parcialmente alcançados 31% e não alcançados 19%.

Dos três estudos de caso, o R. foi na visão da estagiária, o mais complexo, mas proporcionalmente enriquecedor. Este caso fez lembrar a estagiária que as pequenas conquistas da aprendizagem e do desenvolvimento devem ser festejadas. Tendo em conta todas as problemáticas que o R. apresenta, é esperado que não haja uma evolução tão evidente ou rápida como poderíamos encontrar noutras situações. Contudo, considera se

que a intervenção teve um resultado positivo e um contributo para as aprendizagens do R., dado terem sido atingidos 50% dos objetivos.

II.3.5 Atividades complementares

II.3.5.1 Acompanhamento em sala de aula

Para além do acompanhamento em sala de aula com o R., na mesma turma a estagiária teve a oportunidade de acompanhar também outro aluno, o D., de 7 anos e diagnosticado com a Perturbação do Espectro do Autismo. Apesar do único contato com essa criança ser no acompanhamento da sala de aula, i.e., não ter ocorrido uma intervenção psicomotora individual, foi uma mais-valia na medida que forneceu à estagiária, ferramentas para lidar com algumas situações. Exemplo disso são as crises que ocorriam recorrentemente e como lidar com elas, tendo em conta que estavam a dar-se com cerca de mais 20 crianças no mesmo espaço. Também se destaca na medida da otimização das capacidades de comunicação da estagiária.

II.3.5.2 Sessão grupal

Como referido anteriormente, uma vez por semana dava-se uma sessão de intervenção psicomotora com uma turma de 1º ano com cerca de 20 alunos, a turma do R. e do D. O objetivo desta sessão era estimular as competências psicomotoras das crianças, assim como potencializar a socialização e participação dos alunos da turma com dificuldades a nível do desenvolvimento. A sessão ocorria geralmente no ginásio da escola ou no campo de jogos. As crianças apresentavam-se sempre muito disponíveis para as atividades propostas, assim como auxiliavam e integravam o R. nas tarefas caso este precisasse. O D. geralmente não tinha tanta envolvimento nas atividades, mas de modo geral participava nas mesmas. Com base na observação, a turma apresentava as competências esperadas para a idade. As atividades realizadas passavam por tarefas da área da motricidade global, do equilíbrio, do trabalho em equipa e entreatajuda, da atenção, das competências académicas, entre outras. É possível observar um exemplo de plano de sessão no **anexo G**.

Conclusão

Em modo de conclusão do presente trabalho, será abordado e refletido sobre as componentes que mais contribuíram para o enriquecimento da estagiária ao longo desse ano, assim como as suas maiores dificuldades.

Foi uma mais-valia para a estagiária ter a oportunidade de intervir no contexto escolar, local onde as crianças passam tantas horas do seu dia. Nesse local, podia testemunhar como as crianças interagem com os seus pares e com outros adultos de referência. A relação estabelecida com as escolas, professores e técnicos foi igualmente fundamental para a qualidade do trabalho desenvolvido. A disponibilidade e interesse de todos estes intervenientes para conversar recorrentemente acerca dos indivíduos acompanhados, partilhar informação essencial para a intervenção sobre a vivência destes alunos, foi fundamental para uma intervenção mais adequada às necessidades da criança. Em particular destacam-se as professoras titulares de turma, que se demonstraram sempre muito recetivas às sugestões apresentadas, de modo a criar um ambiente de aprendizagem mais positivo para a criança.

O contato direto com as famílias e a sua preocupação constante com o bem-estar da criança, foi muito positivo, mas também um desafio para estagiária. Até ao momento, nunca tinha tido esse contato tão presente, o que possibilitou uma oportunidade de aprendizagem e o desenvolver de competências de comunicação para este público-alvo, algo tão necessário ao longo da vida profissional de uma psicomotricista. Para além disso, esta relação com as famílias, possibilitou uma visão mais global da criança e do seu contexto familiar, que se reflete, mais uma vez, numa prática ajustada às necessidades da família e da criança.

Revela-se ainda como um ponto positivo, as reuniões de estágio que ocorriam todas as semanas com a orientadora local e as colegas da licenciatura. Esse foi um momento essencial, de partilha e crescimento, onde tínhamos a oportunidade de refletir em conjunto sobre as dificuldades sentidas, num ambiente seguro e colaborativo, onde o principal objetivo era o sucesso de todas. Este espaço de diálogo contribuiu para o desenvolvimento de uma capacidade de análise crítica e procura de soluções ajustadas às realidades enfrentadas.

