



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Neurodesenvolvimento Hospital de Vila Franca de Xira

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

Orientadora: Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Júri

Presidente:

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

Vogais:

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

Doutora Ana Luísa Quitério, professora auxiliar da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade de Lisboa.

Joana Filipa Campos Veríssimo

2020

Agradecimentos

Manifesto a minha gratidão e reconhecimento para com todas as pessoas que me ajudaram ao longo da realização do presente estágio e mestrado:

À minha mãe pelo seu amor incondicional e por me ter contagiado o amor pelas crianças. Ao Joaquim, à Marta, ao Virgílio e à Ester, ao Luís, à Eva e ao Joaquim, a família que eu mais amo;

Ao Professor Doutor Rui Martins, por ter acreditado e apostado também na minha determinação em fazer o mestrado nesta instituição e me ter proporcionado percorrer um caminho académico até agora nunca feito por nenhum outro aluno;

À Professora Doutora Ana Rodrigues, orientadora académica, pela sua disponibilidade, pela sua orientação e pela confiança que depositou em mim;

À Doutora Ana Peres pela sua disponibilidade, profissionalismo e exemplo de humanidade, que esteve sempre disposta a transmitir-me conhecimento e experiência, como também a toda a equipa do Serviço de Pediatria do Hospital de Vila Franca de Xira;

Às crianças e suas famílias com quem trabalho e com quem tive o prazer de trabalhar durante a realização deste trabalho;

À minha equipa do Instituto do Cérebro e em especial à Doutora Sofia Carvalho, sem ela este estágio não teria sido realizado e não teria tido o contributo que teve na minha prática profissional;

À Teresa Silva, Marcelle Carneiro, Ana Silvano e Gonçalo Azevedo, colegas de mestrado e amigos que vão ficar para a vida. Pessoas que admiro e tenho como exemplo, que espero que os nossos percursos enquanto amigos e profissionais continuem a seguir lado a lado.

A todos, muito obrigada!

Resumo

O presente documento descreve a prática profissional desenvolvida no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora. O estágio foi realizado no Serviço de Pediatria do Hospital de Vila Franca de Xira, durante o ano letivo 2018/2019. Por ser um estágio proposto pela aluna foi um estágio inovador e completamente novo no Hospital. O documento contempla um primeiro capítulo referente ao enquadramento da prática profissional com base numa revisão bibliográfica de carácter científico, realiza o enquadramento institucional, apresenta a metodologia de intervenção psicomotora e a população-alvo. No capítulo seguinte, é descrita a prática profissional desenvolvida e apresentados dois estudos de caso, com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, em idade escolar. Para cada estudo de caso encontra-se descrito todo o processo de avaliação e intervenção, como também é apresentada uma reflexão pessoal. Os resultados obtidos na avaliação final demonstram melhorias ao nível das competências psicomotoras, redução dos sintomas e melhorias ao nível das funções executivas. Por fim, são apresentadas atividades de inovação, complementares e de formação, desenvolvidas ao longo do estágio onde se destaca o Projeto Conversas com Pais.

Palavras-chave: Hospital de Vila Franca de Xira; Serviço de Pediatria; Consulta de Desenvolvimento; Psicomotricidade; Intervenção Psicomotora; Avaliação Psicomotora; Perturbações do Neurodesenvolvimento; Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Dificuldades de Aprendizagem Específicas; Intervenção Familiar.

Abstract

This document describes the professional practice developed within the scope of the Deepening of Professional Skills regarding the second year of the master's degree in Psychomotor Rehabilitation. The internship was carried out at the Pediatric Service of Vila Franca de Xira's hospital, during the academic year 2018/2019. Due to the fact that it was an internship suggested by the student, it was innovative and completely new at the hospital. This document includes a first chapter referring to the framework of the professional practice based on a bibliographic review of scientific nature, carries out the institutional framework and presents the methodology of psychomotor intervention and the target population. In the following chapter, the developed professional practice is described and two case studies are presented, with a diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder, at school age. The evaluation and intervention process is described for each case study and a personal reflection is presented. The results obtained in the final assessment show improvements regarding psychomotor skills, reduction of symptoms and improvements in terms of executive functions. Finally, the innovation, complementary and training activities developed throughout the internship are presented and the Project Talks with Parents stands out.

Key-words: Vila Franca de Xira Hospital; Pediatric Service; Psychomotricity; Psychomotor Intervention; Psychomotor Assessment; Neurodevelopmental Disorders; Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Learning Disabilities; Family Intervention.

Índice Geral

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Índice Geral	iv
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	viii
Abreviaturas	ix
Introdução	1
I Enquadramento da Prática Profissional	3
I.1 Enquadramento Institucional Formal	3
I.1.1 Hospital de Vila Franca de Xira	3
I.1.2 Serviço de Pediatria	5
I.1.3 Consulta de Desenvolvimento	7
I.1.4 Modelo de Atendimento	8
I.1.5 Recursos Humanos e Materiais	10
I.2 Enquadramento Teórico	12
I.2.1 Intervenção Psicomotora	12
I.2.2 Contextos de Intervenção e Vertentes Metodológicas	14
I.2.3 Avaliação Psicomotora.....	16
I.2.4 Perturbações do Neurodesenvolvimento.....	18
I.2.5 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção.....	23
I.2.6 Dificuldades de Aprendizagem Específicas.....	27
I.2.7 Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Neurodesenvolvimento.....	29
II Realização da Prática Profissional	33
II.1 Organização das Atividades de Estágio	33
II.1.1 Calendarização das Atividades	33
II.1.2 Horário de Estágio	35
II.2 População Atendida	36

II.3	Processo de Intervenção	37
II.4	Instrumentos de Avaliação	39
II.4.1	Bateria Psicomotora (Fonseca, V., 1975)	39
II.4.2	Cognitive Assessment System (Naglieri, J. e Das, J., 1997)	40
II.4.3	Escala Revista de Conners (Conners, K., 1997)	41
II.4.4	Behaviour Rating Inventory of Executive Functions (Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. e Kenworth, L., 2000)	42
II.5	Estudos de Caso	44
II.5.1	Estudo de caso A. S.	44
II.5.1.1	Caracterização	44
II.5.1.2	Avaliação Inicial	46
II.5.1.3	Conclusões da Avaliação Inicial	50
II.5.1.4	Plano de Intervenção	53
II.5.1.5	Processo de Intervenção	54
II.5.1.6	Avaliação Final	55
II.5.1.7	Conclusões da Avaliação Final	59
II.5.1.8	Reflexão Final	61
II.5.2	Estudo de Caso B.C.	62
II.5.2.1	Caracterização	62
II.5.2.2	Avaliação Inicial	63
II.5.2.3	Conclusões da Avaliação Inicial	68
II.5.2.4	Plano de Intervenção	70
II.5.2.5	Processo de Intervenção	71
II.5.2.6	Avaliação Final	73
II.5.2.7	Conclusões da Avaliação Final	77
II.5.2.8	Reflexão Final	78
II.6	Dificuldades e Limitações	79
III	Atividades de Inovação, Complementares e de Formação	80
III.1	Sessão Clínica sobre IPM	80
III.2	Projeto Conversas com Pais	81
III.2.1	Intervenção com a Família na PHDA	81
III.2.2	Caracterização do Projeto	85
III.2.3	Primeira Sessão – Défice de Atenção, hiperatividade, o que significa?	85
III.2.4	Segunda Sessão – PHDA e família, como gerir a rotina e o sono	86
III.2.5	Terceira Sessão – PHDA e família, perguntas e respostas	87
III.2.6	Reflexão Pessoal	87

III.3 Grupo Terapêutico das Dificuldades de Aprendizagem Específicas	89
III.3.1 Caracterização do Grupo	90
III.3.2 Caracterização dos Elementos	91
III.3.3 Caracterização das Sessões	93
III.3.4 Avaliação Final	94
III.3.5 Reflexão Pessoal	96
III.4 2.º Congresso Nacional PHDA	96
III.5 Workshop: Intervir para Prevenir	97
III.6 1º Encontro Internacional Mente, Cérebro e Educação	97
III.7 II Jornadas Científicas de Psicomotricidade.....	97
III.8 Dia do Paciente PHDA.....	98
Conclusão.....	99
Bibliografia	101
Anexo	107
Anexo A Modelo de Atendimento Consulta de Desenvolvimento	108
Anexo B Gabinetes de Atendimento.....	109
Anexo C Carta ao Diretor Clínico do HVFX	110
Anexo D Carta de Aceitação.....	111
Anexo E Proposta à Coordenação de Estágio do Mestrado em Reabilitação Psicomotora.....	112
Anexo F Lista de Crianças Observadas em Consulta	113
Anexo G Pedido de Colaboração no Processo de Avaliação.....	125
Anexo H Exemplo de Relatório de Avaliação Psicomotora.....	126
Anexo I Processos e Subtestes do CAS.....	136
Anexo J Plano de Intervenção do A.S.	137
Anexo K Exemplo de Plano de Sessão	138
Anexo L Organizador de Tarefas e Contratos de Objetivos do A.S.....	140
Anexo M Questionário de Satisfação Parental face à Intervenção Psicomotora Realizada pela Estagiária.....	143

Anexo N Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, dos Sintomas da PHDA do A.S.	147
Anexo O Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, das FE do A.S.	148
Anexo P Plano de Intervenção Psicomotora da B.C.	149
Anexo Q Organizador de Tarefas e Contratos de Objetivos da B.C.	150
Anexo R Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, dos Sintomas da PHDA da B.C.	153
Anexo S Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, das FE da B.C.	154
Anexo T Apresentação PowerPoint para Sessão Clínica sobre IPM.	155
Anexo U Temas do Projeto Conversas com Pais	158
Anexo V Apresentação PowerPoint para o Projeto Conversas com Pais	159
Anexo W Fotografias do Projeto Conversas com Pais	168
Anexo X Exemplos de Atividades Planificadas no Âmbito do Grupo Terapêutico das Dificuldades de Aprendizagem Específicas	169

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Calendarização e organização das atividades de estágio.....	34
Tabela 2 - Horário de estágio entre outubro e dezembro de 2018	35
Tabela 3 - Horário de estágio entre janeiro e julho de 2019	36
Tabela 4 - População atendida no estágio	37
Tabela 5 - Avaliação Inicial - Perfil Psicomotor A.S.	46
Tabela 6 - Plano de Intervenção Psicomotora A.S.	53
Tabela 7 - Planeamento Geral da Intervenção Psicomotora A.S.	54
Tabela 8 - Comparação de resultados no CAS - A.S.	56
Tabela 9 - Avaliação Inicial - Perfil Psicomotor da B.C.	64
Tabela 10 - Plano de Intervenção Psicomotora B.C.	70
Tabela 11 - Planeamento Geral da Intervenção Psicomotora B.C.	71
Tabela 12 - Resultados CAS B.C.	74
Tabela 13 - Caracterização do Grupo Terapêutico DAE.....	91

Tabela F 1 - Lista de crianças observadas em Consulta de Desenvolvimento	113
Tabela F 2 - Lista de crianças observadas em Consulta de Psicologia Clínica	122
Tabela F 3 - Lista de crianças observadas em Consulta de Fisiatria	123
Tabela F 4 - Lista de crianças observadas em Consulta de Terapia da Fala ..	124
Tabela I 1 - Processos e subtestes do CAS	136
Tabela U 1 - Temas do Projeto Conversas com Pais	158

Índice de Figuras

Figura 1 - Avaliação Inicial - Resultados Escala de Conners A.S.	49
Figura 2 - Avaliação Inicial - Resultados BRIEF A.S.....	50
Figura 3 - Avaliação Inicial - Resultados Escala de Conners B.C.	66
Figura 4 - Avaliação Inicial - Resultados BRIEF B.C	67
Figura A 1 - Modelo de Atendimento da CD no HVFX.....	108
Figura B 1 - Gabinete de atendimento CD	109
Figura B 2 - Gabinete de Atendimento SP	109
Figura N 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, dos sintomas da PHDA do A.S.	147
Figura O 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, das FE do A.S.....	148
Figura R 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, dos sintomas da PHDA da B.C.	153
Figura S 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, das FE da B.C.	154
Figura W 1 - Conversas com Pais - Dinamização Primeira Sessão (A)	168
Figura W 2 - Conversas com Pais - Dinamização Primeira Sessão (B)	168

Abreviaturas

APA	American Psychiatric Association
APP	Associação Portuguesa de Psicomotricidade
BPM	Bateria Psicomotora
BRIEF	Behaviour Rating Inventory of Executive Function
CA	Comportamento Adaptativo
CD	Consulta de Desenvolvimento
CRI	Centros de Recursos para a Inclusão
DAE	Dificuldades de Aprendizagem Específicas
DSM5	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5º Edição
FE	Funções Executivas
FEP	Fórum Europeu de Psicomotricidade
FMH	Faculdade de Motricidade Humana
HVFX	Hospital de Vila Franca de Xira
IPM	Intervenção Psicomotora
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
NRMRP	Normas Regulamentares Mestrado em Reabilitação Psicomotora
PHDA	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção
PND	Perturbação(ões) do Neurodesenvolvimento
QI	Quociente Intelectual
RACP	Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais
RAP	Relatório de Avaliação Psicomotora
SP	Serviço de Pediatria

Introdução

O presente relatório surge no âmbito das atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante no ano letivo 2018/2019, integrado no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), Universidade de Lisboa.

De acordo com o regulamento do RACP (Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora [NRMRP], 2018), o estágio profissionalizante apresenta como objetivos gerais: 1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas vertentes científicas e metodológica, visando a promoção da capacidade reflexiva multidisciplinar; 2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes domínios e contextos de intervenção; e, 3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, promovendo o enquadramento profissional e científico da área. Este estágio visa proporcionar a aprendizagem e treino direcionados especificamente para o mercado de trabalho, a partir da aquisição de competências no domínio da intervenção psicomotora, da relação com os outros profissionais e com a comunidade.

O estágio decorreu no Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX), especificamente no Serviço de Pediatria (SP). O mesmo foi coordenado pela Professora Dra. Ana Rodrigues (orientadora académica) e pela Dra. Ana Peres (orientadora local). Pretende-se, com o presente documento, dar a conhecer as atividades e as competências desenvolvidas durante este período que decorreu entre outubro de 2018 e julho de 2019.

A estagiária teve maioritariamente contacto com crianças e jovens com Perturbações do Neurodesenvolvimento (PND), nomeadamente com diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e/ou Dificuldades de Aprendizagem Específicas (DAE). Foram desenvolvidas diversas atividades, desde a observação de consultas, avaliações psicomotoras, planeamento e desenvolvimento de intervenções, intervenção em contexto de grupo, encontros para pais, entre outras atividades.

O presente documento está estruturado em três partes. Na primeira parte, estão presentes os conteúdos que enquadram a prática profissional da estagiária, tendo como base uma revisão bibliográfica de carácter científico. Neste sentido, de modo a caracterizar

a experiência de estágio na instituição, o primeiro capítulo contém o enquadramento institucional, onde é apresentado e caracterizado HVFX, o SP e a Consulta de Desenvolvimento (CD). No seu seguimento, de modo a apresentar a revisão de literatura sobre a metodologia de intervenção e a população-alvo, o segundo capítulo contém o enquadramento teórico sobre a Intervenção Psicomotora (IPM), a caracterização das PND e, por último, descreve o contributo da IPM nas PND.

Na segunda parte, é apresentada a caracterização detalhada da prática profissional desenvolvida durante o período de estágio. É descrita a calendarização das atividades, o horário de estágio, a população atendida, o processo de intervenção e os instrumentos de avaliação utilizados. Em seguida são apresentados os dois estudos de caso acompanhados individualmente através da caracterização das crianças, da descrição do processo de avaliação inicial e suas conclusões, da descrição do processo de intervenção, da descrição da avaliação final e suas conclusões, sendo por último apresentado uma reflexão final sobre cada processo de intervenção. Esta parte termina com a identificação das dificuldades e limitações da prática profissional realizada.

A terceira e última parte descreve outras atividades realizadas durante o estágio, nomeadamente de inovação a sessão clínica sobre IPM ao SP e o Projeto Conversas com Pais; complementares a participação no grupo de intervenção terapêutica no âmbito das DAE; e de formação como congressos, workshop e jornadas científicas.

Por fim, são apresentadas as principais conclusões da realização do estágio e do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, como também, são apresentadas as perspetivas futuras da aluna.

I Enquadramento da Prática Profissional

Na primeira parte do presente documento, estão presentes os conteúdos que enquadram a prática profissional da estagiária, tendo como base uma revisão bibliográfica de carácter científico. Neste sentido, de modo a caracterizar a experiência de estágio na instituição, o primeiro capítulo contém o enquadramento institucional, onde é apresentado e caracterizado HVFX, o SP e a CD. No seu seguimento, de modo a apresentar a revisão de literatura sobre a metodologia de intervenção e a população-alvo, o segundo capítulo contém o enquadramento teórico sobre a IPM, a caracterização das PND e, por último, descreve o contributo da IPM nas PND.

Com a leitura destes capítulos, pretende-se uma melhor compreensão dos conteúdos teóricos que orientam e suportam as decisões tomadas durante o trabalho desenvolvido em atividade de estágio, descritos mais adiante no presente relatório.

I.1 Enquadramento Institucional Formal

O primeiro capítulo do relatório tem como objetivo caracterizar a instituição onde foi realizada a atividade de estágio, previsto no plano curricular do 2.º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no RACP.

Relativamente ao HVFX, é apresentada a sua missão, visão, valores, tipologia organizacional, bem como as áreas e serviços de prestação diretos de cuidados de saúde. Em relação ao SP, serviço onde a estagiária desenvolveu as suas atividades, são descritas as atividades desenvolvidas por este serviço a nível assistencial, formativo e científico. Por último, é caracterizada a CD, especificando o seu modelo de atendimento e, ainda, os recursos humanos e materiais.

I.1.1 Hospital de Vila Franca de Xira

Situado no concelho de Vila Franca de Xira, distrito de Lisboa, o HVFX é um hospital público de Grupo I¹, que presta cuidados de saúde à população dos concelhos de Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira. Desde junho de 2011, é gerido através de um modelo de parceria entre o Estado Português e o Grupo José de Mello Saúde. Possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de internamento e ambulatório, integrando a prestação de cuidados urgentes classificados

¹ De acordo com a Portaria n.º82/2014 de 10 de abril do Ministério da Saúde, ao abrigo do 12º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado em Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de janeiro do Ministério da Saúde, os hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde classificam-se hierarquicamente segundo a natureza das suas responsabilidades e o quadro das valências efetivamente exercidas em quatro grupos.

como médico-cirúrgicos. Rege-se pelo princípio da universalidade e do livre acesso ao Serviço Nacional de Saúde, com salvaguarda do princípio de liberdade de escolha por parte do utente, em articulação com a rede de cuidados de saúde (HVFX, 2017a; HVFX, 2017b).

Tem como missão genérica a prestação de serviços de saúde à população que atende, assim como a qualquer cidadão em situação de emergência médica, com os mais elevados níveis de conhecimento, respeitando a primazia da vida e o ambiente, através do desenvolvimento do capital intelectual da organização, numa busca permanente de melhor atendimento (HVFX, 2017b).

De modo a satisfazer a sua missão, o HVFX tem como objetivos imediatos e a curto prazo (HVFX, 2017b):

- a) Manter o funcionamento da melhor forma, atendendo às condições e limitações das atuais instalações;
- b) Melhorar a organização, atendendo à escassez de meios, por forma a garantir o cumprimento dos indicadores de eficiência previstos no Contrato de Gestão;
- c) Procurar obter a maior satisfação dos utentes e dos profissionais, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade organizacional e assistencial.

A visão do Hospital é o reconhecimento pela qualidade e distinção na prestação de cuidados de saúde, suportada por equipas multidisciplinares diferenciadas em articulação com a Rede de Cuidados de Saúde, garantindo a sustentabilidade económico-financeira no âmbito do Contrato de Gestão. Como resultado, obter um elevado nível de satisfação na população, bem como desenvolver uma cultura forte e própria, em elevado orgulho, e satisfação por parte dos seus profissionais (HVFX, 2017a).

Os valores que o HVFX defende constituem o padrão de comportamento que respeitam, partilham e privilegiam na gestão das suas atividades (HVFX, 2017b):

- a) *Respeito pela dignidade e bem-estar da pessoa*: garantir os direitos e o bem-estar do utente, humanizando a relação e os cuidados prestados;
- b) *Desenvolvimento Humano*: incentivar o crescimento dos profissionais, valorizando as suas capacidades e a procura de um objetivo comum;
- c) *Competência*: valorizar a capacidade técnica, a formação e a entreeajuda de todos os profissionais;

- d) *Inovação*: criar novas formas de atuar, privilegiando o trabalho em equipa e a partilha de conhecimentos, centrados no utente e na eficiência de processos;
- e) *Responsabilidade*: promover a responsabilidade individual e coletiva na boa prática clínica e na utilização de recursos.

No que concerne à tipologia organizacional, o HVFX apresenta três componentes organizacionais: 1) Serviços de unidades funcionais; 2) Serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde; 3) Serviços de gestão e logística (HVFX, 2017b). As unidades funcionais são agregações especializadas de recursos humanos e tecnológicos, integradas em serviços, ou partilhadas por serviços distintos, devendo constar o regulamento próprio de cada serviço depois de aprovação pela comissão executiva (HVFX, 2017a).

Como áreas de prestação direta de cuidados de saúde, o HVFX possui: a) internamento; b) ambulatório (incluindo a consulta externa e o hospital de dia); c) urgência; d) meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

As áreas clínicas de prestação de cuidados são a Anatomia Patológica, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Dermatologia, Medicina Física e de Reabilitação, Gastrenterologia, Ginecologia, Imagiologia, Imunohemoterapia, Medicina Interna, infeciologia, Neurologia, Obstetrícia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pediatria; Pneumologia; Psiquiatria e Urologia. As áreas clínicas referidas podem funcionar em unidades funcionais ou serviços.

I.1.2 Serviço de Pediatria

O SP do HVFX é constituído por diversas subespecialidades tais como a neonatologia, o desenvolvimento, os cuidados intermédios, a infeciologia, alergologia, nefrologia, endocrinologia e diabetes, medicina do adolescente, reumatologia, pediatria geral, rastreio pediátrico e consulta do interno. Sendo a nível organizacional um serviço que envolve sete áreas funcionais (Peres, 2020):

1. Internamento e hospital de dia;
2. Urgência com unidade de curta duração;
3. Consulta externa;
4. Unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos;
5. Neonatologia/puerpério;
6. Unidade de Neuropediatria e Desenvolvimento;
7. Unidade de Pedopsiquiatria.

As atividades desenvolvidas pelo SP atuam em três grandes âmbitos: (A) assistencial, (B) formativo e (C) científico.

(A) A atividade assistencial atua em várias dimensões, como consultas individualizadas das subespecialidades acima indicadas, consultas gerais e intervenções terapêuticas (Peres, 2020).

Nas consultas gerais, que podem ser de Desenvolvimento, Pedopsiquiatria ou Psicologia, é realizado um diagnóstico diferencial, uma monitorização e avaliação do desenvolvimento e uma proposta de intervenção de acordo com cada situação. Deste modo, é permitido um acompanhamento periódico do desenvolvimento da criança de acordo com o plano estipulado. Apesar de não existir a consulta pluridisciplinar², mensalmente existe um momento para a discussão de casos entre os profissionais de Desenvolvimento, de Pedopsiquiatria e de Medicina Física e Reabilitação, para a tomada de decisões clínicas (Peres, 2020).

As intervenções terapêuticas individuais decorrem no âmbito da Psicologia Clínica com o objetivo de dar uma resposta adequada às necessidades específicas de cada criança. Semanalmente, é realizado um grupo de intervenção terapêutica para perturbações da aquisição da leitura e da escrita, dirigido pela Psicóloga e pela Terapeuta da Fala (Peres, 2020).

Ainda faz parte a atividade assistencial de enfermagem, que atua na adaptação da criança e da família à sua condição de saúde, e o Serviço Social, que atua no sentido de minimizar os problemas sociais que dificultam o tratamento, o processo de reabilitação ou a integração. Ao nível educacional, procura-se dar ferramentas de trabalho aos pais e educadores para o desenvolvimento das crianças, bem como articular com os diferentes serviços da comunidade (Peres, 2020).

(B) No âmbito formativo, o HVFX recebe, anualmente, médicos recém-licenciados empara fazerem a sua formação pós-graduada. A cooperação com as instituições universitárias, a formação e a investigação têm sido uma aposta constante do HVFX, com o objetivo de fomentar a permanente atualização e inovação dos profissionais, da comunidade científica e médica. Atualmente, o HVFX possui idoneidade formativa,

² De acordo com Feuillerat (2005), numa equipa pluridisciplinar existe a possibilidade da partilha de pontos de vista e informação sobre a forma como cada um conduziu a sua atuação, em função dos elementos clínicos observados. Esta troca de experiências permite um questionamento sobre a razão da nossa intervenção perante determinada perturbação. Para ter sucesso nos estudos realizados numa equipa pluridisciplinar, numerosos elementos deverão ser considerados, como a afinidade, a aceitação da partilha das competências e do poder, o facto de de sentir sustentado pela hierarquia.

atribuída pela Ordem dos Médicos, em nove especialidades médicas, reconhecendo a qualidade clínica e capacidade formativa desta unidade hospitalar (HVFX, 2017b).

Ainda, no SP, semanalmente é realizado um *Clube de Leitura* e as *Sessões Clínicas*. A primeira onde são apresentados artigos científicos das diversas áreas da pediatria, distribuído pelas diferentes subespecialidades e a segunda para a apresentação de casos clínicos e resumos teóricos sobre determinada patologia (Peres, 2020).

(C) A atividade científica engloba a elaboração e a apresentação de trabalhos e projetos de investigação clínica, em reuniões a nível nacional e/ou internacional, que podem ser publicados em revistas de especialidade (HVFX, 2017b). O HVFX conta com um repositório online (<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/5578>) que tem como objetivo armazenar, divulgar, gerir, preservar e dar acesso à produção científica do HVFX, em formato digital, contribuindo deste modo para o aumento da sua visibilidade e impacto na preservação da memória intelectual da instituição (HVFX, 2017a). São ainda realizados ciclos de formação para especialistas e internos, em volta de uma determinada patologia.

Por último, de dois em dois anos, o SP organiza as Jornadas de Pediatria de Vila Franca de Xira, destinado a profissionais de saúde, pais e educadores (Peres, 2020).

Importa ainda referir que, no que se refere aos indicadores e estatísticas, de acordo com o Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde (HVFX, 2018), independentemente da origem de referenciação e subespecialidades, entre o ano 2016 e 2018, o SP aumentou 17,98% o número de consultas externas, tendo sido realizado em 2018 um total de 7.703 consultas. Relativamente ao número total de primeiras consultas externas, em 2018 foram realizadas 2.030 consultas, existindo um aumento de 8,15% quando comparado com o ano de 2016, onde se realizaram 1877 consultas. Refira-se também que sobre os pedidos a aguardar de primeira consulta de especialidade, ao nível da pediatria, em 2018, o tempo médio dos pedidos a aguardar foi de 51 dias e o tempo máximo foi de 348 dias.

I.1.3 Consulta de Desenvolvimento

A CD, também designada de Consulta de Neurodesenvolvimento, é destinada a crianças com PND ou com fatores de risco para as desenvolver. Esta consulta no HVFX tem uma grande aceitação, uma vez que os pedidos para consulta representam uma percentagem considerável das referenciações na pediatria (Peres, 2020).

É relevante abordar neste ponto que os avanços da investigação científica no âmbito das neurociências e o progressivo aumento da noção da multiplicidade de fatores,

que podem interferir no desenvolvimento da criança, contribuem para a evolução do conhecimento na sociedade, impondo, deste modo, a mudança do conceito de Perturbações do Desenvolvimento para Perturbações do Neurodesenvolvimento que, enquanto entidade nosológica, tem vindo a evoluir e a definir-se de uma forma mais precisa ao longo do tempo (Lima & Baptista, 2015; Matos, 2009). Atualmente, é possível medir o funcionamento cerebral infantil de uma forma que não era possível apenas há uma década atrás. Assim, o aumento desta disponibilidade de dados sobre as PND está a proporcionar novas e entusiasmantes oportunidades para a compreensão do cérebro infantil e dos fatores que moldam o seu desenvolvimento (D´Souza & Karmiloff-Smith, 2017).

Nesse sentido, a Pediatria do Neurodesenvolvimento *“é um ramo da pediatria que se ocupa do desenvolvimento da criança e do jovem, pressupondo não só a vigilância do desenvolvimento, como também o diagnóstico das suas perturbações e respetiva intervenção”* (Serviço Nacional de Saúde [SNS], 2016, p. 32). Deste modo, faz parte da sua atividade assistencial: categorizar o diagnóstico primário do neurodesenvolvimento; identificar as comorbilidades; conhecer o perfil funcional; pesquisar a etiologia; avaliar o ambiente social; concluir e estabelecer um programa de intervenção; reavaliar e ajustar periodicamente. Neste âmbito, é imprescindível o trabalho coordenado de múltiplas disciplinas médicas (e.g. Genética, Neuropediatria, Pedopsiquiatria, Medicina Física e de Reabilitação) e não médicas (e.g. psicologia, educação, terapia da fala, psicomotricidade, serviço social) pertencentes ao hospital ou a organismos na comunidade, i.e., escolas, centros sociais, entre outros (Oliveira et al., 2012; Pinto, 2020).

De acordo com o SNS (2016), a rede de prestação de cuidados de saúde de desenvolvimento infantil compreende três níveis de cuidados, nomeadamente: I) Cuidados Primários; II) Hospitalar; III) Centro de Neurodesenvolvimento. A CD do HVFX insere-se no nível II, sendo que as suas competências incluem a realização da avaliação especializada do desenvolvimento infantil nas crianças referenciadas, o acompanhamento a crianças com perturbações do desenvolvimento, comportamento e dificuldades de aprendizagem em articulação com os centros de nível I e nível III.

I.1.4 Modelo de Atendimento

Os pedidos para CD são realizados, habitualmente, através do médico de medicina geral ou familiar, por alterações no desenvolvimento psicomotor observadas na consulta, ou a pedido de educadoras ou professoras pelas dificuldades que as crianças apresentam em contexto escolar. Internamente, a referência a esta consulta pode também ser realizada por médicos de pediatria (da consulta, urgência e internamento), por outras especialidades

como a Medicina Física e Reabilitação, a Pedopsiquiatria, a Otorrinolaringologia e serviços de outros hospitais (para continuação do seguimento no hospital da área de residência) (Peres, 2020).

Na primeira consulta procede-se à análise da história clínica detalhada e à observação e avaliação do desenvolvimento da criança. De acordo com a situação, alguns dos parâmetros observados e avaliados são: o peso, a altura, o IMC, o perímetro cefálico, tensão arterial, postura, dentição, visão, audição, exame físico, linguagem, principais marcos do desenvolvimento, relação emocional/comportamento, risco de maus tratos, segurança do ambiente, hábitos de sono e alimentação e o exame neurológico. Estas informações vão permitir tirar conclusões sobre a criança, aferindo as suas capacidades e dificuldades. Caso seja necessário, é ainda solicitada uma avaliação psicológica no hospital ou nos serviços da comunidade, de modo a alcançar um diagnóstico. Além da criança, é ainda avaliada a dinâmica familiar, a rede de suporte sociofamiliar e as preocupações dos pais (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012; Peres, 2020).

No plano de intervenção pode ser necessário o encaminhamento para os serviços na comunidade como Psicologia, Terapia da Fala e Psicomotricidade. Pode também ser realizado um encaminhamento interno para outra especialidade do HVFX como a Pedopsiquiatria e a MFR. Caso necessário, pode ser providenciada intervenção farmacológica (Peres, 2020).

A família é aconselhada no âmbito da estimulação de comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados comportamentos alimentares equilibrados, a prática regular de exercício físico, o brincar e outras atividades de lazer em espaços livres e ambientes despoluídos, de modo promover o desenvolvimento e atuar perante as dificuldades (Peres, 2020).

Considerando que a patologia do neurodesenvolvimento necessita de uma abordagem interdisciplinar, sendo grande parte dela realizada na comunidade, existe uma preocupação com a articulação dos vários intervenientes nesta prestação de cuidados à criança. Assim, a comunicação entre a parte médica, educativa e familiar é realizada da seguinte forma, segundo Peres (2020): a) Realização de reuniões com as Equipas de Intervenção Precoce para discussão de alguns casos, colaboração na avaliação de algumas crianças (menores de seis anos), apoios diretos e indiretos no local de residência ou de frequência de creche/pré-escolar – tentando, assim, reduzir as deslocações ao hospital e procurando dar ferramentas de trabalho aos pais e educadores para o desenvolvimento das crianças; b) Realização de contactos com a família e escola com o

objetivo de se fazer um levantamento da evolução da criança; c) Realização de contactos regulares com equipas de ensino especial no sentido de agilizar apoios e preenchimento de documentação, para que as crianças beneficiem dos apoios a que têm direito.

Para concluir, refira-se que a realização deste trabalho em equipa e em rede tem demonstrado melhorar a assiduidade na consulta e nos acompanhamentos terapêuticos (Peres, 2020). Em Anexo A podemos consultar, em figura, o modelo de atendimento da CD no SP do HVFX.

I.1.5 Recursos Humanos e Materiais

No que concerne aos recursos humanos, integram a equipa do SP os seguintes profissionais: um Diretor de Serviço, dois Assistentes Graduados Sêniores, cinco Assistentes Hospitalares Graduados, 11 Assistentes Hospitalares e sete Internos de Formação Específica, 43 Enfermeiros, 23 Assistentes Operacionais, uma Assistente de Serviço Social e duas Psicólogas (Peres, 2020).

O SP localiza-se no piso 2 do edifício principal do HVFX, é principalmente constituído por cinco gabinetes para consulta de pediatria, consulta externa e consulta de Psicologia, uma sala de espera separada dos adultos, uma casa de banho adaptada e fraldário, uma enfermaria pediátrica, uma unidade de cuidados intermédios, uma unidade mãe-filho. Todos os espaços dispõem de climatização geral, porém apenas alguns dispõem de luz natural. O gabinete de atendimento da CD, dispõe de uma marquise, um armário com algum material médico e lúdico para a observação da criança, algum material de higiene, um computador, uma impressora, uma mesa e três cadeiras (Peres, 2020).

Ao longo do estágio, as sessões de Psicomotricidade dinamizadas pela estagiária ocorreram no gabinete de atendimento da CD ou no gabinete de atendimento do SP, sendo esta definição de acordo com a disponibilidade dos espaços. Este último não dispõe de luz natural. Em Anexo B, podemos consultar as fotografias dos gabinetes mencionados.

Através do acesso exterior é possível aceder à urgência pediátrica, sendo que este local nunca foi visitado pela estagiária. No piso 0 encontra-se a área da MFR que dispõe de vários gabinetes, dois ginásios (um de adultos e outro de crianças), uma sala de exercícios, uma piscina para reabilitação em meio aquático e balneários para o desenvolvimento das consultas de Fisioterapia, Fisiatria, Neuropsicologia e Terapia da Fala. Importa referir que neste local foram dinamizadas as sessões de intervenção terapêutica em grupo sobre as perturbações da aquisição da leitura e de escrita, nomeadamente no gabinete de Terapia da Fala. O gabinete dispõe de uma mesa redonda,

várias cadeiras, um quadro branco de parede e algum material de escrita. Em algumas sessões foi também utilizado o ginásio de adultos que dispõe de bolas de pilates, arcos, várias cadeiras, um computador e colunas, entre outros materiais de ginásio.

Por último, no piso 6, localiza-se o Centro Reynaldo dos Santos do HVFX que é composto por um auditório com capacidade para cerca de 150 pessoas, uma biblioteca, cinco salas de formação e duas salas de trabalhos. A biblioteca foi um dos espaços utilizados pela estagiária para dinamizar um dos seus projetos, dispõe de um espaço amplo com várias mesas e cadeiras, um computador e um retroprojektor. Este local reúne as condições para encontros, reuniões, grupos terapêuticos e apresentações até aproximadamente 25 participantes.

Conclui-se o primeiro capítulo da primeira parte, onde foi apresentado o enquadramento institucional, descrevendo o modelo de funcionamento do serviço hospitalar onde a estagiária desenvolveu a sua atividade de estágio. Deste modo, prossegue-se o segundo capítulo referente à revisão de literatura para melhor caracterizar a população-alvo atendida e a metodologia de intervenção terapêutica.

I.2 Enquadramento Teórico

O segundo capítulo tem como objetivo apresentar a revisão de literatura sobre a metodologia de intervenção e a população-alvo atendida. Nessa perspetiva, sobre a IPM são apresentados os seus aspetos gerais, conceptuais e metodológicos. Sobre as PND é apresentado o seu conceito, a sua caracterização global e são descritas as perturbações que a estagiária esteve mais em contacto, nomeadamente a PHDA e a DAE. Por fim, é identificada a relação entre esta área de intervenção e população-alvo.

I.2.1 Intervenção Psicomotora

A Psicomotricidade pode ser definida e conceptualizada como *“o campo multi e transdisciplinar que estuda e investiga o desenvolvimento biocultural nas relações sistémicas entre o psiquismo e a motricidade”* (Fonseca, 2017, p.11). Baseada numa visão holística do ser humano, encara de forma integrada as funções cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e corporais, na capacidade de ser e agir do indivíduo, num contexto biopsicossocial. Deste modo, permite analisar de forma global a relação entre a forma como organizamos o nosso pensamento, raciocínio, emoções (psiquismo) e a forma como o demonstramos, através do movimento (motricidade), possibilitando assim a compreensão do comportamento humano como a expressão máxima da vida interna de cada um (Amorim, 2017; Fonseca, 2017; Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP], 2012), considerando que as suas vivências e ações corporais são indicadores primordiais da sua identidade, percurso evolutivo e grau de integridade da personalidade (Boscaini, 2003).

A IPM define-se *“como uma prática de mediação corporal que permite à criança reencontrar o prazer sensório-motor através do movimento e da sua regulação tónico-emocional, possibilitando depois o desenvolvimento dos processos simbólicos, num envolvimento lúdico e relacional. A especificidade da psicomotricidade consiste em proporcionar aos sujeitos a possibilidade de reencontrarem a harmonia do seu EU e o prazer de o fazer funcionar colocando em jogo a sua faculdade de ser e de agir pelo corpo em relação, através do movimento”* (Martins, 2008, p.22). Assim, assume como principal propósito a promoção de um conjunto de vivências corporais capazes de potenciar o investimento de cada indivíduo no seu “eu corporal” e, conseqüentemente, o desenvolvimento da sua capacidade de adaptação face às condições do seu envolvimento (Maximiano, 2004). Constata-se que, de acordo com Fonseca (2001), os objetivos específicos desta intervenção passam por: mobilizar e reorganizar as funções psíquicas e

relacionais; melhorar a conduta consciente e o ato mental; potenciar as sensações e as percepções a níveis de consciencialização, simbolização e conceptualização; harmonizar e maximizar o potencial motor, cognitivo e relacional (desenvolvimento global), a capacidade de adaptação social e a modificabilidade do processamento de informação; fazer do corpo uma síntese integradora da personalidade, reformulando a harmonia e o equilíbrio das relações, entre o psiquismo e o motor, de forma a que a consciência se construa e se manifeste com o objetivo de promover a capacidade de adaptação a situações novas.

Esta intervenção é indicada para indivíduos que podem evoluir melhor através do agir, da experimentação e do investimento corporal, em casos onde é necessário reencontrar a possibilidade de comunicar e de organizar o pensamento, privilegiando a experiência concreta ligada à interiorização da vivência corporal (Martins, 2008). Concomitantemente, é um recurso fundamental para dar resposta a muitas situações onde a adaptação está comprometida e onde existe a necessidade de uma compreensão interligada do funcionamento do indivíduo nos seus vários domínios comportamentais (Fonseca, 2001).

O mais importante alicerce teórico da IPM, segundo Fonseca (2010), são os sete fatores psicomotores identificados no modelo de Lúria. Este modelo, de organização sistémica, remete para a compreensão neuroanatômica e psicológica da integração dos substratos neuronais e, conseqüentemente, para a construção de uma função psicomotora a estes associados. Os fatores estão, assim, distribuídos por três unidades funcionais que se desenvolvem de forma hierarquizada e trabalham em conjunto de forma integrada e harmoniosa, contribuindo, deste modo, para a organização psicomotora global do indivíduo. Em seguida, e de forma breve, são apresentadas as unidades funcionais e os fatores psicomotores inerentes:

1.^a Unidade Funcional – Regulação do tónus e vigília (fatores constituintes: tonicidade e equilíbrio);

2.^a Unidade Funcional – Receção, processamento e armazenamento da informação sensorial (fatores constituintes: lateralização, noção do corpo e estruturação espaço-temporal);

3.^a Unidade Funcional – Programação, regulação e verificação da atividade mental (fatores constituintes: praxia global e praxia fina).

Compreendendo, através deste modelo, a definição e a conceptualização da IPM, torna-se pertinente abordar em seguida os contextos de intervenção e as suas vertentes metodológicas.

I.2.2 Contextos de Intervenção e Vertentes Metodológicas

De acordo com a Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2012), a IPM destina-se a todas as faixas etárias, não existindo uma idade e quadros clínicos específicos. O indivíduo ou a família podem encontrar o psicomotricista habilitado para a prática por iniciativa própria, por encaminhamento de profissionais da área da saúde (e.g. pediatras do neurodesenvolvimento, neuropediatras, psiquiatras), ou por profissionais da área da educação (e.g. educadores, professores ou psicólogos) (APP, 2012; Amorim, 2017; Antunes & Martins, 2007).

Os contextos da atuação do psicomotricista, segundo a APP (2012) e Amorim (2017) podem ser: a) preventivo ou educativo – quando se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor, o potencial de aprendizagem e a melhoria de competências de autonomia; b) reeducativo – quando a dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem encontra-se comprometida; e, c) terapêutico – quando é necessário ultrapassar problemas psicoafectivos que comprometem a adaptabilidade do indivíduo.

A IPM pode incidir na valorização de uma componente relacional ou centrar-se na componente instrumental, embora estas sejam inseparáveis na sua atuação terapêutica. Importa clarificar que, com maior incidência instrumental, a intervenção centra-se numa relação mais concreta com os objetos e as características espaciais e temporais do envolvimento, com especial enfoque na intencionalidade, consciencialização da ação e exploração de todas as formas de expressão, i.e., motora, gráfica, verbal, sonora e plástica. Por último, a vertente com maior incidência relacional, considera que o mais importante não é o agir sobre a problemáticas, mas sim descobrir o conflito pulsional de onde ela decorre, envolvendo a problemática da gestão da identidade e potenciando o papel do terapeuta como agente securizante (Martins, 2001).

O corpo do psicomotricista é o instrumento primordial do seu trabalho, é objeto significativo que evoca, ou pode evocar, o desejo de relação, de exploração e de descoberta. Portanto, o psicomotricista deve ser capaz de adequar a sua ação, a sua comunicação e o seu envolvimento corporal, mantendo sempre um pensamento reflexivo e crítico da sua conduta. É importante reconhecer que estão identificadas as competências fundamentais do psicomotricista na relação terapêutica, sendo elas: o diálogo tónico-

emocional; a consciência do corpo; a empatia; a comunicação não-verbal; a expressividade psicomotora; o repertório motor, e a disponibilidade para a relação (Guimarães, Frazão, Melo, Duarte & Toledo, 2016).

De modo a atingir os objetivos dos diferentes âmbitos, o psicomotricista recorre a diversas metodologias aliadas à atividade representativa e simbólica, tais como: técnicas de relaxação e consciência corporal, terapias expressivas, atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada e atividades de consciencialização motora (APP, 2012).

O psicomotricista tem como principais competências (Feuillerat, 2005; Morais, Novais & Mateus, 2005): a) avaliar e diagnosticar o perfil de desenvolvimento psicomotor; b) o domínio de modelos e técnicas de estimulação e de reabilitação psicomotora em populações especiais ou de risco; c) prescrever, planejar, avaliar, implementar e reavaliar programas de âmbito psicomotor; d) formação, supervisão e orientação de outros técnicos; e) consultoria e organização de serviços vocacionados para a psicomotricidade; f) realizar propostas de adaptação envolvimento ao nível familiar e escolar, suscetíveis de potenciarem as respostas reeducativas ou terapêuticas decorrentes da intervenção direta. Posto isto, podemos afirmar que o perfil de competências é alargado e que para além da avaliação e intervenção em psicomotricidade, engloba também a coordenação e organização de serviços bem como a elaboração e implementação de projetos (Morais, Novais & Mateus, 2005).

Fonseca e Martins (2001) afirmam que, tanto no âmbito pedagógico como terapêutico, tem sido verificado um crescente aumento de possibilidades de intervenção, como também, de enquadramento tanto multidisciplinar como pluridisciplinar, em diferentes contextos. Posto isto, torna-se relevante indicar alguns exemplos dos diversos contextos em que o psicomotricista pode exercer a sua atividade profissional, tanto no sector público como no privado, nomeadamente (APP, 2012);

- Saúde – Hospitais gerais e psiquiátricos, centros de saúde, centros de atendimento especializados, serviços de pediatria do desenvolvimento, Pedopsiquiatria, clínicas privadas ou centros de desenvolvimento;
- Educação – Jardins de Infância, escolas de ensino básico e educação especial; unidades de ensino estruturado; unidades de multideficiência; Centros de Recursos para a Inclusão (CRI);
- Comunidade – Projetos municipais, projetos de intervenção comunitária, entre outros;

- Segurança social – Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), associações e cooperativas de ação social, centros de acolhimento e centros de dia, instituições para pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, lares de acolhimento, entre outros;
- Justiça – Institutos e equipas de reinserção social, estabelecimentos prisionais, entre outros;
- Estruturas desportivas com serviços de reabilitação – adaptação ao meio aquático, equitação terapêutica, entre outros.

