

Marta Sofia Lopes Dantas



Os efeitos de uma intervenção psicomotora numa criança com  
Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015



Os efeitos de uma intervenção psicomotora numa criança com PDAH

Marta Sofia Lopes Dantas



Os efeitos de uma intervenção psicomotora numa criança com  
Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Os efeitos de uma intervenção psicomotora numa criança com PDAH

Marta Sofia Lopes Dantas

Os efeitos de uma intervenção psicomotora numa criança com  
Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade

Atesto a originalidade do trabalho

---

(Marta Sofia Lopes Dantas)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando  
Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção  
do grau de Licenciatura em Reabilitação Psicomotora.

## **Resumo**

Este projeto teve como principal objetivo verificar os efeitos de um programa de intervenção psicomotora, nos fatores psicomotores e no perfil psicomotor, numa criança com Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade, após 15 sessões de Psicomotricidade.

A pesquisa é um estudo de caso com experimentação e a amostra foi constituída por uma criança do género feminino de seis anos, a frequentar as Clínicas Pedagógicas da Universidade Fernando Pessoa, Porto.

O instrumento utilizado foi a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (1995) para avaliar os fatores psicomotores (Tonicidade, Equilibração, Lateralização, Noção de Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Praxia Fina).

Os resultados obtidos no final do estudo demonstraram uma evolução positiva no perfil psicomotor quando comparados com os resultados anteriores aos da intervenção. Nos fatores equilíbrio, estruturação espaço-temporal e praxia fina a criança evoluiu do perfil Dispráxico (satisfatório) para um perfil Euprático (bom). Nos restantes fatores não foram observadas alterações, uma vez que a criança já apresentava e manteve um perfil Euprático. O mesmo sucedeu no fator lateralização, mas mantendo um perfil Hiperprático (excelente). Assim se conclui que o programa de intervenção psicomotora individual realizado para esta criança, trouxe ganhos nos fatores psicomotores com maior dificuldade, resultando numa melhoria do seu perfil psicomotor.

**Palavras-Chave:** Psicomotricidade, Défice de Atenção, Hiperatividade, intervenção.

## **Abstract**

This project aimed to verify the effects of a psychomotor intervention program in psychomotor factors and psychomotor profile, in a child with Attention Deficit Disorder /Hyperactivity, after 15 sessions of Psychomotricity.

This research is a case study with trial. The sample consisted of a six year old female, attending the Pedagogical Clinic of University of Fernando Pessoa, Oporto.

The instrument used to assess the psychomotor factors (Toning, Balancing, lateralization, Body Sense, spatiotemporal Structuring, Global and Fine praxis) was the Vitor da Fonseca's Psychomotor Battery (1995).

The results obtained at the end of the study showed a positive trend in psychomotor profile when compared with previous results to the intervention. In balancing, space-time structure and fine praxis factors the child evolved from dyspraxic profile (satisfactory) for a Eupraxic profile (good). In the other factors no changes were observed, since the child already had and maintained a Eupraxic profile. The same happened in lateralization factor, but maintaining a Hiperpraxic profile (excellent). Thus we conclude that the individual psychomotor intervention program conducted for this child, has brought gains in psychomotor factors with greater difficulty, resulting in improving their psychomotor profile.

**Keywords:** Psychomotricity, Attention Deficit, Hyperactivity, intervention.

## Índice

I. INTRODUÇÃO.....	10
II. FASE CONCEPTUAL.....	13
2.1. Questão de Investigação.....	13
2.2. Objetivo.....	13
2.3. Variáveis.....	13
2.4. Fundamentação Teórica.....	14
2.4.1. A Psicomotricidade.....	14
2.4.2. Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade.....	15
2.4.3. Psicomotricidade e PDAH.....	16
III. FASE METODOLÓGICA.....	19
3.1. Tipo de Estudo.....	19
3.2. Caracterização da Amostra.....	19
3.3. Instrumento Utilizado.....	19
3.4. Plano de Intervenção.....	21

3.5. Considerações Éticas.....	22
IV. FASE EMPÍRICA.....	23
1. Resultados da Avaliação Inicial.....	23
2. Resultados da Avaliação Final.....	25
3. Análise Comparativa dos Resultados da Avaliação Inicial e da Avaliação Final.....	28
4. Discussão dos Resultados.....	30
V. CONCLUSÃO.....	34
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	35
VII. ANEXOS.....	40

Anexo 1. Cronograma

Anexo 2. Plano Pedagógico-Terapêutico

Anexo 3. Consentimento Informado a Tutores



## **Índice de gráficos e tabelas**

Gráfico 1 - Resultados obtidos na Bateria Psicomotora no Pré-Teste e no Pós-Teste

Gráfico 2 - Resultados do Perfil Psicomotor no Pré-Teste e no Pós-Teste

Quadro 1 - Resultados quantitativos da avaliação inicial, pela Bateria Psicomotora

Quadro 2 - Resultados quantitativos da avaliação final, pela Bateria Psicomotora

## I. Introdução

No âmbito da conclusão da Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, foi efetuado o presente estudo de investigação intitulado “Os efeitos de uma intervenção psicomotora numa criança com Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade”.