Ao longo do estágio, a estagiária foi-se deparando com alguns desafios que exigiam a adaptação e reflexão sobre a sua prática profissional. Apesar dos resultados da intervenção com estas crianças terem sido, no geral, positivos, a estagiária reflete acerca

dos objetivos previamente estabelecidos e se estes, em dois dos casos não foram demasiado extensos. Em certo momento da intervenção, parecia não ser possível chegar a todo o lado, tendo a estagiária a necessidade de parar e refletir sobre quais eram os objetivos mais prioritários e que contribuíam em maior escala para a qualidade de vida do indivíduo. Para além disso, essa reflexão levou ao ajuste de expectativas, compreendendo que nem tudo o que idealizamos é possível de realizar e que existem diversas variáveis ao longo da intervenção da qual o terapeuta não consegue controlar. Posto isto, a estagiária foi também compreendendo a necessidade de ser menos rígida ao pôr em prática os planos de sessão. Numa primeira instância, esta era uma dificuldade, acabando por não dar espaço à criança na sessão. Facilmente reconheceu, que apesar destes planos de sessão serem importantes de modo a balizar o que deve ser trabalhado e manter presente os objetivos da intervenção, é igualmente fundamental fazer sessões menos estruturadas, principalmente tendo em conta os estudos de caso e as suas dificuldades a nível da atenção. Assim, a estagiária ganhou uma maior flexibilidade e adaptação às circunstâncias, dando espaço à criatividade e àquilo que está a ser vivenciado na sessão.

Ao longo do relatório foram referidas as dificuldades de linguagem e de comunicação, com todos os casos de modo generalizado, mas mais particularmente com o M. As crianças com a qual tive a oportunidade de trabalhar, tinham todas nacionalidades brasileiras, que apesar de falarem em português, eram claras as dificuldades na compreensão. Posto isto, foi necessário a adaptação a um discurso simples, direto e com ritmo mais lento, garantindo que a informação era recebida corretamente.

No que concerne ao acompanhamento em sala de aula, foi a vertente mais desafiante. A quantidade de horas passadas em sala de aula, apesar de extremamente enriquecedoras, revelou-se também exaustivo, principalmente a nível emocional. O aluno que mais acompanhava, o R. demonstrava extremas dificuldades em manter-se atento, pelo que era necessário um constante reforço e chamada para a tarefa. Esta experiência deu à estagiária uma nova perspetiva, assim como contribuiu para a promoção da sua resiliência, observação e adaptação.

A aula grupal, deu à estagiária a experiência de planear sessões de psicomotricidade em grupo, assim como todas as componentes que isso implica. O grupo de alunos foi extremamente recetivo a todas as propostas, o que se demonstrou como facilitador da sessão. Intervir com um grupo de grandes dimensões, forneceu ferramentas importantes no que concerne a gestão do comportamento.

As atividades de estágio possibilitaram o aprofundamento de algumas componentes teóricas assim como, de instrumentos previamente aprendidos, mas que a estagiária não tinha tido oportunidade de pôr diretamente em prática. Deste modo, pode explorá-los, sempre com o apoio dos orientadores, caso surgissem dúvidas ou inseguranças.

Apesar de todos os casos terem uma dificuldade generalizada em comum, a manutenção da atenção, eram distintos entre si e expressavam-na de forma diferente. Assim, cada um deles foi fundamental para o enriquecimento da estagiária enquanto profissional, desafiando-a de diferentes formas a procurar ser melhor na sua prática e a encontrar novas estratégias para os ajudar. A ausência de diagnósticos formais em dois dos casos, apesar das evidentes dificuldades, levou a estagiária a adotar um olhar mais atento, individualizado e menos centrado em rótulos. Foi uma oportunidade para valorizar as características únicas de cada criança, ajustando a intervenção com base nas suas necessidades reais e não apenas em referenciais clínicos.

Esta experiência, deu à estagiária muito mais confiança na sua prática, algo que não se encontrava tão estabelecido anteriormente. Todas as pessoas que estiveram presentes ao longo destes meses, desde os orientadores, às crianças e jovem, às famílias, às escolas e professores, contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional da estagiária, dando-lhe espaço para crescer, trabalhar as suas competências interpessoais, de comunicação e gestão emocional ao longo de todo o processo. O estágio acaba com uma profissional mais rica em conhecimento e experiências, com a consciência de que apesar de se sentir mais pronta para o mercado de trabalho, ainda tem muito para aprender.

Bibliografia

ACCS (s.d.). Quem Somos. Associação Crescer com Sentido, IPSS.