Importa ainda clarificar que, de acordo com o Boletim do Trabalho e Emprego n.º 39/2017, a profissão de psicomotricista encontra-se regulamentada nas IPSS e nos CRI que pertencem ao Ministério da Educação. Porém, em alguns contextos referentes ao Ministério da Saúde, torna-se necessário a inscrição na Entidade Reguladora de Saúde. Refira-se ainda que a profissão de psicomotricista pode ser encontrada na Classificação Portuguesa das Profissões do Instituto Nacional de Estatística, ano 2010 (Heleno, Fernandes, Azevedo, Silva, Pratas & Santos, 2017).

Como tem sido evidenciado, considera-se que uma das competências profissionais do psicomotricista está relacionada com o processo de avaliação. Durante a experiência de estágio, a avaliação foi uma componente predominante, sendo assim relevante perceber a sua importância com apoio de suporte bibliográfico.

I.2.3 Avaliação Psicomotora

De acordo com o FEP (2017), a avaliação psicomotora refere-se ao processo onde é realizada uma leitura do corpo do indivíduo, em situação estática e dinâmica, identificando assim as suas capacidades e dificuldades psicomotoras no momento atual de vida. Este processo deve ter em conta a especificidade individual e a validade ecológica do indivíduo (Simões & Santos, 2014).

Através da avaliação é fulcral compreender como é que o comportamento do indivíduo reflete a sua (des)organização psíquica, sendo que a variável familiar é também de extrema importância, quer ao longo do processo de avaliação, quer ao longo do processo de intervenção (Lontro, 2006). Deste modo, um processo de avaliação válido e fiável assume um papel fulcral na intervenção e inclusive, na sua monitorização (Santos, 2017).

De acordo com a análise de literatura realizada, podemos afirmar que ao nível da IPM, a avaliação psicomotora permite: a tomada de decisão; um estudo detalhado dos

sintomas psicomotores; um melhor planeamento centrado na pessoa; a formulação de objetivos; a monitorização, mediação e análise dos resultados e efeitos; e ainda, a discussão fundamentada entre técnicos diferenciando esta intervenção das restantes atividades profissionais (Antunes & Martins, 2011; Dinis, Alves, Silva, Rebocho, Sarreira & Santos, 2017; Alexandrine & Boscaini, 2012; Santos, 2017). Ao nível do indivíduo, a AP vai permitir: conhecer a sua história de vida (passado); conhecer a sua história clínica; identificar os sintomas atuais, as competências psicomotoras, características psicoafectivas e a maturidade dos comportamentos relacionais (presente); identificar as expectativas e projetos de vida (futuro); elaborar o perfil intra-individual; e ainda, complementar o diagnóstico clínico (Antunes & Martins, 2011; Dinis et al., 2017; Lontro, 2006; Alexandrine & Boscaini, 2012; Santos, 2017).

A avaliação psicomotora pode ser realizada de modo informal ou formal, sendo a última através de testes específicos da área, escalas de desenvolvimento, escalas de análise comportamental específicos, protocolos de observação ou *checklists* criadas especificamente para um determinado contexto ou patologia, sendo que, sempre que possível, devem ser validados e estandardizados devidamente para a população portuguesa (Leitão, Lombo & Ferreira, 2008; Lontro, 2006; Santos, 2017; Simões & Santos, 2014).

De acordo com Antunes e Martins (2007), alguns exemplos de instrumentos para a avaliação formal são: a) Escala de Desenvolvimento de Ruth Griffiths; b) Escala de desenvolvimento de Mary Sheridan; c) Schedule of Growing Skills; d) Teste de Desenvolvimento da Interacção Visuo-motora; e) Teste de Desenvolvimento Diagnóstico e Reeducação dos problemas de escrita. Por outro lado, na atual revisão sistemática realizada por Dinis et al. (2017) sobre a avaliação psicomotora em Portugal, os instrumentos de avaliação identificados de cariz estritamente psicomotor, foram a Bateria Psicomotora de Vitor da Fonseca (BPM) e o Exame Gerontopsicomotor (EGP), estando apenas este último validado para a população portuguesa.

De acordo com Dinis et al. (2017) é evidente a escassez de instrumentos de avaliação psicomotora em Portugal, como também, a falta de investigação científica no domínio psicomotor, apesar da sua relevância para a avaliação rigorosa e precisa, como também, para a afirmação profissional do psicomotricista. Ainda, importa referir que a maioria dos instrumentos validados para a população portuguesa têm como população-alvos indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais e idosos (com e sem

demência), o que permite identificar a falta de instrumentos de avaliação psicomotora validados para crianças e adolescentes com outras perturbações de desenvolvimento.

Apesar desses factos, em alguns casos, a avaliação formal com a criança não é possível de ser realizada, nomeadamente se esta não se demonstrar colaborante e recetiva às atividades, ou ainda, quando as suas características não permitem a realização das atividades do instrumento. Nestas situações, a observação informal constitui uma mais valia na interpretação do seu comportamento e desenvolvimento.

Para Fonseca (2007), a observação informal consiste num método de recolha de dados de forma a representar, com maior fiabilidade possível, a realidade daquilo que a criança consegue ou não realizar. Costa (2008) corrobora ao afirmar que esta observação é um método essencial, pois procura definir a personalidade da criança, relacionando o resultado motor da ação com os aspetos objetivos e subjetivos inerentes. A ação da criança em situação de exploração livre, como o jogo espontâneo, dá-nos elementos que nos permitem projetar o modo como se organiza psiquicamente relativamente ao mundo que a rodeia, ou seja, compreender como ocupa o espaço, como se relaciona com os objetos, como gera a presença do psicomotricista, como interage com ele, entre outros aspetos (Lontro, 2006). De acordo com Boscaini (2012), esta observação deve incluir um olhar funcional que vê e regista sem interpretar, tal como um olhar emocional e relacional que considera o sentido comunicativo consciente e inconsciente, promovendo uma liberdade de expressão que desencadeia desejo de ação. Posto isto, considera-se que a observação informal é insubstituível pela possibilidade de compreensão acerca das potencialidades da criança, algo que os testes padronizados não permitem à partida.

O processo de avaliação psicomotora da criança pode iniciar-se com um primeiro contacto com a família onde deverá ser efetuada uma entrevista semiestruturada (Antunes & Martins, 2007), passando depois para uma observação em contexto escolar (Lontro, 2006). O comportamento da mesma deve ser observado de forma objetiva e concreta nos mais diversos contextos (observação multicontextual).

1.2.4 Perturbações do Neurodesenvolvimento

O neurodesenvolvimento é um processo dinâmico que acarreta modificações psicomotoras e comportamentais desde o momento da conceção do indivíduo até este se tornar um adulto. Por outras palavras, refere-se ao conjunto de competências de diferentes áreas do neurodesenvolvimento (sensoriais, motoras, cognitivas, comunicativas, académicas, sociais, comportamentais e emocionais), pelas quais a criança interage com o meio que a

rodeia, de acordo com a sua idade, o seu grau de maturação e a inter-relação entre os fatores biológicos intrínsecos e os estímulos provenientes do meio ambiente (Fonseca, 2017; Lima & Baptista, 2015; Matos 2009; SPND, s.d.).

As etapas do neurodesenvolvimento têm uma predição filogenética, ou seja, existem competências e habilidades que todas as crianças desenvolvem em idades específicas, sendo que existe uma variabilidade natural na aquisição destas. Desde o seu nascimento, as crianças devem beneficiar de um acompanhamento médico assíduo de modo a observar a aquisição destas etapas e, caso se aplique, reconhecer precocemente as crianças em risco para PND (Lima & Baptista, 2015; Matos 2009).

As PND são um grupo heterogéneo de patologias crónicas que afetam o funcionamento do sistema nervoso central (SNC), que se caracterizam por alterações/défices no desenvolvimento típico da criança ao nível das capacidades motoras, cognitivas, comunicativas e de comportamento. Tipicamente expressam-se na infância, antes da puberdade. Tais, condicionam o seu funcionamento a nível pessoal, social, académico e ocupacional. Na quase totalidade dos casos, tem por base uma disfunção neurológica permanente (American Psychiatric Association [APA], 2013; Ismail & Shapiro, 2019; Lima & Baptista, 2015; Oliveira, 2011; Oliveira et al., 2012; Parenti, Rabaneda, Schoen & Novarino, 2020; D'Souza & Karmiloff-Smith, 2017; Thapar, Cooper & Rutter, 2017).

Esta definição exclui as perturbações infantis do sistema nervoso periférico e as perturbações de origem músculo-esquelética, como por exemplo a distrofia muscular e a espinha bífida (Ismail & Shapiro, 2019). As PND distinguem-se também das perturbações neuropsiquiátricas pelo seu curso clínico, ou seja, apesar de estarem sujeitas a alterações maturacionais, as PND tendem a mostrar um curso estável em vez de um padrão de remissão e recaída que normalmente caracteriza as perturbações do humor e a esquizofrenia após a puberdade (Thapar et al., 2017).

Como iremos verificar, as PND são altamente heterogéneas em termos das suas, causas, características clínicas, respostas de tratamento e resultados (Thapar et al., 2017). Sendo a sua causa multifatorial, estão assim implícitos fatores genéticos, biológicos e ambientais. Os fatores de risco ambientais dividem-se em intrauterinos (e.g. desnutrição, consumo de substâncias tóxicas, infeções congénitas e lesões acidentais), perinatais (e.g. acidente perinatal com anóxia ou hipóxia) e extrauterinos (e.g. traumatismos, hipóxia, tóxicos, alterações graves da vinculação com maus tratos, abusos e negligências). Dos inúmeros fatores de risco biológico, destacam-se os grandes prematuros, as síndromes

polimalformativas, as complexas doenças neurometabólicas e endócrinas e os sobreviventes de doenças oncológicas (APA, 2013; Lima & Baptista, 2015; Matos 2009; Ismail & Shapiro, 2019; Thapar et al., 2017).

A apresentação clínica das PND abarca tanto sintomas de excesso, como défices e atrasos no atingimento dos marcos expectáveis do desenvolvimento (Lima & Baptista, 2015). As suas características clínicas variam desde limitações muito específicas na aprendizagem ou controlo de funções executivas (FE), até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais (APA, 2013; D'Souza & Karmiloff-Smith, 2017). Estas são entidades dinâmicas no sentido em que podem sofrer alterações com o tempo, podendo evoluir no sentido de convergir ou divergir com o desenvolvimento típico, aumentar ou diminuir as comorbilidades, como ainda, uma disfunção comportamental primária pode melhorar (e.g. a hiperatividade na PHDA), piorar (e.g. a função adaptativa na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental), flutuar ou permanecer inalterada (APA, 2013; Ismail & Shapiro, 2019; Lima & Baptista, 2015; Matos, 2009; Thapar et al., 2017).

Esta diversidade dificulta as avaliações padronizadas e limita o prognóstico, como também a capacidade de identificar biomarcadores de confiança e objetivos terapêuticos (Ismail & Shapiro, 2019). Considerando que as comorbilidades são regra e não exceção nas PND, na prática clínica o agrupamento de conhecimentos profissionais, serviços e recursos para estas crianças como parte de um núcleo de comportamento do neurodesenvolvimento, pode ajudar a assegurar a avaliação e intervenção em todos os domínios do neurodesenvolvimento e reconhecer explicitamente as sobreposições (Thapar et al., 2017).

Ao nível da investigação, o aumento exponencial da disponibilidade de dados sobre as PND está a proporcionar novas e estimulantes oportunidades para a compreensão do cérebro infantil e dos fatores que moldam o seu desenvolvimento (Parenti et al., 2020; D'Souza & Karmiloff-Smith, 2017; Thapar et al., 2017). Neste sentido, é importante considerar o modo como são interpretados os resultados da investigação que têm um impacto direto na conceção de políticas, práticas educativas e intervenções. Ou seja, as abordagens teóricas que são adotadas pelos cientistas têm um impacto real na vida das crianças com PND, nas suas famílias e na comunidade em geral (D'Souza & Karmiloff-Smitg, 2017).

Os modelos teóricos sobre o cérebro e a cognição têm sido procurados há muito tempo para explicar a natureza complexa, dinâmica e multifacetada do desenvolvimento cerebral. Os modelos antigos propunham que a função cerebral é feita de módulos inatos

independentes que são pré-determinados e pré-especificados de um determinado domínio, sendo que uma disfunção de um módulo não afeta necessariamente outros módulos independentes (Ismail & Shapiro, 2019). Atualmente, os avanços na imagiologia cerebral e neurofisiologia do cérebro, permitiram uma nova abordagem que se baseia na compreensão das ligações estruturais e funcionais entre as áreas cerebrais e como estas mudam em função do tempo, tarefa ou processo patológico (D'Souza & Karmiloff-Smith, 2017; Ismail & Shapiro, 2019). Esta abordagem dinâmica das redes neuronais tem em conta: o efeito da maturação e conectividade estrutural e funcional; as alterações e oscilações neuronais, e; a sua sincronização a nível local e global (Ismail & Shapiro, 2019).

O neuroconstrutivismo, é o modelo que atualmente tem sido frequentemente aplicado para explicar as PND. O mesmo, analisa o desenvolvimento como a elaboração progressiva de estruturas cada vez mais complexas e procura compreender os mecanismos neuronais subjacentes ao comportamento utilizando a modelagem computacional (D'Souza & Karmiloff-Smith, 2017; Ismail & Shapiro, 2019). Esta abordagem refere que um défice de nível básico no sistema cognitivo limitará a emergência de várias funções cognitivas de nível superior, ou seja, não analisa o cérebro da criança como sendo composto por um conjunto de partes danificadas versus partes intactas (D'Souza & Karmiloff-Smith, 2017). Deste modo, exige que os investigadores adotem uma abordagem verdadeiramente desenvolvimentista, centrada na mudança ao longo do tempo, para obterem uma visão das interações entre os níveis genético, celular, neural, cognitivo, comportamental e ambiental (D'Souza & Karmiloff-Smith, 2017).

Atualmente, os critérios de diagnóstico das PND baseiam-se num conjunto de sintomas e comportamentos especificados no DSM5 (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – 5ª Edição) e no ICD (Internacional Classification of Disease) da Organização Mundial de Saúde (Ismail & Shapiro, 2019). A avaliação que visa identificar, caracterizar e diagnosticar PND é um processo complexo realizado através da observação clínica, da aplicação de instrumentos formais de diversas áreas, como a Psicologia, a Terapia da Fala e a Psicomotricidade, bem como a realização de exames complementares (e.g. avaliação sensorial). Deste modo, a assistência às PND ocorre numa perspetiva multidisciplinar (Lima & Baptista, 2015; Thapar et al., 2017).

Embora tenham sido realizadas revisões às classificações do DSM e do ICD para caracterizar as PND e melhorar a fiabilidade do seu diagnóstico, a abordagem baseada no comportamento e na contagem de sintomas está sujeito a uma variabilidade no limiar de diagnóstico entre os clínicos e a um enviesamento na identificação das condições

coexistentes (Ismail & Shapiro, 2019). Considera-se também importante que as PND são mais do que um conjunto de critérios de diagnóstico, por isso, avaliar, além dos sintomas nucleares, ajuda a identificar diferentes problemáticas que podem requerer diferentes tratamentos baseados em evidência, que não seriam identificados pelas diretrizes de tratamento para uma PND específica (Thapar et al., 2017). De acordo com Thapar et al. (2017), o perfil dos sintomas de um indivíduo em múltiplas dimensões pode fornecer um índice de prognóstico mais útil. i.e., aqueles com dificuldades em múltiplos domínios são mais severamente prejudicados do que aqueles com dificuldades em menos domínios.

Para o sucesso da intervenção, é fundamental a precocidade do diagnóstico, a escolha da metodologia de intervenção que melhor se adequa à criança/família e a articulação entre a equipa de intervenção. Só assim será possível atuar na fase de maior plasticidade e maior capacidade de modificação de circuitos neuronais, de modo a melhorar as competências da criança (Lima & Baptista, 2015; Matos, 2009). Em cenários clínicos, é também importante avaliar o contexto social e ter em conta os recursos atuais de um indivíduo (e.g. capacidade cognitiva, qualidade da parentalidade e rendimento), as exigências (e.g. ambiente de sala de aula) e o seu nível de funcionamento para conceber um plano de intervenção abrangente (Thapar et al., 2017).

De acordo com Oliveira (2011), as patologias do neurodesenvolvimento têm registado um aumento progressivo, atingindo na população pediátrica dos países desenvolvidos uma prevalência de 10 a 20%. As razões para este aumento são múltiplas e não completamente esclarecidas, contudo é possível identificar o avanço tecnológico e do conhecimento das ciências médicas, uma melhor definição dos critérios de diagnóstico, o aumento da consciência dos pais para a existência desta patologia e as elevadas expectativas académicas (Lima & Baptista, 2015; Oliveira, 2011; Oliveira et al., 2012). No DSM5 (APA, 2013), as principais PND são nomeadamente: Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI); Perturbações da Comunicação (PC); Perturbação do Espectro do Autismo (PEA); PHDA; Perturbação da Aprendizagem Específica (PAE); Perturbações Motoras (PM).

Em seguida, serão revistas, com suporte de revisão teórica, as principais PND que a estagiária esteve mais em contacto durante a atividade de estágio, nomeadamente: a PHDA e a DAE (PAE no DSM5).

I.2.5 Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A PHDA constitui a PND mais frequentemente diagnosticada na infância e das situações clínicas crónicas mais prevalentes nas crianças em idade escolar (Antunes, 2019; Antunes, Rodrigues & Jesus, 2018; Barkley, 2006; Barkley, 2016; Garcia, 2015; Pintalhão, Penetra & Batista, 2019; Rodrigues & Antunes, 2014). Caracteriza-se por um padrão persistente de sintomas de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere significativamente com o funcionamento académico, social e/ou laboral do indivíduo (APA, 2013; Antunes, 2019; Antunes et al., 2018; Barkley, 2006; Barkley, 2016; Garcia, 2015; Pintalhão et al., 2019; Rodrigues & Antunes, 2014). Sendo que existe um conjunto de fatores genéticos e hereditários que parecem aumentar a vulnerabilidade a este quadro (APA, 2013; Antunes et al., 2018; Barkley, 2016; Garcia, 2015).

A investigação tem revelado um amplo envolvimento encefálico que inclui uma hipoativação frontal funcional e cingulada, como também, diferenças estruturais e maturacionais no corpo caloso, cerebelo e núcleos basais (Barkley, 2016; Melo, Trigueiro & Rodrigues, 2018). Deste modo, apontam para uma implicação neurofuncional mais ampla, que vai muito além da rede frontoparietal e do sistema dopaminérgico. Os sintomas típicos da PHDA podem ser devidos a uma hipótese de funcionamento desequilibrado de múltiplas redes, que envolvem as áreas mencionadas, consistente com a sua tradução para múltiplas implicações em competências cognitivas, de regulação emocional, motora, sensório-percetiva e social (Melo, Trigueiro & Rodrigues, 2018).

Em termos comportamentais, o défice de atenção expressa-se através da dificuldade em manter a atenção durante um período de tempo prolongado, em inibir estímulos desnecessários, em selecionar apenas os estímulos necessários à tarefa e em prestar atenção a mais do que um estímulo em simultâneo. Estas dificuldades conduzem à desorganização, ausência de persistência, erros por descuido em trabalhos da escola ou outros, dificuldade em planear atividades, frequentemente parece não ouvir quando lhe falam diretamente, dificuldade em seguir instruções, não terminar as tarefas iniciadas, evitamento e relutância em desempenhar tarefas que necessitem de esforço mental prolongado, perda de objetos necessários para as tarefas, distração fácil com estímulos externos, como também mas não só, esquecimento frequente das atividades diárias (Antunes, 2019; APA, 2013; Barkley, 2006; Barkley, 2016; Costa, 2008; Garcia, 2015; Rodrigues & Antunes, 2014).

A impulsividade refere-se às ações precipitadas, que ocorrem pela dificuldade em pensar antes de agir com grande probabilidade de prejudicar o indivíduo, como também à

dificuldade em planear ações e prever consequências. Este sintoma nuclear pode refletir um desejo de recompensa imediata ou uma incapacidade em adiar o reforço. Socialmente e em dinâmicas com os pares, os comportamentos impulsivos podem ser encarados como uma intrusão, como por exemplo através do falar sem esperar pela sua vez, avançar sem esperar pela sua vez e não prestar atenção ao que está a ser dito ou feito até ao fim (Antunes, 2009; APA, 2013; Barkley, 2006; Barkley, 2016; Costa, 2008; Garcia, 2015; Rodrigues & Antunes, 2014).

Por último, a hiperatividade refere-se à atividade motora ou verbal excessiva, desnecessária ao momento ou tarefa, ou a uma inquietação excessiva. Estes sintomas podem ser afetados por fatores situacionais como: a hora do dia, fadiga, fatores motivacionais (disponibilidade e tempo de consequências), supervisão, género do progenitor, entre outras (Barkley, 2006). Esta agitação motora é frequentemente observada em momentos que implicam imobilidade corporal, sendo igualmente comum a observação de padrões lúdicos marcados por agitação corporal considerável (Antunes, 2009; APA, 2013; Barkley, 2006; Barkley, 2016; Garcia, 2015; Rodrigues & Antunes, 2014).

Existe uma heterogeneidade de perfis comportamentais, desde os mais visíveis pela desatenção aos mais evidentes pelo comportamento disruptivo, sendo que se trata da mesma perturbação mas com apresentação distintas (Antunes et al., 2018). No geral, as crianças são mais conhecidas como “hiperativas”, pela presença do sintoma relacionado com a agitação motora, mais evidente, e menos pelas componentes de desatenção e impulsividade, atribuídas muitas vezes à personalidade da criança. Contudo, a hiperatividade diminui ou desaparece mesmo na idade adulta, e, de facto, é a desatenção o problema mais importante (Garcia, 2015).

No que concerne ao diagnóstico, o DSM5 define como critério que estejam presentes pelo menos seis sintomas de inatenção na criança, seis ou mais de hiperatividade ou impulsividade; e, nos adolescentes, que existam pelo menos cinco em nove sintomas. Os mesmos devem estar presentes há mais de seis meses e com início antes dos 12 anos de idade. A presença dos sintomas deve ocorrer em, pelo menos, dois contextos de vida (e.g. casa, escola, família, colegas e comunidade), prejudicando o funcionamento nas principais atividades da vida como as sociais (família, pares e comunidade), académicas e ocupacionais (Antunes, 2019; APA, 2013; Barkley, 2016).

De acordo com os sintomas apresentados, a PHDA poderá ser (Antunes et al., 2018; APA, 2013): I) expressão predominante desatenta (quando os sintomas são maioritariamente de desatenção); II) expressão mista (quando existem tanto sintomas de

desatenção como de hiperatividade-impulsividade); III) expressão predominante hiperativa-impulsiva (quando os sintomas são maioritariamente de hiperatividade-impulsividade).

A PHDA é diagnosticada em comorbilidade frequentemente com atrasos moderados no desenvolvimento da linguagem, da motricidade e no domínio social, não específicos desta perturbação. Ainda, está associada a baixa performance e resultados académicos e rejeição social. Para além disso, estas crianças têm maior probabilidade de desenvolver problemas de comportamento e perturbação da personalidade antissocial na idade adulta o que, conseqüentemente, aumenta a possibilidade do consumo de substâncias e de sofrerem acidentes (APA, 2013).

Apesar de não existir uma definição consensual, podemos afirmar que *funções executivas* é um termo geralmente utilizado para descrever uma vasta gama de processos e capacidades cognitivas complexas, separadas mas relacionadas, que permitem um comportamento orientado, flexível e eficaz para um objetivo (Brakley, 2016; Castellanos, Sonuga-Barke, Milham & Tannock, 2006; Tan, Delgaty, Steward & Bunner, 2018). Tendo em conta que os circuitos estriados pré-frontais sustentam a FE (Castellanos & Proal, 2012) a disfunção em tais processos tem sido há muito considerada um importante correlato neuropsicológico na PHDA (Barkley, 2016; Castellanos & Proal, 2012; Tan, Delgaty, Steward & Bunner, 2018). As áreas mais notáveis são o planeamento, a memória de trabalho, a inibição de resposta, a mudança de cenário e a resolução de problemas (Barkley, 2016; Tan, Delgaty, Steward & Bunner, 2018). Estes défices ao nível das FE têm um impacto considerável no funcionamento diário, nos domínios académico, social, emocional e comportamental. Barkley (2016) acrescenta que os défices nas FE são evidentes na vida diária através de dificuldades ao nível da autocontenção, autogestão do tempo, automotivação, auto-organização e autorregulação emocional. Deste modo podemos afirmar que a PHDA interfere com pensamentos, ações, palavras, motivações e emoções destinadas a organizar o comportamento ao longo do tempo e preparar para o futuro, em vez de apenas reagir ao momento.

Embora os défices ao nível das FE sejam centrais nas teorias cognitivas da PHDA, a desregulação emocional (DE), que se refere a uma incapacidade de modular respostas emocionais, resultando em respostas extremas de natureza internalizantes ou externalizantes que seriam consideradas inadequadas para a idade de desenvolvimento da pessoa, é cada vez mais reconhecida como uma característica central na compreensão das dificuldades vividas por esta população (Stralen, 2016; Garziano & Garcia, 2016).

Estas crianças frequentemente expressam dificuldade em inibir a expressão de emoções impulsivas em reação a eventos emocionalmente provocados (Barkley, 2016), baixa tolerância à frustração, irritabilidade ou labilidade no humor (APA, 2013). Se as emoções fortes forem provocadas por algum evento, eles vão ter mais dificuldade em moderar e autorregular a emoção, por isso são menos pacientes, mais facilmente frustradas, mais rápidas a reagir e mais excitáveis, sendo que também existe maior probabilidade de reagirem com zanga e responderem com agressão quando são provocados (Barkley, 2016). Mostram ainda emoções menos maduras, menos apropriadas e menos consistentes (Barkley, 2016). Esta dificuldade contribui significativamente para as dificuldades psicossociais da PHDA (Barkley, 2016).

O estudo de Graziano e Garcia (2016), revelou que os crianças e jovens com PHDA apresentam défices superiores ao nível da reatividade negativa, seguido pela regulação emocional e reconhecimento/compreensão das emoções. Ressalva-se que nas intervenções clínicas, tanto comportamentais como farmacológicas, é importante medir as alterações na DE através de domínios e, caso necessário, desenvolver intervenções auxiliares que visem mais diretamente a regulação emocional, bem como o reconhecimento das emoções, uma vez que estes processos emocionais são fundamentais para um melhor funcionamento social. Realçam ainda que além de promover o autocontrolo, é importante promover a avaliação e pensamento proactivo sobre como lidar com situações desafiantes antes de se iniciar uma reação emocional.

A farmacologia é, em muitos casos, o tratamento privilegiado da PHDA, com indicação do metilfenidato e da atomoxetina como fármacos de primeira linha (Pintalhão et al., 2019). Certos medicamentos aumentam a disponibilidade da dopamina nos circuitos responsáveis pelas FE, permitindo que a pessoa se organize de forma mais eficiente, consiga dirigir a sua atenção de forma sustentada e planeie melhor os seus atos, reagindo de forma menos impulsiva (Antunes, 2019). O aumento significativo do uso de medicamentos estimulantes em crianças com PHDA, em idade escolar, foi gerado pelo aumento significativo de pesquisas que apresentam os efeitos dramáticos sobre as crianças hiperativas e o comportamento de desatenção (Barkley, 2006), como também, pela utilização de uma ciência mais rigorosa nos estudos destes medicamentos (Pintalhão et al., 2019). Porém, numa sociedade em que a pressão para o diagnóstico de hiperatividade por parte os pais e professores tem vindo a aumentar, torna-se fundamental a assertividade no diagnóstico correto, evitando os riscos inerentes ao excesso de medicação de forma desnecessária (Pintalhão et al., 2019).

Por fim, Antunes et al. (2018) afirmam que o olhar do adulto para estas crianças está focado na disrupção e desadequação do comportamento, como também na necessidade de formatar a resposta da criança ao esperado, não observando assim o que está em falta, a razão principal para o qual estas crianças expressarem-se tantas vezes através de comportamentos que incomodam, provocam e perturbam os outros. A prestação inadequada e variável em tarefas que requerem um esforço mantido é, muitas vezes, interpretada como preguiça, irresponsabilidade e falha na cooperação (APA, 2013).

1.2.6 Dificuldades de Aprendizagem Específicas

A abordagem teórica às DAE será realizada de forma breve, uma vez que constituem um campo complexo, onde é difícil de encontrar consensos na comunidade (Cruz, 2009).

Em linhas gerais, as DAE são um conceito clínico ao qual se associa indivíduos com dificuldades na capacidade de receber, armazenar, processar, recuperar e/ou comunicar informação (Correia, 2008; Cortiella & Horowitz, 2014). São um grupo heterogéneo onde a natureza das dificuldades é intrínseca ao próprio indivíduo (Coelho, 2019). Correia (2008) evidencia que dois aspetos fundamentais para o seu entendimento são, nomeadamente a existência de uma discrepância académica, entre o potencial de inteligência e a realização escolar, como também o facto das DAE serem uma condição vitalícia. Sendo a sua origem neurológica, embora uma intervenção adequada possa atenuar as dificuldades observadas, as DAE não desaparecem com a idade (Coelho, 2019) e devem interferir significativamente com o desempenho académico ou profissional ou nas atividades de vida diária (APA, 2013).

Por outro lado, de acordo com Fonseca (2005), as DAE podem ser igualmente consideradas como uma desarmonia de desenvolvimento, normalmente caracterizadas por uma imaturidade psicomotora que engloba alterações ao nível dos processos recetivos, integrativos e expressivos da atividade simbólico, tal como problemas ao nível da lateralização e praxia ideo-motora, fraca integração somatognósica, estruturação perceptivo-motora alterada, dificuldades ao nível da orientação espacial e sequenciação temporal, que interferem na ligação entre os elementos constituintes da linguagem e as formas concretas de expressão as que simbolizam.

O DSM5 apresenta uma única categoria, a Perturbação da Aprendizagem Específica, à qual se associa um especificador do domínio académico afetado, bem como as subcompetências comprometidas nesse mesmo domínio (APA, 2013). De acordo com Cruz (2009), são três as áreas académicas onde estas dificuldades específicas são

apresentadas, nomeadamente: a) Dislexia, ao nível da leitura; b) Disgrafia e Disortografia, ao nível da escrita; c) Discalculia, ao nível da matemática. Em seguida, iremos abordar as características gerais de cada uma.

A dislexia é o termo associado às dificuldades específicas na correção e/ou fluência na leitura de palavras e por baixa competência na leitura e ortografia (APA, 2013; Sousa & Martins, 2015). Embora as características variem de pessoa para pessoa, as dificuldades comuns incluem (Cortiella & Horowitz, 2014; Fonseca, 2005; Shaywitz, 2008): a) consciência fonológica b) processamento fonológico; descodificação de palavras; compreensão leitora; fluência; taxa de leitura; rimas; ortografia; vocabulário; compreensão, e; expressão escrita. Sousa e Martins (2015) acrescentam que as crianças disléxicas também apresentam défices ao nível da memória de trabalho, capacidade de nomeação rápida, coordenação sensório-motora, automatização e processamento sensorial precoce.

Ao nível da aprendizagem da escrita, podem surgir dois tipos de dificuldades: a disgrafia – relacionada com a codificação escrita, remete a problemas de execução gráfica e de escrita de palavras, e a disortografia – relacionada com a composição escrita, remete a problemas ao nível da planificação e da composição escrita (Cruz, 2009).

A criança com disgrafia apresenta uma escrita desviante em relação à norma/padrão (Coelho, 2019). De acordo com Fonseca (2005) pode ser considerada uma forma de dispaxia, que se manifesta através de uma escrita com alterações ao nível da legibilidade (APA, 2013; Cortiella & Horowitz, 2014; Fonseca, 2005). Podem também estar presentes dificuldades na execução de movimentos motores inerentes à escrita (Cortiella & Horowitz, 2014; Fonseca, 2005). Estas alterações podem ser verificadas através de flutuações na linha, inacabamento das letras, ilegibilidade e confusão das letras, irregularidades de dimensão, entre outros (Fonseca, 2005). Podem ser distinguidos dois tipos de disgrafia (Coelho, 2019): I) disléxico – onde a criança tem dificuldade em estabelecer uma relação entre o sistema simbólico e os grafismos a que correspondem os sons, as palavras e as frases; II) motor – onde a criança comete erros que afetam a forma e o traçado da grafia, ou seja, dificuldades ao nível da coordenação motora fina.

As dificuldades específicas ao nível da composição escrita, nomeadamente disortografia, têm uma personalidade própria no estudo dos problemas da linguagem visual ao nível expressivo (Cruz, 2009). Sendo a escrita a última forma da linguagem a ser identificada (Cruz, 2009), esta DAE coloca um problema na expressão e compreensão escrita (APA, 2013; Cruz, 2009; Fonseca, 2005), nomeadamente afeta a ideação, a formulação e os níveis de abstração (Cruz, 2009). De acordo com Cruz (2009, p. 186) “a

disortografia caracteriza-se pela existência de grandes dificuldades para executar os processos cognitivos subjacentes à composição, ou seja, os processos de planificação (i.e., criação de metas e geração e organização de conteúdos), tradução e produção de texto". O autor acrescenta que estes indivíduos frequentemente se esquecem de rever as suas composições, não têm consciência dos processos e exigências que a redação coloca e, além disso, tendem a sobrestimar a sua capacidade de escrita.

Por último, mas não menos importante, a discalculia inclui as dificuldades específicas ao nível da matemática, nomeadamente ao nível da realização de operações matemáticas (APA, 2013; Coelho, 2019; Cortiella & Horowitz, 2014; Cruz, 2019; Fonseca, 2005). O campo das dificuldades na aprendizagem da matemática é altamente complexo, sendo que podem resultar em dificuldades associadas a um ou mais domínios desta disciplina, nomeadamente: aritmética, álgebra e geometria (Cruz, 2019).

As dificuldades mais frequentes na discalculia, de acordo com Cruz (2019, p.209), são: *"domínio dos fatores básicos acerca dos números, domínio da linguagem matemática, realização de operações ou cálculos, representação simbólica e visual e em recordar factos aritméticos, memorizar e sequencializar, processamento visual (confusão visuo-espaciais); processamento da linguagem, elevada frequência de erros processuais e ansiedade atipicamente elevada em relação à tarefa"*.

Voltando à globalidade das DAE, importa compreender que estas não são resultantes de privação sensorial (auditivas e visuais), dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, deficiência motora, perturbação emocional, fatores culturais, desvantagens ambientais e económicas ou pedagogia desadequada, no entanto podem implicar dificuldades ao nível da memória, percetivos, motores, de linguagem, de pensamento e metacognitivos (APA, 2013; Correia, 2008; Cortiella & Horowitz, 2014; Fonseca, 2005). O diagnóstico só fará sentido se servir de ponto de partida para a intervenção (Cruz, 2009).

I.2.7 Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Neurodesenvolvimento

A IPM nesta população assume uma vertente reeducativa ou terapêutica, uma vez que as dinâmicas do desenvolvimento, aprendizagem, psicoafectivas e relacionais estão comprometidas (Amorim, 2017; APP, 2012; Fonseca, 2017). Esta atuação torna-se fundamental quando o ensino formal, diretivo e pouco mediatizado não responde mais às necessidades do indivíduo (Fonseca, 2009), assim esta intervenção pode ser considerada uma alternativa lúdica ao trabalho académico tradicional, aliada ao método de ensino

multissensorial que permite criar situações motivantes que apelam a funções cognitivas e metacognitivas de atenção, percepção, planeamento e memória (CADIn, 2005).

Esta intervenção terá em conta as vulnerabilidades do neurodesenvolvimento que podem estar na base das dificuldades, a sua atuação irá ter em conta a heterogeneidade dos perfis e a procura de mecanismos de compensação dos défices sentidos (Fonseca, 2009; Santos, 2017), através da promoção de uma melhor adaptação aos vários contextos de vida através de uma reeducação nos domínios cognitivos, comportamental e emocional (APP, 2012; CADIn, 2005; Valente, Santos & Morato, 2012; Fonseca, 2009), pontos determinantes na aquisição da independência funcional pessoal (Valente, Santos & Morato, 2012).

De acordo com a APP (2012), o objetivo geral nesta população é ajudar a criança ou jovem a mobilizar os seus recursos individuais, reforçar a sua identidade para reconquistar a sua autoconfiança, melhorar as respostas motoras e a sua interação pessoal, bem como fortalecer a aquisição de estratégias de resolução de problemas de acordo com as suas capacidades e potencialidades.

De acordo com Martins (2008), a vertente reeducativa visa estimular o desenvolvimento da atividade perceptiva e da atividade simbólica conceptual, valorizando a intencionalidade de consciência da ação. É particularmente centrada na componente instrumental através de uma relação mais precisa com os objetos e com as características espaciais e temporais do envolvimento. A vertente terapêutica acenta na valorização da componente relacional e psicoafectiva, possibilita a expressividade e espontaneidade do indivíduo, como também enfatiza o reinvestimento na pessoa adulta (representada pelo psicomotricista), como agente securizante e objeto de desejo da inter-relação com o mundo, pessoas e objetos. Para além disso, a comunicação não-verbal é particularmente valorizada por permitir uma associação entre o sentir e o mover-se onde, o corpo, como estrutura espacial original e única, está sempre em situação pela expressão corporal e dinâmica do movimento. Deste modo, a IPM tem um papel importante ao permitir que a criança e o jovem vivam determinadas experiências corporais essenciais à organização do seu pensamento, permitindo desenvolver este conhecimento acerca do seu próprio corpo, espaço, tempo e objetos, que são bases essenciais para a aquisição de competências (Costa, 2008).

Em ambas as populações, o jogo sensório motor, simbólico, construtivo, social e de regras, é um meio privilegiado de relação, que assenta na expressão das emoções através do corpo e da ação (APP, 2012). É também um meio privilegiado de comunicação que

permite à criança, através da apresentação de situações problema, desenvolver estratégias de resolução de problemas e autorregular o comportamento, intervindo assim em termos motores, cognitivos, comunicativos, psicolinguísticos e emocionais (APP, 2012).

Como anteriormente referido, a avaliação psicomotora irá ter um papel fundamental na identificação dos objetivos de intervenção que variam de acordo com a idade, diagnóstico e características individuais específicas.

Ao nível da PHDA, a IPM pode ter maior foco ao nível do ajustamento das competências psicomotoras (Lima, 2015), ao aumento progressivo do tempo de concentração e permanência na tarefa (CADIn, 2005), à utilização do corpo como elemento gerador de prazer e intencionalidade (Naia & Martins, 2006), na consciencialização do movimento que leva a criança a refletir e planear melhor as suas ações (Lima, 2015), da inibição de comportamentos ou movimentos incompatíveis com a realização do trabalho, da diminuição de comportamentos impulsivos, da melhoria das capacidade de autorregulação do comportamento (CADIn, 2005), como também, na promoção das capacidades motoras, cognitivas e socioemocionais através do corpo, de modo a melhorar as suas capacidades adaptativas nos diferentes contextos de vida (Naia & Martins, 2006).

De acordo com Horta (2017), algumas estratégias que podem caracterizar a IPM na PHDA são: a) a realização de atividades que partem dos interesses da criança para atividades de menor motivação e interesse; b) a utilização de jogo lúdico; c) a realização de circuitos de atividades como forma de desenvolver o desenvolvimento psicomotor; d) a utilização do jogo livre de modo a estimular a imaginação e a criatividade; e) a possibilidade de expressão motora de modo diversificado (motor, gráfico, verbal, não-verbal, artístico); f) a utilização de autoinstrução de forma a promover a regulação do comportamento; g) reforço dos comportamentos adequados, ignorando a agitação e impulsividade; h) privilegiar a utilizar de reforços positivos; i) envolver e responsabilizar a criança na construção e concretização das regras; j) promover a expressão e resolução de problemas/conflitos em ambiente estruturado.

Ao nível das DAE, a IPM constitui um suporte para as aprendizagens escolares, pelo que determinadas falhas ao nível do desenvolvimento psicomotor podem refletir-se ao nível da aquisição de competências complexas como a leitura, a escrita, o cálculo e o raciocínio matemático (CADIn, 2005; Fonseca, 2005). A IPM permite trabalhar aspetos específicos envolvidos nas aprendizagens tais como a lateralidade, a noção corporal, a estruturação espaço-temporal, a praxia fina e a grafomotricidade (CADIn, 2005; Paixão et al., 2017). Isto, porque as noções de lateralidade afetam frequentemente a direccionalidade

da leitura, a escrita ou das operações numéricas, como ainda os défices ao nível da perceção e organização espacial podem estar na origem de algumas confusões perceptivo-visuais entre letras (CADIn, 2005; Fonseca, 2005). As noções temporais são pré-requisitos fundamentais para as aprendizagens escolares, que facilitam a compreensão da leitura e a organização ao nível da expressão escrita (CADIn, 2005). A praxia fina é muito importante para uma boa caligrafia e conseqüente expressão escrita (CADIn, 2005).

No trabalho com estas populações é necessário intervir também com os elementos do envolvimento onde o indivíduo se insere, i.e., professores, família e comunidade, através de uma abordagem multimodal e global. Posto isto, o processo de intervenção deve ser alargado à família e à escola da criança, através de uma parceria em função dos objetivos pretendidos (CADIn, 2005).

Em relação aos professores, a IPM privilegia a definição de estratégias que promovam a aprendizagem, a atenção, melhor adaptação e integração do aluno, clarificação de metodologias, organização de objetivos, como também na promoção de momentos de reflexão sobre o aluno, sistematização da intervenção, definição de preocupações e sinais de risco (Rodrigues, 2005; Paixão et al., 2017).

Em relação à família, esta é um dos pilares essenciais no trabalho do psicomotricista (Paixão et al., 2017; Pereira & Santos, 2017). Pode ser desenvolvida através de diversos modelos, como por exemplo: encontros individuais para partilha de informações, esclarecimento de dúvidas, partilha de recomendações e estratégias (Paixão et al., 2017; Pereira & Santos, 2017); reuniões de grupo (Paixão et al., 2017); momentos em grupo mais estruturados de modo a capacitar as famílias com mais informação, onde os pais possam ter uma participação ativa e partilhar experiências (Pereira & Santos, 2017); em assuntos pontuais, as famílias podem ser apoiadas na compreensão de determinados comportamentos, situações e sobre a necessidade de intervenção terapêutica (Paixão et al., 2017), bem como o encaminhamento para consultas de especialidade caso seja necessário (Paixão et al., 2017).

II Realização da Prática Profissional

Na segunda parte do presente documento, é apresentada a caracterização detalhada da prática profissional desenvolvida durante o período de estágio. Inicia-se com a calendarização das atividades e do horário de estágio. Seguidamente, é identificada e caracterizada a população atendida e detalhado o processo de intervenção terapêutica que inclui a apresentação dos instrumentos de avaliação utilizados.

Por último são apresentados os dois estudos de caso acompanhados individualmente, sendo que a apresentação de cada um está dividida da seguinte forma: caracterização, avaliação inicial, conclusão da avaliação inicial, processo de intervenção, avaliação final, conclusão da avaliação final e reflexão final sobre o processo de intervenção.

II.1 Organização das Atividades de Estágio

No presente subcapítulo, são apresentadas as atividades de estágio em termos de calendarização e horário semanal.

II.1.1 Calendarização das Atividades

Num primeiro momento, atendendo ao facto de ser um estágio autoproposto, na primeira quinzena de maio de 2018 foram estabelecidos os primeiros contactos por email com a Dra. Ana Peres e com o Dr. Mário Paiva (Diretor Clínico do SP do HVFX), de modo a demonstrar o interesse da aluna em realizar o estágio de mestrado na respetiva instituição e serviço hospitalar. De modo a formalizar o pedido de colaboração, foi enviada uma carta ao Diretor Clínico com a apresentação da aluna, a manifestação dos seus interesses e motivações pessoais, disponibilizando também o documento NRMRP (FMH, 2018), a fim de dar conhecimento das condições do estágio curricular. Em Anexo C podemos consultar essa mesma carta. No seguimento do envio da carta, no dia 25 de maio de 2018, foi realizada a primeira reunião entre a aluna e o Diretor Clínico da qual resultou a *Carta de Aceitação* com o parecer positivo da instituição em receber a aluna e com o compromisso de orientar a mesma ao longo do período necessário para a realização do referido estágio, indicando também a Dra. Ana Peres como orientadora local. Em Anexo D podemos consultar a *Carta de Aceitação*.

O parecer positivo da instituição juntou-se ao parecer positivo da Professora Dra. Ana Rodrigues, como orientadora académica e, assim, foi possível entregar a proposta à Coordenação de Estágio do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da FMH, que

respondeu positivamente ao pedido em julho de 2018. Em Anexo E podemos consultar o documento referente.

Reunidas as condições para a realização do presente estágio, a 25 de setembro de 2018, decorreu um primeiro encontro na FMH entre a Dra. Ana Peres (orientadora local), a Professora Dra. Ana Rodrigues (orientadora académica) e a estagiária. Neste encontro foi abordado o funcionamento e a organização do HVFX ao nível das PND, foram definidos os objetivos para o estágio e realizadas as propostas de atividades pela aluna, assim como foi definido o horário de estágio com respeito aos critérios definidos pelo regulamento da unidade curricular do RACP, nomeadamente no que respeita ao número de horas semanais a cumprir.

O estágio teve início no dia 3 de outubro de 2018 e terminou no dia 28 de julho de 2019, constituindo assim um período total de 10 meses. Como o hospital não segue o calendário académico, as interrupções das atividades apenas ocorreram nos feriados nacionais.

Como podemos observar na Tabela 1, o primeiro trimestre (outubro, novembro e dezembro) constituíram o período de integração da estagiária no HVFX. Neste âmbito, foram maioritariamente observadas consultas de PD da orientadora local. Porém, de acordo com a disponibilidade dos técnicos, foram também observadas consultas de Psicologia Clínica, Fisiatria e Terapia da Fala em contexto pediátrico. O objetivo destas observações foi diversificar o conhecimento sobre o funcionamento da instituição, sobretudo nas diferentes especialidades constituintes e das suas dinâmicas internas de organização e comunicação. Em Anexo F podemos consultar a lista de crianças observadas em cada especialidade.