A perturbação de défice de atenção/hiperatividade (PDAH) é uma condição clínica de alta prevalência, de forma heterógena, das crianças em idade escolar. As crianças com PDAH apresentam, geralmente, um padrão comportamental, caracterizado por uma persistente falta de atenção, impulsividade e hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente do que as crianças com um nível semelhante de desenvolvimento (APA, 2014).

O fato desta perturbação ser tão frequente hoje em dia, e a possibilidade de trabalhar com uma criança que apresenta este diagnóstico, constituíram-se como as principais razões para iniciar o estudo de caso.

Deste modo, é importante reforçar a importância da Psicomotricidade como intervenção possível numa criança com esta perturbação. E portanto, a questão em aberto para a investigação foi *“Quais os efeitos de um programa de intervenção psicomotora nos fatores psicomotores, numa criança com Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade?”*

O objetivo do estudo foi então verificar os efeitos de um programa de intervenção psicomotora, nos fatores psicomotores e no perfil psicomotor, numa criança com perturbação de défice de atenção/hiperatividade. Existem três abordagens importantes relativas à intervenção: (i) a medicação, que produz efeitos mais rápidos e duradouros; (ii) as intervenções comportamentais, que constituem um cooperante fundamental da

medicação; e (iii) as intervenções cognitivo-comportamentais (Barkley, 2000, cit in Lopes, 2004).

A finalidade de uma intervenção nesta perturbação é fornecer à criança uma maior autonomia comportamental, física, cognitiva e emocional (Vilar, 2002). O planeamento de um programa de intervenção psicomotora tem por finalidade fomentar o autocontrolo, utilizando técnicas que ajudem a criança a falar por si própria. Existe, ainda, a possibilidade de proporcionar auxílios do exterior, seleccionando os estímulos relevantes para a realização de uma tarefa, a fim de evitar o excesso de informação (Fernandes, 2012).

A Psicomotricidade como forma de intervenção por mediação corporal oferece um recurso mais imprescindível para responder efetivamente nas várias situações onde a adaptação está comprometida, e onde é indispensável uma compreensão interligada do funcionamento da criança nos vários domínios comportamentais, desde o motor, passando pelo afetivo até ao cognitivo (Martins, 2001).

O processo de investigação aconteceu ao longo de 15 sessões de intervenção, decorrendo de forma contínua até Junho de 2015.

Nesta perspetiva, para melhor compreensão desta temática organizou-se este trabalho em duas partes. Uma primeira parte de revisão bibliográfica e fundamentação teórica, com os conteúdos que se consideraram importantes para a compreensão e fundamentação do estudo; e uma segunda parte de desenvolvimento do processo de estudo de caso onde foi possível justificar quais os efeitos de uma intervenção psicomotora na PDAH. Assim sendo, iniciou-se o trabalho com abordagem à psicomotricidade, posteriormente à PDAH e ainda, à relação entre psicomotricidade e PDAH.

Por fim, descreveu-se a Metodologia utilizada na organização empírica do trabalho de investigação: Instrumento e Procedimento de aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca. Foram de seguida apresentados os resultados obtidos no pré-teste e no pós-teste, tendo como finalidade comparar os resultados obtidos antes da intervenção e após, de modo a analisar também o perfil psicomotor da criança, seguindo-se a discussão dos mesmos. Posteriormente escreveram-se as conclusões, retomando os principais pontos explicitados ao longo do estudo.

## **II. Fase Conceptual**

Segundo Fortin (2009), a fase conceptual possibilita a ideia que irá orientar a investigação. Nesta fase, o investigador identifica o domínio que é do seu interesse, revê a literatura para situar o domínio no contexto dos atuais conhecimentos, formula a questão de investigação e enuncia os objetivos.

### **2.1. Questão de Investigação**

Para se dar início a uma investigação é necessária a procura de uma resposta para determinada pergunta, dificuldade ou problema. A questão de investigação é uma pesquisa voltada para a compreensão ou explicação de um fenómeno (Almeida & Freire, 2007).

A questão de partida para a elaboração deste projeto foi: Quais os efeitos de um programa de intervenção psicomotora nos fatores psicomotores, numa criança com Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade?

### **2.2. Objetivo**

O objetivo do estudo foi verificar os efeitos de um programa de intervenção psicomotora, nos fatores psicomotores, numa criança com perturbação de défice de atenção/hiperatividade.

### **2.3. Variáveis**

A variável independente identifica-se com a característica que o investigador manipula intencionalmente para conhecer o seu impacto numa outra variável, a dependente (Almeida & Freire, 2007), e neste caso, é um programa de intervenção psicomotora. As variáveis dependentes definem-se como a característica que aparece quando o investigador aplica, anula ou modifica a variável independente (Almeida & Freire, 2007) e são, neste estudo, os fatores psicomotores: tonicidade, equilibração, lateralidade, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina e ainda, o perfil psicomotor traçado. Podemos considerar ainda variáveis mediadoras, a medicação que esta criança toma diariamente.