<https://crescercomsentido.org/>

Alarcão, M. e Gaspar, F., M. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações no desenvolvimento individual e familiar. *Paideia*, 17 (36), 89-102. doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2007000100009>

Alves, O., A., Trigueiro, F., R., J., M. e Pinto, S., P., C., M., E. (2022). Comportamento em crianças do 1.ºciclo: relação com o processamento sensorial e o tempo de exposição a ecrãs. *Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional*. doi: 10.25766/ncet-dm94

Antunes, L., N., Rodrigues, A. e Jesus, G. (2020). Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção in N., L., Antunes (Ed.). *Sentidos* (4ªEd, pp 219-260)

Agrupamento de Escolas Bartolomeu de Gusmão (AGPBG) (2024). *EB 1 + JI Engenheiro Ressano Garcia*. <https://e-josefadedobidos.edu.pt/Portal/index.php/escolas/eb-1-ji-engenheiro-ressano-garcia>

Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: Jogos facilitadores de aprendizagem* (1.ªed.). Psicosoma.

Almeida, M. M., e Formiga, C. K. M. R. (2010). Avaliação da motricidade ampla e fina na Síndrome de Williams: relato de caso. *Motriz: Revista de Educação Física*, 16(4), 913-919. <https://doi.org/10.5016/1980-6574.2010v16n4p913>

Aragón, M. (2012). *Manual de Psicomotricidad* (1.ªed.). Ediciones Pirámide.

Assem, M., Glasser, M. F., e Duncan, J. (2020). A domain-general cognitive core defined in multimodally parcellated human cortex. *Cerebral Cortex*, 30(8), 4361–4380. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhaa023>

Associação Crescer com Sentido [ACCS]. (2023). Regulamento Interno de Funcionamento 2024. Associação Crescer com Sentido

Bandeira, J. B. e Rodrigues, V. O. (2021). A importância da psicomotricidade no desenvolvimento infantil. *Caderno Intersaberes*, 10(29), 265–275. Recuperado de <https://cadernosuninter.com/index.php/intersaberes/article/view/1995>

Bernhofer, J., e Tonin, M. (2022). The effect of the language of instruction on academic performance. *Labour Economics*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2022.102218>

Coopescola – Cooperativa de Ensino Penha de França. (2023). *Sobre a Coopescola*. <https://www.coopescola-penhadefranca.pt/>

Collins, R. T., 2nd, Gravenhorst, V., Faury, G., Kwiatkowska, J., Schmelzer, C. E. H., Schneider, H., Waldoch, A., e Pankau, R. (2024). Clinical Care for Cardiovascular Disease in Patients With Williams-Beuren Syndrome. *Journal of the American Heart Association*, 13(19). <https://doi.org/10.1161/JAHA.124.036997>

DeJonckheere, M., e Vaughn, L. M. (2019). Semistructured interviewing in primary care research: a balance of relationship and rigour. *Family Medicine and Community Health*, 7(2), Article e000057. <https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000057>

Diez-Itza, E., Llona, F., e Martínez, V. (2023). Early Communicative Development in Williams Syndrome: A Longitudinal Case Study. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(12), 1900. <https://doi.org/10.3390/children10121900>

Fernandes, J. M. G. de A., Gutierrez Filho, P. J. B., e Rezende, A. L. G. de. (2018). *Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção*. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, 26(3), 702–709. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1232>

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

Fonseca, V. (2010b). *Manual de Observação Psicomotora. Significação Psiconeurológica dos seus Fatores*. Âncora Editora.

Gallen, C. L., Schaerlaeken, S., Younger, J. W., Project iLEAD Consortium, Anguera, J. A., e Gazzaley, A. (2023). Contribution of sustained attention abilities to real-world academic skills in children. *Scientific reports*, 13(1), 2673. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-29427-w>

Gorla, J. I., Guedes de Sá, K., e Gouveia, Y. (2025). *A psicomotricidade na prática clínica*. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15265592>

Greiner de Magalhães, C., Pitts, C. H., e Mervis, C. B. (2022). Executive function as measured by the Behavior Rating Inventory of Executive Function-2: children and adolescents with Williams syndrome. *Journal of intellectual disability research : JIDR*, 66(1-2), 94–107. <https://doi.org/10.1111/jir.12858>

Grossberg, S. (2021). *Attention: Multiple types, brain resonances, psychological functions, and conscious states*. *Journal of Integrative Neuroscience*, 20(2), 359–483. <https://doi.org/10.31083/j.jin.2021.02.359>

Guo, N., Koerts, J., Tucha, L., Fetter, I., Biela, C., König, M., Bossert, M., Diener, C., Aschenbrenner, S., Weisbrod, M., Tucha, O., e Fuermaier, A. B. M. (2022). Stability of Attention Performance of Adults with ADHD over Time: Evidence from Repeated Neuropsychological Assessments in One-Month Intervals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(22), 15234. <https://doi.org/10.3390/ijerph192215234>