Tabela 1 - Calendarização e organização das atividades de estágio

	2018			2019						
	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Período de Integração	■									
Avaliações Iniciais				■						
Intervenção Psicomotora					■					
Avaliações Finais										■

No âmbito das consultas de Psicologia Clínica, foi possível observar a aplicação de provas formais de avaliação, tais como: WISC III (3.ª edição) - Escala de inteligência de Wechsler para Crianças (2003); TP-R-Toulouse-Piérton, Matrizes Progressivas de Raven e a Figura Complexa de Rey.

Ainda nesta fase inicial, a estagiária foi convidada a participar no Grupo Terapêutico DAE, já referido com uma das atividades desenvolvidas pelo SP, através da realização de uma atividade psicomotora por sessão.

Em dezembro, com alguns casos em vista para intervenção, iniciou-se a análise dos critérios de inclusão, como também se iniciou a preparação dos instrumentos e condições para as avaliações psicomotoras iniciais. Como a maioria dos casos se enquadravam num quadro clínico de PHDA, iniciou-se também a organização e o planeamento do projeto *Conservas com Pais*, destinado às famílias de crianças com esta perturbação. Deste modo, podemos afirmar que o mês de dezembro além de se incluir no período de integração, foi também um mês de transição para o planeamento do trabalho que viria a ser desenvolvido mais tarde.

Os meses de janeiro e fevereiro de 2019 foram dedicados às avaliações psicomotoras iniciais, à elaboração dos respetivos relatórios clínicos, à elaboração dos planos de intervenção e ao planeamento de sessões terapêuticas. Em relação aos estudos de caso, apresentados mais adiante, o período de IPM desenvolveu-se entre os meses de fevereiro e junho de 2019. De modo a finalizar o trabalho terapêutico, cumprir os objetivos do mesmo e, sobretudo, compreender os resultados e os benefícios terapêuticos da intervenção, nas primeiras semanas de julho foram realizadas as avaliações finais.

II.1.2 Horário de Estágio

Em relação ao horário de estágio, como podemos observar na Tabela 2, a fase de integração foi o período com número de horas menor, nomeadamente: a) segunda das 13h30 às 15h30 – observação de consultas de outras especialidades; b) quarta-feira das 8h30 às 13h30 – observação de consultas da orientadora local; c) quinta-feira das 8h30 às 16h30 – observação de consultas da orientadora local e participação no Grupo Terapêutico DAE.

Tabela 2 - Horário de estágio entre outubro e dezembro de 2018

Horas	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
8h30 - 13h30			Sessões Clínicas Observação de consultas	Observação de consultas	
13h30 - 15h30	Observação de consultas			Grupo terapêutico DAE	

A participação nas sessões clínicas, com vista à apresentação de casos clínicos e resumos teóricos sobre determinada patologia, com lugar às 8h de quarta-feira, foi também frequente, salvo exceções em que apenas era permitida a presença dos médicos ou quando o horário era reservado para CD.

Considerando esta uma oportunidade única para a observação das dinâmicas da CD e partilha de experiência com a orientadora local, as observações das suas consultas mantiveram-se até ao final do estágio. Posto isto, como podemos observar na Tabela 3, foi retirado ao novo horário, que teve início em janeiro de 2019, as observações de consultas de outras especialidades e, por outro lado, foram adicionadas horas para o planeamento das sessões e para a dinamização das sessões individuais, nomeadamente: a) segunda-feira das 8h30 às 13h30 – planeamento; b) terça-feira das 9h às 10h – sessão individual; c) quinta-feira das 16h às 17h – sessão individual, e; d) quinta-feira das 17h30 às 18h30 – sessão individual. Por último, o Grupo Terapêutico DAE manteve o seu horário – quinta-feira das 14h30 às 15h30.

Tabela 3 - Horário de estágio entre janeiro e julho de 2019

Hora	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
8h30 13h30	Planeamento	Sessão individual 9h-10h Planeamento	Observação de consultas	Observação de consultas	
14h30 15h30				Grupo terapêutico DAE	
16h- 17h				Sessão individual	
17h30-18h30				Sessão individual	

Importa ainda referir que o projeto *Conversas com Pais*, foi desenvolvido em três momentos repartidos, nomeadamente no dia 28 de fevereiro, 2 de maio e 23 de maio entre as 17h30 e as 19h. Desta forma, o estágio realizou-se numa média de 23 horas semanais, durante 42 semanas, fazendo um total de 966 horas aproximadamente.

II.2 População Atendida

Para realizar a seleção dos casos a encaminhar para IPM, foram estabelecidos critérios de inclusão, nomeadamente: a) apresentar uma PND; b) encontrar-se em idade escolar; c) apresentar dificuldades nas competências psicomotoras; d) não beneficiar de apoio na comunidade em Psicomotricidade; e) disponibilidade, por parte da família, em realizar

deslocações semanais ao HVFX. A avaliação destes critérios foi da responsabilidade da orientadora local, que também foi quem realizou os primeiros contactos com as famílias no sentido de questionar o seu interesse e disponibilidade.

Desse modo, foram encaminhados para IPM duas crianças. Na Tabela 4 podemos observar algumas das suas características.

Tabela 4 - População atendida no estágio

Nome	Género	Idade	Diagnóstico	Duração do acompanhamento
A.S.	Masculino	7 anos	PHDA	Fevereiro a julho de 2019
B.C.	Feminino	6 anos	PHDA	Fevereiro a julho de 2019

II.3 Processo de Intervenção

O processo de intervenção, após o devido encaminhamento, iniciou-se a partir da realização da avaliação psicomotora, explorando o perfil da criança e o seu contexto familiar e escolar. Os tópicos que se seguem têm como objetivo descrever como foi estruturada a avaliação ecológica:

- **Contexto familiar** – Num primeiro momento, foi agendado um encontro com a família e criança, nas instalações do HVFX, com o objetivo de aferir o percurso de desenvolvimento, as preocupações atuais, recolhendo a informação sobre a dinâmica familiar, escolar e social. Concomitantemente, foi realizado um breve esclarecimento à família acerca do processo de estágio, no qual a estagiária se encontrava, e ainda acerca do processo de avaliação e intervenção. De modo a ajudar na dinâmica familiar, foi atribuído um horário fixo para a avaliação formal da criança e para as sessões individuais. Para a avaliação formal deste contexto, foram aplicados dois questionários que serão descritos no subcapítulo que se segue;
- **Contexto escolar** – Para a avaliação neste contexto, e após o pedido de autorização realizado através dos pais, disponível para consulta em Anexo G, foi realizada uma deslocação à escola, de modo a estabelecer um contacto direto, ouvir o relato da professora sobre os aspetos comportamentais, académicos e sociais, identificando as estratégias utilizadas para lidar com as dificuldades, compreendendo o conhecimento sobre a PHDA e identificando também a motivação para colaborar no processo de intervenção. Para a avaliação formal, foram disponibilizados os mesmos questionários aplicados no contexto familiar;
- **Criança** – A avaliação da criança em contexto clínico informal foi realizada através da observação do seu comportamento na relação com a terapeuta, com o espaço e com

os objetos envolventes em situação de exploração livre (e.g. jogo, desenho), paralelamente, em contexto clínico formal, com o objetivo de avaliar competências psicomotoras e cognitivas, foram aplicados dois instrumentos que também serão descritos no subcapítulo seguinte. A avaliação da criança decorreu entre três e quatro sessões.

Concluído o processo de avaliação, foi agendada uma reunião com a família para a apresentação dos resultados, através do Relatório de Avaliação Psicomotora (RAP). Antes da sua apresentação, os dados e o RAP foram discutidos com a orientadora local que, neste caso, era a Pediatra do Desenvolvimento destas crianças. Importa referir que o relatório descreve: a) o **motivo** para o encaminhamento; b) a descrição dos **procedimentos** da avaliação com datas e instrumentos utilizados; c) a descrição do **comportamento** da criança nos momentos de avaliação e observações nos diferentes contextos (e.g. escola, casa); d) para cada instrumento de avaliação, uma pequena descrição do seu objetivo e a apresentação dos **resultados** obtidos pelos diferentes participantes (e.g. criança, mãe, pai, professora); e) uma **conclusão** sobre as suas capacidades e dificuldades, caracterizando o perfil funcional e as áreas a intervir; f) por último, a partilha de **recomendações** através da descrição de estratégias e/ou atividades, para os pais e/ou professores, com o objetivo de ajudar a lidar com as problemáticas da criança. Um exemplo deste documento está disponível para consulta em [Anexo H](#).

Com base no relatório e após acordados os objetivos de intervenção com a família, é elaborado o *Plano de Intervenção Psicomotora*, que estabelece os objetivos gerais, específicos e comportamentais, que são as metas do trabalho desenvolvido ao longo das sessões individuais. A articulação entre os diferentes técnicos e com as pessoas que têm contacto com a criança é constante ao longo da intervenção. Desta forma, além do contacto com a família, há contacto com outros profissionais que conhecem a criança (e.g. psicóloga clínica e professores).

O processo de intervenção termina com uma avaliação final, aproximadamente três semanas antes da data estabelecida para a conclusão da mesma, onde são novamente aplicados os instrumentos utilizados na avaliação inicial, para ser realizada a comparação dos dados pré e pós intervenção. Neste âmbito, é elaborado um *Relatório de Intervenção* que inclui: a) um resumo da intervenção realizada; b) uma apreciação final e global do comportamento da criança ao longo do processo de intervenção; c) a apresentação dos resultados dos instrumentos de avaliação, pré e pós intervenção; d) a comparação dos dados e conclusões acerca da evolução da criança e do processo de intervenção; e) por

último, a identificação da necessidade de dar ou não continuidade ao apoio em Psicomotricidade.

II.4 Instrumentos de Avaliação

Para a avaliação formal da criança foram aplicados dois instrumentos, nomeadamente a BPM (Fonseca, 1975; cit. in Fonseca, 2010) e a Cognitive Assessment System (Naglieri, J. & Das, J., 1997). Para a avaliação do contexto familiar e escolar foram também aplicados dois instrumentos: Escala de Conners Para Pais – Versão Revista (Forma Completa) e Escala de Conners Para Professores – Versão Revista (Forma Completa) (Keith Conners, 1997)³; Behaviour Rating Inventory of Executive Functions [BRIEF] (Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. & Kenworth, L, 2000)⁴.

Em seguida serão descritos os instrumentos utilizados com referência às suas características, objetivos e sistema de classificação.

II.4.1 Bateria Psicomotora (Fonseca, V., 1975)

A BPM foi desenvolvida por Vítor da Fonseca em 1975. É um instrumento que visa a análise da integração psicomotora e psiconeurológica da criança, realizada através de um processo de avaliação dinâmica, que permite determinar o seu perfil psicomotor. Este perfil é realizado através da deteção de défices funcionais, abrangendo a integração sensorial e perceptiva, que se relaciona com o potencial de aprendizagem (Fonseca, 2010).

A BPM é composta por um conjunto de tarefas que visam identificar o grau de maturidade psicomotora da criança e detetar sinais desviantes, que podem ajudar no reconhecimento de possíveis desvios na sua evolução. Tendo em conta que o desenvolvimento motor influencia as aprendizagens, quando ocorre um problema nos fatores psicomotores da BPM podemos ter uma possível explicação para determinados problemas de aprendizagem (Fonseca, 2010).

As tarefas propostas destinam-se a crianças com idades compreendida entre os quatro e os 12 anos, estão distribuídas pelos sete fatores psicomotores hierarquizados de acordo com as unidades funcionais de Luria: tonicidade, equilibração, lateralização, noção

³ Ambas traduzidas e adaptadas para a população portuguesa por Ana Rodrigues (2000) - Departamento de Educação Especial e Reabilitação da FMH.

⁴ Tendo sido utilizadas as traduções de Rodrigues, A., Leitão, A., Ernst, L., Correia, C. e Maia, T. (2015) - Inventário Comportamental de Avaliação das Funções Executivas em crianças (ICAFE-C) – Versão Para Pais, e; Rodrigues, A., Pereira, L., Teixeira, I. e Aires, F. (2000) - Inventário de Avaliação das Funções Executivas em crianças (IAFE-C) – Versão para professores. Sendo que nenhuma das traduções tem normas.

do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina. Para além das tarefas distribuídas pelos fatores, ainda apresenta itens relativos ao aspeto somático, a desvios posturais, ao controlo respiratório e ao nível de fadiga durante a realização das atividades (Fonseca, 2010).

Para cada tarefa da BPM, segundo a performance da criança, o sistema de classificação numérico varia entre um e quatro pontos, sendo: (1) Apraxia- realização imperfeita, incompleta e/ou descoordenada; (2) Dispraxia – realização com dificuldade no controlo; (3) Eupraxia – realização adequada e controlada; (4) Hiperpraxia – realização harmoniosa. Após a aplicação de todas as tarefas, é realizada a média arredondada da cotação obtida em cada fator psicomotor. Esta cotação é obtida, por sua vez, através da média arredondada da cotação obtida em cada subfactor. Por último, através do somatório de todas as cotações obtidas em cada fator psicomotor, o observador é capaz de calcular o valor final que corresponde a um perfil psicomotor (Fonseca, 2010).

Relativamente ao produto final da aplicação, é importante referir que a BPM não tem como objetivo obter um valor numérico ou um perfil psicomotor imutável, pretende sim, avaliar as áreas fortes e as áreas a desenvolver na criança com o intuito de permitir conceber um plano de intervenção que seja capaz de potencializar as duas áreas a desenvolver, contribuindo assim para a modificação das capacidades psicomotoras (Fonseca, 2010).

II.4.2 Cognitive Assessment System (Naglieri, J. e Das, J., 1997)

O Cognitive Assessment System (CAS) foi desenvolvido e publicado em 1997 por J. P. Das e Jack Nagliere, tendo como fundamento teórico o constructo que surgiu de uma teoria explicativa das diferentes competências cognitivas humanas, o modelo de processamento cognitivo PASS (Planificação, Atenção, Processamento Simultâneo e Processamento Sucessivo), onde o processamento de informação é visto como algo dinâmico e não como uma capacidade ou habilidade estática. Importa referir que este modelo tem na sua base o modelo de processamento neuropsicológico de Luria (Naglieri & Das, 1997; cit. in Nishanimut & Padakannaya, 2014).

Deste modo, o CAS permite avaliar as habilidades do processamento cognitivo em crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os cinco e os dezassete anos, sendo aplicada de modo individual. As quatro áreas do PASS correspondem às quatro escalas do instrumento que possui duas formas de aplicação: a) bateria padrão – onde cada escala é constituída por três subtestes, e; b) bateria básica – onde cada escala é

constituída por dois subtestes (Naglieri & Das, 1997; cit. in Nishanimut & Padakannaya, 2014). Em Anexo I está disponível para consulta uma tabela onde podemos observar os subtestes de cada área, sendo que as provas assinaladas com ^{BB} correspondem às constituintes da bateria básica.

A primeira cotação das provas pode ser realizada de diversas formas, por exemplo na prova de emparelhamento dos números o resultado é a combinação do número de respostas corretas com o tempo demorado na realização da tarefa, na prova de repetição de frases, o resultado é o somatório dos itens respondidos de forma correta. Em seguida, esses valores são verificados numa tabela disponibilizada pelos autores, que indica o valor bruto a cada subtestes. Este último valor, é lido nas tabelas de referência normativa de acordo com a idade da criança em meses. Os valores finais, a cada subtestes, podem variar entre 0 e 20, nomeadamente: 0 – o valor mínimo; 10 – o valor médio, e; 20 – o valor máximo (Cruz, 2007; Naglieri & Das, 1997).

Constatando que o instrumento não se encontra padronizado para a população portuguesa, a sua utilização foi de modo qualitativo. Neste sentido, o instrumento foi aplicado no início e no final da intervenção, auxiliando na identificação da evolução da criança e dos benefícios da IPM.

II.4.3 Escala Revista de Conners (Conners, K., 1997)

A Escala de Conners auxilia no despiste da PHDA através da avaliação da severidade e intensidade de comportamentos de desatenção e hiperatividade-impulsividade na criança, assim como outros comportamentos e sintomas geralmente associados a esta perturbação. Esta avaliação é realizada através das respostas dos pais, professores e dos próprios (Rodrigues, 2005).

A escala apresenta uma versão completa e outra reduzida, para cada uma apresenta uma versão para pais e outra para professores. A versão completa avalia um conjunto alargado de problemas de comportamento, a versão reduzida auxilia quando o tempo de avaliação é mais curto. Ambas são utilizadas para a avaliação de indivíduos entre os três e os dezassete anos. O instrumento conta ainda com uma escala de autoavaliação (Rodrigues, 2005).

Os domínios comportamentais avaliados pela Forma Completa da Escala de Conners são: A – Comportamentos de Oposição; B – Desatenção/Dificuldades Cognitivas; C – Excesso de Atividade Motora; D – Comportamentos de Ansiedade; E – Comportamentos de Perfeccionismo; G – Características Psicossomáticas; F –

Dificuldades de Relacionamento Social; H – Índice de Déficit de Atenção e Hiperatividade de Conners; I – Índice Global de Conners; J – Índice Global de Conners: Labilidade Emocional; K – Índice Global de Conners; L – Sintomas do DSM – IV – Desatenção; M – Sintomas do DSM – IV – Excesso de Atividade Motora / Impulsividade; N – Sintomas do DSM – IV – Global.

Cada item é classificado segundo uma escala de Likert entre zero e três, variando entre o “nunca” e o “muito frequente”. Ao nível da interpretação, a Conners permite determinar um valor para cada subescala, em função da idade e género do indivíduo, através da soma dos valores obtidos por cada resposta, que são interpretados numa tabela pelo valor padronizado e pelo percentil correspondente. O resultado padrão é um valor T pelo que as médias correspondem a um valor de 50. O desvio padrão é 10 e, como tal, o valor 65 correspondente a um percentil 74-85, sugerindo um comportamento ligeiramente atípico; valores entre os 65 e os 70 sugerem um comportamento moderadamente atípico; por último, valores acima dos 70 sugerem um comportamento marcadamente atípico (Rodrigues, 2005).

Com base nos resultados, é possível identificar um perfil funcional no contexto familiar e escolar. O instrumento permite ainda avaliar o progresso do indivíduo.

II.4.4 Behaviour Rating Inventory of Executive Functions (Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. e Kenworth, L., 2000)

O BRIEF é um questionário para pais e professores que permite aos profissionais aferir a avaliação do funcionamento executivo em contexto ecológico (escola e casa), ou seja, utiliza a contribuição dos pais e professores para a avaliação do funcionamento comportamental da criança. É um instrumento padronizado e validado para o uso em crianças em idade escolar, entre os cinco e os 18 anos. Ainda, é indicado para a avaliação de crianças com PND, como por exemplo a PHDA (Gioia et al., 2020).

A versão para pais e a versão para professores pretende um preenchimento individual, em aproximadamente 10-15 minutos, de 86 questões/itens. Estes, organizam-se em 8 escalas clínicas que medem diferentes aspetos das FE, nomeadamente: Inibição, Mudança, Controlo Emocional, Iniciativa, Memória de Trabalho, Planificação/Organização, Organização de Materiais e Monitorização (Gioia et al., 2020). As subescalas clínicas dão origem a dois índices: I) Índice de Regulação Comportamental; II) Índice de Metacognição, bem como a um resultado global – Global Executive Composite.

O BRIEF inclui ainda duas escalas de validade: a) Escala de Inconsistência – mede a inconsistência a respostas semelhantes – protocolo aceitável, questionável ou inconsistente; dois últimos devem ser revistos, procurar razões para a inconsistência; b) Escala de Negativismo – mede escolhas involuntariamente negativas face a amostras clínicas, scores acima de cinco devem levar a rever o protocolo e fazer refletir sobre a existência de um negativismo exagerado. Se este score é elevado então deve ter-se em conta que todo o protocolo pode estar influenciado, ou considerar que existe uma grande rigidez mental na criança o que pode acontecer nas PND (Gioia et al., 2020).

A cotação das questões é realizada segundo uma escala de Likert de três pontos, sendo a escala de valores cotada da seguinte forma: N – Nunca (1), A – Às vezes (2) e S – Sempre (3). A pontuação T (T score) interpreta o nível de funcionamento executivo da criança. Nas escalas clínicas e índices da BRIEF, as pontuações T iguais ou superiores a 65 são consideradas como tendo significação clínica potencial (Giorgia et al., 2020).

II.5 Estudos de Caso

Neste ponto, serão apresentados os dois estudos de caso acompanhados individualmente pela estagiária no SP do HVFX, referindo-se, nomeadamente a uma criança do género masculino e outra do género feminino, ambos com o diagnóstico de PHDA. Inicialmente, é caracterizado o perfil de cada criança, a avaliação inicial realizada a conclusão da mesma. Com base nessas informações, é apresentado o Plano de Intervenção e caracterizada a intervenção realizada em cada um dos casos. De modo a avaliar os efeitos dos planos terapêuticos definidos, são apresentados os resultados da avaliação final destas e as respetivas conclusões. Por fim, é apresentada uma reflexão final sobre o processo de intervenção.

II.5.1 Estudo de caso A. S.

As informações que se seguem foram recolhidas junto da pediatra do desenvolvimento responsável pelo caso, doravante designado como A.S., e através de informações partilhadas pela mãe na AI.

II.5.1.1 Caracterização

O A.S. é um menino que nasceu no dia 22 de setembro de 2011, tendo no momento da AI em psicomotricidade sete anos e quatro meses. É seguido na CD no HVFX por apresentar um diagnóstico de PHDA, de expressão mista, em comorbilidade com alterações no comportamento.

A família nuclear é constituída pela mãe, pai e irmã. A sua mãe tem 44 anos, é licenciada em Direito e atualmente trabalha na área. O seu pai tem 45 anos, concluiu o 12.º ano através de um curso técnico-profissional e trabalha como operador logístico. Tem uma irmã de oito anos e teve um irmão que faleceu aos seis anos, em junho de 2015, devido a doença de Leigh.

Relativamente aos marcos do desenvolvimento, a gravidez foi vigiada e desenvolveu-se sem complicações, o período neonatal ocorreu sem intercorrências. O A.S. andou sem apoio e disse a primeira palavra aos 12 meses. Por volta dos dois anos, já era capaz de dizer frases simples. O controlo dos esfíncteres diurno e noturno ocorreu aos três anos. Esteve em casa com a mãe até aos quatro anos, altura em que ingressou numa creche.

A família começou a notar que algo não estava bem por volta dos dois anos devido a dificuldades em compreender a fala. Era também muito agitado e aventureiro. Aos três

anos e sete meses, em maio de 2015, em CD no HVFX, foram descritas alterações do comportamento, sobretudo nos últimos 15 dias. No Jardim de Infância referiam que não era fácil lidar com ele. No exame neurológico realizado em consulta foi possível observar um bom desempenho na marcha, equilíbrio, coordenação, cópia de figuras e desenho da figura humana. No momento desta consulta, o A.S. partilhava quarto com o irmão e a situação clínica do mesmo era complicada e grave.

Ao nível dos apoios terapêuticos, por volta dos quatro anos, iniciou TF e IP, ambos uma vez por semana. Da avaliação de março de 2016, em TF, conclui-se que o mesmo se enquadrava no diagnóstico Perturbação da Linguagem Expressiva e Perturbação articulatória tipo fonética-fonológica. Da avaliação psicológica realizada pela ELI, em fevereiro de 2017, apresentou um percentil 75 na perceção visual da constância forma da posição no espaço, orientação espacial e coordenação visuomotora, percentil 20-25 na memória de conceitos verbais, percentil 55 nos conceitos quantitativos e percentil 50 nas normas do pré-escolar. Ao nível do comportamento, ambas as avaliações referenciaram imaturidade e impulsividade. Abandonou as sessões de TF por dificuldades financeiras.

Apesar do adiamento escolar ter sido aconselhado, aos seis anos ingressou o 1.º ano do 1.º Ciclo. Ao longo do 2.º Período foram identificadas preocupações, por parte da família e da professora, ao nível do comportamento, devido a desatenção, impulsividade, frustração quando não conseguia realizar uma tarefa, comportamentos desadequados como brincar no chão e desorganização. Considerando estas informações, iniciou terapêutica farmacológica com Metilfenidato e Risperidona®.

No presente ano letivo, o A.S. integrou o 2.º ano do 1.º ciclo numa nova escola, estando abrangido por medidas específicas ao abrigo do Decreto-Lei n.º 54/2018. Acrescenta-se ainda que ao nível das suas atividades lúdicas, o A.S. pratica futebol duas vezes por semana e integra um grupo de escuteiros. Segundo informações partilhadas pela mãe na CD, comparativamente ao ano anterior, o A.S. está mais motivado e com uma ideia mais positiva da escola, sendo que a professora atual tem contribuído muito para esta mudança. Apesar desta melhoria, continua a apresentar dificuldades em assimilar conteúdos, bem como demonstra inquietude, falta de atenção e frustração quando não consegue atingir o seu objetivo. Em casa, foram descritas dificuldades na regulação ao nível comportamental e emocional, situações de frustração e revolta que resultavam em conflitos constantes com os pais. Apesar de ter sido encaminhado para apoio em Psicologia no Agrupamento de escolas, o A.S. não beneficiava de qualquer apoio, tal como os outros elementos da família.

II.5.1.2 Avaliação Inicial

A AI ocorreu durante o mês de janeiro de 2019, em três momentos distintos, nomeadamente: 1.º momento – encontro com a mãe e pai no HVFX; 2.º momento – avaliação clínica do A.S., em duas sessões distintas no HVFX; 3.º momento – uma observação em sala de aula que decorreu no dia 22 de janeiro, entre as 11h e as 12h30.

Tendo em conta os objetivos da avaliação, foram utilizados os seguintes instrumentos: I) BPM para avaliar o perfil psicomotor; II) CAS para avaliar o processamento cognitivo; III) Escala de Conners para Pais – Versão Revista (Forma Completa) e Escala de Conners Para Professores – Versão Revista (Forma Completa) para avaliar os sintomas PHDA; IV) BRIEF – Versão Para Pais e BRIEF – Versão Para Professores para avaliar as FE. Em seguida serão descritos os resultados obtidos através da aplicação de cada instrumento.

Avaliação do Perfil Psicomotor

A partir da aplicação da BPM, podemos concluir que o A. S. apresenta um Perfil Psicomotor Eupráxio (bom). Demonstrou como áreas fortes a lateralidade, a estruturação espaço-temporal e a praxia global, como áreas a desenvolver a tonicidade, o equilíbrio, a noção do corpo e a praxia fina. Estes resultados podem ser verificados na Tabela 5.

Tabela 5 - Avaliação Inicial - Perfil Psicomotor A.S.

Subfatores	Cotação				
	4	3	2	1	
Tonicidade		X			2,7
Equilíbrio		X			2,6
Lateralização	X				4
Noção do corpo			X		2,4
Estruturação espaço-temporal		X			3
Praxia global		X			3
Praxia fina		X			2,8
Cotação final					20,5

Importa referir que ao nível da tonicidade evidenciaram-se dificuldades na extensibilidade e descontração muscular dos membros inferiores, apresentando tensão e resistência a manipulações realizadas pela terapeuta. No equilíbrio foram manifestadas dificuldades em permanecer em equilíbrio estático com os olhos fechados, na tarefa de apoio retilíneo, na ponta dos pés e num só pé.

Na noção do corpo demonstrou que não domina o conhecimento da direita-esquerda e na prova do sentido cinestésico apresentou dificuldades em identificar o ombro, joelho e cotovelo ao toque da terapeuta. Demonstrou que, por vezes, não sabia onde tinha sido tocado. Na imitação de gestos demonstrou alguma impulsividade resultando em dificuldade no acompanhamento do movimento da terapeuta. O desenho do corpo é pouco investido.

Por último, ao nível da praxia fina demonstrou dificuldades na coordenação dinâmica manual, demorou quatro minutos para compor e decompor uma pulseira com dez cliques, e no tamborilar realizou trocas entre o dedo anelar e anelar médio.

Avaliação do Funcionamento Cognitivo

Considerando que o instrumento não se encontra padronizado para a população portuguesa, a análise aos resultados é realizada, sobretudo, de forma qualitativa. O instrumento será utilizado para avaliar a evolução do A.S., deste modo, será novamente aplicado no final da intervenção. Tendo em conta os objetivos da avaliação, não foram aplicadas as provas de processamento simultâneo e nas provas de processamento sucessivo apenas foi aplicada a *série de palavras*.

Nas tarefas que avaliam a planificação o A.S. apresentou dificuldades. À medida que a complexidade ia aumentando, o ritmo de trabalho era também mais lento e observava-se a ocorrência de mais erros. Apresentou um bom desempenho na prova de emparelhamento de números. Na prova de reprodução de códigos, no item 2, demonstrou ficar confuso, i.e., franzir as sobrancelhas, morder a língua, e tensão corporal, i.e., carregar com mais força no lápis. Na prova de planificação de conexões demonstrou impulsividade, o que o levou a responder incorretamente ao último item.

Nas tarefas que avaliam a atenção voltou a apresentar dificuldades. Na prova de detenção de números, no item 2, demonstrou novamente ficar confuso. Conforme a complexidade aumentava, o ritmo de trabalho lentificava e ocorriam mais erros, desta vez por omissões. Na prova de atenção recetiva apresentou um bom desempenho, apenas foram observados alguns movimentos bocais.

Por último, na prova *série de palavras* apresentou um bom desempenho, demonstrando facilidade em organizar os estímulos ou informação de forma sequencial.

Através do CAS demonstrou poder existir um comprometimento na capacidade de resolver problemas e no controlo da impulsividade, levando a responder incorretamente a atividades propostas; na capacidade de focar a atenção para determinado estímulo,

inibindo os restantes; e na integração de estímulos distintos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado.

Avaliação Ecológica dos Sintomas PHDA

No contexto familiar, os resultados obtidos através do questionário, preenchido pela mãe, apresentam valores clinicamente significativos: moderadamente atípicos na subescala D – Ansiedade/Timidez (65), e; marcadamente atípicos nas subescalas A – Comportamento de oposição (72), B – Problemas Cognitivos / Desatenção (74), C – Hiperatividade (87), E – Perfeccionismo (77), G – Psicossomática (90), H- índice de Conners PHDA (75), I – Impulsividade (82), J – Labilidade Emocional (84), K – Índice Global de Conners Total (85) , L – DSM-IV Desatenção (77), M – DSM-IV Hiperatividade/Impulsividade (78) e N- DSM-IV Global (79). Os resultados obtidos através do questionário preenchido pelo pai, apresentam valores clinicamente significativos: moderadamente atípicos na subescala N- DSM-IV Global (68), e; marcadamente atípicos nas subescalas B – Problemas Cognitivos / Desatenção (73), G – Psicossomática (87) e L – DSM-IV Desatenção (71).

Globalmente, no contexto familiar, são identificadas dificuldades na capacidade de manter a atenção, hiperatividade, impulsividade e psicossomática.

No contexto escolar, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela professora, não apresentam valores significativos.

Na Figura 1, podemos observar os resultados obtidos através da aplicação da Escala Revista de Conners no contexto familiar (com base nas respostas da mãe e do pai) e escolar (com base nas respostas da professora), que permitem obter um perfil de funcionamento geral do A.S. nos diferentes contextos. A linha vermelha no valor 65, com a legenda C.S. (cl clinicamente significativo), indica os valores considerados significativos do ponto de vista clínico, sendo que, entre 65 e 70 são considerados moderadamente atípicos e acima de 70 são considerados marcadamente atípicos. Os itens da subescala G – Psicossomática não constam no questionário para os professores, o que explica a interrupção do traçado.

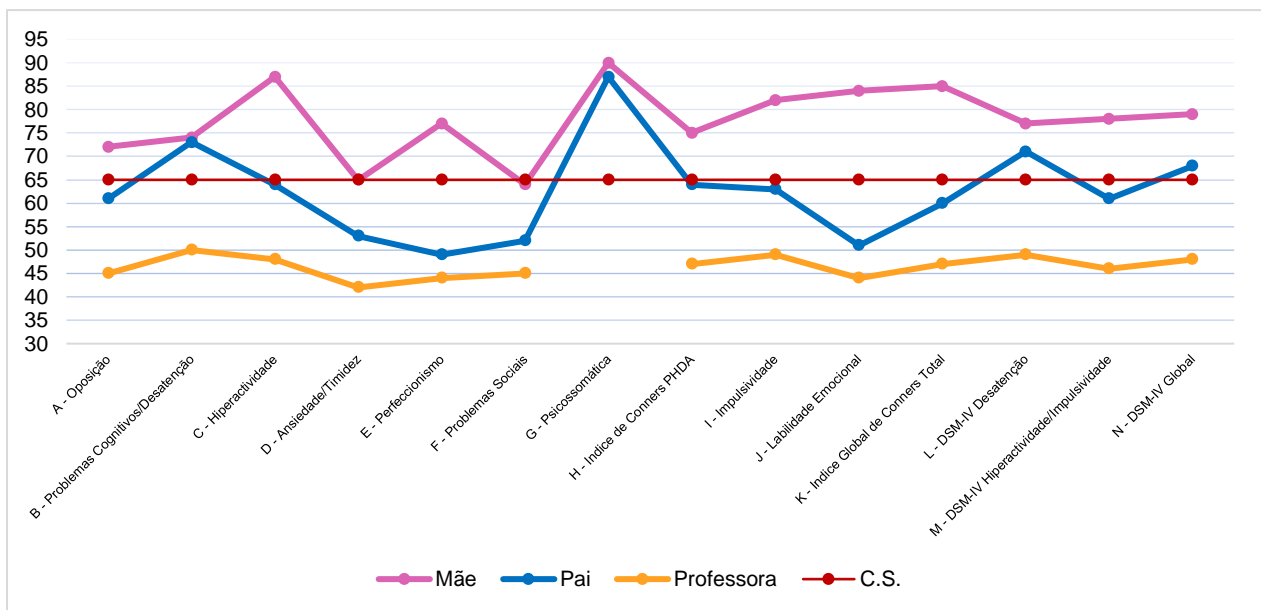


Figura 1 - Avaliação Inicial - Resultados Escala de Conners A.S.

Através das Escalas de Conners, foi possível verificar que as respostas no contexto familiar e escolar não são concordantes, sendo que as respostas da mãe apresentam uma maior disparidade em relação às respostas da professora.

Avaliação Ecológica das Funções Executivas

No contexto familiar, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela mãe, apresentam valor clinicamente significativo: ligeiramente atípico nas subescalas de Iniciativa (63) e Metacognição (64); moderadamente atípico nas subescalas de Controlo Inibitório (68), Shift (68) e Memória de Trabalho (65), e; marcadamente atípico nas subescalas de Controlo Emocional (70), Planeamento (72) e Regulação Comportamental (71). Os resultados obtidos através do questionário preenchido pelo pai, apresentam valor clinicamente significativo: ligeiramente atípico nas subescalas de Controlo Emocional (63), Planeamento (64) e Metacognição (63), e marcadamente atípico na subescala de Memória de trabalho (70).

Globalmente, no contexto familiar, são identificadas dificuldades na capacidade de modular as emoções, na capacidade de reter informação com vista a terminar uma tarefa, bem como na capacidade de gerir o comportamento orientado para o futuro e de antecipar eventos futuros.

No contexto escolar, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela professora, não apresentam valores significativos nas subescalas.

Na Figura 2, podemos observar os resultados obtidos através da aplicação BRIEF. O procedimento para avaliar as respostas foi semelhante ao da escala anterior, ou seja, para além dos dois níveis apontados pela Escala de Conners, i.e., as pontuações dos 65 aos 70 correspondiam a um desenvolvimento moderadamente atípico e as pontuações maiores que 70 correspondiam a um desenvolvimento marcadamente atípico), a BRIEF aponta um outro, dos 60 aos 64, correspondente a um desenvolvimento ligeiramente atípico.

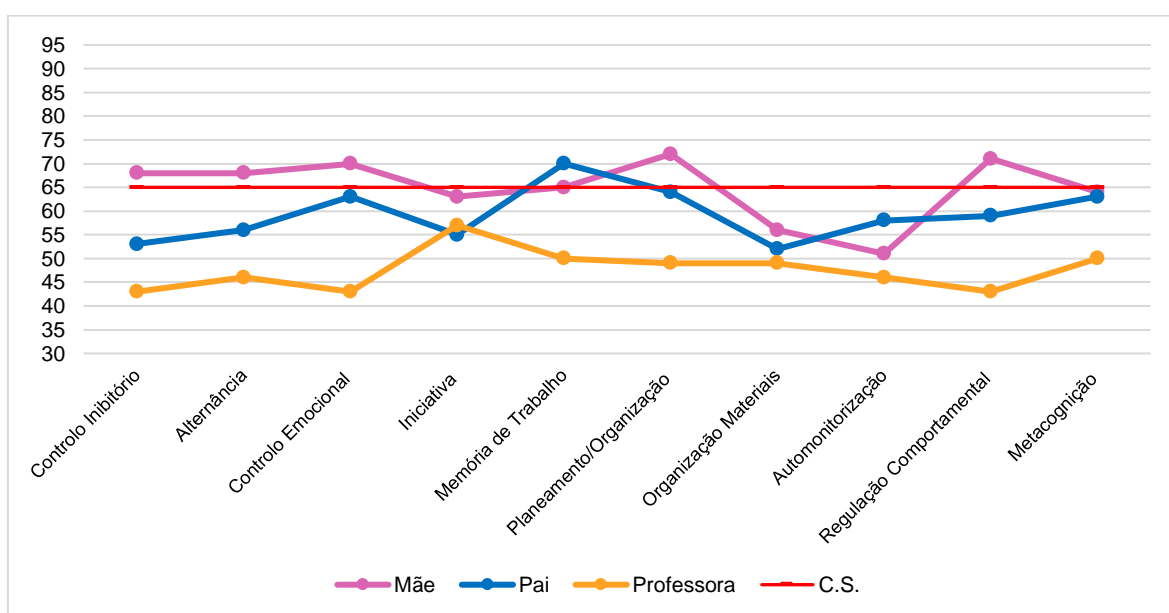


Figura 2 - Avaliação Inicial - Resultados BRIEF A.S.

Da avaliação das FE através da BRIEF, verificou-se novamente uma diferença entre as respostas da mãe e da professora. No entanto, nesta avaliação o pai e a mãe apresentam respostas mais próximas, evidenciando dificuldades ao nível do controlo emocional, memória de trabalho, planeamento e organização.

II.5.1.3 Conclusões da Avaliação Inicial

O A.S. revelou-se uma criança simpática, de fácil contacto e comunicativa. Durante a avaliação e no decorrer das tarefas propostas, apresentou ser cooperante, recetivo e interessado. Não apresentou dificuldades na compreensão verbal do que lhe foi pedido,

nem comportamentos de oposição. Empenhou-se em dar o seu melhor em todas as tarefas e apresentou um bom ritmo de trabalho.

Em conversa com os pais, foi possível compreender que o A.S. apresentava comportamentos de oposição e desafio, principalmente para com o pai e que a mãe assumia o papel principal de suporte e de reguladora destas situações de conflito.

Da observação em sala de aula foi possível concluir que a turma é, de um modo geral, calma e silenciosa. O A.S. encontrava-se sentado perto da professora. A mesma transmitiu à estagiária que, dado o conhecimento que tem sobre o percurso difícil do A.S. no 1.º ano e que não tendo conseguido adquirir alguns dos objetivos, tem tido o cuidado de realizar um trabalho diferencial com os conteúdos do 1.º ano. Referiu ainda que é no âmbito da Língua Portuguesa onde apresenta mais dificuldades. Contudo, o aluno trabalha muito bem e quando tem dúvidas pergunta tanto à professora como aos colegas. A relação entre os dois pareceu muito positiva. Na escola, não apresentava dificuldades no relacionamento social, era autónomo e não apresentava problemas de comportamento. Importa ainda referir que, durante o tempo de observação o A.S. esteve a realizar trabalho no seu lugar, não interrompeu a aula e não se levantou do lugar, sem ser para ir tirar dúvidas, ou quando a professora o chamou. Os testes já se encontram adaptados segundo o novo Decreto-Lei n.º 54/2018.

No contexto escolar, considerando que a professora tem formação em Educação Especial, o A.S. tem beneficiado de um ensino adaptado às suas necessidades e capacidades. Como anteriormente referido, a professora adapta todas as fichas e trabalhos, dando o seu parecer de forma frequente, com uma atitude positiva, sobre o seu desempenho. Esta estratégia, em conjugação com a terapêutica farmacológica, revela ser eficaz na redução da frustração nas atividades académicas e na redução de comportamentos desadequados. Conclui-se, portanto, que esta abordagem, tendo em conta os seus resultados positivos, deve ser mantida.

Da avaliação do Perfil Psicomotor, observa-se uma regulação tónica alterada visível em estados de tensão muscular e apresenta dificuldade nas tarefas onde se pretende que iniba movimentos voluntários. O que esta apresentação de sintomas sugere é que possa existir uma imaturidade de funcionamento da substância reticulada e dos sistemas vestibulares e proprioceptivos, tal como nos indica Fonseca (2010). De acordo com Fonseca (2010), esta imaturidade nas funções psicomotoras está na base das dificuldades de aprendizagem que tem demonstrado. A.S. apresentou também dificuldades ao nível da organização espacial e temporal e ao nível da praxia fina.

No contexto familiar, considerando as dificuldades de relação entre o A.S. e o pai (comportamentos de oposição e desafio / não corresponde às exigências) e o papel constante que a mãe assume como reguladora, ao adicionar-se uma menor atuação da farmacologia ao final do dia, estas dificuldades ao nível do controlo dos impulsos, das emoções e dos processos de atenção e planeamento evidenciam-se, dando origem a uma gravidade maior e intensidade dos comportamentos e sintomas avaliados por este contexto. Sugere-se, portanto, a estruturação dos tempos e das rotinas para as tarefas do quotidiano, a apresentação de regras claras e aplicadas de forma consistente, rotinas previsíveis e uma zona de estudo tranquila e organizada.

II.5.1.4 Plano de Intervenção

Com base nos resultados da avaliação inicial do A.S., foi estruturado o Plano de Intervenção Psicomotora, disponível para consulta em Anexo J. Na Tabela 6 podemos verificar os objetivos gerais, específicos e operacionais definidos para a intervenção.

Tabela 6 - Plano de Intervenção Psicomotora A.S.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos operacionais
Melhorar o equilíbrio estático	Corrigir de forma consciente a posição do corpo de forma a manter ou recuperar a verticalidade	<p>Ser capaz de permanecer em equilíbrio estático com os olhos fechados em apoio retilíneo durante 10 segundos;</p> <p>Ser capaz de permanecer em equilíbrio estático com os olhos fechados em apoio na ponta dos pés durante 10 segundos;</p> <p>Ser capaz de permanecer em equilíbrio estático com os olhos fechados em apoio num só pé durante 10 segundos.</p>
Desenvolver a noção do corpo	Melhorar o conhecimento esquerda-direita em si e no outro	Ser capaz de identificar corretamente, ao toque da terapeuta, a direita-esquerda em si, no outro (contralateral e reversível).
	Aumentar a nomeação de partes do corpo em si e no outro	Ser capaz de identificar 20 partes do corpo incluindo o ombro, o joelho e o cotovelo.
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	Melhorar a identificação do dia da semana, mês e estação do ano	Ser capaz de responder corretamente quando questionado sobre o dia da semana, o mês e a estação em que se encontra no momento.
	Melhorar a descrição oral da sequência de acontecimentos decorridos	Ser capaz de ordenar os acontecimentos cronologicamente
	Descrever oralmente os passos da tarefa ordenando no espaço e no tempo que aconteceu	<p>Após realizar uma tarefa, ser capaz de expressar oralmente o processo da mesma e o seu resultado.</p> <p>Ser capaz de descrever os passos de uma tarefa, ordenando-as no espaço e no tempo.</p>
Melhorar a atenção	Aumentar o tempo de concentração numa tarefa	Ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma.
Desenvolver pensamento divergente	Ser capaz de encontrar planos alternativos de resolver problemas	<p>Ser capaz de explorar diversas alternativas;</p> <p>Escolher de entre as alternativas possíveis aquela que for considerada a melhor solução;</p> <p>Colocar em prática a alternativa escolhida;</p> <p>Avaliar as consequências da escolha.</p>

II.5.1.5 Processo de Intervenção

Relativamente ao planeamento geral do processo de intervenção, foi previsto a realização de 18 sessões entre o dia 12 de fevereiro e o dia 11 de junho de 2019, de frequência semanal com a duração de 60 minutos. A intervenção decorreu no ginásio do Centro Escolar que o aluno frequentava, por ter condições adequadas ao tipo de intervenção. Nos momentos de interrupção letiva, nomeadamente férias de Carnaval e de Páscoa, foi dada a possibilidade de manter o acompanhamento nas instalações do HVFX. As sessões de avaliação final foram programadas para julho após o final do ano letivo, deste modo, as mesmas não são incluídas no número total de sessões previstas. Podemos resumir e clarificar esta informação na Tabela 7.

Tabela 7 - Planeamento Geral da Intervenção Psicomotora A.S.

Intervenção	Frequência	Duração	Local	Período de intervenção	Número total de sessões previstas
Psicomotora	Semanal	60 minutos	Ginásio	12 de fevereiro a 11 de junho de 2019	18

Das 18 sessões previstas, foram realizadas 16, sendo que as sessões não realizadas ocorreram por a família ter estado ausente para férias de Carnaval (5 de março) e por motivo de doença do A.S. (7 de maio).

No que concerne ao desenvolvimento da intervenção, as primeiras duas sessões tiveram como objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e securizante através de atividades com esse propósito. Desde o início da intervenção, o A.S. revelou-se uma criança afetiva, recetiva e cooperante. Após este momento inicial, as sessões foram pensadas e planeadas de acordo com os objetivos definidos no Plano de Intervenção, considerando os interesses e motivação do A.S..

As sessões apresentaram uma abordagem de vertente instrumental e relacional, onde a estagiária adquiriu uma postura semidiretiva através de atividades estruturadas e outras livres, de modo a permitir que a criança se expressasse e assumisse também uma postura diretiva e ativa na escolha de atividades.

A sessão iniciava-se com um diálogo breve sobre como se sentia e se existia alguma situação do seu dia a dia que gostasse de partilhar. Este momento inicial também promovia a identificação do dia da semana, mês e estação do ano, e a descrição oral da sequência de acontecimentos decorridos especialmente no fim de semana em família.