Güven Baysal, Ş., Arslan, F. N., Büyükcavcı, M. A., Yağın, F. H., Ekici, C., Esener, Z., e Gümüş Doğan, D. (2023). Developmental characteristics of Williams-Beuren syndrome and evaluation of adaptive behavioral skills. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 53(5), 1348–1357. <https://doi.org/10.55730/1300-0144.5701>

Hobbiss, M. H., e Lavie, N. (2024). Sustained selective attention in adolescence: Cognitive development and predictors of distractibility at school. *Journal of Experimental Child Psychology*, 238, Article 105784. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2023.105784>

Kleberg, J. L., Willfors, C., Björnin Avdic, H., Riby, D., Galazka, M. A., Guath, M., Nordgren, A., e Strannegård, C. (2023). Social feedback enhances learning in Williams syndrome. *Scientific reports*, 13(1), 164. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-26055-8>

Koini, C. M., Jindal-Snape, D., e Robb, A. J. (2022). Impact of International Family Transitions: A Systematic Literature Review of International Research. *International Journal of Educational and Life Transitions*, 1(1), 4. <https://doi.org/10.5334/ijelt.32>

Kozel, B. A., Barak, B., Kim, C. A., Mervis, C. B., Osborne, L. R., Porter, M., ... e Pober, B. R. (2021). *Williams syndrome*. *Nature Reviews Disease Primers*, 7, 42. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00276-z>

Kriesche, D., Woll, C. F. J., Tschentscher, N., Engel, R. R., e Karch, S. (2023). Neurocognitive deficits in depression: A systematic review of cognitive impairment in the acute and remitted state. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(5), 1105–1128. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01479-5>

Kurzweil, S. (2023). *Involving parents in child mental health treatments: Survey of clinician practices and variables in decision making*. *American Journal of Psychotherapy*, 76(3), 107–114. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20220025>

- Kwon, J. (2018). *Third culture kids: Growing up with mobility and cross-cultural transitions. Diaspora, Indigenous, and Minority Education*, 12(4), 210–217. <https://doi.org/10.1080/15595692.2018.1490718>
- Leusin, F., J., Petrucci, W., G. e Borsa, C., J. (2018). Clima familiar y los problemas emocionales y de comportamiento en la infância. *Revista da SPAGESP*, (19), 49-61. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6598253>
- Liu, J., Malesevic, N., e Antfolk, C. (2023). Long term sustained attention alters dynamic functional connectivity patterns. *Annual International Conference of the IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. IEEE Engineering in Medicine and Biology Society. Annual International Conference*. <https://doi.org/10.1109/EMBC40787.2023.10340531>
- Long, N. M., Kuhl, B. A., e Chun, M. M. (2018). Memory and attention. In J. T. Wixted (Ed.), *Stevens' Handbook of Experimental Psychology and Cognitive Neuroscience* 4th ed., 1–37. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119170174.epcn109>
- Low, Y. Y., Lewis, A. J., e Serfaty, I. G. (2023). Effects of a structured reflective interview on parental reflective functioning: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Child and Family Studies*, 32(2), 516–529. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02546-8>
- Manta A. (2016). *Filho, presta atenção!*. Clube do Autor.
- Mayall, L. A., D'Souza, H., Hill, E. L., Karmiloff-Smith, A., Tolmie, A., e Farran, E. K. (2021). Motor abilities and the motor profile in individuals with Williams syndrome. *Advances in Neurodevelopmental Disorders*, 5(1), 46–60. <https://doi.org/10.1007/s41252-020-00173-8>
- Mervis, C. B., Greiner de Magalhães, C., e Cardoso-Martins, C. (2021). Concurrent predictors of word reading and reading comprehension for 9-year-olds with Williams syndrome. *Reading and Writing*, 34(9), 2261–2290. <https://doi.org/10.1007/s11145-021-10163-4>
- Miller, C. J., e McLaughlin, K. A. (2024). Cognitive functioning in youth with anxiety disorders: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(3), 357–380. <https://doi.org/10.1007/s10567-024-00480-9>
- Moura, O., Pereira, M. e Simões, M., R (2020). *Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção*. PACTOR.
- Morris, C. A. (2023). Williams Syndrome. In M. P. Adam (Eds.) et. al., *GeneReviews*®. University of Washington, Seattle.

Naglieri, J. A. e Das, J. P. (1997). *Cognitive Assessment System: Interpretive Handbook*. Itasca, Illinois: Riverside Publishing.

Neto, F. (2024). Determinants of Psychological Adaptation Among Brazilian International Students in Portugal. *Journal of Intercultural Communication Research*, 53(3–4), 83–101. <https://doi.org/10.1080/17475759.2024.2422618>

Oommen, D. (2014). The relationships among perceptions of social support, intercultural communication apprehension (ICA), and conflict management preferences in the context of cultural adaptation. *Journal of Intercultural Communication Research*, 43(3), 215–237. <https://doi.org/10.1080/17475759.2014.935797>

Porto Editora. (2025). *Multicultural*. Infopédia – Dicionários da Língua Portuguesa. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/multicultural>

Público (2025). *Brasileiros são metade dos estudantes imigrantes em escolas públicas de Portugal*. Público Brasil. <https://www.publico.pt/2025/08/30/publico-brasil/noticia/brasileiros-sao-metade-estudantes-imigrantes-escolas-publicas-portugal-2145445>

Rodrigues, A. (2004). *Contributos para a avaliação da criança com perturbação de hiperactividade e défice de atenção: Estudo de standardização e propriedades psicométricas das formas reduzidas das Escalas de Conners revistas para professores e pais em crianças do primeiro ciclo* [Tese de doutoramento não publicada]. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.

Rodrigues, A. e Antunes, L., N. (2022). *Mais Forte do que EU!* (4.^a ed.). Lua de Papel.

Roigé-Castellví, J., Morales-Hidalgo, P., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Vigil-Colet, A., e Canals, J. (2020). Predictive value of Child Behavior Checklist/6-18, Youth Self-Report and Conners 3 ADHD Index for ADHD in school-aged children. *Brain and Behavior*, 28(1). <https://article.imrpress.com/journal/BP/28/1/pii/20202801019/38a4d0521c0f5b16df3dbda1aae4bc82.pdf>

Santos, A. P. M. dos, Llerena, A. M. P., Pereira, F., Costa, A. N. F., e Rosa Neto, F. (2015). Efeitos da intervenção motora em uma criança com síndrome de Williams. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 21(3), 423–432. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382115000300008>

Silva, Y., C. e Vianna, J., A. (2023). Efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento motor infantil e no rendimento escolar: revisão integrativa. *Cuadernos de educación y*

desarrollo, 15 (12), 17223-17238. DOI: 10.55905/cuadv15n12-113

Siqueira, M. M. e Seibert, T. N. R. (2025). *A influência da psicomotricidade no desenvolvimento infantil: importância e benefícios*. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, 8(1), 1–10. <https://doi.org/10.61164/rmm.v8i1.3768>

Stanley, T. L., Leong, A., & Pober, B. R. (2021). Growth, body composition, and endocrine issues in Williams syndrome. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 28(1), 64–74. <https://doi.org/10.1097/MED.0000000000000588>

Staudt, G. E., e Eagle, S. S. (2021). Anesthetic considerations for patients with Williams syndrome. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 35(1), 176–186. <https://doi.org/10.1053/j.jvca.2020.01.022>

Van Herwegen, J., e Simms, V. (2020). Mathematical development in Williams syndrome: A systematic review. *Research in developmental disabilities*, 100, 103609. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103609>

Wilczewski, M., e Alon, I. (2023). Language and communication in international students' adaptation: A bibliometric and content analysis review. *Higher Education*, 85(6), 1235–1256. <https://doi.org/10.1007/s10734-022-00888-8>

Wuang, Y. P., e Tsai, H. Y. (2016). Sensorimotor and visual perceptual functioning in school-aged children with Williams syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 61(4), 348–362. <https://doi.org/10.1111/jir.12346>

Anexos

Anexo A- Plano de intervenção do L.