Após o momento inicial da sessão, eram acordadas as atividades a realizar na sessão, tornando-a um pouco mais previsível e estruturada. As atividades realizadas passaram por atividades de equilíbrio estático e dinâmico, circuitos motores, atividade de noção do corpo (e.g. desenho do corpo, sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, conhecimento do esquema corporal), atividades de estruturação espaço-temporal (e.g. organização temporal, organização espacial, memória, estruturação rítmica, localização e identificação, capacidade de ordenar sequencialmente) e, por último, atividades de resolução de problemas. Antes do momento de retorno à calma, era realizada a descrição oral das tarefas realizadas na sessão, de acordo com o espaço e com o tempo em que aconteceram, e ainda com a identificação das atividades que mais gostou e que menos gostou. No retorno à calma, momento final da sessão, eram realizadas atividades de controlo respiratório, relaxamento (contração/descontração) e consciencialização corporal.

Durante a realização das atividades, recorreu-se a estratégias como o reforço positivo, o *feedback*, as pistas verbais, a demonstração e manipulação, que facilitaram o maior envolvimento nas tarefas, tendo em vista a promoção da participação do A.S., assim como a sua capacidade de atenção e permanência na tarefa. Um exemplo de Plano de Sessão do A.S. pode ser consultado em [Anexo K](#).

Ao longo da intervenção os pais do A.S. participaram no projeto Conversas com Pais, como também foram orientados pela estagiária na estruturação e aplicação de organizadores, i.e. lista de tarefas a realizar pela criança em casa, em conjunto com contratos de objetivos. Em [Anexo L](#) podemos consultar os documentos referentes.

Foram visíveis evoluções na capacidade do A.S. corrigir de forma consciente a posição do corpo de forma a manter e recuperar a verticalidade, na identificação da esquerda-direita no outro, no aumento da nomeação de partes do corpo em si e no outro, na identificação da data e na descrição dos acontecimentos decorridos na escola e no fim de semana com a família. Sobre este último aspeto, os pais do A.S. também identificaram que o mesmo passou a falar mais sobre acontecimentos da escola em casa.

II.5.1.6 Avaliação Final

A avaliação final ocorreu durante o mês de julho de 2019, em dois momentos distintos, nomeadamente: 1.º momento – avaliação direta do A.S. em duas sessões distintas no HVFX; 2.º momento – encontro com o pai e mãe para a aplicação de um questionário de satisfação elaborado pela estagiária e entrega dos questionários preenchidos.

De modo a analisar a nível quantitativo e qualitativo a evolução do A.S. face ao período de intervenção, foram aplicados os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial acrescentando um questionário de satisfação parental elaborado pela estagiária disponível para consulta em [Anexo M](#).

Avaliação do Perfil Psicomotor

Comparando os resultados desta avaliação com os resultados da AI, o A.S. apresentou melhorias ao nível da tonicidade, nomeadamente ao nível da descontração muscular dos membros inferiores, como também ao nível do equilíbrio estático, conseguindo alcançar um melhor desempenho nas tarefas de apoio retilíneo e ponta dos pés. Ao nível da noção do corpo apenas não domina o conhecimento da direita-esquerda no outro e na prova do sentido cinestésico apenas não conseguiu identificar o nome dos dedos das mãos. Por último, ao nível da praxia fina manteve as dificuldades ao nível da coordenação dinâmica manual.

Avaliação do Funcionamento Cognitivo

Da nova aplicação das provas, foi possível verificar que, nas tarefas que avaliam a planificação melhorou de modo significativo o seu desempenho, demonstrou um ritmo de trabalho superior e com menos erros, porém na prova de reprodução de códigos verificou-se novamente tensão corporal. Nas tarefas que avaliam a atenção, revelou menos erros por omissões. Ainda, na prova série de palavras, os resultados mantiveram-se através de um bom desempenho.

Os valores brutos, de acordo com as tabelas aferidas para a população Norte Americana, nos subtestes da planificação e atenção, são apresentados na [Tabela 8](#), de modo a identificar as evoluções e a área do processamento cognitivo de maior/menor desempenho.

Tabela 8 - Comparação de resultados no CAS - A.S

Processos	Subtestes	Scores obtidos na Avaliação Inicial	Scores obtidos na Avaliação Final
Planificação	Emparelhamento de números	14	17
	Planificação de códigos	12	12
	Planificação de conexões	13	15
Atenção	Atenção expressiva	11	11
	Deteção de números	10	12
	Atenção recetiva	11	11

Através desta avaliação é possível identificar que o A.S. apresenta habilidades superiores ao nível da planificação, em comparação com a atenção, como também, os resultados da intervenção verificam-se principalmente ao nível da planificação.

Avaliação Ecológica dos Sintomas PHDA

Comparativamente aos resultados da avaliação inicial, os valores das respostas da mãe às questões da escala: mantiveram valores marcadamente significativos nas subescalas: A – Oposição, C – Hiperatividade, G – Psicossomática, H – Índice de Conners PHDA, I – Impulsividade, J – Labilidade Emocional, K – Índice Global de Conners Total e L – DSM-IV Desatenção; reduziram de marcadamente atípico para valor não significativo na subescala B – Problemas Cognitivos/Desatenção (74-63); reduziu de ligeiramente atípico para valor não significativo na subescala D – Ansiedade/Timidez (65-50), e por último; reduziu de marcadamente atípico para moderadamente atípico nas subescalas E- Perfeccionismo (77-69), M-DSM-IV Hiperatividade/Impulsividade (78-65) e N – DSM-IV Global (79-69).

Relativamente às respostas do pai, os valores passaram de marcadamente para moderadamente atípico nas respostas às subescalas B – Problemas Cognitivos/Desatenção (73-68), G – Psicossomática (87-67) e L – DSM-IV Desatenção (71-69). Ainda, aumentaram de não significativos para marcadamente atípico os valores na subescala H – Índice de Conners PHDA (64-71); e para moderadamente atípicos nas subescalas I – Impulsividade (63-68) e K – Índice Global de Conners Total (60-67).

No contexto escolar, igualmente aos resultados da avaliação inicial, as respostas dadas pela professora não apresentam valores significativos nas subescalas.

A figura que permitem realizar a comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, dos sintomas da PHDA do A.S., está disponível para consulta em Anexo N.

Avaliação Ecológica das Funções Executivas

Comparativamente aos resultados da aplicação do instrumento na AI, as respostas dadas pela mãe melhoraram a sua pontuação ao nível das subescalas de Controlo inibitório (68-54), Alternância (68-60), Planificação (72-57), Regulação Comportamental (71-63) e Metacognição (65-59). As respostas dadas pelo pai, aumentaram os seus valores nas subescalas de Iniciativa (55-61) e Memória de trabalho (70-73). Ainda, as respostas melhoraram os seus valores nas subescalas de Controlo Emocional (63-59) e Planeamento (64-59).

No contexto escolar, igualmente aos resultados da AI, as respostas dadas pela professora não apresentam valores significativos nas subescalas.

A figura que permitem realizar a comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, das FE do A.S., está disponível para consulta em Anexo O.

Avaliação da satisfação parental com a intervenção

De modo a avaliar a satisfação dos pais do A.S. com a intervenção desenvolvida, a estagiária elaborou um questionário com diversas questões ao nível da estrutura, objetivos, comunicação, competências técnicas demonstradas pela estagiária, participação no projeto Conversas com Pais, resultados e recomendação. Em seguida, de forma descritiva, serão apresentados os resultados do mesmo.

Ao nível da estrutura, os pais do A.S. consideraram que a frequência semanal das sessões e o número total de sessões realizadas foi suficiente por considerarem que o A.S. beneficiaria mais se a frequência fosse superior, por exemplo duas vezes por semana.

Ao nível dos objetivos, os pais sentiram-se muito satisfeitos com a compreensão por parte da estagiária em relação aos seus objetivos com a terapia, com o nível de envolvimento nas decisões tomadas ao longo da terapia, como também, com a compreensão demonstrada pela estagiária às suas preocupações com o seu filho. Ao nível do desenvolvimento da intervenção, os pais do A.S. indicaram que sempre existiu acordo entre a estagiária e os mesmos relativamente aos objetivos a atingir e aos aspetos a trabalhar, concordância com as estratégias de intervenção propostas pela estagiária e compreensão e aceitação sobre as mudanças sugeridas. Ainda, referiram que sempre sentiram confiança na estagiária e que ao longo do tempo ocorreu uma mudança na forma como falavam e lidavam com o seu filho.

Ao nível da comunicação, referiram que sempre compreenderam a linguagem utilizada pela estagiária e as suas explicações, como também, ficaram muito satisfeitos pela forma como a mesma demonstrou compreender as suas preocupações com o seu filho. Ao nível da relação, indicaram estar muito satisfeitos com o envolvimento e com a relação estabelecida entre a estagiária, a família e a criança. Sempre sentiram confiança e apoio durante toda a intervenção.

Ao nível das competências técnicas da estagiária, os pais indicaram que a mesma lhes pareceu muito bem preparada e que sempre foi capaz de dar resposta perante novos desafios que surgiram durante a intervenção. Indicaram que o que aprenderam com a estagiária ser-lhes-á útil para o futuro e que das estratégias partilhadas destacam os

quadros de tarefas, o temporizador e as instruções simples. Por último, consideraram que a estagiária teve um papel muito importante na vida do seu filho durante os meses de intervenção.

Ao nível do projeto *Conversas com Pais*, referiram estar muito satisfeitos relativamente aos conteúdos partilhados nas apresentações e que os mesmos tiveram um impacto positivo no modo como compreendem a PHDA e os comportamentos e atitudes do seu filho. Sentem-se mais capacitados para lidar com os mesmos através das estratégias partilhadas, como também, sentem-se mais apoiados e próximos da comunidade médica. Como aspeto positivo referiram o facto de “*saber que não estamos sozinhos*”.

Ao nível dos resultados, identificaram melhorias no desenvolvimento do seu filho, como resultado da intervenção, tais como: a) maior autonomia; b) melhoria no aproveitamento escolar; c) melhoria no comportamento; d) melhoria no recontar acontecimentos, especificamente passou a falar sobre acontecimentos na escola em casa. Deste modo, referiram sentir-se satisfeitos com o progresso do seu filho. Ainda, em relação a outros aspetos pessoais e familiares, não diretamente relacionados com a criança, sentiram que a intervenção ajudou muito e que alterou a forma como vêm as dificuldades do seu filho. Consideram que estão mais atentos aos assuntos relacionados com o desenvolvimento do seu filho, que existe um esforço familiar acrescido para que as coisas corram da melhor forma, contudo, consideram a ajuda de um profissional fundamental para continuar a ajudar a lidar com os desafios.

Por último, ao nível da recomendação, a família indicou que recomendaria a IPM e a estagiária a amigos e familiares, como também, que recorreria novamente ao serviço caso necessário.

II.5.1.7 Conclusões da Avaliação Final

Ao longo de toda a intervenção, o A.S. apresentou-se cooperante e recetivo às atividades propostas pela estagiária. Não existiram dificuldades ao nível de comportamento, ou necessidade de reavaliar os moldes e objetivos da intervenção.

No que concerne ao Plano de Intervenção, todos os objetivos específicos foram trabalhados. Dos 11 objetivos específicos definidos foram adquiridos 6 e 5 encontram-se parcialmente adquiridos.

Através da avaliação do Perfil Psicomotor foram identificadas melhorias ao nível da tonicidade, equilíbrio estático e noção corporal. O A.S. melhorou a sua capacidade de

corrigir de forma consciente a posição do corpo de forma a manter ou recuperar a verticalidade, e assim atingir tempos superiores nas tarefas que avaliam este domínio. Melhorou a identificação das partes do corpo, apesar de manter dificuldades no reconhecimento de direita-esquerda.

Ao nível da estruturação espaço-temporal, o A.S. melhorou a identificação do dia da semana, mês e estação do ano, como também, melhorou a descrição oral da sequência de acontecimentos decorridos com a estagiária e no contexto familiar.

Da avaliação ecológica, tanto de sintomas como ao nível das FE, é possível identificar uma melhoria significativa ao nível da planificação, também confirmada pela avaliação do funcionamento cognitivo. Ou seja, na capacidade de gerir o comportamento orientado para o futuro e de antecipar eventos futuros.

Em todo o processo, os pais do A.S. estiveram cooperantes, presentes e comunicativos, acompanhado todo o processo, participante no projeto *Conversas com Pais* e realizando a aplicação de sistemas de rotinas e reforço em casa. Nesta foi verificada uma alteração na forma de olhar e compreender o seu filho. Foram identificadas melhorias ao nível dos sintomas e FE, porém algumas dificuldades entre a relação pai e filho parecem permanecer, o que conduziu a um aumento de respostas deste ao nível da impulsividade, iniciativa e memória de trabalho.

A professora do A.S. teve um papel fundamental na sua adaptação, desenvolvimento e aprendizagem. A sua abordagem e motivação para trabalhar e colaborar com o A.S., permitiu trilhar, durante o ano letivo, um caminho de sucesso.

Globalmente, regista-se uma evolução positiva no A.S. no que se refere às competências psicomotoras, competências de planificação, redução de sintomas da PHDA e desempenho académico. Considerando os resultados da AF, conclui-se que é necessário dar continuidade aos objetivos deste plano que se encontram todos em aquisição, perspetivando estratégias e metodologias alternativas às já utilizadas.

Posto isto, recomenda-se a continuidade da intervenção continuidade da intervenção em Psicomotricidade com frequência semanal, onde são trabalhados os objetivos definidos no Plano de Intervenção; intervenção indireta com a família de modo a fornecer estratégias, conselhos e orientações sobre atitudes e comportamentos a ter com o A.S.; trabalho indireto com a escola, de modo a uniformizar estratégias de intervenção e métodos de ensino dos vários apoios existentes, para que os conhecimentos sejam

transmitidos/ensinados ao A.S. da mesma forma, como ainda, esclarecer dúvidas e partilhar conhecimentos técnicos.

II.5.1.8 Reflexão Final

O processo de IPM com o A.S. foi uma experiência muito enriquecedora que testou as minhas competências profissionais e pessoais para elaborar e executar um processo de intervenção.

Por ser um estágio autoproposto senti uma grande responsabilidade e um voto de confiança do HVFX. A proximidade do trabalho com a sua pediatra do desenvolvimento foi enriquecedora para a partilha e reflexão do trabalho a ser desenvolvido e a sua eficácia, também permitiu esclarecer dúvidas.

Devido à falta de apoio direto através de um orientador local da mesma área profissional, senti alguma dificuldade em aplicar e interpretar a informação de alguns instrumentos de avaliação e na interligação dos resultados dos diversos instrumentos. Ainda, quando existem muitas necessidades de apoio, é difícil estabelecer os objetivos e escolher o que é mais importante.

A possibilidade de inserir os pais do A.S. no projeto *Conversas com Pais* foi de extrema importância e assim permitiu realizar uma intervenção com a criança e também com a família. Foi dado um auxílio muito próximo à família para a implementação de estratégias em casa e o resultado das mesmas verificou-se no comportamento do A.S., mas também no comportamento dos pais.

Considerando que a família iria continuar a necessitar de apoio, pois os seus problemas não ficaram todos resolvidos e os desafios iriam continuar a aparecer, senti grande dificuldade emocional em terminar o acompanhamento.

II.5.2 Estudo de Caso B.C.

As informações que se seguem foram recolhidas junto da pediatra do desenvolvimento responsável pelo caso doravante designado por B.C. e pelas informações partilhadas pela mãe no decorrer do processo da AI.

II.5.2.1 Caracterização

A B.C. é uma menina que nasceu no dia 8 de abril de 2012, com 28 semanas e dois dias, 865g e 30cm, tendo no momento da avaliação inicial em psicomotricidade seis anos e oito meses. A gravidez foi vigiada, porém ocorreram perdas de sangue desde o início e um deslocamento da placenta que conduziram a uma cesariana de urgência. O acompanhamento da Intervenção Precoce (IP) iniciou logo após a alta do parto, numa frequência bissemanal.

A sua família nuclear é constituída pela mãe, pai e irmã. A sua mãe tem 40 anos, é saudável e licenciada em Educação. O seu pai tem 40 anos, é saudável, concluiu o 12.º ano de escolaridade e trabalha como bombeiro-sapador. Tem ainda uma irmã de nove anos, saudável com manifestações de desatenção. São todos coabitantes.

Em análise aos marcos do desenvolvimento: andou sem apoio aos 18 meses; disse a primeira palavra entre os 20 e os 22 meses; formulou frases simples aos dois anos e poucos meses, e come sozinha desde os dois anos. Ficou com a mãe em casa até aos 18 meses, frequentou o infantário e ingressou o pré-escolar aos três anos.

Aos três anos e sete meses, na CD, os pais começaram a demonstrar alguma preocupação, sendo que a B.C. nem sempre estava disponível para aprender e trabalhar, como também, apresentava comportamentos de oposição. Aos quatro anos e dois meses, na CD, os pais partilharam algumas queixas de comportamento relativamente a agitação motora, falta de atenção e oposição. Da avaliação da educadora, foi considerado que as aquisições estavam adequadas, exceto a nível social e pessoal, como também foram apresentadas queixas ao nível da atenção/concentração e dificuldade em cumprir regras. Nesta altura foi iniciada terapêutica farmacológica com Risperidona® (0,25ml, duas vezes ao dia), para além disso os pais da B.C. procuraram apoio psicológico para a sua filha.

Apesar das melhorias ao nível da concentração e comportamento na escola, em casa continuaram a existir momentos de maior agitação, especialmente ao final do dia. Aos cinco anos, voltam a ser descritas complicações no comportamento com a presença de birras e queixas da escola.

Por decisão dos pais, aos seis anos a B.C. ingressou o 1.º Ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico. Antes do ano letivo começar, iniciou terapêutica farmacológica com Rubifen® devido à continuidade de queixas relativamente ao comportamento e atenção. Nesta altura foram interrompidos os apoios ao nível da IP e Psicologia. Ingressou atividades lúdicas como futsal e zumba na escola.

Da avaliação psicológica realizada no hospital, em janeiro de 2019, apresenta um QI geral de percentil 45 (médio) e 26% de dispersão, o que revela um défice na mesma. Demonstrou ainda dificuldades nas funções psicomotoras, impulsividade no funcionamento psicossocial e emocional, relacionadas com dificuldades na regulação e na expressão emocional que se exterioriza na forma de comportamentos desajustados, na baixa resistência à frustração e contrariedade. Foi ainda referido que a socialização com os adultos é fácil, contudo junto dos pares revela dificuldades em aceitar as brincadeiras dos outros, tendo interesse particular em liderar. Como plano terapêutico foi indicado a continuação dos apoios, manter a medicação, adoção de estratégias na sala de aula, prática desportiva regular que envolva regras e limites. Como hipótese de diagnóstico foi colocada uma PHDA de expressão mista em comorbilidades com Perturbação de Oposição e Desafio.

Apesar de ter sido encaminhada para apoio em Psicologia no Agrupamento de escolas, a B.C. não beneficiava de qualquer apoio, bem como a família. Importa ainda referir que é seguida em Oftalmologia no Hospital Pediátrico de Coimbra por apresentar estrabismo e défice visual.

II.5.2.2 Avaliação Inicial

A avaliação inicial ocorreu durante o mês de janeiro de 2019 em três momentos distintos, nomeadamente: 1.º momento – encontro com a mãe e pai no HVFX; 2.º momento – avaliação direta da B.C., em duas sessões distintas no HVFX; 3.º momento – uma observação em sala de aula, que decorreu no dia 21 de janeiro entre as 14h e as 16h.

Tendo em conta os objetivos da avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos: I) BPM para avaliar o perfil psicomotor; II) CAS para avaliar o processamento cognitivo; III) Escala de Conners para Pais – Versão Revista (Forma Completa) e Escala de Conners Para Professores – Versão Revista (Forma Completa) para avaliar os sintomas PHDA; IV) BRIEF – Versão Para Pais e BRIEF – Versão Para Professores para avaliar as FE.

Em seguida, serão descritos os resultados obtidos através da aplicação de cada instrumento.

Avaliação do Perfil Psicomotor

A partir da aplicação da BPM, podemos concluir que a B.C. apresenta um Perfil Psicomotor Euprático (bom). Demonstrou como áreas fortes a tonicidade e a lateralidade, como áreas a desenvolver o equilíbrio, a noção corporal, a estruturação espaço-temporal, a praxia global e a praxia fina.

Na Tabela 9, são apresentados os resultados obtidos nas subescalas referentes à tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, que permitem identificar o Perfil Psicomotor da B.C.

Tabela 9 - Avaliação Inicial - Perfil Psicomotor da B.C.

Subfatores	Cotação				
	4	3	2	1	
Tonicidade		X			2,55
Equilíbrio			X		2,4
Lateralização	X				4
Noção do corpo			X		2
Estruturação espaço-temporal			X		2
Praxia global			X		2,2
Praxia fina			X		2,25
Cotação final				17	

Importa referir que, ao nível da tonicidade, evidenciaram-se dificuldades na extensibilidade e descontração muscular dos membros superiores e inferiores, apresentando tensão e resistência a manipulações realizadas pela terapeuta. No equilíbrio estático foram manifestadas dificuldades em permanecer com os olhos fechados em apoio na ponta dos pés e num só pé. No equilíbrio dinâmico apresentou dificuldades no deslocamento em saltos ao pé-coxinho esquerdo, pés juntos para trás e pés juntos com os olhos fechados.

Na noção do corpo demonstrou que não domina o conhecimento da direita-esquerda e não conseguiu identificar o joelho e o cotovelo. Na prova do sentido cinestésico apresentou dificuldades em identificar o ombro, joelho e cotovelo ao toque da terapeuta. Na prova de imitação de gestos demonstrou impulsividade resultando em dificuldade no acompanhamento do movimento da terapeuta. O desenho do corpo é pouco investido. Na estruturação espaço-temporal demonstrou dificuldades em realizar cálculos simples, nos

conceitos espaciais, na contagem do número de passos durante a realização da tarefa e no ajuste do comprimento das passadas. No mesmo subfactor, na prova de estruturação rítmica apresentou dificuldades na memorização da sequência.

Na praxia global, possivelmente devido à impulsividade e agitação motora, demonstrou dificuldades na coordenação oculomanual, oculopedal e coordenação. Por último, ao nível da praxia fina demonstrou dificuldades superiores na coordenação dinâmica manual, no tamborilar e na velocidade e precisão na realização de pontos numa folha quadriculada.

Avaliação Ecológica dos Sintomas PHDA

No contexto familiar, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela mãe, apresentam valores clinicamente significativos: moderadamente atípicos (65-70) nas subescalas D – Ansiedade/Timidez (66) e J – Labilidade Emocional (68), e; marcadamente atípicos (>70) nas subescalas A – Comportamento de oposição (71), B – Problemas Cognitivos / Desatenção (76), C – Hiperatividade (88), D – Ansiedade/Timidez, H- índice de Conners PHDA (81), I – Impulsividade (85), K – Índice Global de Conners Total (83), L – DSM-IV Desatenção (76), M – DSM-IV Hiperatividade/Impulsividade (89) e N- DSM-IV Global (84).

Os resultados obtidos através do questionário preenchido pelo pai, apresentam valor clinicamente significativo: moderadamente atípicos (65-70) nas subescalas D – Ansiedade/Timidez (66), J – Labilidade Emocional (69), e; marcadamente atípicos (>70) nas subescalas A – Comportamento de oposição (75), B – Problemas Cognitivos / Desatenção (76), C – Hiperatividade (81), E – Perfeccionismo (72), F – Problemas sociais (80), H- índice de Conners PHDA (76), I – Impulsividade (75), K – Índice Global de Conners Total (75), L – DSM-IV Desatenção (74), M – DSM-IV Hiperatividade/Impulsividade (79) e N- DSM-IV Global (78).

Globalmente, no contexto familiar, são identificadas dificuldades comportamentais de oposição e ansiedade, a par de dificuldades na capacidade de manter a atenção, inquietude motora e impulsividade. Apenas divergem significativamente nos problemas sociais, onde o pai indica um valor marcadamente atípico.

No contexto escolar, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela professora, apresentam valor clinicamente significativo: moderadamente atípico (65-70) nas subescalas D – Ansiedade/Timidez (67), E – Perfeccionismo (67) e F – Problemas sociais (65); marcadamente atípicos (>70) nas subescalas A – Comportamento de

oposição (90), C – Hiperatividade (82), H- índice de Conners PHDA (77), I – Impulsividade (84), J – Labilidade Emocional (90), K – Índice Global de Conners Total (90), L – DSM-IV Desatenção (70), M – DSM-IV Hiperatividade/Impulsividade (77) e N- DSM-IV Global (75)

Na Figura 3, podemos observar os resultados obtidos através da aplicação da Escala Revista de Conners no contexto familiar (com base nas respostas da mãe e do pai) e escolar (com base nas respostas da professora). A linha vermelha no valor 65, com a legenda C.S. (cl clinicamente significativo), indica os valores considerados significativos do ponto de vista clínico. Os itens da subescala G – Psicossomática não constam no questionário para os professores, o que explica a interrupção do traçado.

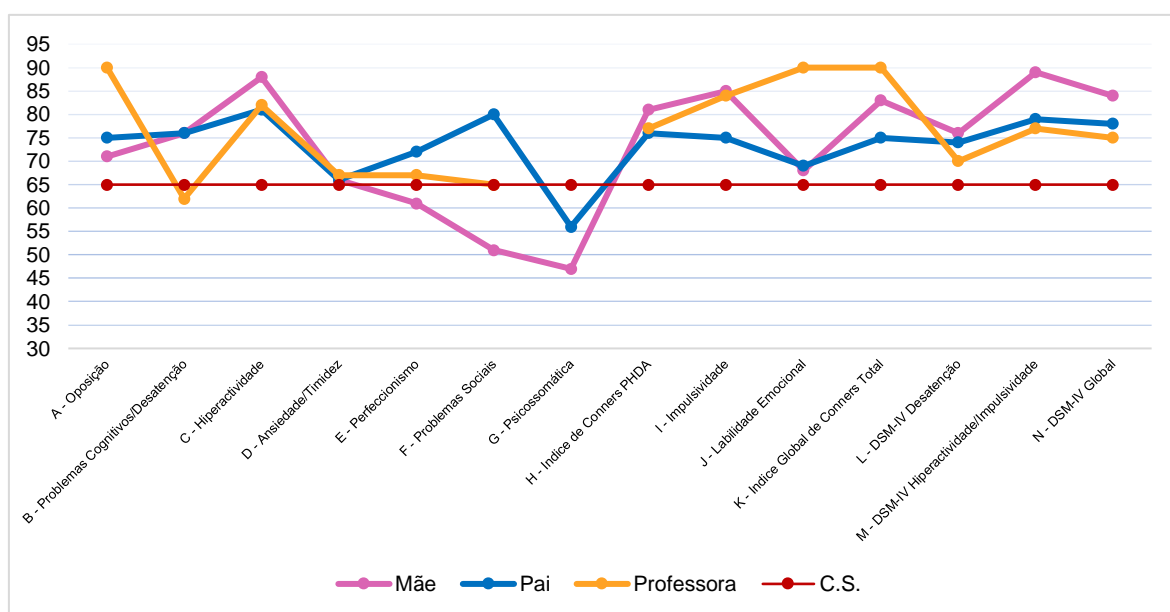


Figura 3 - Avaliação Inicial - Resultados Escala de Conners B.C.

De uma forma geral, os resultados significativos obtidos por ambos os contextos, referem dificuldades relacionadas com comportamentos de oposição, ansiedade, problemas sociais, impulsividade, desatenção e labilidade emocional.

Avaliação das Funções Executivas

No contexto familiar, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela mãe, apresentam valor clinicamente significativo: ligeiramente atípico nas subescalas de Shift (60), Planeamento (64), Organização dos materiais (63) e Monitorização (62); moderadamente atípico nas subescalas de Iniciativa (67), Memória de Trabalho (65) e Metacognição (67), e; marcadamente atípico nas subescalas de Controlo Inibitório (70), Controlo Emocional (70), e Regulação Comportamental (70). Os resultados obtidos através

do questionário preenchido pelo pai, apresentam valor clinicamente significativo: ligeiramente atípico nas subescalas de Shift (64), Iniciativa (63) e Planeamento (61); moderadamente atípico nas subescalas de Memória de Trabalho (68), Organização dos Materiais (66) e Metacognição (66), e; marcadamente atípico na subescala de Controlo Inibitório (73), Controlo Emocional (73), Regulação Comportamental (74).

Globalmente, no contexto familiar, são identificadas dificuldades no controlo inibitório e na capacidade de parar um comportamento em curso, na capacidade de modular as emoções por explosões e labilidade emocional, na capacidade de reter informação com vista a terminar uma tarefa, e ainda, na capacidade de modular a expressão emocional e comportamental pela via da inibição.

No contexto escolar, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela professora, indicam que todas subescalas apresentam pontuações significativas com valores superiores no Controlo Emocional (87) e Regulação Comportamental (87).

Na Figura 4, podemos observar os resultados obtidos através da aplicação da BRIEF. O procedimento para avaliar as respostas foi semelhante ao da escala anterior, ou seja, para além dos dois níveis apontados pela Escala de Conners, i.e., as pontuações dos 65 aos 70 correspondiam a um desenvolvimento moderadamente atípico e as pontuações maiores que 70 correspondiam a um desenvolvimento marcadamente atípico), a BRIEF aponta um outro, dos 60 aos 64, correspondente a um desenvolvimento ligeiramente atípico.

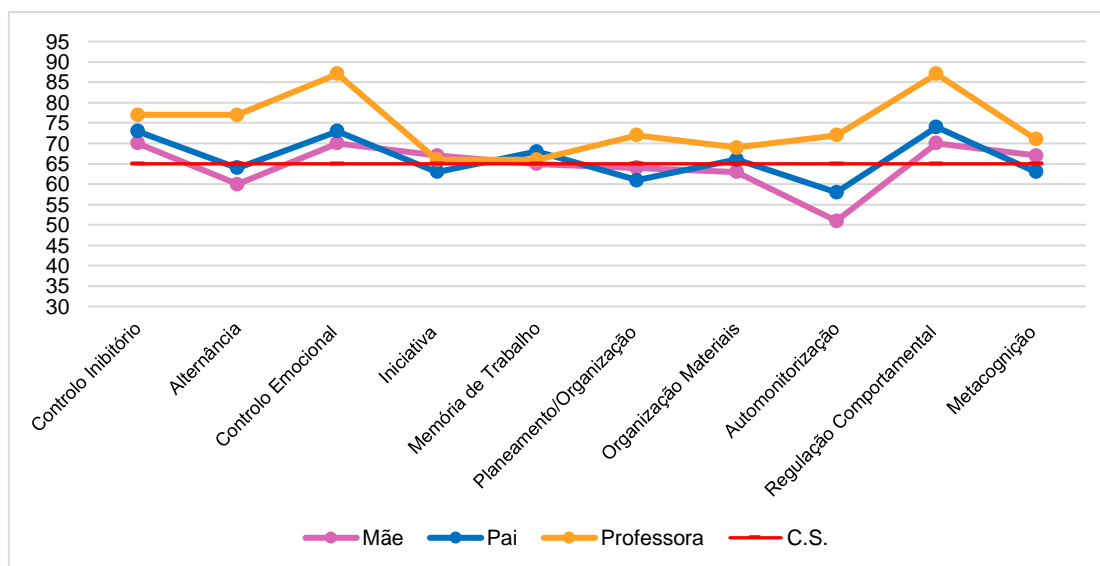


Figura 4 - Avaliação Inicial - Resultados BRIEF B.C

Da avaliação das FE através da BRIEF, é possível verificar que as respostas da professora apresentam valores superiores às respostas dos pais, com maior frequência ao nível da alternância, controlo emocional, auto-monitorização e regulação comportamental.

II.5.2.3 Conclusões da Avaliação Inicial

A B.C. é uma criança simpática, de fácil contacto e comunicativa. Fisicamente é pequena, magra com cabelos longos castanhos. Pelas dificuldades visuais utiliza uns óculos que fazem os seus olhos maiores. Apresenta também alterações visíveis no posicionamento dos dentes. Num primeiro contacto, parece uma criança fisicamente “frágil”.

Durante a avaliação demonstrou agitação motora e verbal, impulsividade e dificuldades na concentração. Foi necessário dar tempo para se acalmar, estabelecer contacto ocular durante as instruções, dar instruções verbais curtas e objetivas, gerir o tempo e a ordem de apresentação das tarefas, como também reforço verbal positivo e motivador frequente. Frequentemente, a B.C. pedia desculpa. Nas atividades de escrita em mesa, foi possível verificar agitação na utilização do material, não pedia para utilizar o material da terapeuta e revela alguma oposição por não querer terminar a atividade. Nas atividades em pé, verificou-se que sempre que ia buscar um objeto ao chão deitava-se no mesmo.

No início da aplicação das provas do CAS surgiram ausência de respostas, resistência ao trabalho, agitação motora e verbal. Por se correr o risco de não traduzir as reais capacidades da B.C., foi tomada a decisão da não aplicação do instrumento neste momento de avaliação.

Relativamente ao contexto escolar, da observação realizada pela estagiária, foi possível verificar que é uma escola com instalações recentes, sendo a sala muito espaçosa. A B.C. encontrava-se sentada perto da professora, numa mesa com mais duas crianças com necessidades educativas especiais. Durante a observação, a turma realizou uma ficha de matemática, onde foi evidente a necessidade de apoio da B.C. para realizar a mesma. Distraindo-se com as unhas, esperava que a professora a fosse ajudar. Demonstrou um ritmo de trabalho lento e dependente de ajuda. Não foram verificados comportamentos de agitação e oposição.

Apesar do resultado final da aplicação da BPM indicar um Perfil Euprático, a B.C. apresentou dificuldades em todos os fatores psicomotores, exceto a lateralização. A sua dificuldade no controlo dos impulsos, expressa-se através de agitação motora e verbal, dificultando a execução das tarefas.

No que concerne à avaliação em contexto ecológico da B.C., é possível verificar um perfil de respostas com maior frequência homólogas às do contexto escolar. Apresenta tanto sintomas de desatenção como de impulsividade/hiperatividade, como também, ao nível das FE apresenta dificuldades em todas as subescalas avaliadas, que remetem a dificuldades significativas ao nível da autocontenção, autogestão do tempo, automotivação, auto-organização e autorregulação emocional, tal como descreve Barkley (2016) para quadros de PHDA.

A B.C. apresenta alterações significativas ao nível da regulação e controlo emocional, através de respostas externalizantes do comportamento, que são consideradas inadequadas para a idade de desenvolvimento em que se encontra, sendo esta uma característica cada vez mais reconhecida como central na compreensão das dificuldades vividas, tal como defendem Stralen (2016) e Garziano e Garcia (2016).

As dificuldades identificadas nesta avaliação, ao nível do perfil psicomotor, sintomas PHDA e FE, estão a ter um impacto muito significativo no funcionamento da B.C. nos diversos contextos familiar, escolar e social.

II.5.2.4 Plano de Intervenção

Com base nos resultados da avaliação inicial da B.C., foi estruturado o Plano de Intervenção Psicomotora, disponível para consulta em [Anexo P](#). Na [Tabela 10](#) podemos verificar os objetivos gerais, específicos e operacionais definidos para a intervenção.

Tabela 10 - Plano de Intervenção Psicomotora B.C.

Objetivos gerais	Objetivos específicos	Objetivos operacionais
Melhorar o equilíbrio estático	Corrigir de forma consciente a posição do corpo de forma a manter ou recuperar a verticalidade	Ser capaz de caminhar sobre uma linha reta de 4m no chão, seguindo a sua trajetória; Ser capaz de manter o corpo imóvel durante 10 segundos; Ser capaz de realizar um circuito de obstáculos, sem ajuda do técnico.
Melhorar a noção do corpo	Melhorar o conhecimento esquerda-direita em si e no outro	Ser capaz de identificar corretamente, ao toque da terapeuta, a direita-esquerda em si, no outro (contralateral e reversível).
	Aumentar a nomeação de partes do corpo em si e no outro	Ser capaz de identificar 20 partes do corpo
Trabalhar a autorregulação do comportamento	Desenvolver capacidades de controlo inibitório	Ser capaz de responder às questões: <i>estou bem sentada?; a cadeira está para a frente? A mesa está arrumada? Estou pronta para ter atenção?</i> , antes de iniciar uma tarefa em mesa
	Desenvolver capacidades de autocontrolo	Ser capaz de realizar pedidos sobre os seus desejos (p.e. para pedir material ou uma atividade) Ser capaz de expressar verbalmente quando não quer realizar determinada atividade
Promover competências cognitivas	Aumentar o tempo de concentração e atenção na tarefa	Ser capaz de eliminar estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma Ser capaz de permanecer concentrada na tarefa até à sua conclusão, podendo ter ajudas do técnico
	Estimular a capacidade de planeamento	Ser capaz de verbalizar uma atividade, após explicação do técnico Ser capaz de verbalizar o que pretende realizar, quando questionada pela técnica, antes da sua concretização
Trabalhar o autoconceito	Desenvolver autoconceito físico	Ser capaz de identificar características do seu corpo que gosta e que não gosta
	Desenvolver autoconceito pessoal	Ser capaz de identificar qualidades e defeitos da sua personalidade

II.5.2.5 Processo de Intervenção

No que concerne ao planejamento geral do processo de intervenção, foi previsto a realização de 18 sessões entre o dia 14 de fevereiro e o dia 27 de junho de 2019, de frequência semanal com a duração de 60 minutos. A intervenção decorreu no gabinete de atendimento do SP no HVFX, não havendo disponibilidade de horário para utilizar o ginásio do mesmo.

Tabela 11 - Planejamento Geral da Intervenção Psicomotora B.C.

Intervenção	Frequência	Duração	Local	Período de intervenção	Número total de sessões
Psicomotora	Semanal	60 minutos	Gabinete de atendimento do SP	14 de fevereiro a 27 de junho de 2019	18

Das 18 sessões previstas foram realizadas 14, sendo que as sessões não realizadas ocorreram por a família ter estado ausente para férias de Carnaval (7 de março) e férias de Páscoa (18 de abril), como ainda, por o pai trabalhar por turnos, não terem como levar a B.C. ao hospital.

Relativamente ao desenvolvimento da intervenção, as primeiras três sessões tiveram como objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e securizante através de atividades com esse propósito. Nestas sessões foi possível observar que a B.C. apresentava dificuldades em manter uma conversa, em realizar uma atividade sem interrupções e em partilhar a sua opinião. Posteriormente, as sessões foram pensadas e planeadas de acordo com os objetivos definidos no Plano de Intervenção, considerando os interesses e motivações da B.C..

O início da sessão era marcado por um aquecimento global do corpo, de modo a ajudar a B.C. a diminuir a necessidade de movimento. Após, sentadas no chão com pernas à chinês (isto porque muitas vezes colocava em w), era realizado um diálogo breve sobre como se sentia e se existia alguma situação do seu dia a dia que gostasse de partilhar. Aqui, era promovida a identificação temporal e espacial.

Após o momento inicial, eram acordadas as atividades a realizar na sessão, visualmente identificadas numa folha de papel de modo a tornar a sessão mais previsível à B.C.. As atividades alternavam entre atividades mais dinâmicas e corporais, com atividades na mesa que exigem maior nível de concentração. Em média eram definidas três atividades por sessão, sendo que após a realização de uma atividade de forma positiva, a B.C. podia escolher uma.

As atividades realizadas passaram por: atividades de equilíbrio estático e dinâmico; circuitos motores; atividades de noção do corpo (e.g. desenho do corpo, sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, conhecimento do esquema corporal); jogos de inibição/ação; autoconhecimento (e.g. identificar características próprias, identificar qualidades em si; identificar defeitos; gostos); labirintos; fichas para trabalhar letras e números; contas de matemática com recurso à reta numérica. No final de cada sessão eram realizadas atividades de controlo respiratório, relaxamento (contração/descontração) e consciencialização corporal.

De modo a desenvolver as capacidades de autocontrolo, principalmente ao nível do controlo postural, foram planeadas umas estratégias de autoinstrução com suporte visual onde, a B.C. tinha de verificar: 1) se estava bem sentada; 2) se a cadeira estava para a frente; 3) se a mesa estava arrumada em termos de materiais, e; 4) se ela estava pronta para iniciar a atividade.

Ao longo de toda a sessão eram promovidos os pedidos através de modelação, i.e. *eu quero ... posso?*, de modo a controlar os impulsos de mexer no material da estagiária sem pedir ou sair da cadeira, como ainda, era promovida a expressão verbal quando não desejava continuar determinada atividade ou quando precisava de ajuda (em vez de fazer corpo mole).

Ao longo das sessões, a B.C. foi partilhando cada vez mais as suas dificuldades de relação com os colegas na escola, as situações de conflito e o seu pensamento sobre essas situações. Neste sentido, chegou a partilhar comentários de colegas como “*não me sigas*” e não receber convites para as festas de aniversário. Devido ao seu ritmo de trabalho, dificuldade em realizar as atividades académicas e a não existência de estratégias específicas para a modificação de comportamento em sala de aula, as aprendizagens foram ficando cada vez mais comprometidas. Por consequência, a escola era motivo de desmotivação e baixa autoestima.

As tentativas de aproximação da terapeuta à professora não foram correspondidas, por não ter tempo, como também a sua relação com a mãe da B.C. foi sendo cada vez mais negativa. A mãe da B.C. frequentemente partilhava aspetos negativos sobre a professora, sendo até colocado em causa a mudança de escola. No final esta situação não se veio a concretizar porque a professora acabou por colocar baixa médica no final do ano letivo.

Os pais da B.C. participaram no projeto *Conversas com Pais*, como também foram orientados pela estagiária na estruturação e aplicação de organizadores, i.e. lista de tarefas

a realizar pela criança em casa, em conjunto com contratos de objetivos. Em Anexo Q podemos consultar os documentos referentes.

II.5.2.6 Avaliação Final

A avaliação final ocorreu durante o mês de julho de 2019 em dois momentos distintos, nomeadamente: 1.º momento – avaliação direta da B.C. em duas sessões distintas no HVFX; 2.º momento – encontro com os pais para aplicação de um questionário de satisfação.

Posto isto, de modo a analisar a nível quantitativo e qualitativo a evolução da B.C. face ao período de intervenção, foram aplicados os mesmos instrumentos utilizados na avaliação inicial acrescentado um questionário de satisfação parental elaborado pela estagiária.

Avaliação do Perfil Psicomotor

Comparando os resultados desta avaliação com os resultados da AI, a B.C. manteve as dificuldades ao nível da tonicidade, nomeadamente ao nível da descontração muscular por apresentar tensão e resistência a manipulações realizadas pela terapeuta. Ao nível do equilíbrio, apresentou dificuldades aumentadas ao nível do equilíbrio estático, não conseguindo realizar as provas.

Ao nível da noção do corpo, aumentou a capacidade de identificação de partes do corpo na prova de sentido cinestésico, mas ainda realizou trocas entre esquerda-direita, em si e no outro. Aumentou também o seu investimento no desenho do corpo. Ao nível da estruturação espaço-temporal mantém as dificuldades, ao nível da realização de cálculo simples, formas de adaptação espacial, ajuste do comprimento da passada, como também ao nível da memorização e reprodução rítmica.

Ao nível da praxia global melhorou o seu desempenho na tarefa de coordenação oculopedal e na dissociação de membros superiores. Por último, ao nível da praxia fina, melhorou o seu desempenho na tarefa de coordenação dinâmica manual e velocidade-precisão.

Avaliação do Funcionamento Cognitivo

A colaboração da B.C. na aplicação deste instrumento neste momento de avaliação final, veio demonstrar as evoluções ao nível da regulação comportamental. A apresentação dos seus resultados é apenas de modo a complementar a compreensão da criança. Como

no caso anterior, apenas foram aplicadas as provas de planeamento, atenção e a prova *série de palavras*.

Na prova de *série de palavras* foi capaz de repetir até quatro palavras, sendo que quando a sequência continha cinco, começou a errar. De acordo com as tabelas, este é um desempenho médio para a idade.

Ao nível da planificação, na prova de emparelhamento de números demonstrou dificuldades posturais (mão na cabeça e postura desadequada na cadeira) e suspiros, sendo que na segunda tarefa errou o emparelhamento de duas linhas e demorou um tempo superior ao esperado. Realizou a prova de planificação de códigos de forma exemplar, sem erros mas com alguns suspiros e tensão corporal. A prova de planificação de ligações foi corretamente executada mas dentro de um tempo superior ao esperado.

Nas tarefas que avaliam a atenção, na prova de atenção expressiva apresentou dificuldades significativas no terceiro item por apresentar alguns erros na identificação do tamanho do animal. Na prova de deteção de números foi possível verificar que não utilizou uma sequência/ordem e apresentou erros por omissões. Realizou a prova de atenção recetiva de forma adequada.

Tabela 12 - Resultados CAS B.C.

Processos	Subtestes	Scores obtidos na Avaliação Inicial
Planificação	Emparelhamento de números	8
	Planificação de códigos	12
	Planificação de conexões	8
Atenção	Atenção expressiva	5
	Deteção de números	10
	Atenção recetiva	10
Processamento sucessivo	Série de palavras	10
	Repetição de frases	-
	Velocidade da fala	-

Através do CAS demonstrou poder existir um comprometimento no controlo da impulsividade, levando a responder incorretamente a atividades propostas; na capacidade de focar a atenção para determinado estímulo, inibindo os restantes; e na integração de estímulos distintos numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado.

Avaliação Ecológica dos Sintomas PHDA

Comparativamente aos resultados da AI, a mãe manteve valores clinicamente marcadamente atípicos nas subescalas A – Oposição (71-75), B – Problemas Cognitivos/Desatenção (76-84), C – Hiperatividade (88-86), H – Índice de Conners PHDA (81-86), I – Impulsividade (85-90), K – Índice Global de Conners Total (83-90), L – DSM-IV Desatenção (76-90), M – DSM-IV Hiperatividade/Impulsividade (89-83) e N – DSM-IV Global (84-82). Ainda, os valores nas subescalas D – Ansiedade/Timidez (66-74), G – Psicossomática (47-69) e J – Labilidade Emocional (68-84) aumentaram a sua significância.