Domínios do desenvolvimento	Objetivos gerais	Objetivos Específicos	Objetivos terminais
Equilíbrio	Manter-se em equilíbrio.	Permanecer imóvel durante o tempo solicitado.	Manter-se imóvel durante 45 segundos, com apenas ligeiros ajustamentos posturais e reações tónico emocionais. Objetivo não atingido.
	Promover a imitação de gestos.	Observar os gestos que o outro realiza e reproduzi-los corretamente.	Observar os gestos que o outro reproduz e realizá-los com precisão, sem distorções ou hesitações. Objetivo parcialmente atingido.
Noção do Corpo	Reconhecer e diferenciar a direita-esquerda.	Identificar o lado direito e esquerdo do seu próprio corpo.	Identificar o seu lado direito e esquerdo do corpo, apontando-o ou dizendo-o verbalmente, sem hesitação. Objetivo atingido.
		Identificar o lado direito e esquerdo do corpo do outro.	Identificar o lado direito e esquerdo do corpo do outro, apontando-o ou dizendo-o verbalmente, sem hesitação. Objetivo atingido.
	Promover o reconhecimento das partes do seu corpo.	Nomear as partes do seu corpo que lhe são solicitadas.	Nomear as partes do seu corpo que lhe são solicitadas, de olhos fechados, sem hesitação. Objetivo atingido.
	Otimizar o desenho da figura humana.	Desenhar proporcionalmente todas as partes do corpo.	Representar através do desenho as suas partes do corpo de forma reconhecível, organizada e proporcional, ricas em pormenores anatómicos. Objetivo não atingido.
Estruturação espaciotemporal	Promover a organização espacial.	Ajustar o seu deslocamento no espaço mediante a distância disponível.	Organizar e planear corretamente o seu deslocamento, com base na distância proposta, realizando um percurso com passada uniforme, sem sinais de desorientação. Objetivo atingido.
	Promover a representação topográfica.	Representar topograficamente a sala onde se encontra e deslocar-se na mesma pela ordem solicitada.	Representar topograficamente a sala, identificando todos os elementos que se encontram na mesma com as proporções corretas, realizando em seguida uma trajetória que lhe é solicitada, sem hesitação ou

			desorientação direcional. Objetivo atingido.
	Desenvolver a estruturação rítmica.	Memorizar e reproduzir uma estruturação rítmica.	Ouvir, memorizar e reproduzir uma estruturação rítmica que lhe é apresentada, com precisão e sem hesitações. Objetivo não atingido.
Praxia global	Potencializar a coordenação óculo-pedal.	Realizar chutes controlados e precisos com uma bola.	Realizar chutes com uma bola, demonstrando controlo e um bom planeamento motor, acertando no alvo pretendido. Objetivo atingido.
	Promover a dissociação.	Dissociar os lados e segmentos do seu corpo.	Executar a dissociação dos membros superiores e inferiores, individualizando os vários segmentos corporais que fazem parte da planificação e execução motora dos gestos solicitados, demonstrando controlo e sem a presença de sinais difusos. Objetivo atingido.
Praxia fina	Desenvolver a coordenação dinâmica manual.	Realizar tarefas de coordenação fina das mãos e dos dedos.	Realizar tarefas de coordenação fina das mãos e dos dedos que envolvam a manipulação de materiais de pequenas dimensões, com adequado planeamento motor, demonstrando um autocontrolo visiomotor e sem a presença de comportamentos emocionais. Objetivo não atingido.
Cognição	Estimular a atenção.	Manter a atenção na tarefa por 5 minutos.	Permanecer atento numa tarefa que lhe foi solicitado, durante pelo menos 5 minutos, sem ser necessário a rechamada à tarefa por parte da psicomotricista. Objetivo atingido.
	Seguir as instruções que lhe são dadas.	Seguir uma instrução que contenha 3 tarefas associadas à mesma.	Ouvir e realizar corretamente uma instrução com 3 tarefas associadas, sem hesitação e sem questionar novamente o que é para fazer. Objetivo atingido.
	Identificar os dias da semana e os meses do ano.	Nomear os dias da semana e os meses do ano pela ordem correta.	Nomear os dias da semana e os meses do ano pela ordem correta, mediante solicitação, identificando quais os que correspondem ao dia em que se encontra, sem hesitação. Objetivo parcialmente atingido.

Anexo B- Exemplo de plano de sessão do L.

Atividade	Objetivos	Duração	Materiais
<p>Conversa inicial (sobre novidades desde a última sessão, a data completa com recurso a materiais de suporte, tentar recordar a última sessão)</p>	<p>Estimular a memória; Promover a relação terapêutica; Promover a organização no tempo.</p>	<p>a 10 minutos a</p>	-
<p>São colocados no chão 3x4 arcos junto uns aos outros. A criança deve atravessar de um lado para o outro, descobrindo o caminho certo a realizar através de um mapa do caminho que leva consigo, previamente desenhado pela estagiária numa folha. Se esta se enganar deve voltar ao início. A tarefa deve ser complexificada caso esteja a haver sucesso. <u>Exemplos de complexificação:</u> Só pode ver o mapa 3 vezes; Desenhar a criança o caminho e segui-lo sem ver mais o mapa; Ser a estagiária a fazer o caminho e a criança a corrigir caso esta se engane; Seguir indicações auditivas da estagiária (como esquerda e direita), sobre o caminho a seguir.</p>	<p>Estimular a memória e a atenção. Promover a estruturação espaço-temporal.</p>	<p>a 45 minutos a</p>	Arcos
<p>Retorno à calma através de uma automassagem com bola sensorial.</p>	<p>Reduzir a agitação psicomotora; Promover o retorno à calma; Estimular a consciencialização corporal.</p>	<p>10 minutos</p>	Bola

Anexo C- Plano de intervenção do M.