Os valores das respostas do pai aumentaram em todas as subescalas, encontrando-se em valores marcadamente atípicos, exceto nas subescalas E – Perfeccionismo (72-61), F – Problemas Sociais (80-63) e G – Psicossomática (56-50).

A figura que permitem realizar a comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, dos sintomas da PHDA da B.C., está disponível para consulta em Anexo R.

Avaliação Ecológica das Funções Executivas

Comparativamente aos resultados da aplicação do instrumento na AI, as respostas dadas pela mãe reduziram a sua pontuação nas subescalas de Controlo inibitório (70-65), Shift (60-56), Controlo Emocional (70-63), Iniciativa (67-63), Organização do material (63-59) e Regulação comportamental (70-64). Por outro lado, aumentaram os valores nas subescalas de Memória de Trabalho (65-68) e Planeamento e Organização (64-69).

As respostas dadas pelo pai, reduziram os seus valores nas subescalas de Controlo Inibitório (73-68), Shift (64-56), Controlo Emocional (73-68) e Regulação do Comportamento (74-66). Ainda, aumentaram os seus valores nas subescalas de Planeamento (61-69), Auto-monitorização (58-73) e Metacognição (66-71).

A figura que permitem realizar a comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, das FE da B.C., está disponível para consulta em Anexo S.

Avaliação da satisfação parental com a intervenção

De modo a avaliar a satisfação dos pais do A.S. com a intervenção desenvolvida, a estagiária elaborou um questionário com diversas questões ao nível da estrutura, objetivos, comunicação, competências técnicas demonstradas pela estagiária, participação no

projeto *Conversas com Pais*, resultados e recomendação. Em seguida, de forma descritiva, serão apresentados os resultados do mesmo.

Ao nível da estrutura, os pais da B.C. consideraram que a frequência semanal das sessões e o número total das mesmas foi suficiente, sendo que a mesma tem outras atividades como o zumba e o futsal. O tempo que a estagiária passou em sessão com a sua filha em casa sessão foi adequado, sendo que se fosse superior a B.C. iria ter dificuldades acrescidas em termos de concentração. Ao nível das condições físicas do local da sessão, os pais indicaram que o gabinete era pequeno, mas com boas condições em termos de luminosidade, temperatura e sensação de privacidade.

Ao nível dos objetivos, sentiram-se muito satisfeitos com a compreensão por parte da estagiária em relação aos seus objetivos com a terapia, com o seu nível de envolvimento nas decisões tomadas e com a compreensão demonstrada pela estagiária às suas preocupações sobre a sua filha. Ao nível do desenvolvimento da intervenção, indicaram que sempre existiu acordo entre a estagiária e os mesmos relativamente aos objetivos a atingir e aos aspetos a trabalhar, sobre as estratégias de intervenção propostas, como também, compreensão e aceitação sobre as mudanças sugeridas.

Ao nível da comunicação, referiram que sempre compreenderam a linguagem utilizada pela estagiária e as suas explicações, como também, ficaram muito satisfeitos pela forma como a mesma demonstrou compreender as suas preocupações com a sua filha. Ao nível da relação, indicaram estar muito satisfeitos com o envolvimento e com a relação estabelecida entre a estagiária, a família e a criança. Sempre sentiram confiança e apoio durante toda a intervenção.

Ao nível das competências técnicas da estagiária, os pais indicaram que a mesma lhes pareceu muito bem preparada e que sempre foi capaz de dar resposta perante novos desafios que surgiram durante a intervenção. Indicaram que o que aprenderam com a estagiária ser-lhes-á útil para o futuro e que das estratégias partilhadas destacam as estratégias para casa em termos de planeamento das atividades, comunicação objetiva e reforço. Por último, consideram que a estagiária teve um papel muito importante na vida do seu filho durante os meses de intervenção.

Ao nível do projeto *Conversas com Pais*, referiram estar muito satisfeitos relativamente aos conteúdos partilhados nas apresentações e que os mesmos tiveram um impacto positivo no modo como compreendem a PHDA e os comportamentos e os da sua filha, porém ainda têm muitas dúvidas sobre a medicação e efeitos secundários visto não ter sido abordado a combinação de terapêuticas farmacológicas diferentes. Ainda, sentem-

se mais capacitados para lidar com os comportamentos da B.C. mas ainda têm dificuldade em compreender a causa de determinados comportamentos que acontecem sem razão aparente. Como aspeto positivo referem o conhecimento de mais famílias na mesma situação, as estratégias partilhadas pelas técnicas e a partilha de experiências de outras famílias.

Ao nível dos resultados, não foram capacidades de identificar melhorias no desenvolvimento da sua filha como resultado da intervenção, como também mantêm muitas preocupações principalmente ao nível escolar. No que concerne aos aspetos pessoais e familiares, não diretamente relacionados com a criança, os pais sentiram que ajudou, pois, conseguiram realizar férias em casal, o que já não acontecia há muito tempo, estão a comunicar mais um com o outro e trabalham mais em equipa. Globalmente, sentem-se satisfeitos com a intervenção realizada mas ainda pouco capazes de resolver problemas futuros sem ajuda de um profissional.

Por último, ao nível da recomendação, a família indicou que recomendaria a IPM e a estagiária a amigos e familiares, como também, que recorreria novamente ao serviço caso necessário.

II.5.2.7 Conclusões da Avaliação Final

Ao longo da intervenção, o comportamento da B.C. variou entre momentos de cooperação e momentos de maior agitação e oposição, evidenciando as suas dificuldades ao nível do controlo inibitório, regulação emocional e comportamental. Estes, exigiram da estagiária uma maior compreensão e adaptação das tarefas propostas.

No que concerne ao Plano de Intervenção, todos os objetivos específicos foram trabalhados. Dos 14 objetivos específicos definidos foram adquiridos 9 e 5 encontram-se parcialmente adquiridos.

No contexto terapêutico, o comportamento da B.C. foi sendo cada vez mais adequado, apresentado menos dispersão, maior controlo dos impulsos, adequação do comportamento, sendo capaz de permanecer mais tempo na realização das tarefas e dinâmica da sessão. Foi também demonstrando maior confiança em si e na estagiária.

Apresentou evoluções ao nível das competências psicomotoras, nomeadamente noção corporal, praxia global e praxia fina. Contudo, mantém dificuldades ao nível da tonicidade, equilíbrio e estruturação espaço-temporal.

Ao nível dos objetivos definidos para trabalhar a regulação comportamental, a B.C. apresentou melhorias ao nível do controlo inibitório, sendo capaz de responder de forma

positiva às estratégias de autoinstrução, sendo capaz de realizar pedidos sobre os seus desejos e de expressar verbalmente quando não quer realizar determinada atividade.

A aplicação da CAS, demonstra que a B.C. aumentou o tempo de concentração e atenção na tarefa, sendo mais capaz de eliminar estímulos distráteis à tarefa e sendo capaz de permanecer concentrada na tarefa até à sua conclusão.

Desenvolveu o seu autoconceito físico, sendo capaz de identificar características do seu corpo que gosta e que não gosta (e.g. cabelo vs feridas nas mãos), e autoconceito pessoal, sendo capaz de identificar qualidades e defeitos da sua personalidade (e.g. carinhosa vs energética).

Em todo o processo os pais da B.C. estiveram cooperantes, presentes e comunicativos, acompanhando todo o processo. Participaram no projeto *Conversas com Pais* e realizaram a aplicação de sistemas de rotinas e reforço em casa. Ambos identificaram na avaliação das FE melhorias ao nível do controlo inibitório, controlo emocional e regulação do comportamento. Ao nível dos sintomas da PHDA, existem valores de resposta aumentados em ambos.

Relativamente ao contexto escolar, existem muitas preocupações e dificuldades. Não foi possível estabelecer uma relação de confiança e partilha com a professora da B.C., como também não foram aplicadas estratégias específicas e direcionadas a esta criança ao longo do ano letivo. Por consequência, as dificuldades académicas estão aumentadas e a B.C. experiência dificuldades na integração com os pares na escola. Os pais partilham muitas preocupações a este nível. Neste sentido, é urgente a continuidade da intervenção e da implementação de estratégias em contexto escolar.

II.5.2.8 Reflexão Final

Igualmente ao estudo de caso anterior, senti uma grande responsabilidade e voto de confiança do HVFX, bem como, da minha orientadora local que esteve sempre perto e sempre me ajudou a pensar o caso. Voltei a sentir as dificuldades ao nível da interpretação e interligação dos resultados dos diversos instrumentos de avaliação, como também, foi difícil a seleção de objetivos terapêuticos quando existem tantas dificuldades para dar resposta.

Inicialmente, era desafiante estar com a B.C. devido ao seu padrão comportamental maioritariamente desorganizado no agir e no pensar, instabilidade comportamental e emocional. Foi importante ter em mente que o objetivo terapêutico não é um desempenho

com referência à norma, mas sim permitir que a pessoa obtenha satisfação da sua atividade corporal, no contexto relacional que lhe é próprio (Alexandrine & Boscaini, 2012).

Neste caso em particular, a intervenção foi alargada à família mas não foi alargada à escola, não sendo possível a criação de uma parceria organizada. De acordo com Barkley (1998; cit in Antunes & Rodrigues, 2014) *“o sucesso educativo de uma criança com PHDA envolve não só a utilização de estratégias e técnicas comportamentais, mas a presença de um professor que esteja motivado para a implementação de um programa educativo sistemático. O saber do professor e a sua atitude face à PHDA é um aspeto crítico no sucesso educativo”*. Esta afirmação faz-me refletir na consequência de uma professora desmotivada e sem conhecimento sobre as características da criança.

Não foi possível, na intervenção com a escola, proporcionar conhecimento à professora da B.C., de conteúdos específicos sobre a PHDA e diferentes modelos de intervenção, refletir, discutir e selecionar estratégias e técnicas de modificação de comportamento a introduzir em sala de aula (CADIn, 2005).

Mais uma vez, senti uma grande dificuldade emocional em terminar o acompanhamento, considerando as necessidades desta criança e desta família.

Da intervenção com a B.C., sinto que me tornei uma pessoa mais flexível na organização e estrutura das sessões, como também na adaptação dos materiais e nas tarefas a realizar. Por fim, desta experiência levo comigo a aprendizagem de que o trabalho apenas com a criança é insuficiente.

II.6 Dificuldades e Limitações

É possível identificar algumas dificuldades e limitações que surgiram durante a realização da prática profissional, nomeadamente: no momento de observação das diferentes áreas do SP, o serviço de fisioterapia pediátrica não permitiu a observação de sessões pela estagiária como também não esteve disponível e cooperante para a troca de ideias e reflexão conjunta; para o desenvolvimento das sessões, a não disponibilidade do ginásio; permanecer muitas horas nas instalações do hospital sem luz e ar natural; os materiais para as sessões tiveram de ser disponibilizados pela estagiária; pouca experiência da estagiária na aplicação dos instrumentos de avaliação relacionados com os sintomas da PHDA e FE; na relação entre os resultados dos diferentes instrumentos para definir o perfil de funcionamento das crianças acompanhadas individualmente; falta de instrumentos de avaliação no âmbito da IPM; no caso da B.C., a dificuldade em estabelecer o contacto com a professora foi uma limitação no processos de intervenção.

III Atividades de Inovação, Complementares e de Formação

Durante o presente estágio foram desenvolvidas atividades de inovação e complementares de formação, além dos estudos de caso e observação de consultas, que irão ser descritas em seguida.

Ao nível das atividades de inovação será descrita a sessão clínica sobre a IPM realizada ao SP do HVFX e o Projeto *Conversas com Pais*, que foi sendo referido anteriormente. Ao nível das atividades complementares, será descrita a participação da estagiária no grupo terapêutico das DAE. Por último, ao nível das atividades complementares de formação, será feita uma breve abordagem à participação no 2.º Congresso Nacional da PHDA, a participação no Workshop Anos Incríveis, a participação no 1.º Encontro Mente, Cérebro e Educação, a participação nas II Jornadas Científicas da Psicomotricidade e, por último, a participação no Dia do Paciente PHDA.

III.1 Sessão Clínica sobre IPM

Considerando a existência das sessões clínicas no SP, com o objetivo de partilha entre os profissionais, tornou-se pertinente a dinamização de uma sessão pela estagiária no âmbito da IPM. Esta foi uma oportunidade para a estagiária apresentar-se como profissional que integra o serviço durante o período de estágio e, também, divulgar a Psicomotricidade enquanto área de intervenção.

Neste sentido, no dia 14 de novembro de 2018, a estagiária realizou uma apresentação com recurso ao *PowerPoint*, disponível para consulta em Anexo T. Dos tópicos abordados, em primeiro lugar a estagiária abordou o enquadramento e o contexto do estágio. Em seguida, foi explicada a evolução história do curso de Reabilitação Psicomotora em Portugal, evidenciando a evolução da formação e o desenvolvimento da profissão. Foram abordados os princípios da IPM e, de forma breve, o modelo neuropsicológico de Lúria. Da prática, foram apresentadas as diferentes metodologias e instrumentos de intervenção, como ainda, foram clarificados os âmbitos de atuação e as populações atendidas. De modo a descrever o processo de intervenção e o estabelecimento de objetivos, foram apresentados exemplos de casos clínicos. Por último, foram dados exemplos de locais, países e hospitais onde existe a atuação do psicomotricista, bem como a identificação das organizações e instituições que reconhecem esta intervenção.

Após a apresentação, a discussão parte a partilha trouxe a oportunidade de esclarecimento sobre o encaminhamento das crianças para este serviço na comunidade (e.g. através dos subsídios da segurança social) e, também, da sua valência no âmbito preventivo. Curiosamente, um dos médicos internos tinha sido estudante em RP e ficou satisfeito por verificar a evolução da profissão, especialmente por ter dado a conhecer quais os hospitais que já têm esta intervenção nos seus quadros. Por último, gostaria de evidenciar que, por hábito, no final de cada apresentação os médicos são incentivados a comentar ou a colocar questões, deste modo senti que os mesmos estiveram com atenção à informação partilhada e fizeram-me também compreender melhor a sua interpretação sobre esta informação.

III.2 Projeto Conversas com Pais

Neste ponto, é abordado de uma forma breve os fundamentos teóricos que conduziram à realização do projeto de inovação *Conversas com Pais*, dirigido às famílias de crianças com PHDA. Deste modo, é apresentada a sua caracterização geral e descrição das atividades desenvolvidas, sendo que termina com uma reflexão sobre os seus contributos para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

III.2.1 Intervenção com a Família na PHDA

Considera-se, primeiramente, que os resultados atingidos pela criança, em relação ao seu desenvolvimento, estão fortemente dependentes dos tipos de interação familiar, dos quais a qualidade da interação pais-criança, o tipo de experiências e vivências que a família proporciona à criança, bem como também aspetos relacionados com a segurança, a saúde e outros cuidados básicos, surgem como fatores determinantes (Guralnick, 1997). Porém, ninguém se encontra preparado para se tornar pai, ou seja, desempenhar o papel de educador de uma criança com alterações ao nível do seu desenvolvimento (Baker, 1989; cit. in Coutinho, 2004).

Nas situações onde as crianças encontram-se em risco de se desenvolverem de modo atípico, onde o ritmo da sua aprendizagem é, muitas vezes, mais lento, está implicado um esforço suplementar em termos de adaptação e organização do sistema familiar (Coutinho, 2004). Para além disso, são colocadas exigências que podem dificultar a capacidade da mesma para funcionar de modo eficaz e torná-la mais vulnerável a influências, situações e mudanças do envolvimento (Fewell, 1986; cit. in Coutinho, 2004).

A teoria ecológica desenvolvida por Bronfenbrenner, em 1979, contribuíram para a diversidade do tipo de intervenções de serviços prestados centrados na família e noutros

contextos da criança, tendo em conta diferentes níveis de influências e interações envolvimentais que afetam as características das crianças e o seu percurso desenvolvimental (Alarcão & Melo, 2009). Para o autor, o estudo do desenvolvimento humano não pode ser apenas realizado com base da observação direta do comportamento do indivíduo, sendo também necessário fazer uma análise dos diferentes sistemas em que este participa, direta ou indiretamente. Importa referir que, para o autor, estas relações têm um carácter bidirecional e recíproco. De acordo com Coutinho (2004), são muitos os autores, como também os resultados de investigação, que têm evidenciado que as oportunidades para um bom desenvolvimento da criança estão claramente dependentes do contexto familiar onde esta se insere e cresce.

A existência de uma criança com PHDA numa família tem um grande impacto na dinâmica do seu funcionamento (Antunes et al., 2018; Barkley, 2006; Barkley, 2016; Lima, 2015; Rodrigues & Antunes, 2014). Apesar de esta perturbação não implicar dificuldades precoces ao nível da relação da criança com os seus progenitores, as relações pais-filhos por si só são frequentemente afetadas pelas exigências comportamentais da criança (Antunes et al., 2018). Estes pais frequentemente apresentam níveis elevados de stress, percecionando os seus filhos como crianças difíceis e têm noção da disfuncionalidade e negatividade na sua relação (Barkley, 2006; Barkley, 2016; Silva et. al., 2015), como também, manifestam menos sentido de competência parental (Barkley, 2006; Barkley, 2016). Os estudos revelam um número elevado de separações e divórcios nestas famílias (Antunes et al., 2018).

Indo ao encontro das teorias ecológicas desenvolvidas por Bronfenbrenner, o impacto da PHDA na família deve ser visto como um sistema recíproco, em que os pais e a criança interagem no sentido da potencialização positiva ou negativa, i.e., as características da família também determinam a gravidade da perturbação (Rodrigues & Antunes, 2014). Considerando o carácter genético da disfunção, é frequente acontecer que um dos progenitores tenha os mesmos sintomas nucleares (e.g. ser impulsivo; ter baixa resistência à frustração), e, ao identificar-se com o filho, pode gerar uma relação de desculpabilização perante os comportamentos dele, resistindo em procurar ajuda profissional também mais frequentemente (Rodrigues & Antunes, 2014).

Nestas famílias, existe uma dificuldade acrescida em organizar e realizar as rotinas diárias e em promover a autonomia das crianças, sendo frequente que as tarefas sejam deixadas a meio, realizadas de forma mais desorganizada ou de forma muito lenta (Rodrigues & Antunes, 2014). Devido às inúmeras situações do quotidiano, onde a criança

cumprir com menos frequência os pedidos parentais, solicitando mais vezes a sua assistência, juntamente com alterações das atitudes dos próprios pais, variando, muitas vezes, entre autoritarismo e a permissividade excessiva, os conflitos entre estes são frequentes (Barkley, 2006; Barkley, 2016; Rodrigues & Antunes, 2014). A culpa destas situações tanto é atribuída ao comportamento esgotante e exaustivo da criança, como, por outras vezes, os pais atribuem as culpas a si próprios desvalorizam-se enquanto pais e educadores (Rodrigues & Antunes, 2014). Paralelamente, a vida social da família pode ficar seriamente comprometida, uma vez que a rede de relações sociais, como os amigos mais distantes, podem atribuir aos pais a culpa sobre as características do comportamento da criança e, assim, colocar mais responsabilidade sobre eles e contribuir ainda mais para o sentimento de culpa (Rodrigues & Antunes, 2014; Antunes et al., 2018).

Devido às consequências dos comportamentos característicos já descritos, as crianças com PHDA necessitam de estratégias específicas para enfrentar o dia a dia, sendo essencial o papel dos pais na organização de uma estrutura e de uma rotina que promova as competências de autocontrolo da criança (Rodrigues & Antunes, 2014). Contudo, muitas vezes os pais sentem-se inseguros sobre o que fazer e como fazer em relação a esta questão. De modo a promover um estilo de funcionamento mais positivo no sistema familiar, e, conseqüentemente, melhorar o bem-estar dos seus membros, é fundamental melhorar o nível de formação dos pais e aumentar as suas competências através do acesso aos recursos da comunidade (Coutinho, 2004).

Os programas de formação ou treino de competências parentais referem-se a modelos mais estruturados nos quais os objetivos se relacionam diretamente com a modificação das competências parentais e indiretamente com o comportamento ou desenvolvimento da criança (Coutinho, 2004). A implementação destes programas têm demonstrado evidência na alteração de comportamentos de desobediência, sobretudo em crianças em idade pré-escolar ou escolar, especificamente ao nível do comportamento dos pais (diminuição de stress e aumento da autoestima) e dos filhos (diminuição da intensidade dos sintomas relatados pelos pais), comportamentos que se mantiveram estáveis por mais de dois meses após o fim da intervenção (Antunes & Rodrigues, 2014). Coutinho (2004) acrescenta ainda que há evidências sobre os seus resultados positivos ao nível da perceção da autoeficácia no desempenho da função parental e ao nível do desempenho da função parental.

No âmbito da PHDA, o treino parental tem como grande objetivo informar os pais sobre a natureza da perturbação, melhorar as relações entre pais e filhos, promover formas

mais adequadas de lidar com os problemas de comportamento, quer em casa, quer em lugares públicos (Antunes & Rodrigues, 2014). De acordo com Antunes e Rodrigues (2014), Barkley (2006), Lima (2015), a maioria destes programas, pretendem especificamente desenvolver os seguintes aspetos: competências de comunicação positiva; utilização do elogio e a compreensão das diferentes formas de elogiar; valorização das competências do filho; identificação e alteração de padrões de comunicação; planeamento da transição e alteração de tarefa; sistemas de reforços positivos e negativos (e.g. reforço positivo verbal, sistemas de pontos, *time out*, entre outros); gestão emocional; eficácia nas instruções (claras e objetivas); consistência; empatia.

Nem todas as formas de apoio a estas famílias são através da implementação de programas de formação ou treino parental, de acordo com Abreu-Lima et al. (2000) as intervenções de apoio familiar podem assumir formatos diversificados, nomeadamente: a) intervenções com vista ao aconselhamento; b) intervenções grupais, utilizando formatos mais ou menos estruturados, ou estandardizados; c) intervenções baseadas em meios de comunicação (e.g. rádio; televisão), como também, em material escrito informativo do tipo manuais ou brochuras.

As intervenções em grupo demonstram ser vantajosas na diminuição de sentimentos e experiências de isolamento, devido à possibilidade de partilha de experiências similares, como também a possibilidade de modelagem de apoio mútuo entre pais (Abreu-Lima et al., 2000; Antunes & Rodrigues, 2014; Lima, 2015). Podem auxiliar no esclarecimento de dúvidas relativas ao diagnóstico, eliminar falsas crenças de que o problema do filho está relacionado com “má educação dos pais” ou com a “maldade da criança”, partilhar estratégias para lidar com as alterações do comportamento do filho, para promoção da socialização, partilhar informações e recursos de suporte existentes na comunidade, como também, partilhar materiais pedagógicos e bibliografia de apoio (Lima, 2015). Estes grupos têm a grande vantagem de poderem ser realizados na comunidade e de abrangerem um número superior de participantes, sendo dinamizados por um técnico (mediador), potenciando a relação entre as famílias e servindo de meio para a compreensão das situações (Antunes & Rodrigues, 2014).

Com base nos pressupostos teóricos referidos, de uma forma sumária, e considerando a não existência de um projeto de intervenção com as famílias no HVFX, procurou-se desenvolver uma iniciativa de construir e implementar um projeto de intervenção com famílias de crianças com PHDA, que veio a ser o projeto de inovação do estágio.

III.2.2 Caracterização do Projeto

O projeto *Conversas com Pais* teve como objetivo geral: a) informar os pais sobre a natureza da PHDA; b) capacitar os pais com estratégias relacionadas com o controlo de comportamentos da criança; c) promover um funcionamento familiar mais positivo.

Assumi um formato grupal, sendo os destinatários famílias identificadas pela orientadora local, de acordo com a necessidade e problemática das situações, incluindo duas famílias de casos acompanhados em sessões individuais pela estagiária. Contudo, de modo a obtermos nas sessões o número máximo de dez participantes, o grupo foi aberto e os participantes podiam ser diferentes de acordo com as sessões. A decisão do formato grupal foi tomada com vista à diminuição do sentimento de isolamento e à promoção do apoio mútuo entre as famílias.

O projeto contou com a realização de três sessões, nomeadamente no dia 28 de fevereiro, 2 e 23 de maio de 2019, realizadas na biblioteca do HVFX. Indo ao encontro do horário de trabalho de algumas famílias, o horário estabelecido foi das 17h30 às 19h, sendo uma hora destinada à apresentação de conteúdos por *PowerPoint* e 30 minutos finais para perguntas.

Considerando que muitas famílias não tinham um lugar onde deixar os filhos, foi permitido às famílias a presença dos mesmos, que ficaram na companhia de duas alunas do curso de Reabilitação Psicomotora da FMH, numa sala separada e organizada com algumas atividades.

A administrativa Felismina Rodrigues realizou os contactos e agendamentos com as famílias, que foram encorajadas a vir em casal (pai e mãe), como também, preparou as pastas com os materiais apresentados, folhas e canetas, oferecidos pelo HVFX.

III.2.3 Primeira Sessão – Défice de Atenção, hiperatividade, o que significa?

A primeira sessão teve como principal objetivo dar aos pais informação sobre a natureza da PHDA, tendo sido o seu título – *Défice de atenção, hiperatividade, o que significam?*. Neste sentido, iniciou-se com uma abordagem aos conceitos gerais como definição, prevalência, etiologia e implicações ao nível do funcionamento cerebral. De modo a promover uma melhor compreensão sobre as alterações ao nível da atenção na PHDA, foi explicado a existência de diferentes tipos de atenção (sustida, seletiva, orientada, executiva) e de como estas interferem individualmente no nosso desempenho. Foram definidos e caracterizados os sintomas nucleares, tais como o défice de atenção, a

hiperatividade e a impulsividade, como também, descritas situações que podem melhorar ou agravar a apresentação dos mesmos.

Considerando que esta perturbação muitas vezes não surge isolada, foram apresentados de forma breve diversos problemas associados, como as DA. Sobre o diagnóstico, foi explicado como o mesmo é realizado, quais os seus critérios e os tipos que podem resultar dessa avaliação. Relativamente à intervenção, foi apresentada a necessidade de uma abordagem multimodal e multidisciplinar, como esta se desenvolve e quais os seus objetivos. De forma breve, foi abordado o carácter evolutivo desta perturbação e as possíveis manifestações ao longo das várias faixas etárias. Por último, foram disponibilizados alguns recursos de informação segura e fidedigna, como por exemplo o Clube PHDA, o livro *Mais forte do que eu*, os vídeos explicativos do Dr. Russel Barkley disponíveis na plataforma *Youtube*.

III.2.4 Segunda Sessão – PHDA e família, como gerir a rotina e o sono

A segunda sessão teve como objetivo capacitar os pais com estratégias relacionadas com o controlo de comportamentos da criança ao nível das rotinas e do sono. Considerando o carácter aberto do grupo a novos participantes, a sessão iniciou-se com uma breve revisão sobre os temas da sessão anterior. Uma abordagem breve ao tema da parentalidade foi realizada como forma introdutória dos temas específicos da sessão, lembrando, assim, as famílias sobre os objetivos da função parental (cuidados básicos, estabilidade, segurança, orientação e limites, apoio emocional e estimulação). Abordou-se ainda o tema dos estilos parentais e as suas características e consequências no comportamento da criança. De modo a partilhar alguns conhecimentos de investigação sobre o impacto da PHDA na dinâmica familiar, foram partilhadas algumas informações estatísticas.

Para além disso, foram partilhadas estratégias sobre a interação pais-filhos mais positiva, através do elogio e da atenção positiva. De modo a alterar o olhar sobre estas crianças, foram abordadas algumas características positivas, nomeadamente a honestidade das crianças, sua prontidão para a ação, o facto de serem aventureiras, criativas, perdoando facilmente e sendo também bons comunicadores. Foram ainda apresentadas algumas dicas para desenvolver uma comunicação mais clara, objetiva e eficaz.

De modo a melhorar o autocontrolo destas crianças, foram partilhados organizadores de rotinas e sugestões para a realização e aplicação dos mesmos, como também os sistemas de reforços para aumentar comportamentos desejáveis. Para

aumentar o léxico de possibilidades de reforço, para não existir uma tendência de dar, por exemplo, comida, foram exploradas diferentes formas de recompensas tais como ver um filme, dar um passeio, visitar um amigo, brincar juntos. Considerando que o bem-estar pessoal é determinante para cuidar do próximo, abordámos a necessidade do *cuidar de si*, i.e., a existência de tempos de recuperação emocional dos pais.

Por último, foram abordadas as características de um sono saudável, as consequências de uma duração adequada versus inadequada, bem como as recomendações de acordo com as idades e fatores que influenciam a qualidade do sono. As apresentações destes conteúdos foram organizadas e dinamizadas pela orientadora local.

III.2.5 Terceira Sessão – PDHA e família, perguntas e respostas

Na terceira e última sessão, os pais tiveram a oportunidade de colocar de forma anónima as questões que ainda não tinha sido, para eles, devidamente esclarecidas, e foi dado mais tempo à partilha de experiências. A decisão de abordar este tema relacionou-se com a perceção de que no final das sessões anteriores, as famílias queriam intervir e partilhar mais vezes as suas experiências, porém com o tempo decorrido das apresentações, o tempo restante não permitia tal abertura para a participação mais ativa dos participantes. Para esta sessão foi convidada a Psicóloga do SP que teve a oportunidade de responder a algumas questões.

Em Anexo U podemos consultar uma tabela que permite verificar de forma global a calendarização das sessões, os títulos e os temas específicos que foram abordados em cada sessão. Em Anexo V estão disponíveis os *PowerPoint* apresentados na primeira e última sessão do projeto. Por último, em Anexo W podemos consultar duas figuras do momento da dinamização da primeira sessão.

III.2.6 Reflexão Pessoal

A implementação deste projeto permitiu criar uma resposta social de apoio à família na comunidade, específica à problemática da PHDA e das dificuldades das mesmas no contexto familiar. Deste modo, foi possível aproximar a comunidade médica das famílias acompanhadas em consulta, permitindo partilhar conhecimentos específicos e estratégias para gerir e lidar com os comportamentos e necessidades específicas dos filhos. A criação deste tipo de oportunidades é extremamente útil para os pais, permitindo que se sintam mais informados e, eventualmente, mais competentes, em matérias que lhes interessam particularmente, tal como defende Coutinho (2004).

Em termos qualitativos, através dos *feedbacks* dados pelas famílias, após e durante as sessões, esta iniciativa foi vista como útil e importante nas suas vidas. Muitas das dúvidas estavam relacionadas com a medicação, os efeitos negativos da mesma, e sobre a origem de alguns comportamentos específicos (e.g. precisarem sempre de assistência e vigilância em algumas tarefas, como por exemplo de higiene pessoal) e, sobre as consequências no desempenho e percurso de vida. As estratégias pareceram ser novas, aplicáveis e motivadoras às famílias, sendo que apenas uma família já tinha colocado em prática um esquema visual para ajudar o seu filho a realizar as tarefas de higiene. Esta partilha e os seus resultados positivos foram importantes para demonstrarem às famílias ser possível concretizar algumas iniciativas com sucesso. Para além disso, foi possível identificar uma adesão positiva, sendo que em todas as sessões tivemos a participação máxima de 10 pessoas, tendo sido poucas as famílias que, por indisponibilidade de horário, não conseguiram comparecer na sessão seguinte.

Importa referir que, na última sessão de perguntas e respostas, foram colocadas muitas questões sobre a escola, nomeadamente ao nível da dificuldade na realização das tarefas em sala de aula, na dificuldade de relação e articulação com os professores e esclarecimento sobre medidas de apoio. É então possível identificar que este tema acarreta muitas dúvidas e inseguras a estas famílias.

Foram identificadas algumas limitações, nomeadamente o tempo necessário até o início do projeto, sendo que seria possível e desejado realizar mais uma sessão onde talvez pudessem ser explorados os assuntos relacionados com a escola. Para além disso, não foi realizada uma avaliação quantitativa que, apesar de ter sido desejada e planeada, não foi realizada, exceto com as famílias dos estudos de caso, cujo dados podemos verificar mais adiante. A avaliação quantitativa seria importante para caracterizar aspetos relacionados com os efeitos da intervenção, a satisfação com os conteúdos, a importância, a perceção sobre o grupo e sua integração, a perceção sobre as mediadoras, a existência ou não de mudanças ao nível de ideias e comportamentos, sentimento de capacitação na gestão dos comportamentos dos filhos, entre outros.

Sendo o trabalho com as famílias um dos pilares essenciais na atuação do psicomotricista (Paixão et al., 2017; Pereira & Santos, 2017), o sentimento final com esta experiência é de aprendizagem, realização e satisfação. Apesar das limitações, foi dada uma resposta a estas famílias e foi realizado um projeto inovador no HVFX, alertando para a importância deste tipo de trabalho. Ainda, o trabalho com a médica baseou-se numa relação muito positiva e cooperante.

III.3 Grupo Terapêutico das Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Uma vivência e participação em grupo pode revelar-se mais rica para algumas crianças, com maior oportunidade de relação, onde o terapeuta adota um papel de mediador, promovendo o diálogo e facilitando os processos comunicativos (Arágon, 2009; Carvalho, Cruz & Pedro, 2017; Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012). O grupo atua como um “*ensaio*” para a experimentação de diferentes competências necessárias na relação com os outros, tais como a gestão dos limites, as competências sociais e a relação interpessoal, como também outras dificuldades e competências específicas (Carvalho, Cruz & Pedro, 2017).

De acordo com Onofre (2003), o grupo permite a vivência de um conjunto de experiências e emoções, que potenciam a regulação emocional e auxilia a criança ao nível da socialização, comunicação, iniciativa, criatividade, aprendizagem e descoberta. Apesar de ser um grupo, não devem ser esquecidos os objetivos estabelecidos a nível individual (Arágon, 2009; Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012). Em algumas situações, com base nos objetivos estabelecidos para a intervenção, pode ser necessário numa fase inicial iniciar pela intervenção individual e só depois, no caso de ser possível e benéfico, transfere-se a criança para uma intervenção em grupo (Costa, 2005; Aragón, 2009).

Ao nível da IPM, a intervenção em grupo permite desenvolver competências psicomotoras, que através de diversas atividades em grupo são igualmente trabalhadas. No contacto com pares, que ao nível das características podem ser semelhantes ou diferentes, é possível uma leitura em espelho das suas facilidades ou dificuldades, em relação aos outros. Estas podem evoluir melhor através do agir, da experimentação e do investimento corporal (Carvalho, Cruz & Pedro, 2017).

Os grupos terapêuticos são formados de acordo com os seus diagnósticos e/ou sintomas e características de cada criança, tendo sempre em atenção o seu nível de desenvolvimento (Carvalho, Cruz & Pedro, 2017). Neste caso em particular, será apresentado o trabalho desenvolvimento ao nível de um grupo terapêutico no âmbito das DAE, com crianças do 1.º Ciclo do Ensino Básico.

Como verificado anteriormente, a IPM ao nível das DAE constitui um suporte para as aprendizagens escolares, pelo que determinadas falhas ao nível do desenvolvimento psicomotor podem refletir-se ao nível da aquisição de competências complexas como a leitura, a escrita, o cálculo e o raciocínio matemático (CADIn, 2005; Fonseca, 2005). A IPM

permite trabalhar aspetos específicos envolvidos nas aprendizagens tais como a lateralidade, a noção corporal, a estruturação espaço-temporal, a praxia fina e a grafomotricidade (CADIn, 2005; Paixão et al., 2017). As suas implicações nas aprendizagens foram anteriormente descritas.

Os grupos terapêuticos podem também ter uma explicação económica e política, visto que reduzem o tempo de espera e os custos da intervenção (Nabais & Guerreiro, 2005; Johnson, Moffatt, Smith & White, 2012) e permitem dar resposta a um número alargado de crianças (Carvalho, Cruz & Pedro, 2017).

III.3.1 Caracterização do Grupo

O Grupo Terapêutico das DAE, referente ao ano letivo 2018/2019, foi constituído por cinco elementos entre os sete e os nove anos de idade, que frequentavam entre 2.º ao 4.º ano do 1.º Ciclo do Ensino Básico. O grupo de carácter fechado, não possibilitou a entrada de novos elementos durante o seu desenvolvimento.

Os objetivos do grupo envolveram: a) a reeducação das dificuldades ao nível da leitura, da ortografia e da caligrafia; b) a intervenção ao nível da autoestima, da autoconfiança e da capacidade de lidar com a frustração; c) o crescimento ao nível pessoal; d) a promoção do espírito de entreajuda e a perceção de que todos têm dificuldades específicas; e) o aumento da motivação, da autoconfiança e da capacidade de resolver problemas.

As sessões foram maioritariamente realizadas no gabinete de atendimento de Terapia da Fala, na Unidade de MFR, sendo, por vezes, utilizado o ginásio. Com lugar à quinta-feira entre as 14h e as 15h, a sua frequência foi semanal de acordo com o calendário escolar, ou seja, as interrupções respeitaram o mesmo.

O grupo dirigido pela Psicóloga Clínica e pela Terapeuta da Fala, ambas do SP, contou com a participação de duas estagiárias sendo uma no âmbito da Psicologia Clínica da Universidade Católica e a estagiária do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da FMH. Importa referir que este grupo tem decorrido todos os anos letivos no HVFX e que as estagiárias apenas foram convidadas para desenvolverem algumas atividades e para auxiliar no apoio individual às crianças. Acrescente-se que quando a estagiária ingressou o grupo, em outubro de 2018, o mesmo já tinha iniciado.

O critério de seleção dos elementos constituintes do grupo deveu-se à semelhança que apresentavam em algumas características, nomeadamente as dificuldades ao nível das aprendizagens específicas (dislexia, disortografia, disgrafia e/ou discalculia), assim

como dificuldades no comportamento social e a inibição e insegurança na relação social resultantes das dificuldades académicas.

III.3.2 Caracterização dos Elementos

Como podemos observar na Tabela 13, o grupo era constituído por dois elementos do género feminino e três elementos do género masculino. A média de idades era de nove anos, tendo três elementos essa idade, um elemento sete e outro 10. A maioria apresenta dificuldades ao nível da leitura, da escrita e ortografia, como também, ao nível da autoestima e motivação. A comorbilidade da DAE com PHDA foi também muito verificada no grupo, sendo dois elementos de tipo desatento e outros dois mistos. Em seguida, apresenta-se de forma individual e detalhada as dificuldades e a evolução de cada elemento do grupo.

Tabela 13 - Caracterização do Grupo Terapêutico DAE

Criança	B.T.	N.P.	T.S.	R. L.	M.B.
Género	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	9 anos	9 anos	7 anos	9 anos	10 anos
Ano de nascimento	27-07-2009	12-09-2009	24-04-2011	29-04-2010	20-02-2009
Diagnóstico	Dislexia Disortografia	PHDA expressão predominantemente desatento Dislexia Disortografia	PHDA de expressão mista Dislexia Disortografia Disgrafia	PHDA de expressão mista Dislexia Disortografia	PHDA expressão predominantemente desatento Dislexia Disortografia

B.T. (feminino, nove anos)

A B.T. é uma criança de fácil contacto, dócil, embora reservada e insegura. Em termos corporais, apresenta altura e peso adequado à idade, cabelos compridos e castanhos, como ainda, um estilo muito feminino. Não apresenta dificuldades ao nível da compreensão e expressão verbal. De acordo com a avaliação psicológica de janeiro de 2018, o seu perfil cognitivo instrumental está dentro dos parâmetros esperados para a sua faixa etária, contudo no domínio das aquisições académicas apresenta dislexia e disortografia.

As dificuldades descritas, com impacto relevante a nível pessoal, conduzem a baixa autoestima, fraca autoconfiança, frustração e ansiedade pelo medo de errar e de não corresponder às expectativas. A exigência que coloca em si tem conduzido a episódios de muita ansiedade e somatização.

As dificuldades ao nível da leitura e escrita conduzem a um ritmo de trabalho lento e fraca autonomia, necessitando de apoio do adulto para a sua concretização. Apesar do exposto, é empenhada e esforçada perante a dificuldade.

N.P. (feminino, nove anos)

A N.P. é uma criança empática e de fácil contacto. Em termos corporais, apresenta altura e peso adequado à idade, cabelos ondulados e castanho claro, como ainda, um estilo muito feminino com muitos detalhes. De acordo com a avaliação psicológica de abril de 2018 apresenta: compromisso moderado na linguagem expressiva através de um discurso pouco fluente e vocabulário pobre; comprometimento ligeiro na linguagem compreensiva através de dificuldades ao nível da descodificação de mensagens orais e escritas para obtenção do seu significado. Apesar do seu perfil intelectual ser mediano para a sua faixa etária, apresenta dislexia, disortografia (de grau severo), dificuldades ao nível da atenção e memória a curto prazo.

Importa referir que nas primeiras sessões em grupo foi possível observar que é uma criança silenciosa e discreta, sendo possível perceber que, por vezes, o seu pensamento não é sobre a conversa ou a tarefa que está a ser realizada no momento. Evidenciando assim as suas dificuldades ao nível da regulação da atenção.

Ao nível da escrita foi também possível observar que frequentemente gostava de embelezar os seus trabalhos com as suas canetas às cores (escrevendo uma letra de cada cor), o que fazia com que fosse frequentemente a última a terminar o trabalho, apresentando ritmo de trabalho lento e pouco produtivo. Este comportamento foi interpretado como mecanismo de defesa às suas dificuldades. Ao retirarmos as cores, foi possível verificar que a sua pega demonstrava rigidez no movimento dos dedos e dos pulsos conjuntamente com uma pressão exagerada. Aqui, a estagiária teve um papel fundamental ao longo das sessões em grupo.

T.S. (masculino, sete anos)

O T.S. é uma criança reservada e inibida, com baixa iniciativa relacional e comunicativa. Em termos corporais, apresenta um peso e altura adequado à idade, cabelos curtos, encaracolados e castanhos. Por ser o mais novo, era o mais baixo do grupo.

De acordo com a avaliação psicológica de outubro de 2018, apresenta um perfil cognitivo mediano considerando a sua faixa etária. Apresenta alterações significativas ao nível da coordenação grafo-percetivo e grafomotora, na lateralidade e na memória de trabalho (dispersão). Ao nível das aprendizagens académicas, apresenta dislexia,

disortografia e disgrafia. Manifesta cansaço fácil e baixa produtividade na realização de tarefas escolares. Do ponto de vista pessoal, é uma criança imatura com baixa autoestima e fraca autoconfiança.

Da observação realizada nas primeiras sessões do grupo, apresenta alguma oposição e rejeita em falar para o grupo, ler em voz alta e realizar atividades académicas. É totalmente dependente da ajuda do adulto. Por vezes, apresenta imaturidade no controlo dos impulsos e das brincadeiras com os outros participantes, que se relacionou sem dificuldade.

R.L. (masculino, nove anos)

O R.L. é uma criança espontânea e comunicativa. Não demonstra dificuldades ao nível da compreensão e expressão oral. Em termos corporais, é uma criança alta, magra, de cabelo curto moreno, usa óculos e apresenta-se geralmente sorridente. De acordo com a avaliação psicológica de maio de 2018, apresenta o perfil cognitivo adequado à idade, alterações ao nível da leitura e escrita que conduzem à identificação de uma dislexia e disortografia e alterações ao nível do comportamento. Apresenta dificuldade em cumprir regras, impulsividade, excesso de atividade motora e dificuldades em dormir.

Da observação inicial, são evidentes as dificuldades ao nível da autorregulação e autocontrolo, característicos da PHDA, como a realização de erros por impulsividade, quer ao nível da escrita quer ao nível da leitura. Por outro lado, é uma criança muito disponível, criativa e sem dificuldades na exposição em grupo.

M.B. (masculino, dez anos)

O M.B. é uma criança empática, de fácil contacto e comunicativa. Em termos corporais, é alto e magro, de cabelo curto moreno. Adota um estilo *cool* através de roupa desportiva e penteados idênticos aos de alguns futebolistas. É também o elemento mais velho e o elemento que participou na versão anterior do grupo.

De acordo com a avaliação psicológica de setembro de 2018, apresenta um perfil cognitivo instrumental de acordo com o esperado para a sua faixa etária, sendo que ao nível das aprendizagens académicas apresenta dislexia de grau ligeiro, disortografia de grau moderado e disgrafia de grau ligeiro.

III.3.3 Caracterização das Sessões

De um modo geral, as sessões eram constituídas por duas partes: uma parte mais teórica associada ao trabalho de mesa e uma segunda parte mais prática associada ao

movimento. O material para as sessões era disponibilizado pelo HVFX. Em todas as sessões, existiu um momento final de partilha com um pequeno lanche organizado de modo rotativo por todos os participantes do grupo (incluindo técnicos). As crianças eram também convidadas a levar um livro para ler em voz alta neste momento final.

De modo a desenvolver os objetivos, foram realizadas diversas atividades tais como: fichas específicas de dislexia, disortografia e disgrafia; provas de atenção; jogos de palavras; *quizes*; jogos de sinónimos; jogos de antónimos; atividades de divisão silábica; atividades de desenho; atividades de estimulação cognitiva; jogos de trava-línguas e atividades de decifrar códigos.

Além do auxílio às crianças durante a realização das atividades, a estagiária dinamizou atividades promotoras das competências psicomotoras, assim, durante as sessões foram planeadas e executadas 20 atividades centradas no desenvolvimento da lateralidade, noção corporal, estruturação espaço-temporal e motricidade fina. Foram também planeadas e executadas atividades ao nível do controlo respiratório e relaxamento. Em Anexo X podemos consultar alguns exemplos das atividades planificadas pela estagiária.

III.3.4 Avaliação Final

De uma forma geral, todas as crianças foram assíduas e pontuais às sessões e a relação entre todos os participantes foi bem estabelecida. Apresentaram-se colaboradores e motivados com as atividades propostas, com especial envolvimento nas atividades dinâmicas e corporais. Em seguida, será apresentada uma breve avaliação final individual, resumindo as principais evoluções e benefícios terapêuticos do grupo.

B.T. (feminino, nove anos)

No final do grupo foram evidentes melhorias ao nível da participação, autoconfiança, consciência e aceitação da dificuldade perante o grupo. A mãe chegou a identificar essas melhorias em outros contextos de vida. O seu esforço e empenho foram determinantes para estes progressos que são essenciais para minimizar e superar as dificuldades. Apesar dos resultados positivos descritos, mantém dificuldades ao nível da leitura (inversões, omissões, adições e substituições de letras e sílabas), um ritmo de trabalho inferior ao grupo etário e mantém também as dificuldades ao nível da escrita (número elevado de erros).

N.P. (feminino, nove anos)

Foram verificadas evoluções ao nível da leitura no que concerne à sua compreensão e fluência. Melhorou a caligrafia através de uma melhor execução dos movimentos e menos rigidez na pega do lápis. Do ponto de vista pessoal, foram identificadas melhorias significativas ao nível da autoconfiança. Melhorou o ritmo de trabalho, contudo mantém dificuldades ao nível da ortografia que necessita ainda de intervenção. Foram ainda identificadas melhorias significativas ao nível da autoconfiança.

T.S. (masculino, sete anos)

O T.S. assumiu o papel de “mascote” do grupo, por ser o elemento mais novo e o mais protegido e apoiado. Estabeleceu uma boa relação com os elementos do grupo em especial com a estagiária de psicologia que o apoiava de forma mais frequente. No final, foi notória evolução positiva relativamente à participação, autoconfiança e cooperação, apesar de continuarem a existirem ligeiras resistências à exposição devido ao medo de falhar e de não corresponder às expectativas. No que concerne à leitura, apresentou evoluções muito significativas, conseguindo retirar da mesma algum conteúdo. Por último, ao nível da escrita mantém as dificuldades significativas (letra irregular, muito marcada com dimensões alteradas), que carecem de intervenção específica.

R.L. (masculino, nove anos)

Foram verificadas melhorias na motivação para realizar trabalhos de âmbito académico, bem como superar as suas dificuldades. O seu comportamento foi adaptando-se ao contexto de grupo, não interrompendo de forma frequente os colegas. Ajudou também de forma frequente os outros participantes, diminuindo a frustração em momentos de espera. No que respeita à leitura, demonstrou evolução, sendo ainda necessário trabalhar ritmo e entoação. Importa ainda referir que, no final do grupo, vivenciou situações familiares perturbadoras o que conduziu a maior instabilidade emocional.

M.B. (masculino, dez anos)

Embora o M.B. já tenha estado inserido no grupo no ano letivo anterior, a sua atitude foi sempre de disponibilidade, solidariedade com os colegas e colaboração. Assumiu o papel de líder, pois os outros elementos do género masculino iam ao seu encontro frequente para brincadeiras, inclusive o T.S. Do ponto de vista pessoal, teve um maior período de tristeza por lhe terem sido retiradas as medidas de apoio na escola, face ao aparecimento do novo decreto-lei, o que conduziu a um decréscimo muito significativo nos seus resultados escolares, que passaram a níveis insuficientes. Após a articulação entre a

Psicóloga a escola, a situação foi alterada e o M.B. voltou a ter os resultados positivos que desejava. O M.B. manteve o seu desempenho ao longo do grupo.

III.3.5 Reflexão Pessoal

Enquanto estagiária, a participação no grupo permitiu-me: realizar acompanhamentos mais próximos e personalizados; criar, organizar e implementar atividades com vista à promoção de competências psicomotoras; trabalhar em conjunto com profissionais de outras áreas como a Psicologia e a Terapia da Fala, e promover a IPM como uma resposta necessária, motivadora e complementar na intervenção e avaliação com crianças com DAE.

Durante a realização das atividades propostas por mim, foi evidente a motivação e envolvimento das crianças, como também o surgimento de algumas dificuldades específicas em termos de noção corporal, lateralidade, estruturação espaço-temporal e praxia fina.

Foram identificadas algumas limitações como: não participar no grupo desde a primeira sessão, por este ter iniciado antes do estágio; a não participação no processo de avaliação e a não realização de encontros entre os técnicos para refletirem sobre os casos de forma individual.

O sentimento final é de aprendizagem, partilha e realização. O grupo mostrou ser uma experiência enriquecedora para as crianças que sempre demonstraram empenho e participação nas atividades propostas. Foi muito gratificante observar as suas evoluções comportamentais e emocionais de cada criança, assim como, pensar nas formas e estratégias de superar as dificuldades.

III.4 2.º Congresso Nacional PHDA

O 2.º Congresso Nacional de PHDA, subordinado ao tema “A PHDA ao longo da vida”, organizado pela Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção (SPDA) em parceria com o Departamento de Psicologia da Educação e Educação Especial do Instituto de Educação da Universidade do Minho, teve lugar no dia 10 e 11 de outubro de 2019.

Foi possível refletir sobre o impacto desta perturbação ao longo da vida, a sua neuroanatomia e implicações práticas, as formas de explicar o comportamento destes indivíduos, o impacto dos acontecimentos de vida, a desregulação emocional, a eficácia e segurança dos fármacos, as recomendações para as intervenções não farmacológicas, a responsabilidade penal, a comorbilidades com a epilepsia, entre muitos outros temas.

III.5 Workshop: Intervir para Prevenir

No âmbito do 2.º Congresso Nacional de PHDA, no dia 11 de outubro de 2019, foi possível participar no workshop prático *Intervir para prevenir: O Programa Anos Incríveis na intervenção precoce familiar perante os primeiros sinais da PHDA*, realizado pela Dra. Andreia Azevedo e Dra. Tatiana Homem.

Durante o mesmo, foram abordados o modelo teórico e as componentes nucleares do programa. Foi descrita a sua estrutura, os objetivos específicos de cada sessão, os recursos humanos e materiais necessários, o público-alvo e a cronologia. Foram ainda descritas metodologias utilizadas com as famílias, como por exemplo a visualização de vídeos exemplo, a realização de *role play*, o envio de atividades para cada e a partilha de material de apoio. Por último, remetendo ao tema do congresso, foram abordadas as vantagens e potencialidades do programa nas famílias de crianças com PHDA, como ainda foi demonstrada a evidência da eficácia do programa. Os exercícios práticos permitiram vivenciar algumas das dinâmicas realizadas com as famílias.

III.6 1º Encontro Internacional Mente, Cérebro e Educação

No âmbito do Projeto *Mind, Brain and Education: A School-University Partnership*, surgiu o 1.º Encontro Internacional Mente, Cérebro e Educação, numa organização conjunta entre o Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e a Escola Secundária António Damásio do Agrupamento de Escola de Santa Maria dos Olivais.

No encontro foi disponibilizada uma ampla gama de tópicos, com foco nos processos de aprendizagem e na interligação entre as Neurociências, a Psicologia e as Ciências da Educação. Pretendeu ser um contributo no trabalho emergente de translação do conhecimento científico e dirigiu-se a todas as pessoas que desejassem atualizar o saber sobre o neurodesenvolvimento e a aprendizagem, desde Educadores de Infância, Professores do Ensino Básico e Secundário, Psicólogos, Terapeutas e famílias.

III.7 II Jornadas Científicas de Psicomotricidade

As II Jornadas Científicas de Psicomotricidade com o título *A medicação em psicomotricidade da vinculação à exploração*, teve lugar na FMH entre os dias 12 e 13 de abril de 2019.

O evento tinha como objetivo abordar as particularidades metodológicas e a eficácia relacional na mediação em processos (re)educativos e/ou terapêuticos, como também abordar este tema em termos de perspetivas de desenvolvimento e de afirmação

profissional, contando com a presença de especialistas de dimensão universitária, Europeus e Sul-Americanos, com perfil muito relevante no estudo da mediação e intervenção em Psicomotricidade, focando também aspetos da supervisão e formação dos psicomotricistas.

III.8 Dia do Paciente PHDA

Por último, no dia 28 de abril de 2019, a Sociedade Portuguesa de Défice de Atenção em colaboração com a Local Organizing Committee do 7.º World Congress on ADHD, realizou o evento *Dia do Paciente PHDA*.

Deste modo, o evento iniciou-se com a presença do Dr. Guilherme Polanczyk, Psiquiatra no Brasil, que abordou o diagnóstico e características na PHDA, o Dr. César Soutullo, Pedopsiquiatra em Espanha, abordou o tema da medicação, o Dr. Eugénio Grevet, Psiquiatra no Brasil, abordou a PHDA na idade adulta; também houve a participação de nomes portugueses, como o Dr. Carlos Filipe, a Dra. Ana Rodrigues, a Dra. M^a João Santos e o Dr. André Ponte. O evento terminou com um momento de *Pergunte aos Peritos* onde as famílias puderam colocar questões de uma forma livre e espontânea.

Esta foi uma oportunidade de aprendizagem, interação e partilha sobre o trabalho com estas famílias.

Conclusão

A vontade de aprofundar os conhecimentos e de promover o meu crescimento profissional e pessoal conduziu-me à candidatura ao Mestrado de Reabilitação Psicomotora. Realizá-lo, proporcionou-me novas vivências, aprendizagens e conquistas que juntas culminaram numa experiência enriquecedora e gratificante, indo ao encontro dos meus objetivos profissionais e pessoais.

As unidades curriculares realizadas durante o primeiro ciclo de estudos, permitiram a aquisição de conhecimentos específicos no âmbito da prática clínica nos domínios de avaliação e intervenção em diversas populações como, por exemplo, a PHDA e as DAE.

A realização do estágio no HVFX permitiu o aprofundamento de competências ao nível da intervenção e avaliação psicomotora, estruturação de planos de intervenção de acordo com as características e necessidades individuais de cada criança e família e a coordenação de projetos de apoio familiar. As aprendizagens foram resultado não só do contacto com as crianças e respetivas famílias, mas também pelo trabalho desenvolvido em conjunto com a Dra. Ana Peres e a equipa do SP.

Sendo este um estágio autoproposto, considero que colocou ainda mais à prova o desenvolvimento de competências ao nível do relacionamento interpessoal, proatividade, comunicação, adaptabilidade e resiliência. Ao nível do relacionamento interpessoal, existiu a preocupação em desenvolver um bom relacionamento interpessoal, a criação de laços afetivos, empatia pelos colegas, colaborar coletivamente com os projetos existentes e minimizar conflitos. Ao nível da proatividade, foi estimulado o colocar em prática, a responsabilidade de planear, o foco e capacidade analítica para tomar decisões e alcançar objetivos. Ao nível da comunicação assertiva, existiu a preocupação relacionada com a expressão direta e clara e o envio de mensagens bem entendidas pelos colegas e clientes. Ao nível das competências de adaptabilidade, foi estimulada a capacidade de me adaptar de acordo com as necessidades, situações e circunstâncias. Por último, ao nível da resiliência foi estimulada a capacidade de resolver problemas, adaptar-me a mudanças, superar obstáculos e resistir à pressão de situações adversas, encontrando soluções e estratégias para enfrentar e superar as adversidades.

Considerando que atualmente os psicomotricistas enfrentam desafios, no reconhecimento e valorização da sua profissão, tomei a decisão de realizar um estágio autoproposto de modo a divulgar e mostrar o trabalho por nós desenvolvido, como também dar a conhecer a forma como pensamos o corpo e a ação, o indivíduo e os seus contextos.

Sendo o HVFX um hospital de Grupo 1, o objetivo final foi que os médicos pediatras de desenvolvimento tivessem conhecimento da IPM, para que a considerem como uma opção terapêutica com diversos benefícios no momento de encaminhar a criança aos serviços da comunidade.

Por fim, considerando que esta profissão requer atualização de conhecimentos, formação contínua e novas aprendizagens, de modo a fazer o melhor, com base em conhecimento científico e evidência, de futuro é meu objetivo continuar a aprofundar as minhas competências profissionais no âmbito das PND e intervenção com as famílias.

Bibliografia

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. & Ribeiro dos Santos, M. (2000) *Avaliação de Intervenções de Educação Parental: relatório*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Retirado a 1 de setembro de 2020 em https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=44610
- Alexandrine, S. & Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. Retirado em 16 de março de 2020 em <https://www.researchgate.net/publication/323280120>.
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (Fifth ed.)*. Washington (DC): American Psychiatric Association.
- Amorim, N. (2017). O meu filho precisa de pisco...psico...psicomotricidade – Intervenção Psicomotora. Retirado em 25 de março de 2020 de <https://estrelaseouricos.sapo.pt/temas/pedagogia/intervencao-psicomotora-16314.html>
- Antunes, N., Rodrigues, A. & Jesus, G. (2018). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção*. In Antunes, N. (2018) *Sentidos* (1^o ed.). Alfragide: Editora Lua de Papel.
- Antunes, R. (2019). Diagnóstico, Avaliação e Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: O Papel do Psicólogo. *Gazeta Médica*, 2 (6), 104-108.
- Antunes, S. & Martins, L. (2007). A Psicomotricidade no Centro de Desenvolvimento Infantil – Estimulopraxis. *A Psicomotricidade*, 9, 49-55.
- Aragón, M. (2009). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], (2012). *Psicomotricidade Práticas Profissionais*. Cruz Quebrada: Associação Portuguesa de Psicomotricidade.
- Barkley, R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3^a ed.). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. (2013). *Taking Charge of ADHD: The Complete, Authoritative Guide for Parents*. New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. (2016). *Managing ADHD In School: The Best Evidence-Based Methods for Teachers*. PESI Publishing & Media.
- Boscaini, F. (2003). O desenvolvimento psico-corporal e o papel da Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 20-26.
- Boscaini, F. (2012). Uma semiologia psicomotora para um diagnóstico e uma intervenção específica. *Psicomotricidade: Abordagens emergentes*. Brasil: Manole.
- CADIn. (2005). A Psicomotricidade no Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil – CADIn. *A Psicomotricidade*, 5, 77-86.
- Castellanos, F. & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in AHDA: beyond the prefrontal-striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*, 16 (1), 17-26.
- Castellanos, F., Sonuga-Barke, E., Milham, M. & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: beyond Executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10 (3), 117-123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.01.011>
- Coelho, D. (2019). *Dificuldades de aprendizagem específicas*. 4^o edição. Areal Editores

- Correia, M. (2008). *Dificuldades de aprendizagem específicas: Contributos para uma definição portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Costa, J. (2005). *Dinâmica de grupo em Psicomotricidade de base relacional*. In Vidigal, M. (Ed.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes*, 273-296. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2008). *Um olhar sobre a criança: Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, M. (2005). *Dicionário de termos médicos*. Porto: Porto Editora.
- Coutinho, M. (2004) Apoio à família e formação parental. *Análise Psicológica*, 1(XXII), 55-64.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas*. Lisboa: Lidel.
- D´Souza, H., & Karmiloff-Smith, A. (2016). *Neurodevelopmental disorders*. *Wires Cognitive Science*, 8. DOI: [10.1002/wcs.1398](https://doi.org/10.1002/wcs.1398)
- Dinis, A., Alves, V., Silva, A., Rebocho, C., Sarreira, T. & Santos, S. (2017). A avaliação psicomotora em Portugal: Uma revisão sistemática. *A Psicomotricidade*, 20, 149-178.
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2012). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa Nacional*. Retirado a 23 de março de 2020 em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/consulta-publica-programa-nacional-de-saude-infantil-e-juvenil-jpg.aspx>.
- Feuillerat, B. (2005). Papel do Psicomotricista e apresentação da experiência profissional e pluridisciplinar em neurologia infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 65-72.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade Perspetivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora – estudos de casos*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2017). *Neuropsicomotricidade – ensaio sobre as relações corpo-motricidade-cérebro-mente*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. & Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.
- Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP]. (2012). *Psychomotrician Professional Competences In Europe*. Retirado a 8 de setembro de 2020 em https://psychomot.org/documentsinventory/professional_competences_2012.pdf
- Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP]. (2012). *Psychomotrician Professional Competences In Europe*. Retirado a 8 de setembro de 2020 em https://psychomot.org/documentsinventory/professional_competences_2012.pdf
- Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP]. (2017). Glossary. Retirado a 8 de setembro de 2020 em <https://psychomot.org/wp-content/uploads/2017/03/Final-Glossary-Psychomotor-Paradigm-2016.pdf>
- Garcia, F. (2015). *A Perturbação de Défice de Atenção e Hiperatividade – Orientações diagnósticas*. In Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento - Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel.

- Gioia, G., Isquith, P., Guy, S. & Kenworth, L. (2020). BRIEF®: Behavior Rating Inventory of Executive Function®. Retirado a 4 de abril de 2020 em <https://www.parinc.com/Products/Pkey/23>
- Gomes, M. (2017). *Avaliação ecológica do funcionamento executivo na infância: estudo das propriedades métricas de um inventário de avaliação das funções executivas em crianças e jovens dos 5 aos 11 anos*. Universidade de Lisboa. Retirado a 1 de setembro de <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/1415>
- Gouveia, L., Alves, P. & Teixeira, S. (2008). Comunicação, linguagem e fala – o papel da terapia na interação social. *Revista Diversidades*, 6 (22), 14-18.
- Graziano, P. & Garcia, A. (2016) Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106-123. DOI: [10.1016/j.cpr.2016.04.011](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011)
- Guimarães, S., Frazão, A., Melo, M., Duarte, S., & Toledo, S. (2016). O corpo do psicomotricista: do corpo agido e vivido ao corpo relacional e terapêutico. *A Psicomotricidade*, 19, 47-65.
- Heleno, A., Fernandes, F., Azevedo, G., Silva, M., Pratas, M. & Santos, S. (2017). *A Intervenção Psicomotora em Portugal: Revisão Sistemática*. *A Psicomotricidade*, 20, 115-148.
- Horta, J. (2012). Avaliação e Intervenção na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) – Apresentação de um caso clínico. *A Psicomotricidade*, 15, 69-84.
- Hospital de Vila Franca de Xira [HVFX]. (2017a). O Hospital. Retirado a 14 de novembro de 2018 de <http://www.hospitalvilafrancadexira.pt/o-hospital/o-hospital>
- Hospital de Vila Franca de Xira [HVFX]. (2017b). Regulamento Interno. Retirado a 14 de novembro de 2018 de <http://www.hospitalvilafrancadexira.pt/o-hospital/orgaos-sociais-e-equipa-de-gestao>
- Hospital de Vila Franca de Xira [HVFX]. (2018). Relatório Anual Sobre o Acesso a Cuidados de Saúde. Retirado a 22 de julho de 2020 de <https://www.hospitalvilafrancadexira.pt/hospital/indicadores-e-estatisticas>
- Ismail, F. & Shapiro, B. (2019). What are neurodevelopmental disorders? *Current Opinion in Neurology*, 32 (4), 611-661. DOI: [10.1097/WCO.0000000000000710](https://doi.org/10.1097/WCO.0000000000000710)
- Jardim, N. & Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention on Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 3(1), 53-60. <http://doi.org/10.17352/2455-5487.000036>
- Carvalho, J., Cruz, S. & Pedro, I. (2017). *A experiência de um grupo terapêutico de crianças em contexto hospitalar. Quando agir é o melhor remédio!. A Psicomotricidade no Século XXI – Respostas inovadoras para desafios emergentes*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Johnson, N., Moffatt, J., Smith, J., & White, C. (2012). *A Guide to Early Intervention Group Therapy*. Maple Ridge: Ridge Meadows Child Development Centre Society.
- Leitão, A., Lombo, C., & Ferreira, C. (2008). *O contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais*. *Revista Diversidades*, 22, 21-4.
- Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento – Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel.

- Lima, C. & Baptista, M. (2015). *As Perturbações do Neurodesenvolvimento Generalidades*. In Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento - Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel.
- Lontro, F. (2006). A Psicomotricidade na unidade de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Hospital José Joaquim Fernandes, Beja. *A Psicomotricidade*, 8, 89-94.
- Martins, M. (2000). Importância dos aspetos sócio relacionais em jovens com deficiência mental em fase de transição para a vida activa. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7 (1), 99-120.
- Martins, R. (2001). *Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional*. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa, Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Martins, R. (2008). A Criança Hiperativa e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico e Terapêutico. *Revista Diversidades*, 21, 19-29.
- Matos, P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil – conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), 669-676.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Revista Psilogos*, 1 (1), 85 – 95.
- Melo, B., Trigueiro, M. & Rodrigues, T. (2018) Systematic overview of neuroanatomical differences in ADHD: Definitive evidence. *Developmental Neuropsychology*, 43(1), 52-68. DOI: <https://doi.org/10.1080/87565641.2017.1414821>
- Morais, A., Novais, R. & Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal Continental. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- Nabais, A. & Guerreiro, E. (2005). *A intervenção psicoterapêutica de grupo com crianças no período de latência*. In Vidigal, M. (Ed.). *Intervenção Terapêutica em grupos de crianças e Adolescentes*, 215-236. Lisboa: Trilhos Editora.
- Naglieri, J. (1997). *Cognitive Assessment System: Interpretive Handbook*. Itasca: Illinois: Riverside Publishing.
- Naia, A. & Martins, R. (2006). Psicomotricidade na instabilidade psicomotora – um caso clínico. *A Psicomotricidade*, 7, 39-53.
- Nascimento, C. (2015). Atraso do Desenvolvimento Psicomotor/Perturbação do Desenvolvimento Intelectual. In Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento - Manual de orientações diagnósticas e estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel;
- Neto, A. (2014). *Hiperatividade e Défice de Atenção -as respostas que pais e professores procuram*. Lisboa: Verso da Kapa.
- Nishanimut, S. & Padakannaya, P. (2014) Cognitive Assessment System (CAS): A Review. *Psychological Studies*, 59, 345-350. DOI: 10.1007/s12646-014-0253-y.
- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora [NRMRP] (2018). Faculdade de Motricidade Humana. Retirado a 11 de setembro de : <http://www.fmh.ulisboa.pt/pt/doc/2o-ciclo/dr-1/reabilitacao-psicomotora-1/2862-normas-regulamentares-do-mestrado-em-reabilitac-a-o-psicomotora/file>
- Oliveira, G. (2011) A Pediatria do Neurodesenvolvimento, o que é?. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Retirado a 16 de março de 2020 em <http://www.spnd-spp.com/sitegest.asp?pageNumber=2&serviceID=33&categoryID=&groupID=35&languageID=1&galleryID=>

- Oliveira, G., Duque, F., Duarte, C., Melo, F., Teles, L., Brito, M., Vale, M., Guimarães, M. & Gouveia, R. (2012). A pediatria do Neurodesenvolvimento. Levantamento nacional de recursos e necessidades. Retirado a 16 de março de 2020 em <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1427>
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal...na Psicomotricidade da criança – Um ensaio para uma estratégia de intervenção educo-terapêutica para que a criança comece a adquirir noção da sociabilidade, da criatividade e da aprendizagem em grupo. *A psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Paasche, C.; Gorrill, L. & Storm, B. (2009). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais em Contexto de Educação de Infância*. Porto: Porto Editora.
- Parenti, I., Rabaneda, L., Schoen, H & Novarino, G. (2020). Neurodevelopmental Disorders: From Genetics to Functional Pathways. *Trends in Neurociences*, 43, 608-621. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tins.2020.05.004>
- Pereira, D. & Santos, S (2017b) A Intervenção Psicomotoras por Terras de Moçambique: Crianças com Paralisia Cerebral e Jovens com Dificuldades Intelectuais, Uma realidade escondida. In Martins, R & Simões, C. (Eds.), *A psicomotricidade no século XXI – respostas inovadoras para desafios* (pp. 25-40). Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.
- Pereira, D. & Santos, S. (2017a). As atitudes face à população com DID no bairro de Mahotas, Maputo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 80-101.
- Peres, A. (2020, 9 de fevereiro). Entrevista sobre o Serviço de Pediatria e a Consulta de Desenvolvimento no Hospital de Vila Franca de Xira. Entrevistado por Joana Veríssimo. Cópia por escrito na posse do autor.
- Pintalhão, I., Penetra, J. & Batista, J. (2019). Prática de ioga como terapia complementar ou alternativa em crianças e adolescentes com perturbação de hiperatividade e défice de atenção: uma revisão baseada na evidência. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar*, 35, 127-135. DOI:
- Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 677-687.
- Pinto, M. (2020). Pediatria do Neurodesenvolvimento. Retirado em 21 de julho de 2020 de https://diferencas.net/?page_id=653.
- Portaria n.º 82/2014. Ministério da Saúde. Diário da República, Série I, n.º 71 – 10 de abril de 2014, 2364 – 2366. Retirado a 1 de setembro em <https://dre.pt/application/conteudo/25343991>
- Ribeiro, I., Cruz-Santos, A., Miranda-Correia, L. (2012). *Avaliação das funções executivas através o inventário BRIF (versão portuguesa)*. Encontro Revista de Psicologia, Vol. 15, Nº 22, Universidade do Minho. Retirado a 1 de setembro de https://www.researchgate.net/publication/288670402_Avaliacao_das_funcoes_executivas_atraves_do_inventario_BRIEF_versao_portugue
- Rodrigues, A. (2000). *Tradução e adaptação da Escala de Connors pais - Versão Revista (Forma Completa) e Escala de Connors para Professores - Versão Revista (Forma Completa) de Keith Connors, 1997*. Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana.
- Rodrigues, A. (2005). Contributos para a utilização das Escalas de Connors Revistas (1997) no processo de avaliação da PHDA (Parte I). *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 2 (12), 71-95.

- Rodrigues, A. & Antunes, N. (2014). *Mais forte do que eu!*. Alfragide: Lua de Papel.
- Rodrigues, A. & Morato, P. (2001). Expressão Motora e Instabilidade: Análise Multidimensional da Expressão Motora de Crianças Instáveis de 7 e 8 anos em Situação Escolar. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*, (pp. 79-93). Lisboa: FMH Edições.
- Rodrigues, A., Leitão, A., Ernst, L., Correia, C. e Maia, T. (2015). *ICAFE – C Inventário Comportamental de Avaliação das Funções Executivas em Crianças – Versão para Pais*. Faculdade Motricidade Humana - Universidade Lisboa. (documento não publicado).
- Santos, S. (2017). Psychomotor Therapy and Intellectual Disability in Portugal: from 0 to 100... *International Journal of Psychology Neuroscience*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Santos, S. & Morato, P. (2012a). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento Adaptativo Dez anos depois*, (pp. 101-120). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S. & Morato, P. (2012b). A Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa. In S. Santos & P. Morato (Ed.), *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois*, (pp. 83 – 100). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Serviço Nacional de Saúde [SNS]. (2016). Rede Nacional de Especialização Hospitalar e de Referência Materna, da Criança e do Adolescente. Retirado em 21 de julho de 2020 em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/Saúde-Materna-da-Criança-e-do-Adolescente.pdf>.
- Silva, R., Corujeira, S., Melo, A., Almeida, P., Viana, V. & Guardiano, M. (2015). Avaliação do Stress Parental em Mães de Crianças com Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 299-304.
- Simões, C. & Santos, S. (2014). Cross-Cultura Adaptation, Validity and Reliability of the Escala Pessoal de Resultados. *Social Indicators Research*, 119(2), 1065-1077.
- Sociedade Portuguesa do Neurodesenvolvimento [SPND]. (s.d.). Geral. Retirado em 25 de março de 2020 de <http://www.spnd-spp.com>.
- Stralen, J. (2016). Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8, 175-187. DOI: [10.1007/s12402-016-0199-0](https://doi.org/10.1007/s12402-016-0199-0)
- Tan, A., Delgaty, L., Steward, K. & Bunner, M. (2018). Performance-based measures and behavioral ratings of Executive Functions in diagnosing Attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 10 (4), 309-316. DOI: [10.1007/s12402-018-0256-y](https://doi.org/10.1007/s12402-018-0256-y)
- Thapar, A., Cooper, M. & Rutter, M. (2017). *Neurodevelopmental disorders*. *Lancet Psychiatry*. 4(4), 339-346. DOI:10.1016/S2215-0366(16)30376-5.

Anexo

Anexo A Modelo de Atendimento Consulta de Desenvolvimento

A Figura A1 visa descrever o modelo de atendimento da CD no HVFX. Neste sentido, a primeira coluna refere-se aos possíveis meios para a realização do pedido de CD e a última coluna refere-se às etapas e procedimentos desta consulta.

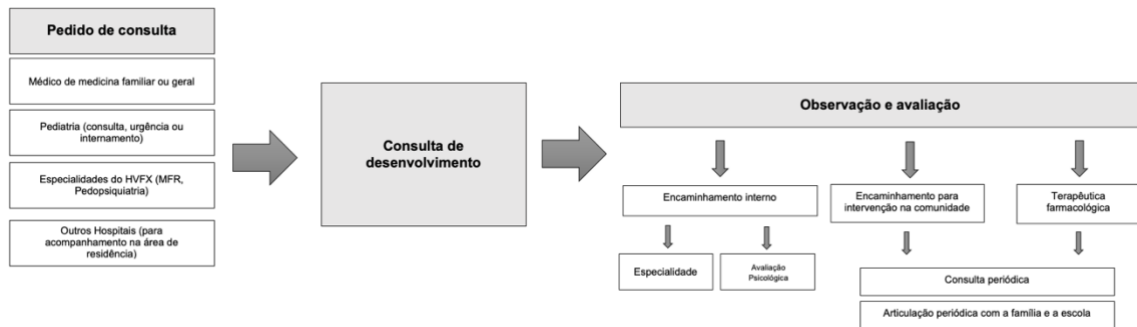


Figura A 1 - Modelo de Atendimento da CD no HVFX

Anexo B Gabinetes de Atendimento



Figura B 1 - Gabinete de atendimento CD



Figura B 2 - Gabinete de Atendimento SP

Anexo C Carta ao Diretor Clínico do HVFX

Exmo. Senhor Doutor Mário Paiva
Diretor Clínico – Pediatria
Hospital de Vila Franca de Xira

Assunto: Estágio autoproposto no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana

O meu nome é Joana Veríssimo, sou estudante do Mestrado em Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana (Universidade de Lisboa) e trabalho como Psicomotricista no Instituto do Cérebro em Alenquer, onde a responsável clínica é a Dr.^a Sofia Carvalho. Atualmente realizo Intervenção Psicomotora com pacientes da Dr.^a Ana Peres, os seus relatórios têm merecido a minha atenção e consideração na elaboração dos planos, objetivos e estratégias de intervenção.

No decorrente ano letivo, encontro-me a concluir o primeiro ano de unidades curriculares e no próximo ano letivo, 2018/2019, devo realizar estágio para aprofundamento de competências profissionais.

Devido a esta relação já estabelecida, entre as intervenções que medio e as avaliações realizadas pelo Hospital de Vila Franca de Xira, venho por este meio manifestar o meu interesse em propor ao Hospital e à faculdade um *estágio autoproposto* no âmbito das perturbações do desenvolvimento e aprendizagem. Resumidamente, gostaria de acompanhar os processos de avaliação e acompanhamento destas crianças realizados pela equipa de pediatria do Hospital de Vila Franca de Xira para, posteriormente, escolher um ou dois casos para o estudo dos benefícios da Intervenção Psicomotora.

Para a faculdade analisar a proposta tenho de entregar a mesma até ao final do mês, juntamente com a identificação da instituição de acolhimento de estágio, a aceitação por parte do responsável da mesma e, ainda, a indicação do orientador local. Juntamente com esta carta envio as *Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora* para consulta. A Secção I, que inicia na página 6 e termina na 14, aborda os artigos da Unidade Curricular de Atividade de Aprofundamento de Competências Profissionais (estágio).

Posto isto, e de modo a entregar a proposta à faculdade, gostaria de saber se valida a hipótese de realização do estágio aqui exposto, bem como, a indicação do/a orientador/a local.

Ao dispor para qualquer questão adicional.

Grata pela atenção.

Cordeais cumprimentos,
Joana Veríssimo

Anexo D Carta de Aceitação



AO
Coordenação de Estágio
Mestrado em Reabilitação Psicomotora
Faculdade de Motricidade Humana
Universidade de Lisboa

Vila Franca de Xira, 25 de Maio de 2018

Carta de Aceitação

Mediante o contacto por parte da estudante do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, Joana Filipa Campos Veríssimo, o Hospital de Vila Franca de Xira vem por este meio informar que está disponível para receber a estudante com vista à realização de estágio curricular na nossa Instituição. O estágio tem como objetivo a obtenção do grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais.

Deste modo, o Hospital de Vila Franca de Xira, compromete-se a orientar a estagiária ao longo do período necessário para a realização do referido estágio.

O Estágio iniciar-se-á a 1 de Outubro de 2018, Julho de 2019 (total de 274 horas), em 21 horas semanais.

Indicamos ainda que o/a orientador/a local será a Dr^a Ana Peres, Pediatra do Desenvolvimento do nosso Serviço.

O Director de Serviço de Pediatria

Mário Paiva

Anexo E Proposta à Coordenação de Estágio do Mestrado em Reabilitação Psicomotora

Coordenação de Estágio
Mestrado em Reabilitação Psicomotora
Faculdade de Motricidade Humana
Universidade de Lisboa

Assunto: Estágio Autoproposto

Eu, Joana Filipa Campos Veríssimo, aluna do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, venho por este meio apresentar o meu interesse em realizar o estágio curricular, do segundo ano, no Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX).

Como é do conhecimento da Coordenação de Estágio, no meu local de trabalho atual – Instituto do Cérebro -, realizo Intervenção Psicomotora com pacientes da Dr.ª Ana Peres, Pediatra do Desenvolvimento, do HVFX. Os seus relatórios têm merecido a minha atenção e consideração na elaboração dos planos, objetivos e estratégias de intervenção. Devido a esta relação já estabelecida, entre as intervenções que medio e as avaliações realizadas pelo HVFX, nasceu em mim uma motivação para realizar estágio autoproposto, no âmbito das perturbações do desenvolvimento e aprendizagem, com crianças e adolescentes, no HVFX.

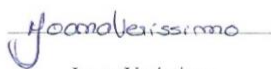
O HVFX é um hospital público que, desde 1 de junho de 2011, é gerido através de um modelo de parceria entre o Estado Português e o Grupo José de Mello Saúde. Atualmente, é um hospital geral e distrital que possui valências básicas, intermédias e diferenciadas, em regime de internamento e ambulatório, integrando a prestação de cuidados urgentes classificados como médico-cirúrgicos. O HVFX dispõe de meios complementares de diagnóstico e tratamento (designados de exames, análises e tratamentos) de apoio às diversas especialidades médicas e cirúrgicas, realizando todos os exames, análises ou tratamentos necessários.

Uma das especialidades é a pediatria, especialidade médica que acompanha o desenvolvimento de crianças e adolescentes, vigia o seu estado de saúde e diagnostica e trata das suas doenças. O responsável clínico é o Dr. Mário Paiva.

Atualmente, no HVFX não existe psicomotricista. Posto isto, considero que o estágio aqui exposto é de extrema importância na divulgação do papel do Psicomotricista nos serviços prestados a utentes em contexto hospitalar, na clarificação das funções que desempenhamos, e ainda, na relevância da nossa integração nas equipas multidisciplinares. Tudo isto com vista à afirmação e reconhecimento da nossa profissão de modo a ajudar futuros profissionais.

Em anexo envio uma Carta de Aceitação do Hospital que demonstra a disponibilidade em me receber como estagiária.

Grata pela atenção.



Joana Veríssimo

25/5/2018

Anexo F Lista de Crianças Observadas em Consulta

As tabelas que se seguem visam apresentar a lista de crianças observadas em consulta, nomeadamente: Tabela F 1 – Lista de crianças observadas em CD; Tabela F 2 – Lista de crianças observadas em consulta de Psicologia Clínica; Tabela F 3 – Lista de crianças observadas em consulta de Fisiatria, e; Tabela F 4 – Lista de crianças observadas em consulta de Terapia da Fala. Todas as observações foram realizadas em contexto pediátrico.

Tabela F 1 - Lista de crianças observadas em Consulta de Desenvolvimento

Nº	Criança	Género	Idade	Diagnóstico / Característica	Objetivo da consulta	Observações / assuntos abordados
1	T.M.	M	3A	Prematuridade	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Encaminhamento interno MFR devido a deslocamento do pescoço
2	E.S.	M	5A	PEA (Perturbação do Espectro do Autismo)	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Risperidona®).	Aconselhamento ao nível da alimentação
3	R.T.	M	3A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Criança acompanhada na UPI (Unidade da Primeira Infância do Hospital Dona Estefânia)
4	G.S.	M	9A	PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
5	T.S.	M	14A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Opções académicas (cursos técnico-profissionais)
6	P.V.	M	15A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Alteração da terapêutica farmacológica (Risperidona® para Concerta®).	Desempenho académico
7	D.S.	M	12A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Desempenho académico
8	B.F.	F	6A	PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico

9	J.G.	M	6A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da alimentação e gestão de comportamentos
10	V.T.	F	1A	-	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento interno: MFR devido a atraso na aquisição da marcha
11	P.L.	M	6A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Alteração da terapêutica farmacológica (Risperidona®); Análise aos apoios na comunidade.	Comportamentos agressivos; falta de regras; dificuldades em dormir
12	Y.M.	F	4A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Tempo de ecrã e utilização das tecnologias
13	L.M.	F	5A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da alimentação e gestão de comportamentos
14	A.R.	M	12A	DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Concerta®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
15	J.H.	M	14A	PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Concerta®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
16	T.P.	M	16A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Queixas relativamente a maneirismos que se estão a agravar e comportamentos os compulsivos
17	S.M.	M	7A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível gestão de comportamentos
18	B.M.	M	3A	Síndrome de West	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Aconselhamento ao nível da promoção do desenvolvimento psicomotor

19	D.A.	M	10A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
20	G.S.	M	9A	DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Parassonia
21	B.W.	M	1A	ADPM (Atraso no desenvolvimento psicomotor)	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Encaminhamento Interno: Neuropediatria
22	M.L.	M	11A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Risperidona® e Rubifen®).	Desempenho académico e aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
23	J.H.	M	16A	PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Concerta®).	Vacina do HPV
24	G.S.	M	6A	Mutismo seletivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Encaminhamento Interno: Avaliação Psicológica
25	G.M.	M	3A	Atraso na aquisição da linguagem	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos exames de otorrino; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento Interno: Cirurgia (Devido a perda auditiva acentuada)
26	D.S.	M	6A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Orientações para a escola
27	M.M.	F	11A	DID PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Foi dada alta, seguimento apenas por médico de família
28	S.C.	F	8A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Risperidona® e Rubifen®).	Desempenho académico e aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos

29	M.F.	F	11A	DID PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Partilha de estratégias de organização para trabalhos de casa e para realizar tarefas domésticas
30	F.T.	M	12M	ADPM Hipotonia dos membros inferiores	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Encaminhamento interno: MFR (Criança fez fototerapia que pode conduzir a PC (Paralisia Cerebral))
31	D.G.	F	12A	DID PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Caso CPCJ (devido a um episódio de maus tratos a animais é ponderada a passagem para pedopsiquiatria)
32	A.S.	M	11A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Criança institucionalizada Encaminhamento interno: MFR
33	L.C.	F	2A	-	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Criança acompanhada na UPI Encaminhamento interno: Terapia da Fala
34	A.S.	M	13A	PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
35	M.F.	F	5A	PL	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança. Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
36	D.L.	M	11A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Concerta®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
37	T.V.	M	11A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Tempo de ecrã e utilização de tecnologias Desempenho académico

38	D.A.	F	9A	DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Desempenho acadêmico
39	C.T.	F	9A	Prematuridade Défice auditivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Desempenho acadêmico
40	T.S.	M	16A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Comportamentos de ansiedade e gaguez que por vezes afeta a sua autoestima
41	B.N.	M	7 A	DID PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Dificuldades ao nível do sono Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
42	R.C.	M	7A	PC	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Perda de dentição precoce
43	M.B.	F	8A	PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Dificuldades ao nível do sono Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
44	D.R.	M	7A	Prematuridade	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento interno: Avaliação Psicológica
45	R.J.	M	7A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da alimentação (criança com excesso de peso)
46	T.P.	M	6A	Dificuldades ao nível da linguagem	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Situações decorridas na escola, comportamento com os colegas
47	A.A.	M	6A	Prematuridade Dificuldades ao nível da linguagem	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho acadêmico
48	B.S.	F	5A	ADPM Hipotireoidismo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Família com dificuldades em colocar filha na escola, não está a ser aceite.

49	F.A.	M	6A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
50	R.S.	F	1A	-	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Família de risco por mãe ter DID Criança ao cuidado dos avós
51	M.T.	F	12A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Programa Sun Rise® realizado pela família
52	S.M.	M	7A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
53	R.C.	F	7A	PHDA expressão predominantemente desatento DID Epilepsia	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Alteração da terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos Desempenho académico
54	C.V.	F	14A	DID PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Alteração da terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Acne e menstruação irregular
55	R.M.	M	3A	Síndrome de Klinefelter	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Encaminhamento Interno: Endocrinologia e consulta de ortopedia
56	L.C.	F	6A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
57	D.F.	M	9A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Perda de apetite devido a medicação Hormona do crescimento
58	L.R.	F	8A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos

59	F.L.	F	10A	PHDA expressão mista DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
60	L.M.	M	1A	Trissomia 21	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Reabilitação auditiva
61	M.I.	M	10A	DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Tempo de ecrã e utilização das tecnologias
62	P.V.	M	23M	PEA Epilepsia	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
63	N.F.	F	9A	DAE (dislexia)	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos Desempenho académico
64	S.S.	M	6A	Alterações de comportamento	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
65	L.G.	F	8A	DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Atraso nas aquisições académicas
66	B.T.	M	12A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Hormona do crescimento Desempenho académico
67	M.S.	M	2A	PL	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento para intervenção na comunidade: Terapia da Fala
68	R.S.	M	18A	Trissomia 21	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Devido à idade, foi dada alta

69	J.J.	F	8A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Risperidona® e Rubifen®).	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos Desempenho académico
70	D.F.	M	5M	PC	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	
71	D.T.	F	3A	ADPM	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise às análises solicitadas	Criança angolana que apanhou paludismo no primeiro ano de vida
72	D.S.	M	5A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Encaminhamento interno: Pedopsiquiatria
73	M.S.	F	8A	DAE (dislexia e disgrafia)	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
74	B.C.	F	7A	-	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento interno: Terapia da Fala
75	G.P.	M	3A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos e alimentação
76	T.F.	M	12A	-	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Insucesso escolar Dependência das tecnologias
77	C.D.	F	8A	DID PHDA expressão predominantemente desatento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
78	B.L.	F	15A	DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico Pedido de exames devido a queixas de dores fortes de cabeça (TAC e RM)

79	S.A.	M	9A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos de oposição e desafio
80	R.C.	M	14A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo PL	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Insucesso escolar Mãe não quer dar medicação
81	J.C.	M	10A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
82	M.T.	M	9A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo PEA (leitura)	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Encaminhamento interno: Dermatologia
83	A.S.	M	7A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo PEL	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®).	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
84	R.L.	M	6A	PL	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Encaminhamento interno: Avaliação Psicológica
85	M.F.	M	7A	PL	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Dificuldades ao nível da motricidade fina
86	M.M.	M	7A	PL	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
87	M.O.	F	7A	ADPM	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
88	M.P.	F	14A	DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Sem aquisição de leitura
89	R.A.	M	15A	DAE (leitura)	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	Criança CPCJ (maus tratos, pais com hábitos de alcoolismo e toxicod dependência)

90	R.P.	M	2A	PEA	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
91	M.L.	F	7A	PEA DID	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Risperidona® e Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos e desenvolvimento da autonomia
92	L.A.	M	8A	PHDA expressão predominantemente hiperativo-impulsivo Perturbação do sono	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Rubifen®); Análise aos apoios na comunidade.	Desempenho académico
93	A.F.	F	12A	Síndrome Smith Magénis	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise à terapêutica farmacológica (Concerta®); Análise aos apoios na comunidade.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos
94	F.V.	M	4A	Alterações de comportamento	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento interno: Avaliação Psicológica
95	A.G.	F	9A	DAE	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Encaminhamento interno: Avaliação Psicológica
96	J.T.	M	9A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Aconselhamento ao nível da gestão de comportamentos e alimentação
97	R.C.	M	8A	PEA	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Encaminhamento interno: Avaliação Psicológica
98	M.S.	M	7A	Alterações de comportamento	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança.	Tempo de ecrã e utilização de tecnologias

Tabela F 2 - Lista de crianças observadas em Consulta de Psicologia Clínica

Nº	Criança	Género	Idade	Diagnóstico / Característica	Objetivo da consulta	Observações / assuntos abordados
99	S.S.	M	6A	PL e alterações de comportamento	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e Avaliação Psicológica da criança.	Aplicação WISC III (3. ^a edição) - Escala de inteligência de Wechsler para Crianças (2003)

100	C.P.	F	13A	DID	Consulta periódica Atualização da Avaliação Psicológica.	WISC III (3.ª edição) - Escala de inteligência de Wechsler para Crianças (2003); TP-R-Toulouse-Piérton, Matrizes Progressivas de Raven e a Figura Complexa de Rey.
101	B.C.	F	6A	Alterações de comportamento	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e Avaliação Psicológica da criança.	WISC III (3.ª edição) - Escala de inteligência de Wechsler para Crianças (2003); TP-R-Toulouse-Piérton, Matrizes Progressivas de Raven e a Figura Complexa de Rey.

Tabela F 3 - Lista de crianças observadas em Consulta de Fisiatria

Nº	Criança	Género	Idade	Diagnóstico / Característica	Objetivo da consulta	Observações / assuntos abordados
102	D.S.	M	18D	Assimetria facial	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Anamnese e observação da criança Encaminhamento interno: Terapia da Fala
103	S.D.	F	16M	Atraso na aquisição da marcha	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Talas progressivas + Encaminhamento interno: Fisioterapia
104	R.L.	M	17M	ADPM	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento para serviços na comunidade: Intervenção Precoce Encaminhamento interno: Fisioterapia
105	F.V.	M	2A	Prematuridade	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento para serviços na comunidade: Terapia da Fala e Terapia Ocupacional
106	A.S.	F	2A	Hipotonia dos membros inferiores	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento interno: CD

107	C.H.	F	1A	Prematuridade	Primeira consulta Análise da história clínica; Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Avaliação da dinâmica familiar.	Encaminhamento para serviços na comunidade: Intervenção Precoce
108	F.L.	F	15A	PC	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento da criança; Análise aos apoios na comunidade.	-

Tabela F 4 - Lista de crianças observadas em Consulta de Terapia da Fala

Nº	Criança	Género	Idade	Diagnóstico / Característica	Objetivo da consulta	Observações / assuntos abordados
109	J.G.	M	6A	Atraso na linguagem	Consulta periódica Observação e avaliação do desenvolvimento linguístico da criança; Análise aos apoios na comunidade.	A criança tem apoio em TF mas mãe não tem conhecimento dos objetivos terapêuticos

Anexo G Pedido de Colaboração no Processo de Avaliação



**Exma. Professora S.F.
Centro Escolar do Carregado**

Assunto: Pedido de colaboração no processo de avaliação

O meu nome é Joana Veríssimo e sou aluna do 2º ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa. Encontro-me atualmente a realizar estágio na Unidade de Pediatria do Hospital de Vila Franca de Xira.