Domínios do desenvolvimento	Objetivos gerais	Objetivos Específicos	Objetivos terminais
Cognição	Estimular a atenção.	Manter a atenção na tarefa por 10 minutos.	Permanecer atento numa tarefa que lhe foi solicitado, durante 10 minutos, sem ser necessário a chamada à tarefa por parte da psicomotricista. Objetivo parcialmente atingido.
		Emparelhar elementos iguais.	Identificar quais os elementos iguais e emparelhá-los corretamente, mesmo com outros estímulos presentes. Objetivo atingido.
	Seguir as instruções.	Seguir uma instrução que contenha 3 tarefas associadas à mesma.	Ouvir e realizar corretamente uma instrução com 3 tarefas associadas, sem hesitação e sem questionar novamente o que é para fazer. Objetivo atingido.
		Promover a resolução de problemas.	Identificar o problema e formular uma estratégia de modo a resolvê-lo.
	Identificar quais os recursos necessários para a resolução do problema e pôr em prática a solução encontrada.		Descrever todos os recursos necessários para resolver o problema (materiais ou humanos) e experimentar a solução pensada. Objetivo atingido.
	Avaliar a eficácia dos resultados perante a estratégia utilizada.		Identificar quais os pontos positivos e negativos da resolução escolhida autonomamente e caso se apresente necessário, pensar noutra resolução mais adequada, sem demonstrar sinais de frustração. Objetivo parcialmente atingido.
	Promover a tomada de decisões.	Tomar decisões no seu dia a dia quando confrontado com as mesmas.	Ser capaz de tomar uma decisão autonomamente no seu dia a dia em tempo útil, sem recorrer ao adulto por indicações. Objetivo atingido.

Anexo D- Exemplo de Plano de Sessão do M.

Atividade	Objetivos	Duração	Materiais
Conversa inicial (sobre novidades desde a última sessão, a data completa, tentar recordar a última sessão)	Estimular a memória; Promover a relação terapêutica; Promover a organização no tempo.	5 minutos	-
Atividade construção da casa. Com os materiais que se encontram por todo o ginásio é solicitado ao jovem que construa uma casa. No fim deve destruí-la da maneira que desejar.	Estimular a tomada de decisão e planeamento da ação. Promover a resistência à frustração.	40 minutos	Colchões, bancos, cordas, etc.
Retorno à calma através de relaxação ativa.	Promover o retorno à calma; Estimular a consciencialização corporal.	15 minutos	-

Anexo E- Plano de intervenção do R.

Domínios do desenvolvimento	Objetivos gerais	Objetivos Específicos	Objetivos terminais
Equilíbrio	Manter-se em equilíbrio.	Permanecer imóvel durante o tempo solicitado.	Manter-se imóvel durante 45 segundos, com apenas ligeiros ajustamentos posturais e reações tónico emocionais. Objetivo não atingido.
		Permanecer em equilíbrio estático durante o tempo solicitado.	Manter-se em equilíbrio estático, no apoio unipedal, durante pelo menos 10 segundos. Objetivo não atingido.
		Saltar com apoio unipedal.	Realizar saltos em apoio unipedal, completando a distância

				solicitada. Objetivo parcialmente atingido.
Noção do Corpo	Promover a imitação de gestos.	Observar os gestos que o outro realiza e reproduzi-los corretamente.	os	Observar os gestos que o outro reproduz e realizá-los com precisão, sem distorções ou hesitações. Objetivo não atingido.
	Reconhecer e diferenciar direita-esquerda.	Identificar o lado direito e esquerdo do seu próprio corpo.	e	Identificar o seu lado direito e esquerdo do corpo, apontando-o ou dizendo-o verbalmente, sem hesitação. Objetivo atingido.
		Identificar o lado direito e esquerdo do corpo do outro.		Identificar o lado direito e esquerdo do corpo do outro, apontando-o ou dizendo-o verbalmente, sem hesitação. Objetivo atingido.
	Promover o reconhecimento das partes do seu corpo.	Nomear as partes do seu corpo que lhe são solicitadas.	as	Nomear as partes do seu corpo que lhe são solicitadas, de olhos fechados, sem hesitação. Objetivo atingido.
Estruturação espaciotemporal	Promover a organização espacial.	Ajustar o seu deslocamento no espaço mediante a distância disponível.	o seu	Organizar e planejar corretamente o seu deslocamento, com base na distância proposta, realizando um percurso com passada uniforme, sem sinais de desorientação. Objetivo atingido.
	Promover a representação topográfica.	Representar topograficamente a sala onde se encontra e deslocar-se na mesma pela ordem solicitada.		Representar topograficamente a sala, identificando todos os elementos que se encontram na mesma com as proporções corretas, realizando em seguida uma trajetória que lhe é solicitada, sem hesitação ou desorientação direcional. Objetivo não atingido.
	Desenvolver a estruturação rítmica.	Memorizar e reproduzir uma estruturação rítmica.	e	Ouvir, memorizar e reproduzir uma estruturação rítmica que lhe é apresentada, com precisão e sem rítmica.