Sendo o aluno A.S. acompanhado na unidade referida, na Consulta de Desenvolvimento pela Dra. Ana Peres, atual orientadora de estágio, foi proposto o acompanhamento em Psicomotricidade entre janeiro e junho de 2019.

Tendo em conta que, o processo de avaliação de um indivíduo é um processo social complexo, que envolve diferentes pessoas, contextos e valores, bem como a natureza do que está a ser avaliado, vimos por este meio apelar à sua colaboração para a realização de uma avaliação em contexto escolar, já autorizada pelos pais. Concretamente, a sua resposta a dois questionários e a sua permissão para uma observação em contexto escolar.

Se possível, gostaríamos de observar o A.S., uma manhã ou uma tarde, em sala de aula e no recreio. Como objetivos específicos pretendemos observar comportamentos que o aluno possa ter ou não, que possam causar dificuldades ao professor, aos colegas ou ao próprio; compreender o contexto e momentos do dia em que normalmente acontecem; observar a agitação psicomotora; observar a reação face a instruções, tarefas escolares; observar, se ocorrerem, comportamentos de interrupção e reação; observar a sua forma de organização e planeamento face a tarefas. O registo desta observação será de forma direta sem recurso a sistema de vídeo ou áudio.

Gratas pela sua atenção.

Disponíveis para responder a eventuais questões.

Povos, 9 de janeiro de 2019

Joana Veríssimo

Dra. Ana Peres

Anexo H Exemplo de Relatório de Avaliação Psicomotora

Relatório da Avaliação Psicomotora

Nome: A.S.	Data de Nascimento: 22/09/2011
Datas da avaliação: janeiro de 2020	Idade: 7 anos e 4 meses
Avaliado por: Joana Veríssimo (Psicomotricista)	Referenciado por: Dra. Ana Peres (Pediatra do Desenvolvimento)

Motivo

O A.S. nasceu no dia 22 de setembro de 2011, tendo à data 7 anos e 4 meses. A mãe tem 44 anos, é saudável, licenciada em direito e atualmente trabalha na área. O pai tem 45 anos, é saudável, com o 12º ano com curso técnico profissional e trabalha como operador logístico. Tem ainda uma irmã de 8 anos, saudável. Teve um irmão que faleceu aos 6 anos, em junho de 2015, com doença de Leigh. Vivem os quatro.

Analisando os antecedentes, a gravidez foi vigiada e desenvolveu-se sem complicações, o período neonatal ocorreu sem intercorrências. Foi amamentado até aos 8 meses. No que concerne aos marcos do desenvolvimento, o A.S. andou sem apoio e disse a primeira palavra aos 12 meses, as frases começaram a aparecer depois dos 2 anos. O controlo de esfíncteres diurno ocorreu aos 3 anos. Esteve em casa com a mãe até aos 4 anos, altura em que foi para o infantário.

A família começou a notar que algo não estava bem por volta dos 2 anos por dificuldade em compreender a linguagem. Era também muito agitado e *aventureiro*. Aos 3 anos e 7 meses, em maio de 2015, em consulta de desenvolvimento no Hospital de Vila Franca de Xira, foram descritas alterações do comportamento, sobretudo nos últimos 15 dias. Na escola referiam que não era fácil lidar com ele. No exame neurológico realizado em consulta foi possível observar bom desempenho na marcha, equilíbrio, coordenação, cópia de figuras e desenho da figura humana.

Por volta dos 4 anos iniciou Terapia da Fala e acompanhamento em Intervenção Precoce, ambos uma vez por semana. Da avaliação realizada em março de 2016 em

Terapia da Fala, conclui-se como diagnóstico uma Perturbação da Linguagem Expressiva e Perturbação articulatória tipo fonética-fonológica. Da avaliação psicológica realizada pela ELL, em fevereiro de 2017, apresentou um percentil 75 na percepção visual da constância forma da posição no espaço, orientação espacial e coordenação visuomotora, percentil 20-25 na memória de conceitos verbais, percentil 55 nos conceitos quantitativos e percentil 50 nas normas do pré-escolar. Ao nível do comportamento, ambas as avaliações referenciaram imaturidade e impulsividade.

Apesar do adiamento escolar ter sido aconselhado, aos 6 anos ingressou o 1º ano do 1º ciclo. No 2º período existiram algumas preocupações ao nível do comportamento por apresentar desatenção, impulsividade, frustração quando não conseguia realizar uma tarefa, comportamentos desadequados como brincar no chão e desorganização. Tendo em conta estas informações, iniciou terapêutica farmacológica com Rubifen® e Risperidona®.

No presente ano letivo, o A.S. integrou o 2º ano do 1º ciclo no Centro Escolar do Carregado, estando ao abrigo do Decreto-Lei 54/2018. Atualmente está mais motivado e tem uma ideia mais positiva da escola. Segundo a mãe, a professora tem contribuído muito para esta mudança. Apesar desta melhoria, continua a apresentar dificuldades em assimilar conteúdos, bem como, falta de atenção, frustração quando não consegue atingir o seu objetivo e demonstra inquietude. De acrescentar que a nível mais estruturado, o A.S. pratica futebol duas vezes por semana e escuteiros.

Relativamente à condição de saúde, o A.S. tem um diagnóstico de Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), de expressão mista, em comorbilidade com alterações no comportamento. Posto isto, as principais preocupações dos pais são a desatenção, a impulsividade, a frustração e os comportamentos desadequados.

Procedimentos

A avaliação decorreu em três momentos distintos, nomeadamente: 1º momento – encontro com a mãe e pai; 2º momento – avaliação direta, em duas sessões distintas no Hospital de Vila Franca de Xira; 3º momento – uma observação em sala de aula que decorreu no dia 22 de janeiro entre as 11h e as 12h30.

Tendo em conta os objetivos da avaliação foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **Escala de Conners Para Pais – Versão Revista (Forma Completa) e Escala de Conners Para Professores – Versão Revista (Forma Completa)** (Keith Conners, 1997), tradução e adaptação de Ana Rodrigues (Departamento de Educação Especial e Reabilitação da Faculdade de Motricidade Humana, 2000);
- **Inventário de Avaliação das Funções Executivas (IAFE) - Versão Para Pais**, tradução de Rodrigues, A., Leitão, A., Ernst, L., Correia, C. e Maia, T. (2015) e **Inventário de Avaliação das Funções Executivas (IAFE) - Versão Para Professores**, tradução de Rodrigues, A., Pereira, L., Teixeira, I. e Aires, F. (2000); ambas as traduções do original – BRIEF – Behaviour Rating Inventory of Executive Functions (Gioia, Isquith, Guy & Kenworth, 2000);
- **Bateria Psicomotora (BPM)** (Vitor da Fonseca, 1975);
- **Cognitive Assessment System (CAS)** (J., Naglieri & J., Das, 1997).

Comportamento durante a avaliação

O A.S. é uma criança simpática, de fácil contacto e comunicativa. Durante a avaliação e nas tarefas propostas, apresentou cooperação, recetividade e interesse. Não apresentou dificuldades na compreensão verbal do que lhe foi pedido nem comportamentos de oposição. Empenhou-se em dar o seu melhor em todas as tarefas e apresentou um bom ritmo de trabalho.

Em conversa com os pais, foi possível compreender que o A.S. apresenta comportamentos de oposição e desafio para com o pai, que atualmente o filho não responde de forma positiva às exigências do pai e que a mãe é o principal suporte e a reguladora destas situações.

Contexto Escolar

Da observação em sala de aula foi possível concluir que a turma é calma e silenciosa. O A.S. está sentado perto da professora. Transmitiu que, dado o conhecimento

que tem sobre o percurso difícil do A.S. no 1º ano e que não tendo conseguido adquirir alguns dos objetivos, tem tido o cuidado de realizar um trabalho diferencial com os conteúdos do 1º ano. Referiu ainda que, é no âmbito da Língua Portuguesa onde apresenta mais dificuldades. Contudo o aluno trabalha muito bem e quando tem dúvidas pergunta tanto à professora como aos colegas. A relação entre os dois pareceu muito positiva. Na escola, não apresenta dificuldades no relacionamento social, é autónomo e não apresenta problemas de comportamento.

Durante o tempo de observação o A.S. esteve a realizar trabalho no seu lugar, não interrompeu a aula e não se levantou do lugar sem ser para ir tirar dúvidas ou quando a professora o chamou. Os testes já se encontram adaptados segundo o novo Decreto-lei 54/2018.

Resultados

- **Avaliação Ecológica dos Sintomas da PHDA**

A Escala Revista de Conners é um instrumento que auxilia no despiste da PHDA. Avalia a gravidade e intensidade de comportamentos e sintomas típicos da desatenção, da hiperatividade e impulsividade, assim como outros comportamentos e sintomas geralmente associados. Com base nas respostas, esta escala permite obter um **perfil de funcionamento** geral do A.S. no **contexto familiar** (com base nas respostas da mãe e do pai) e **escolar** (com base nas informações recolhidas pela professora).

No Gráfico 1 podemos observar os resultados obtidos. A linha vermelha no valor 65, com a legenda C.S. (cl clinicamente significativo), indica os valores considerados significativos do ponto de vista clínico, sendo que, entre 65 e 70 são considerados moderadamente atípicos e acima de 70 são considerados marcadamente atípicos. Os itens da subescala **G – Psicossomática** não constam no questionário para os professores, o que explica a interrupção do traçado.

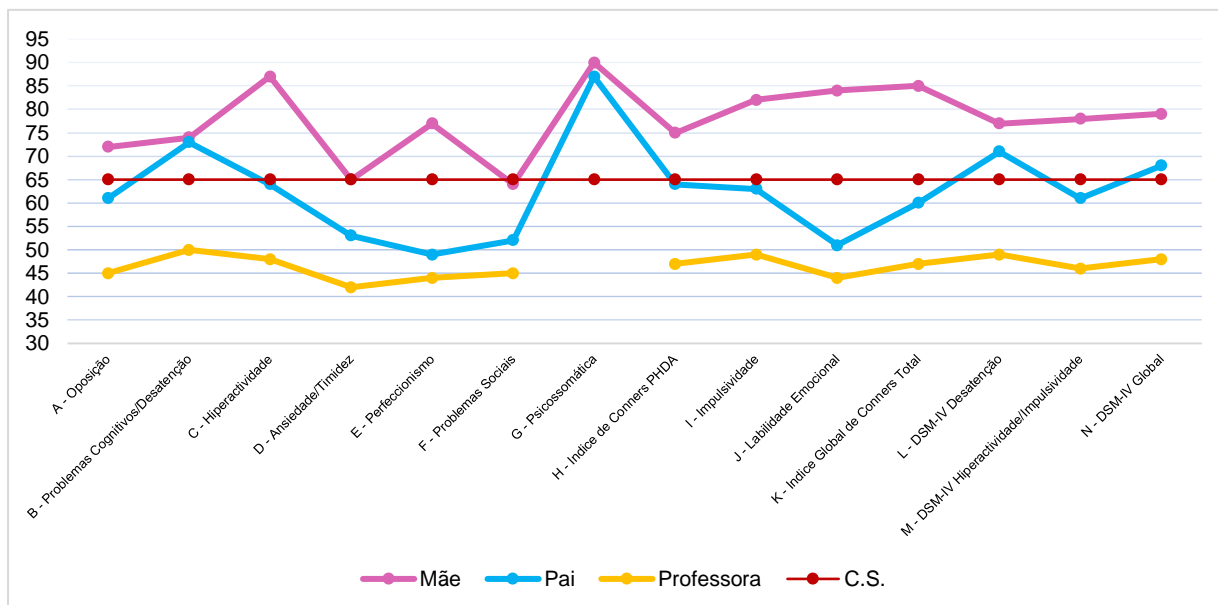


Gráfico 1. Resultados Escala de Conners

No **contexto familiar**, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela mãe, assinalados a cor-de-rosa, apresentam valores significativos nas seguintes subescalas, **A – Comportamento de oposição, B – Problemas Cognitivos / Desatenção, C – Hiperatividade, E – Perfeccionismo, G – Psicossomática, H- índice de Conners PHDA, I – Impulsividade, J – Labilidade Emocional, K – Índice Global de Conners Total, L – DSM-IV Desatenção, M – DSM-IV Hiperatividade/Impulsividade e N- DSM-IV Global**. Os resultados obtidos através do questionário preenchido pelo pai do A.S., assinalados a azul, apresentam valores significativos nas seguintes subescalas, **B – Problemas Cognitivos / Desatenção, G – Psicossomática, K – Índice Global de Conners Total, L – DSM-IV Desatenção e N- DSM-IV Global**. Globalmente, no contexto familiar, são identificadas dificuldades na capacidade de manter a atenção, hiperatividade, impulsividade e psicossomática.

No **contexto escolar**, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela professora, assinalados a amarelo, não apresentam valores significativos nas subescalas.

- **Avaliação Ecológica das Funções Executivas**

O Behaviour Rating Inventory of Executive Functions (BRIEF) é um questionário para pais e professores que permite aos profissionais a **avaliação das funções executivas** em contexto ecológico (escola e casa).

O procedimento para avaliar as respostas foi semelhante ao da escala anterior, ou seja, para além dos dois níveis apontados pela Escala de Conners (i.e., as pontuações dos 65 aos 70 correspondiam a um desenvolvimento moderadamente atípico e as pontuações maiores que 70 correspondiam a um desenvolvimento marcadamente atípico), o ICAFE aponta um outro, dos 60 aos 64, correspondente a um desenvolvimento ligeiramente atípico. No Gráfico 2 podemos observar os resultados obtidos.

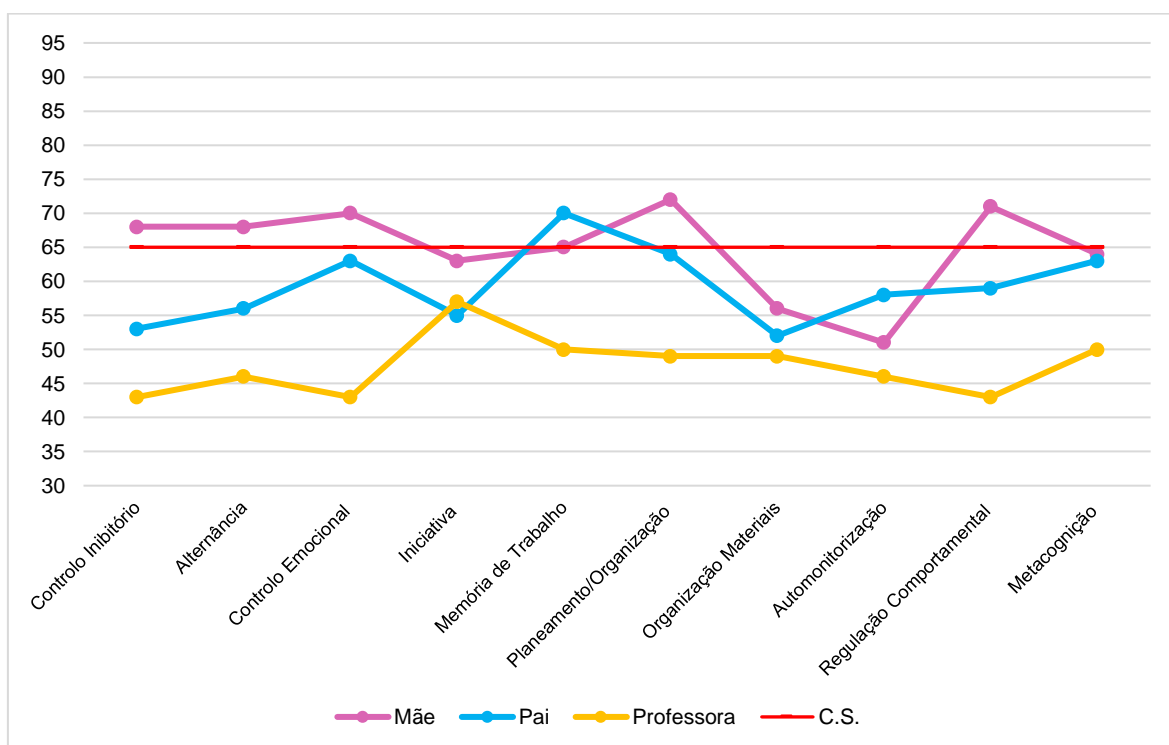


Gráfico 2. Resultados BRIEF

No **contexto familiar**, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela mãe, assinalados a cor-de-rosa, apresentam valores significativos nas seguintes subescalas, **Controlo Inibitório, Alternância, Controlo Emocional, Memória de Trabalho, Planeamento e Organização e Regulação Comportamental e**

Metacognição. Os resultados obtidos através do questionário preenchido pelo pai do A.S., assinalados a azul, apresentam valores significativos nas seguintes subescalas, **Controlo Emocional, Memória de Trabalho, Planeamento e Organização e Metacognição.** Globalmente, no contexto familiar, são identificadas dificuldades na capacidade de modular as emoções, na capacidade de reter informação com vista a terminar uma tarefa, bem como, na capacidade de gerir o comportamento orientado para o futuro e de antecipar eventos futuros.

No **contexto escolar**, os resultados obtidos através do questionário preenchido pela professora, assinalados a amarelo, não apresentam valores significativos nas subescalas.

- **Avaliação do Perfil Psicomotor**

A Bateria Psicomotora (BPM) visa identificar o **Perfil Psicomotor** e a deteção de sinais desviantes da criança em situação de aprendizagem escolar. Na tabela que se segue, serão apresentados os resultados obtidos nas subescalas referentes à tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina.

Perfil Psicomotor do A.S.

Subfatores	Cotação				
	4	3	2	1	
Tonicidade		X			2,7
Equilíbrio		X			2,6
Lateralização	X				4
Noção do corpo			X		2,4
Estruturação espaço-temporal		X			3
Praxia global		X			3
Praxia fina		X			2,8
Cotação final				20	

Na **tonicidade** evidenciaram-se dificuldades na **extensibilidade** e **descontração muscular** dos **membros inferiores** por apresentar tensão e resistência a manipulações realizadas pela terapeuta. No **equilíbrio** foram manifestadas dificuldades em permanecer em **equilíbrio estático** com os olhos fechados, na tarefa de apoio retilíneo, na ponta dos pés e num só pé.

Na **noção do corpo** demonstrou que não domina o **conhecimento da direita-esquerda**, na prova do **sentido cinestésico** apresentou dificuldades em identificar o ombro, joelho e cotovelo ao toque da terapeuta, deu a entender que por vezes perdia a localização de onde tinha sido tocado, ainda, na imitação de gestos demonstrou alguma impulsividade resultando em dificuldade no acompanhamento do movimento da terapeuta. O desenho do corpo é pouco investido.

Por último, ao nível da **praxia fina** demonstrou dificuldades superiores na **coordenação dinâmica manual**, demorou 4 minutos para compor e decompor uma pulseira com 10 cliques, e no tamborilar realizou trocas entre o dedo anelar e anelar médio.

- **Avaliação do Funcionamento Cognitivo**

A Cognitive Assessment System (CAS) permite avaliar o **processamento cognitivo** em crianças. Avalia a área da atenção, do processamento simultâneo, do processamento sucessivo e da planificação. Considerando que o instrumento não se encontra padronizado para a população portuguesa, a análise aos resultados é realizada, sobretudo, de forma qualitativa. O instrumento será utilizado para avaliar a evolução do A.S., deste modo, será novamente aplicado no final da intervenção. Tendo em conta os objetivos da avaliação, não foram aplicadas as provas de processamento simultâneo e nas provas de processamento sucessivo apenas foi aplicada a *série de palavras*.

Nas tarefas que avaliam a **planificação** o A.S. apresentou dificuldades. À medida que a complexidade ia aumentando, o ritmo de trabalho era também mais lento e observava-se a ocorrência de mais erros. Apresentou um bom desempenho na prova de emparelhamento de números. Na prova de reprodução de códigos, no item 2, demonstrou ficar confuso, i.e., franzir as sobrancelhas, morder a língua, e tensão corporal, i.e., carregar

com mais força no lápis. Na prova de planificação de conexões demonstrou impulsividade, o que o levou a responder incorretamente ao último item.

Nas tarefas que avaliam a **atenção** voltou a apresentar dificuldades. Na prova de detenção de números, no item 2, demonstrou novamente ficar confuso. Conforme a complexidade aumentava, o ritmo de trabalho lentificava e ocorriam mais erros, desta vez por omissões. Na prova de atenção recetiva apresentou um bom desempenho, apenas foram observados alguns movimentos bocais.

Por último, na prova **série de palavras** apresentou um bom desempenho, demonstrando facilidade em organizar os estímulos ou informação de forma sequencial.

Conclusão

Ao longo do seu desenvolvimento, o A.S. tem vindo a apresentar algumas características e dificuldades específicas, que conduzem à necessidade de identificação das alterações de desenvolvimento que melhor as explicam, bem como, permite a definição de planos de intervenção adequados.

Através das **Escala de Conners**, foi possível verificar que as respostas no contexto familiar e escolar não são concordantes, sendo que as respostas da mãe apresentam uma maior disparidade em relação às respostas da professora.

Da avaliação das funções executivas através da **ICAFE**, voltou a ser possível verificar que as respostas da mãe e da professora são díspares. No entanto, nesta avaliação o pai e a mãe apresentam respostas mais próximas, evidenciando dificuldades ao nível do **controlo emocional, memória de trabalho, planeamento, organização e metacognição**.

A partir da avaliação do **Perfil Psicomotor**, podemos concluir que o A.S. apresenta um **Perfil Psicomotor Eupráxio (bom)**. Demonstrou como áreas fortes a lateralidade, a estruturação espaço-temporal e a praxia global, como áreas a desenvolver a **tonicidade, o equilíbrio, a noção do corpo e a praxia fina**.

Através do **CAS** demonstrou poder existir um comprometimento na capacidade de **resolver problemas** e no **controlo da impulsividade**, levando a responder

incorretamente a atividades propostas; na capacidade de focar a atenção para determinado estímulo, inibindo os restantes; e na **integração de estímulos distintos** numa organização única e global, ou seja, implica a síntese de elementos separados num grupo interrelacionado.

No contexto familiar, considerando as dificuldades de relação entre o A.S. e o pai (comportamentos de oposição e desafio / não corresponde às exigências) e o papel constante que a mãe assume como reguladora, ao adicionar-se uma menor atuação da farmacologia ao final do dia, estas dificuldades ao nível do controlo dos impulsos, das emoções e dos processos de atenção e planeamento evidenciam-se, dando origem a uma gravidade maior e intensidade dos comportamentos e sintomas avaliados por este contexto.

Recomendações

No contexto escolar, considerando que a professora tem formação em Educação Especial, o A.S. tem beneficiado de um ensino adaptado às suas necessidades e capacidades. Como anteriormente referido, a professora adapta todas as fichas e trabalhos, dando o seu parecer de forma frequente, com uma atitude positiva, sobre o seu desempenho. Esta estratégia, em conjugação com a terapêutica farmacológica, revela ser eficaz na redução da frustração nas atividades académicas e na redução de comportamentos desadequados. Conclui-se, portanto, que esta abordagem, tendo em conta os seus resultados positivos, deve ser mantida.

No contexto familiar, sugere-se a estruturação dos tempos e das rotinas para as tarefas do quotidiano, a apresentação de regras claras e aplicadas de forma consistente, rotinas previsíveis e uma zona de estudo tranquila e organizada.

Povos, 4 de fevereiro de 2019

A Psicomotricista,

Joana Veríssimo

(Número 1213, APP)

Anexo I Processos e Subtestes do CAS

Na Tabela I 1 podemos observar os subtestes de cada área, do instrumento de avaliação CAS, sendo que as provas assinaladas com ^{BB} correspondem às constituintes da bateria básica.

Tabela I 1 - Processos e subtestes do CAS

Processos	Subtestes
Planificação	Emparelhamento de números (Matching Numbers) ^{BB}
	Planificação de códigos (Planned Codes) ^{BB}
	Planificação de conexões (Planned Connections)
Atenção	Atenção expressiva (Expressive Attention) ^{BB}
	Deteção de números (Number Detection) ^{BB}
	Atenção recetiva (Receptive Attention)
Processamento simultâneo	Matrizes não-verbais (Nonverbal Matrices) ^{BB}
	Relações verbo-espaciais (Verbal Spatial Relations) ^{BB}
	Memória de figuras (Figure Memory)
Processamento sucessivo	Série de palavras (Word Series) ^{BB}
	Repetição de frases (Sentence Repetition) ^{BB}
	Velocidade da fala (Speech Rate) / Questões sobre frases (Sentence Question)

Anexo J Plano de Intervenção do A.S.

Plano de Intervenção Psicomotora do A.S.

Duração: 5 meses

Frequência: Semanal (terça-feira às 9h)

Nº total de sessões previstas: 18

Loça: Ginásio do CEC

Recursos: Material de ginásio

Duração: 45 a 60 minutos

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Melhorar o equilíbrio estático	Corrigir de forma consciente a posição do corpo de forma a manter ou recuperar a verticalidade	Ser capaz de permanecer em equilíbrio estático com os olhos fechados em apoio retilíneo durante 10 segundos; Ser capaz de permanecer em equilíbrio estático com os olhos fechados em apoio na ponta dos pés durante 10 segundos; Ser capaz de permanecer em equilíbrio estático com os olhos fechados em apoio num só pé durante 10 segundos.
Desenvolver a noção do corpo	Melhorar o conhecimento esquerda-direita em si e no outro	Ser capaz de identificar corretamente, ao toque da terapeuta, a direita-esquerda em si, no outro (contralateral e reversível).
	Aumentar a nomeação de partes do corpo em si e no outro	Ser capaz de identificar 20 partes do corpo incluindo o ombro, o joelho e o cotovelo.
Desenvolver a estruturação espaço-temporal	Melhorar a identificação do dia da semana, mês e estação do ano	Ser capaz de responder corretamente quando questionado sobre o dia da semana, o mês e a estação em que se encontra no momento.
	Melhorar a descrição oral da sequência de acontecimentos decorridos	Ser capaz de ordenar os acontecimentos cronologicamente
	Descrever oralmente os passos da tarefa ordenando no espaço e no tempo que aconteceu	Após realizar uma tarefa, ser capaz de expressar oralmente o processo da mesma e o seu resultado. Ser capaz de descrever os passos de uma tarefa, ordenando-as no espaço e no tempo.
Melhorar a atenção	Aumentar o tempo de concentração num a tarefa	Ser capaz de eliminar os estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma.
Desenvolver pensamento divergente	Ser capaz de encontrar planos alternativos de resolver problemas Face a problemas concretos ser capaz de identificar caminhos alternativos	Ser capaz de explorar diversas alternativas; Escolher de entre as alternativas possíveis aquela que for considerada a melhor solução; Colocar em prática a alternativa escolhida; Avaliar as consequências da escolha.

Anexo K Exemplo de Plano de Sessão

Plano de Sessão A.S.

Responsável	Data	Duração	Sessão
Joana Veríssimo	26 de fevereiro de 2019	60 minutos	Nº3

Estrutura da sessão	Objetivos	Descrição	Estratégias	Materiais	⌚
Diálogo Inicial	Confortar a criança; Promover o diálogo e a relação.	Através de uma conversa, questionar a criança sobre como se sente no momento e se existe alguma situação do seu dia a dia que gostasse de partilhar.	Ajudas verbais; Reforço positivo.		7'
	Trabalhar a identificação do dia da semana, mês e estação do ano; Trabalhar a descrição oral da sequência de acontecimentos decorridos durante o fim de semana.	A criança deve identificar o dia da semana, mês e estação do ano do momento; Através de uma conversa, a criança deve realizar a descrição de alguns acontecimentos decorridos durante o fim de semana identificando o espaço e o tempo da sua realização.	Ajudas verbais; Reforço positivo.	-	
Atividade 1	Promover o equilíbrio estático em associação com movimento do membro inferior; Promover a atenção e o tempo de permanência na tarefa.	Nível I – A criança deve encontrar-se de pé, sobre um pé, com as mãos nas ancas. A perna que se encontra levantada e esticada, deve efetuar movimentos circulares com o pé. Após algumas repetições, trocar de apoio; Nível II – O mesmo exercício, de olhos fechados; Nível III – O mesmo exercício, com um saco de arroz na cabeça.	Demonstração; Ajudas verbais; Reforço positivo.	Saco de feijão (10x10cm; 100g de arroz)	8'
Atividade 2	Trabalhar a nomeação de partes do corpo; Promover a atenção e o tempo de permanência na tarefa.	A criança deita-se sobre uma folha de papel de cenário e a terapeuta com um marcador desenha a forma do seu corpo. O papel é colocado numa parede de modo a ser observado verticalmente. A terapeuta pede à criança que vá identificando partes do corpo que são escritos num post-it amarelo. Por último a criança deve colocar o post-it no papel de cenário no local correto.	Ajudas verbais; Reforço positivo.	Papel de cenário Marcador Post-it Fita cola	15'
Atividade 3	Trabalhar a identificação de alternativas para a resolução de problemas; Promover a atenção e o tempo de permanência na tarefa.	Um conjunto de peças de puzzle é dado à criança. As peças permitem a construção de dois puzzles diferentes. A criança deve explorar formas diferentes de organizar as peças e executar os dois puzzles de forma mais rápida e organizada possível. Solução: A criança pode optar por organizar as peças por letras ou por números. Sendo dois puzzles, vão existir duas peças com a mesma letra ou número. Após organizar as	Demonstração; Manipulação; Ajudas verbais; Reforço positivo.	Dois puzzles, ambos com 25 peças identificadas de A-Z num dos lados e de 1-25 no lado oposto.	15'

		peças, a criança apenas tem de analisar o encaixe, seguindo a sequência escolhida (números ou letras).			
Atividade 4	Melhorar a descrição oral da sequência de acontecimentos decorridos durante a sessão.	Através de uma conversa, a criança deve realizar a descrição oral das tarefas realizadas ao longo da sessão, de acordo com o espaço e o tempo em que aconteceram. Por último, a criança deve identificar a tarefa que mais e que menos gostou de realizar, justificando.	Ajudas verbais; Reforço positivo.	-	5'
Retorno à calma	Promover o controlo respiratório; Promover o relaxamento.	A criança deita-se no tapete ficando em decúbito dorsal. Inicialmente pede-se para respirar, normalmente, ao seu ritmo. Depois, pede-se para colocar as mãos na barriga e respirar a um ritmo mais lento, sentindo a barriga a ficar cada vez maior na inspiração e na expiração sentir o corpo mais "colado" ao chão. Várias repetições são realizadas. A criança deve ser convidada a fechar os olhos durante a realização do exercício.	Ajudas verbais; Reforço positivo.	Colchão; Manta.	10'

Anexo L Organizador de Tarefas e Contratos de Objetivos do A.S.

 Manhã

 Vestir

 Pequeno-almoço

 Lavar os dentes




Contrato de objetivos

(Semana de __/__/__ a __/__/__)


Durante a semana vou fazer um esforço para ser capaz de ganhar estrelas.

Definição de recompensas (a preencher ao domingo)

Se ganhar entre 15 e 12 

Se ganhar entre 11 a 8 

Se ganhar 7 ou menos  Não recebo recompensa

Registo semanal de  (preencher diariamente e verificar o total final ao sábado)

<i>Dia da semana</i>	Número de ganhos	
	Manhã	
<i>Segunda-feira</i>	<input type="text"/>	
<i>Terça-feira</i>	<input type="text"/>	
<i>Quarta-feira</i>	<input type="text"/>	
<i>Quinta-feira</i>	<input type="text"/>	
<i>Sexta-feira</i>	<input type="text"/>	
Total da semana	<input type="text"/>	

Contrato de objetivos

(Semana de 15/04 a 19/04)

Durante a semana vou fazer um esforço para ser capaz de ganhar estrelas.

Definição de recompensas (a preencher ao domingo)

Se ganhar entre 15 e 12 ☆ Idu ao McDonald

Se ganhar entre 11 a 8 ☆ Kit-Kat

Se ganhar 7 ou menos ☆ Não recebo recompensa

Registo semanal de ☆ (preencher diariamente e verificar o total final ao sábado)

Dia da semana	Número de ganhos	
	Manhã	
Segunda-feira	3	
Terça-feira	2	
Quarta-feira	2	
Quinta-feira	3	
Sexta-feira	2	
Total	12	
Total da semana	12	1º prémio

Anexo M Questionário de Satisfação Parental face à Intervenção Psicomotora Realizada pela Estagiária

Questionário de Satisfação

O presente questionário tem como objetivo avaliar o nível de satisfação parental face à intervenção psicomotora desenvolvida. A sua aplicação é em modo de entrevista da Psicomotricista à família.

Identificação

Nome da criança:

Nome de quem responde:

Nome de quem preenche:

Data:

Estrutura

Na sala de espera, o tempo de espera para as sessões foi	Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito reduzido
Relativamente à frequência semanal das sessões ficou	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
O número total de sessões foi	Bastante insuficiente	Insuficiente	Nem suficiente nem insuficiente	Suficiente	Bastante suficiente
Considera a duração das sessões	Bastante insuficiente	Insuficiente	Nem suficiente nem insuficiente	Suficiente	Bastante suficiente
Como considera o tempo que a Psicomotricista passou com o seu/sua filho(a) em cada sessão	Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito reduzido
Considera que o tempo que a Psicomotricista passou consigo em cada sessão foi	Muito extenso	Extenso	Médio	Reduzido	Muito reduzido
Considera a localização do serviço e a facilidade dos acessos	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa

Condições físicas

Relativamente às condições físicas do gabinete:

Luminosidade	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
Temperatura	Muito desagradável	Desagradável	Nem agradável nem desagradável	Agradável	Muito agradável
Tamanho do gabinete	Muito pequeno	pequeno	Médio	Grande	Muito grande

Disposição da mobília	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
Sensação de privacidade	Nenhuma	Pouca	Nem muito nem pouca	Alguma	Muita

Objetivos

Relativamente à compreensão por parte da Psicomotricista em relação aos seus objetivos com a terapia sente-se	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Sente que foi envolvido nas decisões a tomar ao longo da terapia	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
A Psicomotricista demonstrou compreender as suas preocupações com o seu filho	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre

Desenvolvimento da Intervenção

Ao longo da intervenção o pai/mãe e a Psicomotricista estiveram de acordo relativamente aos objetivos a atingir e aos aspetos a trabalhar	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Ao longo da intervenção concordou com as estratégias de intervenção propostas pela Psicomotricista	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Ao longo do processo sentiu que confiava na Psicomotricista do seu filho para o ajudar	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Sente que ao longo do processo compreendeu e aceitou as mudanças sugeridas pela psicomotricista	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Ao longo do tempo, pensou sobre o que lhe foi dito/falado em sessão para o ajudar a resolver problemas com o seu filho(a) Se frequentemente ou sempre , indique exemplos?	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre

Comunicação

Ao longo da intervenção, compreendeu a linguagem utilizada pela Psicomotricista e as suas explicações	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Como se sente em relação à compreensão demonstrada pela Psicomotricista acerca das suas preocupações com o/a seu/sua filho(a)	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

Relação

Relativamente ao envolvimento da Psicomotricista durante todo o processo de intervenção sente-se	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--	--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

Como se sente em relação à relação estabelecida entre a Psicomotricista com a criança e família	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Ao longo do processo sentiu que a Psicomotricista confiava em si	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Ao longo do processo sentiu que podia confiar na Psicomotricista	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Sentiu-se apoiado(a) durante toda a intervenção	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Sente que mesmo fora da sessão terapêutica podia contar com a Psicomotricista do(a) seu/sua filho (a) para o ajudar com situações relacionadas com este	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Relativamente à preocupação e interesse da psicomotricista com os seus problemas e do seu filho(a) ficou	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

Competências técnicas da Psicomotricista

A preparação da Psicomotricista pareceu-lhe	Muito fraca	fraca	média	Boa	Muito boa
Considera que a intervenção da Psicomotricista foi	Muito fraca	fraca	média	Boa	Muito boa
Perante novos problemas que surgiram durante a terapia sente que a Psicomotricista foi capaz de dar resposta	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
Sente que o que aprendeu vai ser-lhe útil para o futuro enquanto mãe/pai		Não	Não sei	Sim	
A Psicomotricista forneceu estratégias úteis para estimular e potenciar o desenvolvimento do seu filho Se sim , indique quais?		Não	Não sei	Sim	
Sentiu que havia preocupação em tentar encontrar soluções para que juntos pudessem solucionar um problema	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Sempre
A Psicomotricista teve um papel importante na vida do seu filho durante os meses de intervenção	Nada importante	Pouco importante	Não sei	Importante	Muito importante

Conversas com pais

Como se sente relativamente aos conteúdos partilhados nas apresentações sobre:

Conceitos gerais	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Prevalência	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Etiologia	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Sintomas	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Diagnóstico	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Intervenção farmacológica e multimodal	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Evolução	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Recursos	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Impacto da PHDA na família	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

Estratégias para promover a relação pais-criança	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Estratégias para estruturar a rotina	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Estratégias para regular sono	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Sente que compreende melhor a PHDA		Não	Não sei		Sim
Sente que compreende melhor o seu filho Se sim , de que forma?		Não	Não sei		Sim
Sente-se mais capacitado para lidar com os comportamentos do seu filho Se sim , de que forma?		Não	Não sei		Sim
Sente-se mais apoiado		Não	Não sei		Sim
Sente-se mais próximo da comunidade médica		Não	Não sei		Sim
O que foi mais positivo?					
O que foi mais negativo?					

Resultados

Identifica melhorias no desenvolvimento do seu filho (a), como resultado da intervenção Se sim , quais?		Não	Não sei		Sim
Relativamente ao progresso do seu filho sente-se	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Em relação a outros aspetos pessoais e familiares, não diretamente relacionados com a criança, sente que a intervenção	Prejudicou muito	Prejudicou	Indiferente	Ajudou	Ajudou muito
Através da intervenção a forma de ver os problemas do seu filho	Nada alterada	Pouco alterada	Não sei	Muito alterada	Totalmente alterada
Globalmente em relação ao serviço prestado sente-se	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Sente-se capaz de resolver problemas do seu filho(a) sozinho no futuro (sem ajuda profissional)	Nada capaz	Pouco capaz	Capaz	Muito capaz	Totalmente capaz
Sente que esta forma de lidar com o seu filho em casa usando as estratégias desenvolvidas em terapia é	Muito má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito boa
Sente que agora há mais esforço em família, para que as coisas com o seu filho(a) corram melhor		Não	Não sei		Sim
Relativamente aos assuntos relacionados com o desenvolvimento do seu filho(a) sente-se	Nada atento	Pouco atento	Não sei	Atento	Muito atento

Recomendação

Se necessitasse, para o seu filho ou outra pessoa, recorria novamente ao serviço	Nunca	Pouco provável	Não sei	Muito provável	Sempre
Recomendaria esta intervenção a amigos e familiares		Não	Em alguns casos		Sim
Recomendaria a Psicomotricista a amigos e familiares		Não	Em alguns casos		Sim

Anexo N Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, dos Sintomas da PHDA do A.S.



Figura N 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, dos sintomas da PHDA do A.S.

Anexo O Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, das FE do A.S.

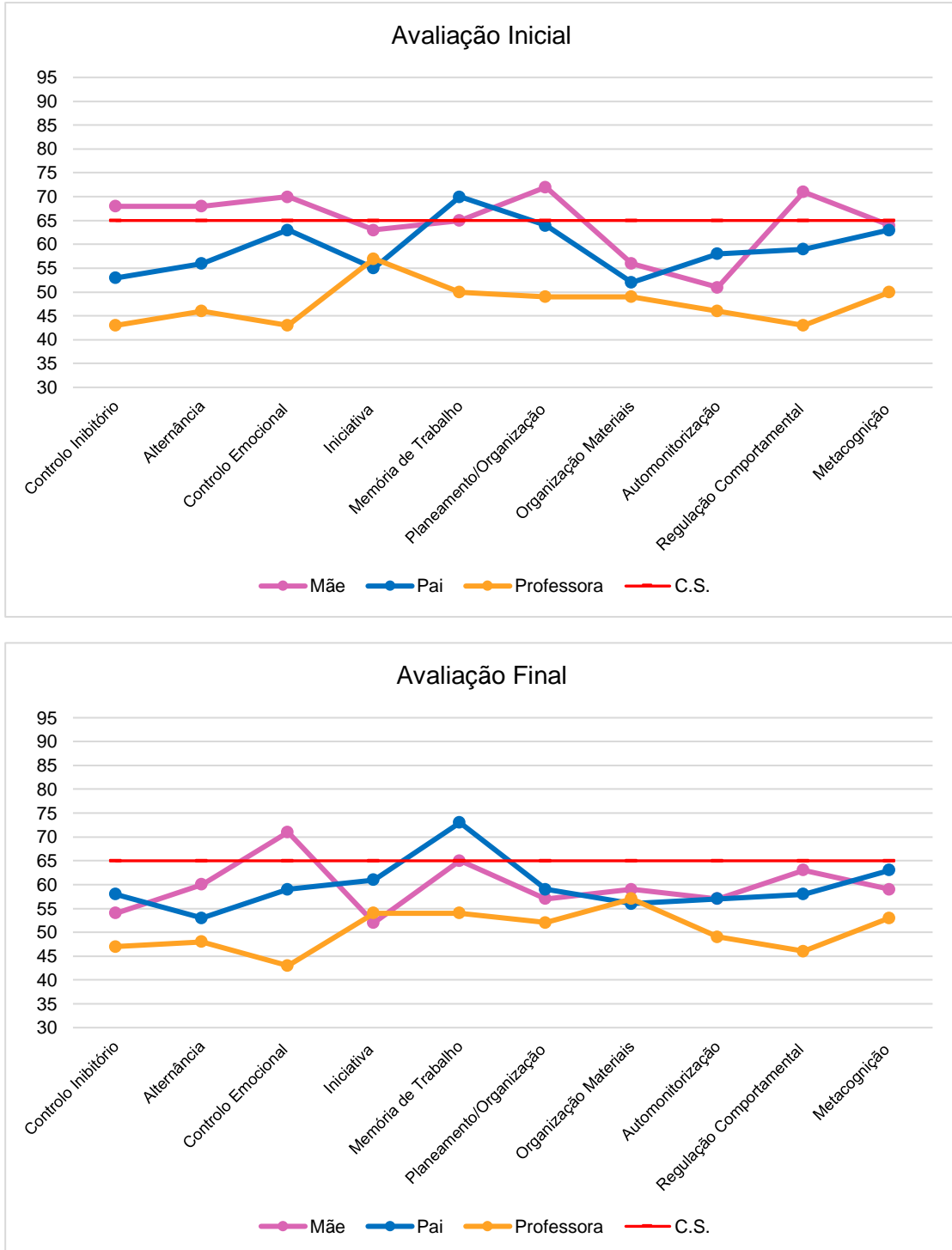


Figura O 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, das FE do A.S.

Anexo P Plano de Intervenção Psicomotora da B.C.

Plano de Intervenção Psicomotora da B.C

Duração: 5 meses

Frequência: Semanal (quinta-feira às 17h30)

Nº total de sessões previstas: 18

Loça: Hospital de Vila Franca de Xira

Recursos:

Duração: 45 a 60 minutos

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos Operacionais
Melhorar o equilíbrio estático	Corrigir de forma consciente a posição do corpo de forma a manter ou recuperar a verticalidade	Ser capaz de caminhar sobre uma linha reta de 4m no chão, seguindo a sua trajetória; Ser capaz de manter o corpo imóvel durante 10 segundos; Ser capaz de realizar um circuito de obstáculos, sem ajuda do técnico.
Melhorar a noção do corpo	Melhorar o conhecimento esquerda-direita em si e no outro	Ser capaz de identificar corretamente, ao toque da terapeuta, a direita-esquerda em si, no outro (contralateral e reversível).
	Aumentar a nomeação de partes do corpo em si e no outro	Ser capaz de identificar 20 partes do corpo
Trabalhar a autorregulação do comportamento	Desenvolver capacidades de controlo inibitório	Ser capaz de responder às questões: <i>estou bem sentada?; a cadeira está para a frente? A mesa está arrumada? Estou pronta para ter atenção?</i> , antes de iniciar uma tarefa em mesa
	Desenvolver capacidades de autocontrolo	Ser capaz de realizar pedidos sobre os seus desejos (p.e. para pedir material ou uma atividade) Ser capaz de expressar verbalmente quando não quer realizar determinada atividade
Promover competências cognitivas	Aumentar o tempo de concentração e atenção na tarefa	Ser capaz de eliminar estímulos distráteis à tarefa a realizar, não interrompendo a mesma Ser capaz de permanecer concentrada na tarefa até à sua conclusão, podendo ter ajudas do técnico
	Estimular a capacidade de planeamento	Ser capaz de verbalizar uma atividade, após explicação do técnico Ser capaz de verbalizar o que pretende realizar, quando questionada pela técnica, antes da sua concretização
Trabalhar o autoconceito	Desenvolver autoconceito físico	Ser capaz de identificar características do seu corpo que gosta e que não gosta
	Desenvolver autoconceito pessoal	Ser capaz de identificar qualidades e defeitos da sua personalidade

Anexo Q Organizador de Tarefas e Contratos de Objetivos da B.C.

Manhã		Noite	
			
	Lavar os dentes		Arrumar os brinquedos
	Comer o pequeno-almoço		Fazer os trabalhos de casa
	Vestir		Ir para a cama

Contrato de objetivos

(Semana de a)

Durante a semana vou fazer um esforço para ser capaz de ganhar estrelas.

Definição de recompensas (a preencher ao domingo)

Se ganhar entre 30 e 20	★	
Se ganhar entre 19 a 10	★	
Se ganhar 9 ou menos	★	Não recebo recompensa

Registo semanal de ★ (preencher diariamente e verificar o total final ao sábado)

Dia da semana	Número de ganhos	
	Manhã	Noite
Segunda-feira		
Terça-feira		
Quarta-feira		
Quinta-feira		
Sexta-feira		
Total		
Total da semana		

Contrato de objetivos

(Semana de 174 a 574)

Durante a semana vou fazer um esforço para ser capaz de ganhar estrelas.

Definição de recompensas (a preencher aos domingos)

Se ganhar entre 30 e 20



Mc donald's

Se ganhar entre 19 a 10



Fazer slime

Se ganhar 9 ou menos



Não recebo recompensa

Registo semanal de (preencher diariamente e verificar o total final ao sábado)

Dia da semana	Número de ganhos	
	Manhã	Noite
Segunda-feira	3	3
Terça-feira	2	3
Quarta-feira	0	2
Quinta-feira	3	2
Sexta-feira	1	3
Total	9	13
Total da semana	22	

Anexo R Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, dos Sintomas da PHDA da B.C.

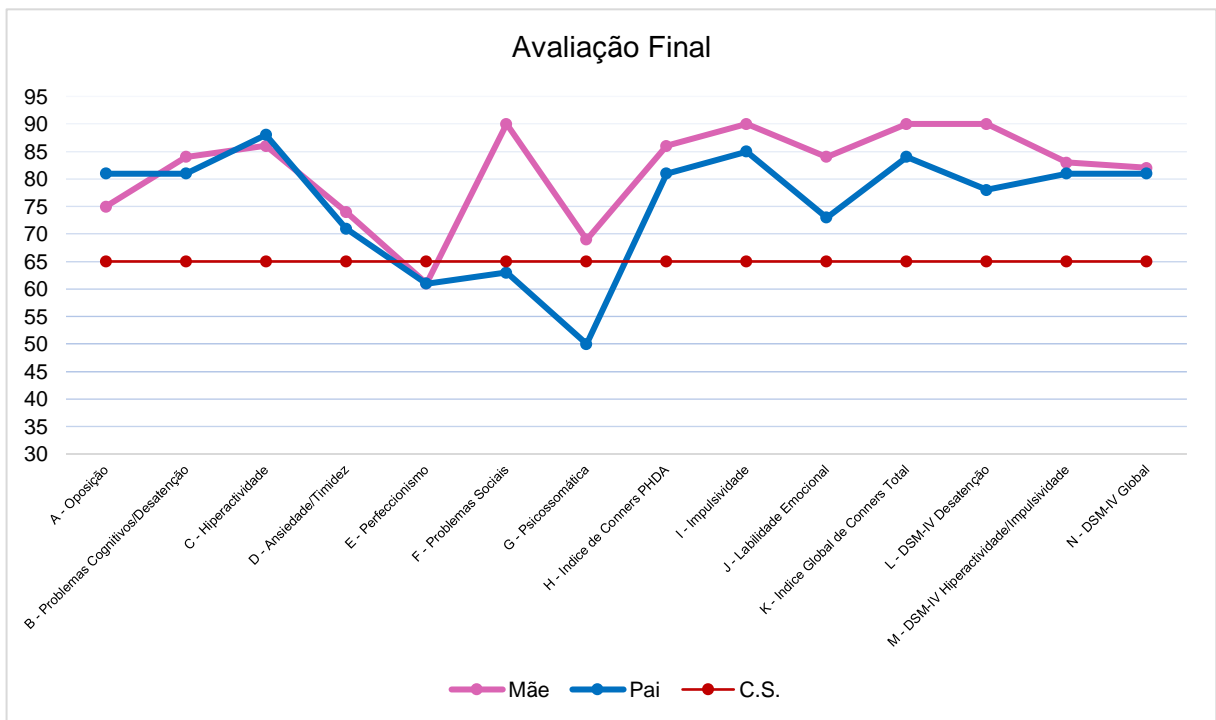
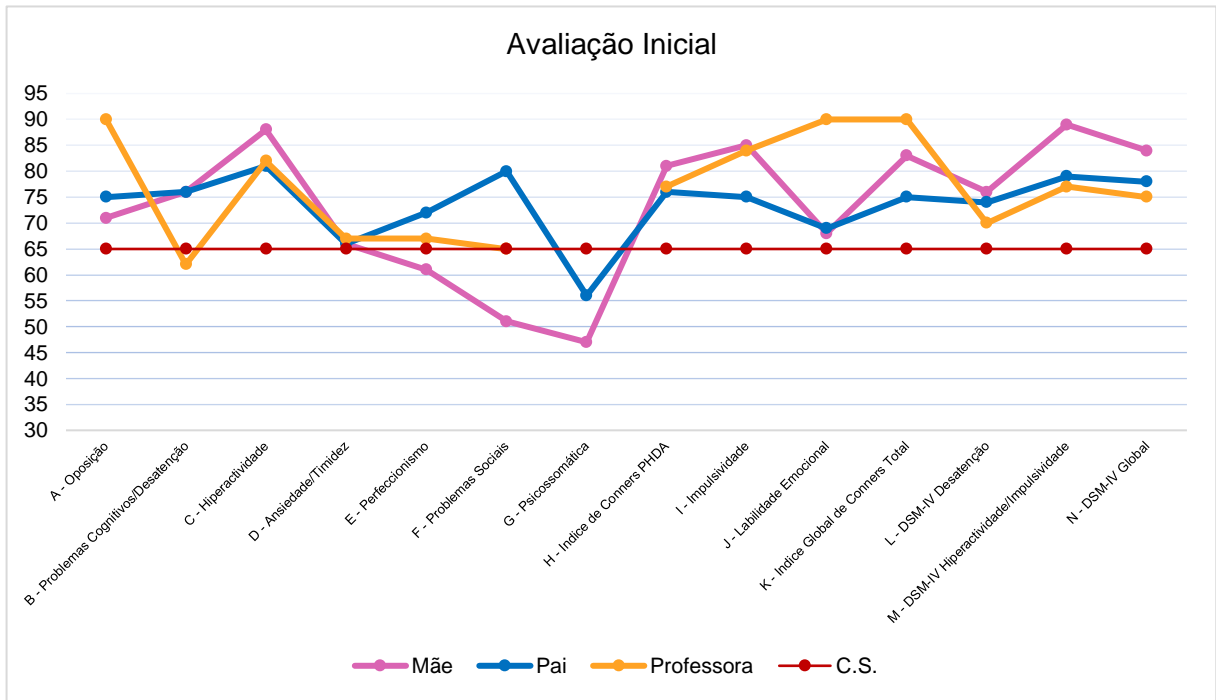


Figura R 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, dos sintomas da PHDA da B.C.

Anexo S Comparação dos Resultados Obtidos na Avaliação Ecológica, Inicial e Final, das FE da B.C.

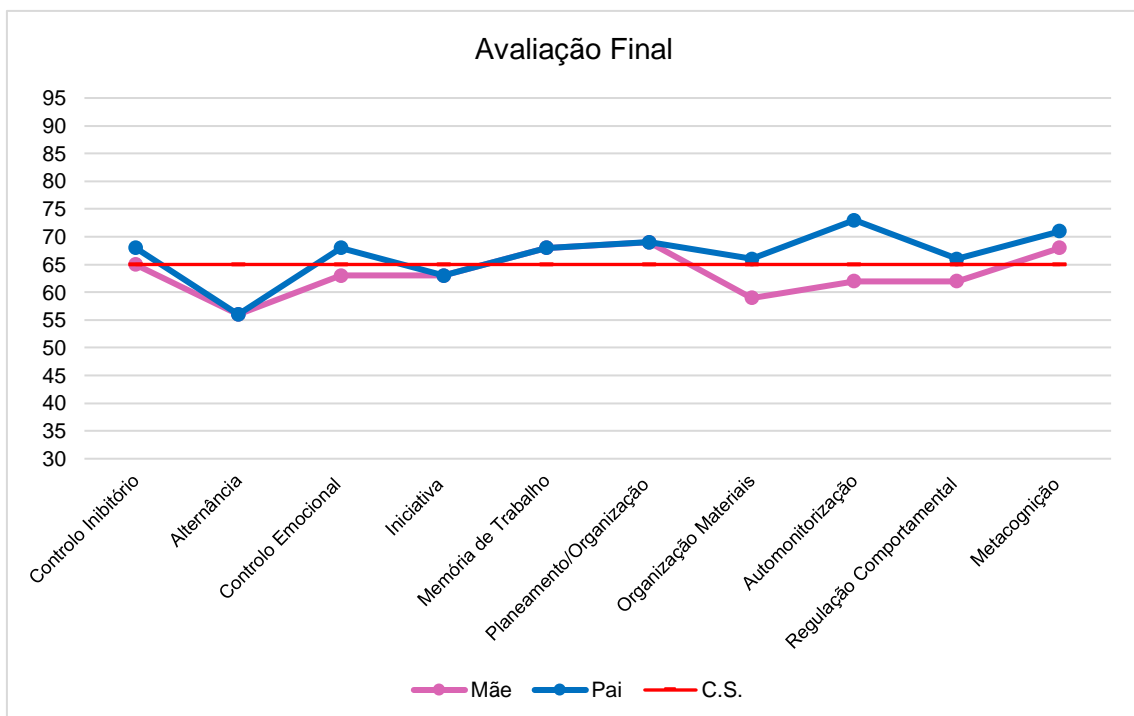
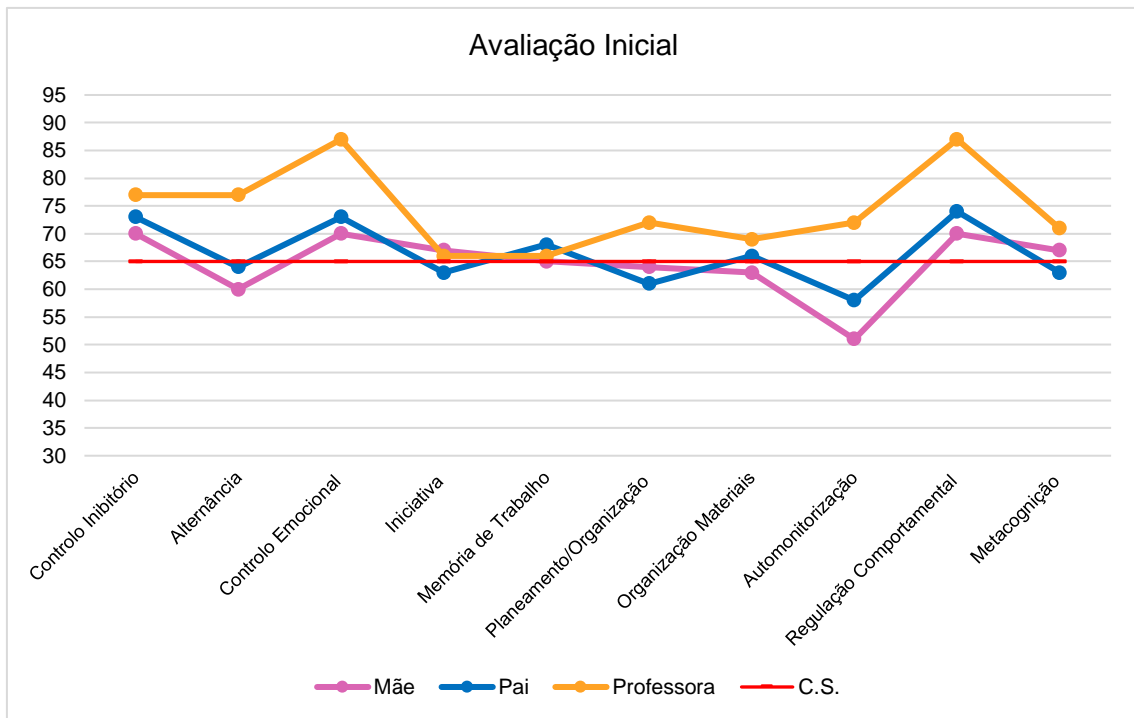


Figura S 1 - Comparação dos resultados obtidos na avaliação ecológica, inicial e final, das FE da B.C.

Anexo T Apresentação PowerPoint para Sessão Clínica sobre IPM

Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Mestrado em Reabilitação Psicomotora

Intervenção Psicomotora
Introdução

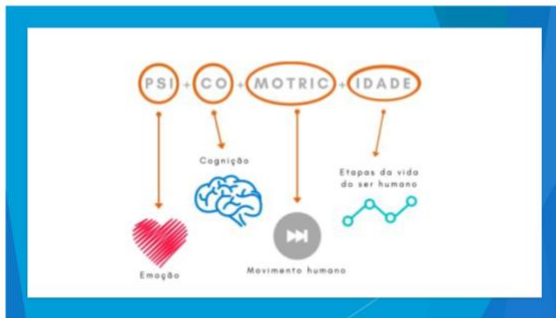
Joana Veríssimo
2018

1

Joana Veríssimo
27 anos
Estudante do Mestrado em Reabilitação Psicomotora

Perturbações do Neurodesenvolvimento
Idade pré-escolar e escolar

2



3

Mito ou verdade?

A IPM é jogar e brincar, por isso, pode ser feita por qualquer profissional?

MITO

É uma área de estudo e intervenção, não um passatempo ou uma atividade.

Psicomotricista
Licenciado ou Mestre em Reabilitação Psicomotora que estuda e dedica a sua vida à profissão.

4

Psicomotricidade em Portugal

80's
• Licenciatura em Educação Física
• Especialização em Educação Especial e Reabilitação (EER)

90's
• Licenciatura em Educação Especial e Reabilitação (TSEER)

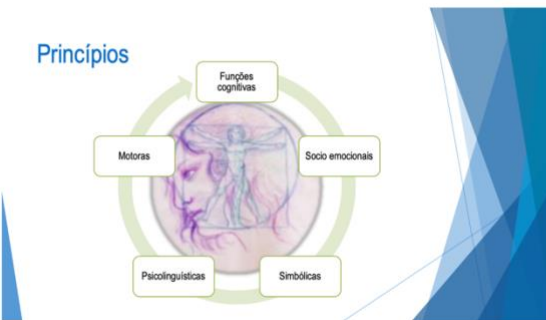
5

Mito ou verdade?

A IPM está relacionada só com a motricidade.

MITO

6



7



8

Mito ou verdade?

A IPM é só para crianças?

MITO



9

Corpo

&

Movimento

Técnicas de relaxação e consciência corporal

Terapias expressivas

Atividades lúdicas

AMA

10



11

Contexto ecológico



Familiar Escolar Extracurricular Social Saúde

12

Mito ou verdade?

A sessão de Intervenção Psicomotora baseia-se na **espontaneidade** e na **liberdade**, não havendo necessidade de planear nada.

MITO

Modelos Técnicas Instrumentos Avaliar Planear Intervir



13

Caso clínico

♀ 8 anos
3ª ano
Discalculia

- Dificuldades na **compreensão** do problema;
- Dificuldade na **descodificação** da linguagem escrita em linguagem matemática;
- Dificuldades na **planificação** de ação e expressão verbal da mesma;
- Dificuldade na **monitorização** durante a execução da ação.

Estruturação Espaço-Temporal
Praxia Global

Interpretação

- Informação
- Operação
- Execução

Planeamento

- Verbalização
- Monitorização

Estruturação espaço-temporal

- Sequência
- Planeamento do movimento em função do espaço
- Representação mental

14

Caso clínico

♂ 5 anos
II Autismo

Domínio de Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos comportamentais
Psicomotor	Desenvolver a Motricidade Fina	Fortalecer a estabilidade do corpo individual e paritário	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar uma linha de 10 centímetros. • Escalar um espaço em 10 segundos com 15 peças. • Colocar botões grandes em caixotes. • Agir por ténis.
	Desenvolver a Motricidade Global	Estabelecer a coordenação visuomotora	<ul style="list-style-type: none"> • Controlar formas com plastilina (p. ex. bolas, hélix).
Grafomotor	Desenvolver a estabilidade estática, dinâmica e coordenação	Desenvolver a equidade estática, dinâmica e coordenação	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar saltos sobre um obstáculo. • Permanecer em equilíbrio apoiado durante 30 segundos.
	Desenvolver atividades visuoespaciais	Desenvolver movimentos de escrita com traços desenhados de progressão cronológica	<ul style="list-style-type: none"> • Copiar um círculo. • Realizar desenhos (p. ex. dentro de círculos, quadrados, triângulos). • Escalar o nome. • Desenhar uma figura humana. • Legar pontos. • Realizar tracing.

15



16

Locais de trabalho

Jardins de infância	Centros de dia	Instituições	Residências	Hospitais <small>grupos e particulares</small>
Associações	Projetos municipais	Centros de atividades	Lares	Clinicas privadas

Psicomotricidade na Europa

17

Psicomotricidade em Hospitais

Reconhecimento

18

Hospital de Vila Franca de Xira

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

Autoproposto
Ano letivo 2018-2019

Perturbações do Neurodesenvolvimento
Autismo
PHDA

19

Obrigada.

20

Anexo U Temas do Projeto Conversas com Pais

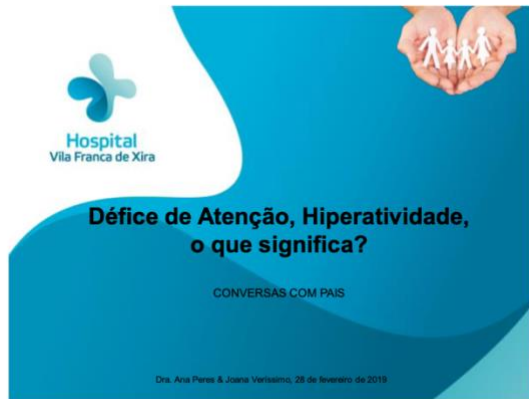
A Tabela U 1 permite verificar de forma global a calendarização das sessões, os títulos e os temas específicos que foram abordados em casa sessão do Projeto Conversas com Pais.

Tabela U 1 - Temas do Projeto Conversas com Pais

1º Sessão 28 de fevereiro de 2019 Défice de atenção, hiperatividade o que significa	2º Sessão 2 de maio de 2019 PHDA e família, como gerir a rotina e o sono	3º Sessão 23 de maio de 2019 PDHA e família, perguntas e respostas
Conteúdos desenvolvidos		
Conceitos gerais PHDA Definição Prevalência Etiologia Implicações Atenção Conceito e tipos Sintomas nucleares Défice de atenção Hiperatividade Impulsividade Comorbilidades Intervenções Multimodal Multidisciplinar Objetivos Evolução Bibliografia	Revisão Parentalidade Desafios Estilos Parentais Impacto da PHDA na família Estratégias Interação pais-filhos Elogio Características positivas Comunicação Organizações de rotina Sistemas de reforço Recompensas Cuidados pessoais Sono Características de um sono saudável Consequências de uma duração adequada versus inadequada Recomendações Fatores que influenciam a qualidade do sono	Perguntas e respostas Medicação Origem dos comportamentos Consequências no desempenho e percurso de vida Escola Medidas de apoio

Anexo V Apresentação PowerPoint para o Projeto Conversas com Pais

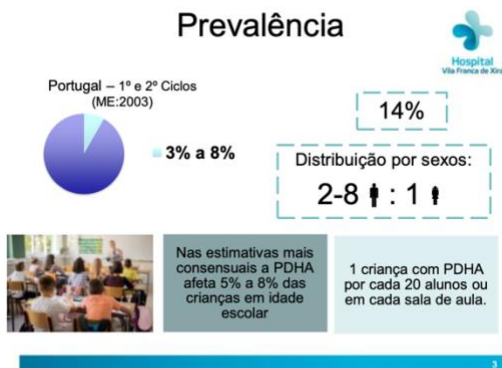
Apresentação PowerPoint para o projeto *Conversas com Pais* – Primeira sessão



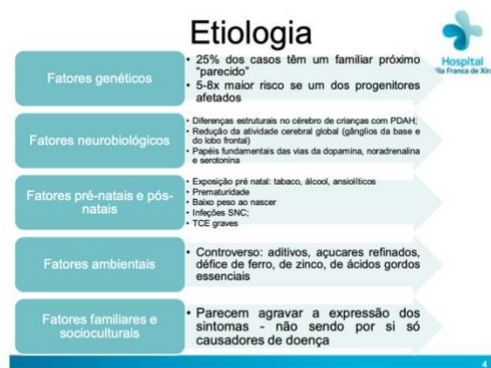
1



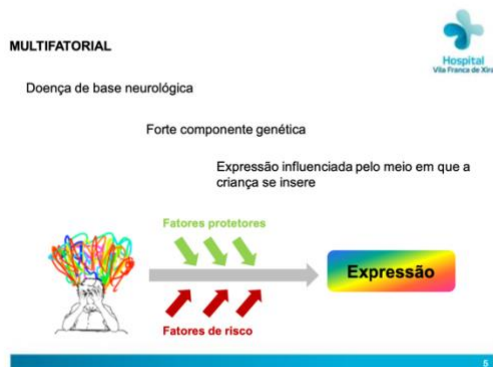
2



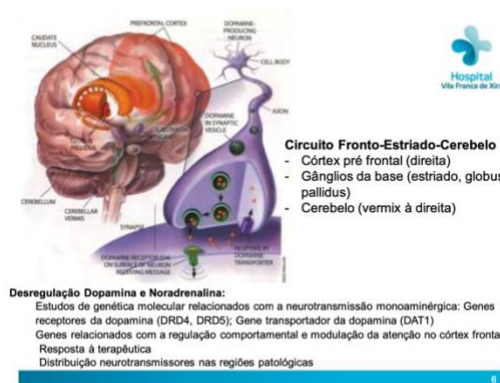
3



4



5



6

Atenção



Atenção sustida (mantida)

• Capacidade de **manter** a atenção num determinado estímulo, durante um longo período de **tempo**, em face de um determinado fim.

Atenção seletiva (focal)

• Capacidade de **focar** a atenção na informação **relevante** enquanto de modo afetivo se ignora informação **distrátil**

Atenção orientada (alternante)

• Capacidade de **direcionar** a atenção para uma localização designada e reorientar para uma nova localização, ou seja, manter-se receptivo a outros **estímulos igualmente significativos**

Atenção executiva (resistir à distração)

• Capacidade de filtrar outros estímulos simultâneos, por serem menos significativos, inibindo respostas a aspetos irrelevantes

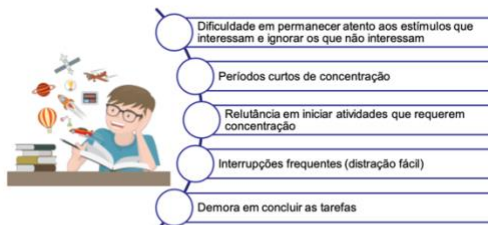


7

Défice de atenção



Dificuldade na **regulação da atenção**

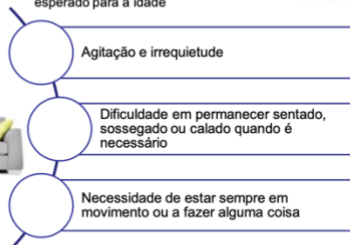


8

Hiperatividade



Atividade motora **excessiva** em relação ao que era esperado para a idade

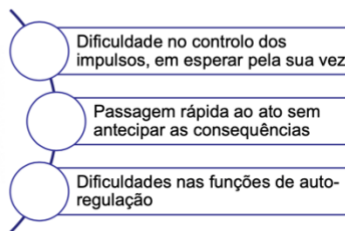


9

Impulsividade



Agir sem pensar



10

Quadro clínico



Meiora	Agrava
<ul style="list-style-type: none"> • Divertido • Imediato • Manhã • Supervisão • Um para um • Novidade • Estranhos • Sala de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Chato • Consequência tardia • Tarde • Sem supervisão • Grupo • Habitual • Sala de espera



11

Problemas associados



12

Diagnóstico



É Clínico!!!

- Não há marcador biológico
- Não há sinais patognomónicos

O comportamento é excessivo para a idade?
Quando começaram os sintomas e qual a duração?
Implica disfunção?
Em que situações?



13

Diagnóstico



O diagnóstico resulta de uma combinação:

História clínica detalhada
Observação e registos comportamentais
Informações de diferentes ambientes
Aplicação de questionários específicos para PHDA:
Escala de Conners para Pais e Professores
Pode ser necessária: avaliação psicológica individual da criança/jovem: avaliação cognitiva- WISC; Matrizes coloridas de Raven

Critérios de diagnóstico (DSM-5)



14

Diagnóstico Diferencial



- ✦ Agitação psicomotora adequada à idade
- ✦ Hipertiroidismo e hipotiroidismo
- ✦ Intoxicação por chumbo
- ✦ Ferropenia
- ✦ Privação de sono
- ✦ Perturbações de sono
- ✦ Alteração emocional: depressão, ansiedade



15

Critérios de Diagnóstico



- **Presentes há pelo menos 6 meses e inconsistente com o nível de desenvolvimento**
- **Presentes antes dos 12 anos**
- **Presentes em 2 ou mais situações (casa, escola, trabalho, amigos)**
- **Clara evidencia que os sintomas interferem ou reduzem a qualidade do funcionamento a nível social, académico ou ocupacional**
- **Não acontecem somente no decurso de d. pervasiva do desenvolvimento, esquizofrenia ou outra psicose e não é melhor explicada por outro distúrbio mental (P. ansiedade, P Humor...**

16

Critérios A1



1. **Desatenção: 6 ou mais dos seguintes critérios persistiram nos últimos 6 meses**, de forma inconsistente com o nível de desenvolvimento e com impacto direto nas atividades sociais, académicas ou ocupacionais.
 - a. Não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares ou outras atividades
 - b. Dificuldade em manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
 - c. Parece não escutar quando lhe falam diretamente
 - d. Não segue instruções e tem dificuldade em terminar trabalhos de casa ou tarefas no local de trabalho
 - e. Dificuldade em organizar tarefas e atividades
 - f. Evita, não gosta ou é relutante em iniciar tarefas que requeiram esforço mental prolongado
 - g. Perde facilmente o material necessário para tarefas e atividades
 - h. Distrai-se facilmente com estímulos extrínsecos
 - i. Esquece-se facilmente das tarefas diárias

17

Critérios A2



2. **Hiperatividade/Impulsividade: 6 ou mais dos seguintes critérios persistiram nos últimos 6 meses**, de forma inconsistente com o nível de desenvolvimento e com impacto direto nas atividades sociais, académicas ou ocupacionais.
 - a. Mexe excessivamente nas mãos e pés ou mexe-se no assento
 - b. Não se mantém sentado quando deve
 - c. Corre ou salta em situações em que é inadequado fazê-lo
 - d. Dificuldade em se envolver em atividades de jogo ou lazer de forma calma
 - e. Sempre pronto a mudar ou atua como se estivesse ligado a um motor
 - f. Fala demasiado
 - g. Responde a questões que não foram completadas
 - h. Dificuldade em esperar a sua vez
 - i. Interrompe ou perturba os outros

18

Fármacos na PDHA



Devem ser utilizados em associação com a intervenção psicossocial e psicoterapêutica

1ª Linha:

Estimulantes – Metilfenidato (Rubifen® Ritalina®, Concerta®)
Fármacos psicoestimulantes (↑ os níveis de dopamina nos circuitos cerebrais); Efeitos secundários: anorexia, ansiedade, cefaleia, dor abdominal, distúrbio do sono, efeito *rebound* após término do efeito da medicação

Não Estimulantes - Atomoxetina (Strattera®)

Ácidos Gordos Essenciais– Suplementos alimentares, alguns estudos demonstra benefícios isoladamente ou associados aos medicamentos de 1ª linha

21

21

Farmacológica



Metilfenidato



Eficaz

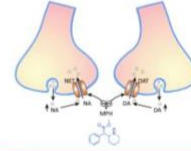


Seguro

- Disponível desde os anos 30, utilizada e estudada desde os anos 50
- A partir dos anos 90, evolução no sentido de forma de liberação e doses

Inibe a recaptção de dopamina e noradrenalina

Aumenta a concentração destes neurotransmissores na fenda sináptica



22

22

Fármacos na PDHA



Medicar...até quando?

Não sabemos qual será a duração da terapêutica, quando a iniciamos, pode ser anos

Cada criança/jovem é um caso único e necessita de ajustes próprios, a rever em cada consulta

A opção de suspender fins de semana e férias equaciona-se caso a caso

Em cada ano pode suspender-se para avaliar a necessidade de manter ou não (por exemplo no início do ano escolar)

23

23

Evolução



Os sintomas atenuam-se com a idade

2/3 mantêm-se na adolescência

Idade adulta - Maior prevalência de comportamentos de risco:

- Perturbação de oposição /desafio
- Delinquência
- Adição
- Perturbações personalidade
- Perturbações relações pessoais/sociais (divórcios, mudança de emprego...)
- Acidentes

Custos para: o Indivíduo, a Família, a Sociedade



24

24

Recursos



Dr. Russell Barkley



25

25

OBRIGADA!



26

26

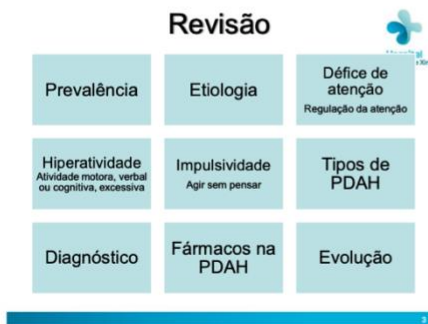
Apresentação PowerPoint para o projeto *Conversas com Pais* – segunda sessão



1



2



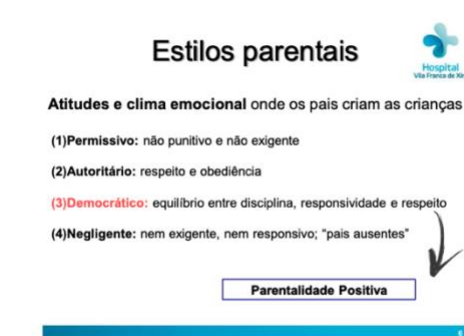
3



4



5



6

Impacto da PDAH na família

- Maior probabilidade de divórcio ou de separação;
- Maior número de discussão e lutas entre irmãos;
- Maior dificuldade dos pais em serem assertivos;
- Mais comportamentos negativos para com a criança;
- Maior prevalência de sintomas depressivos nos pais, principalmente na figura materna;
- Por vezes a família compromete a sua vida social, decorrente das críticas que recebe sobre estas crianças.

Hospital
Vila Franca de Xira

7

7

Hospital
Vila Franca de Xira

Pais referem que:

- **Comportamento** dos seus filhos é a causa de um sentimento mais negativo sobre as suas competências parentais (Donenberg & Baker, 1993).

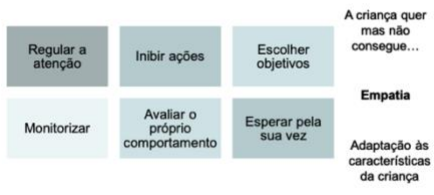
8

8

O que os impede...



"... o meu filho é um balão cheio de ar que se solta e voa sem qualquer ordem."



"...pois o insucesso espalha a cada instante."

9



Interação pais-criança



Rotina



Comportamentos desadequados



Sono

10

Base



- Não há receitas únicas;
 - Há que ajustar o sapato ao pé;
- (Existem crianças com um temperamento mais difícil que exigem maior esforço de ajustamento por parte dos pais)

11

Interação positiva pais-filhos

O poder da atenção positiva e do elogio



12

Quais os comportamentos que prestamos mais atenção?



13



14

Atenção positiva



- Brincar
- Totalmente atento
- Modelar competências
 - Sociais (e.g. partilhar)
 - Emocionais (e.g. frustração)
 - Persistência (e.g. continuar a tentar)

A criança fica mais disponível para colaborar fora dos tempos de brincadeira.



15

Cinco dicas de como elogiar as crianças



- 1) Dê elogios de ser e de fazer;
- 2) Evite elogiar muito ou sem necessidade;
- 3) Não use elogios de comparação.

OS ELOGIOS
NUTREM A EMOCÃO,
FOMENTAM A CORAÇÃO E
INSPIRAM A MOTIVAÇÃO.

16

Foco nas características positivas da PDAH



- São honestos e sinceros** - não escondem o que sentem;
- Agem rapidamente** - em situações de emergência são capazes de liderar;
- São aventureiros** - procuram sempre novidades e não têm medo de arriscar;
- São bons comunicadores** - têm boa capacidade para falar em público;
- São muito criativos** - pensam em soluções que não lembra aos outros;
- Têm uma energia contagiante** - levam os outros «atrás»;
- Perdoam facilmente** - não guardam rancor.

17

Comunicação



- Clara, simples e objetiva;
- A criança deve estar atenta (contacto ocular e toque);
- Comunicação ao longo da tarefa;
- Determinar um tempo para cada tarefa.

"Olha para os teus brinquedos todos espalhados!"
 "Arruma os brinquedos!"
 "Vamos para a cama?"
 "Agora vai para a cama!"

Lembretes de transição podem ajudar!

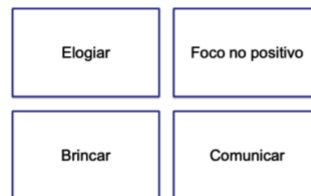
18

"Um dos poucos princípios que temos como absoluto é o da necessidade fundamental de as crianças se sentirem amadas, de um amor forte e seguro, que não depende de comportamentos bons ou maus, e que se prende com a relação quase transcendente entre pais e filhos."



19

T.P.C.



20

Rotina



21

Organizadores de rotina



Privilégios dependentes trabalho



22

Exemplos



23



24



25

Criar



- ✓ Criar juntos;
- ✓ Definir o(s) comportamento(s) ou tarefa(s) de forma clara;
- ✓ Definir quando recebe o ponto (estrela);
- ✓ Definir a recompensa (contrato).

Utilizar

- ✓ Entregar o ponto de forma contingente e imediatamente após a ocorrência do comportamento desejado;
- ✓ Elogiar quando se dá o ponto;
- ✓ Focar na construção e no aumento de comportamentos desejáveis (lutas).

26

Diminuição de comportamentos desadequados Sistema de reforço



27

Sistema de reforço



Estratégia para modificar comportamentos

- 1) Comportamento alvo;
- 2) Sistema de pontos que a criança recebe quando emite o comportamento-alvo;
- 3) Lista de recompensas que a criança recebe em troca das fichas que ganhou.



28

Recompensas



29

Cuidar de si



30

"Muitas vezes a reação a um comportamento da criança depende menos deste do que do nosso estado emocional, cansaço, dificuldades no trabalho ou outras preocupações que nada têm a ver com a criança."

"Estes tempos de recuperação emocional são fundamentais, em particular quando o quotidiano se torna ainda mais complicado por uma (ou mais!) criança com PDAH."

Impacto positivo no comportamento da criança



31

Sono



32



33

Sono

Duração adequada

- ✓ Melhor capacidade de atenção
- ✓ Melhor comportamento
- ✓ Melhor função cognitiva
- ✓ Melhor regulação emocional
- ✓ Melhor saúde física nas crianças:
 - Cardiovascular
 - Imunológico
 - Metabólico

Duração inadequada

- Problemas de atenção, comportamentais e aprendizagem.
- Aumenta o risco de acidentes, lesões, hipertensão, obesidade, diabetes e depressão
- Aumenta o risco de comportamentos autolesivos, de ideação suicida e tentativas de suicídio
- Influência direta sobre o ciclo de sono vigília dos pais

34

Recomendações

Grupo etário	Duração do sono
4-12 meses	12-16 horas (incluindo sestas)
1-2 anos	11-14 horas (incluindo sestas)
3-5 anos	10-13 horas (incluindo sestas)
6-12 anos	9-12 horas
13-18 anos	8-10 horas

Consenso: Recomendações sobre duração do sono de modo a promover uma saúde ótima nas crianças e adolescentes (American Academy of Sleep Medicine).

35

Fatores que influenciam

- A exposição à luz natural durante o dia é importante
- O escurecer ao final do dia a ajuda-nos a adormecer
- A rotina
- Uma **sesta** curta durante o dia ajuda!

O nosso relógio biológico fica "estragado" com:

- Excesso luz artificial
- Sedentarismo mas também exercício físico <2horas antes de dormir
- Abundância de alimentos...

36

Estados Unidos em 2014:

- 56% dos adolescentes dos 15 aos 17 anos dormia 7 ou menos horas por noite.
- 23% das crianças dos 6 aos 11 anos dormia apenas 8 horas por noite.
- 72% das crianças tinha, pelo menos, 1 equipamento eletrônico no quarto e 27% tinham de 3 a 5, e que algumas das consequências eram:

- as crianças que têm equipamento eletrônico no quarto dormem cerca de 0,8 horas a menos por noite,
- a manutenção de equipamento ligado após a hora de deitar diminui a duração do sono,
- as crianças que têm regras quanto à hora de deitar dormem em média cerca de 1,1 horas a mais do que as que não têm,
- 81% das crianças têm muito ou algum impacto da insuficiência de sono no desempenho escolar.



37

Estudar à noite e efeitos na saúde

Adolescentes e jovens adultos têm um ritmo do sono-vigília com tendência (biológica) para adormecer mais tarde (atraso de fase do sono). Quando realizam atividades cognitivas estimulantes em horários tardios, esse atraso acentua-se (reforço comportamental) e pode levar também à **privação do sono**.

Mostram dificuldades de concentração nas aulas da manhã, diminuição da participação nas aulas e do desempenho em geral.



38

O que são perturbações do sono?

Os **problemas do sono** das crianças são hábitos, comportamentos e padrões de sono que são indesejáveis

Os problemas do sono relatados pelos pais constituem com frequência sintomas de **distúrbios ou perturbações do sono**



As **perturbações do sono** constituem um problema importante na população pediátrica, sendo uma queixa em 25-30% das consultas entre os 6 meses e 5 anos.

39

O sono nas nossas crianças

- ✓ Um sono adequado tem um papel fundamental na saúde mental e física.
- ✓ Consequências da privação do sono:
 - Atenção
 - Funções executivas
 - Funções cognitivas superiores
 - Regulação das emoções e do humor
 - Aumenta o risco de acidentes
 - Hipertensão
 - Obesidade
 - Diabetes
 - Influência direta sobre o ciclo de sono vigília dos pais.

40

Anexo W Fotografias do Projeto Conversas com Pais



Figura W 1 - Conversas com Pais - Dinamização Primeira Sessão (A)



Figura W 2 - Conversas com Pais - Dinamização Primeira Sessão (B)


Anexo X Exemplos de Atividades Planificadas no Âmbito do Grupo Terapêutico das Dificuldades de Aprendizagem Específicas



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Mestrado em Reabilitação Psicomotora
Estágio – Hospital de Vila Franca de Xira



Planeamento de jogo psicomotor no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Nome do jogo	Descrição	Objetivo	Material	Duração
Caminhando, ouvindo e dançando (adaptação do jogo da cadeira) 	A criança deve movimentar-se (dançar) ao som da música. Quando a música parar esta tem de manter a posição em que estava (estátua). Nível ☞ Utilização livre do espaço ☞ Momentos de silêncio curtos (e.g.: 2seg) Nível II ☞ Limitar o espaço para uma linha onde o jogador deve andar/dançar; ☞ Aumentar de forma gradual os momentos de silêncio (e.g.: 4seg, 6seg, 15seg). 🏆 Perde o jogador que se movimentar num momento de silêncio. Deve sair da zona de jogo e observar os outros jogadores.	☞ Equilíbrio ☞ Atenção ☞ Controlo da impulsividade	Música Fita colorida adesiva	6min
Variações do jogo: <input type="checkbox"/> Adicionar objetos (e.g.: deslocar-se com um objeto e realizar movimentos com o mesmo); <input type="checkbox"/> Apresentar músicas com ritmos diferentes (e.g.: realizar deslocamentos de acordo com os diferentes ritmos das músicas)				


Joana Veríssimo
2018



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana
Mestrado em Reabilitação Psicomotora
Estágio – Hospital de Vila Franca de Xira




Planeamento de atividade/jogo psicomotor no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Nome do jogo	Descrição	Objetivo	Material	Duração
Setas 	Preparação do material: Marcar 3 limites no chão, com uma pequena cruz de fita adesiva, para orientar o jogador nos sentidos direita, esquerda e centro. O computador com o PowerPoint da atividade, previamente elaborado, e uma coluna devem ser colocados em frente à zona de jogo. O tempo de apresentação das setas deve ser cada vez mais curto e rápido. Introdução: Os jogadores, de frente para o computador nos locais previamente marcados, devem prestar atenção aos sinais visuais dados pelo PowerPoint que vão indicar se o jogador deve: a) saltar alto; b) baixar (côcoras); c) saltar para a direita; d) saltar para a esquerda. Cada jogador tem duas vidas. Ao final das duas vidas deve sentar e observar os outros jogadores. 🏆 Ganha o primeiro jogador que menos vidas gastar.	☞ Atenção ☞ Coordenação ☞ Lateralidade	PowerPoint com setas; Fita adesiva para marcar limites no chão; Música.	10min
Variações do jogo: <input type="checkbox"/> Estímulo sonoro que corresponde a um determinado salto (e.g.: instrumentos musicais, sendo que os jogadores não podem ver o instrumento); <input type="checkbox"/> Estímulo verbal (e.g.: só saltar quando ouvir a palavra certa)				


Joana Veríssimo
2018

Planeamento de atividade/jogo psicomotor no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Nome do jogo	Descrição	Objetivo	Material	Duração
<p>As estrelas guiam os navegantes</p> 	<p>Preparação Os jogadores devem ser organizados em pares. Uma bola ou um objeto deve ser dado. Um jogador deve ser selecionado para ser a estátua e outro para realizar as instruções dadas pelo mediador. Após uma instrução verbal, o jogador deve colocar o objeto na posição referida à estátua (e.g.: coloca a bola à esquerda da estátua, à direita, em frente, atrás, em cima, entre outros). Após algumas instruções os jogadores devem trocar de papéis e novas instruções devem ser dadas.</p> <p>Atividade Novamente, os jogadores devem ser organizados em pares. Uma venda para os olhos deve ser dada. Um jogador deve ser selecionado para ficar de olhos vendados e outro para ser o seu guia.</p> <p>Um percurso de obstáculos deve ser realizado pelo guia. Após estar completo, o guia deve dar instruções, verbais e direcionais, para o jogador de olhos vendados realizar o percurso da melhor forma possível. O jogador deve ser conduzido de volta ao ponto de partida onde os papéis devem ser invertidos.</p> <p>Para o segundo percurso, um novo percurso de obstáculos deve ser montado.</p>	<p>Perceção do espaço; Lateralidade; Noções espaciais direcionais (cima/baixo, frente, trás); Relação tempo-espaço; Noções corporais.</p>	<p>Bolas Vendas para os olhos</p>	<p>20min</p>

Joana Veríssimo
2019

Planeamento de atividade/jogo psicomotor no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Nome do jogo	Descrição	Objetivo	Material	Duração
<p>Música e dedos</p> 	<p>Atividade Dispostos em roda, numa mesa redonda ou no chão do ginásio, os jogadores devem ser mediados a realizar movimentos coordenados com os dedos e as mãos.</p> <p>Instrução: "Vou cantar uma música e gostava que me acompanhassem com voz e movimento. Cantem cada frase depois de mim e imitem os gestos."</p> <p>A realização vai depender a coordenação interdigital de cada jogador. O nível de exigência dos movimentos deve adaptar-se às necessidades do grupo.</p> <p>Videos de referência (youtube): One From The Left (A Finger Play) – Jim Gill ENCONTRO DOS DEDOS - Fingerplay (Jogo de dedos) – Marcello Serralva</p>	<p>Motricidade fina: Dissociação interdigital; Lateralidade; Noção do corpo.</p>	<p>NA</p>	<p>10min</p>

Joana Veríssimo
2019

Planeamento de atividade/jogo psicomotor no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Nome do jogo	Descrição	Objetivo	Material	Duração
Jogo do espelho	<p>A pares e frente a frente, uma criança deve comandar os movimentos que a outra criança deve reproduzir como se estivesse em frente a um espelho. Após um momento, os papéis devem ser invertidos. Pode ser pedido que o par se altere de modo a permitir uma maior interceção entre o grupo.</p> <p>Variações do jogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Movimentos limitados – a criança que comanda os movimentos deve realizar movimentos só com o braço, perna, cabeça, entre outros; <input type="checkbox"/> Movimentos ritmados – a criança que comanda os movimentos deve realizar movimentos rápidos ou lentos; <input type="checkbox"/> Grupo – a criança que comanda os movimentos para o grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Imitação; ☞ Noção de tempo e espaço; ☞ Coordenação; ☞ Criatividade e iniciativa. 	Música	10min



Joana Veríssimo
2019

Planeamento de atividade/jogo psicomotor no âmbito das Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Nome do jogo	Descrição	Objetivo	Material	🕒
Á procura do EU	<p>Atividade: Apresentar um mapa onde esteja definido um trajeto, entre diversos espaços do Hospital (especificamente na área da Medicina Física e de Reabilitação), que a criança deve seguir.</p> <p>Em cada etapa assinalada no mapa com uma estrela vermelha, encontram-se diversas características físicas e psicológicas, escritas num post-it. A criança deve escolher aquelas com que se identifica.</p> <p>Após terminar o trajeto, no ginásio devem ser apresentadas as características e a identificação que quem as selecionou. Na conversa em grupo, deve ser abordado o reforço de potencialidades e a desvalorização de aspetos menos positivos, com vista à melhoria da autoimagem e da autoestima.</p> <p>Variações do jogo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Realizar outros trajetos possíveis e explorar diferentes características; <input type="checkbox"/> Realizar em grupo (identificar características comuns no grupo) ou de modo individual. 	<p>Interpretação de uma representação topográfica;</p> <p>Memória visual (curto prazo);</p> <p>Orientação espacial;</p> <p>Capacidade de antecipação;</p> <p>Conhecimento do esquema corporal geral.</p>	Folha de papel com o mapa; <p>Post-it com características físicas e psicológicas.</p>	30min



Joana Veríssimo
2019