			hesitações. Objetivo não atingido.
Cognição	Estimular a atenção.	a Manter a atenção na tarefa por 2 minutos.	Permanecer atento numa tarefa que lhe foi solicitado, durante pelo menos 2 minutos, sem ser necessário a chamada à tarefa por parte da psicomotricista. Objetivo atingido.
	Seguir as instruções que lhe são dadas.	Seguir uma instrução que contenha 2 tarefas associadas à mesma.	Ouvir e realizar corretamente uma instrução com 2 tarefas associadas, sem hesitação e sem questionar novamente o que é para fazer. Objetivo atingido.
Competência académicas	Matemática	Realizar contas de soma e subtração.	Realizar contas de soma e subtração, até ao número 10, sem recurso a materiais. Objetivo atingido.
		Identificar os números até 20.	Identificar e verbalizar os números até 20, sem hesitação. Objetivo atingido.
	Português	Conhecer e reproduzir as letras do alfabeto.	Identificar e reproduzir através da escrita todas as letras do alfabeto de forma perceptível. Objetivo parcialmente atingido.
		Ler palavras com três sílabas.	Ler palavras com pelo menos três sílabas, mediante solicitação e sem auxílio do adulto. Objetivo parcialmente atingido.

Anexo F- Exemplo de sessão do R.

Atividade	Objetivos	Duração	Materiais
Conversa inicial (sobre novidades desde a última sessão, a data completa com recurso a materiais de suporte)	Estimular a memória; Promover a relação terapêutica; Promover a organização no tempo.	5 minutos	-
É dado à criança um palito da cor verde e outro amarelo, que a criança deve decidir com que mão segura cada palito. Reforça-se a ideia de que cor está em cada mão. Seguindo indicações da estagiária, a criança bate na mesa com a cor indicada. Faz-se a mesma coisa, mas substitui-se o nome da cor por mão direita/esquerda. Posteriormente, repete-se o exercício, mas desta vez de pé e sem os palitos na mão. A criança deve correr para o lado da sala indicado pela estagiária, seguindo as instruções verbais direita/esquerda.	Promover o reconhecimento da direita e da esquerda. Estimular o seguir de instruções. Promover a atenção.	15 minutos	Palitos
Dando continuidade ao material utilizado na atividade anterior, são adicionados palitos de mais cores (roxo, azul, vermelho). Seguindo as indicações, a criança deve-se deslocar do modo solicitado (saltar a dois pés, correr, andar de costas, etc) até à cor indicada e trazer a quantidade solicitada. No fim devem ser contados os palitos que existem em cada cor.	Promover a contagem dos números. Estimular o equilíbrio dinâmico.	15 minutos	Palitos coloridos
Retorno à calma através da exploração de material sensorial.	Reduzir a agitação psicomotora; Promover o retorno à calma; Estimulação sensorial.	10 minutos	

Anexo G- Exemplo de sessão grupal

Atividade	Objetivos	Duração	Materiais
Atividade inicial “Segue o líder”. As crianças devem seguir as instruções da estagiária (saltar para direita/esquerda baixo/cima; tocar nas diversas partes do corpo; etc)	Estimular a atenção e compreensão de instruções.	10 minutos	-
Competição entre quatro equipas num percurso. Uma criança de cada vez, de cada equipa, deve caminhar em equilíbrio por cima do banco, saltar a pé juntos até ao arco, tirar uma peça da torre jenga sem a derrubar e correr de volta para o local da equipa. O objetivo é cada equipa tentar construir a torre mais alta possível com as peças que retiram da torre. <u>Exemplos de complexificação</u> : Só ir buscar uma peça de jenga de x cor ou com o número da equipa.	Promover o equilíbrio. Estimular a precisão dos movimentos; Promover a criatividade e o trabalho em equipa.	20 minutos	Jenga, banco, arcos
Retorno à calma, através da colocação de uma música calma. As crianças devem mover o corpo de forma livre ao ritmo da música.	Reduzir a agitação psicomotora; Promover o retorno à calma;	10 minutos	
Conversa final (relembrar a sessão e refletir sobre os acontecimentos)		5 minutos	