Para garantir uma validade interna foram identificadas as seguintes variáveis mediadoras: a medicação; o facto de o experimentador e o investigador serem a mesma pessoa, o que pode influenciar a colocação dos resultados que esperamos. O que se pretende não é a generalização, mas a relevância da intervenção neste caso específico, ou seja, os dados obtidos não podem ser transpostos para a população em geral. De acordo com Josevan (2008), a validade interna está relacionada apenas com a amostra estudada e tem a ver com a relação entre variável dependente e independente. O autor salienta ainda que se o efeito na variável dependente é devido à variação da variável independente, então esta validade foi alcançada.

## **2.4. Fundamentação Teórica**

### **2.4.1. A Psicomotricidade**

A Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2015) define Psicomotricidade como:

“A Psicomotricidade pode ser definida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade. Baseada numa visão holística do ser humano, a psicomotricidade encara de forma integrada as funções cognitivas, sócio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial.”

A Psicomotricidade, de acordo com Wallon e Ajuriaguerra (cit por Fonseca, 2010), gera os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento da criança, onde se estabeleça relações entre os comportamentos e o desenvolvimento da criança e a maturação do seu sistema nervoso, pois só desta forma, será possível edificar estratégias educativas, terapêuticas e reabilitativas adequadas às necessidades da criança.

A Terapia Psicomotora pretende estimular o desenvolvimento da atividade perceptiva, simbólica e conceptual, através da facilitação de experiências sensório motoras intencionais, e da consciencialização corporal, no espaço e no tempo (Martins, 2001). A terapia psicomotora desenvolve atividade de movimento expressivo, podendo traduzir-se em diversos benefícios adicionais para a criança que está no processo de reabilitação, permitindo ganhos complementares na saúde (Emck & Bosscher, 2010).

#### **2.4.2. Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade**

A perturbação de défice de atenção/hiperatividade (PDAH) é uma condição clínica de alta prevalência, de forma heterógena, das crianças em idade escolar. As crianças com PDAH apresentam, geralmente, um padrão comportamental, caracterizado por uma persistente falta de atenção, impulsividade e hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente do que as crianças com um nível semelhante de desenvolvimento (APA, 2014). Segundo o DSM-V (2013), a característica essencial desta perturbação é um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere no funcionamento ou desenvolvimento. Tornam-se precocemente evidentes os primeiros sinais desta perturbação entre os três e os quatro anos de idade (Cormier, 2008). Nesta fase, a principal manifestação consiste em irrequietude associada a atividade motora excessiva (Schmidt & Petermann, 2009).

A PDAH expressa-se na criança, consoante os contextos em que esta ocorre, ou seja, em função das tarefas, atividades e relações interpessoais que cada criança estabelece. Quer isto dizer que a intervenção nestes casos requer a cooperação dos pais e professores, pois é em casa e na escola que os problemas surgem (Rodrigues & Antunes, 2013).

De acordo com Rodrigues e Antunes (2013) algumas crianças apresentam uma maior predominância de sintomas de falta de atenção e portanto, outras de impulsividade e hiperatividade. Porém, o diagnóstico deve ser feito de acordo com cada um dos subtipos (utilizadas ainda as referências à versão IV do DSM), sendo, **1. Subtipo Misto ou Combinado**, subtipo mais comum, onde são evidentes os sintomas nas duas dimensões de forma equilibrada; **2. Subtipo Desatento**, quando há maioritariamente sintomas relacionados com a desatenção e é, sobretudo, mais frequente no sexo feminino e, **3. Subtipo Hiperativo-impulsivo**, subtipo mais raro que está associado, normalmente, a outros diagnósticos comportamentais.

O DSM-IV (2002) diagnosticava a perturbação de acordo com estes três subtipos, mas a atual versão do DSM-V (2013) eliminou estes subtipos e substituiu pela expressão “formas de apresentação”, quer isto dizer que são atribuídas diferentes designações para diferentes expressões de problema, assumindo que estas são variáveis, em função do sexo e da idade da criança (Rodrigues & Antunes, 2013). Segundo estes autores, e pelo que vem descrito no DSM-V (2013), em vez de subtipo desatento, passa a ser uma designação de PDAH de forma desatenta.

#### **2.4.3. Psicomotricidade e PDAH**

Segundo Rodrigues e Antunes (2013), quando o diagnóstico é realizado de forma concreta e correta e portanto, precocemente na vida da criança, a intervenção adequada pode minimizar o impacto dos sintomas e permitir que a vida da criança se faça de forma adaptada. A intervenção deve ser ajustada aos períodos e circunstâncias de vida de cada criança, quer isto dizer que, à medida que a criança cresce, as suas necessidades também evoluem e portanto, a forma de intervenção deve ser congruente.

Segundo Fonseca (1995), a psicomotricidade é uma terapia usada para esta perturbação tão conhecida nos dias de hoje, cujo enfoque é o movimento em todas as formas de



expressão e potencialidades, com o objetivo de preservar, manter e desenvolver a integridade de um órgão ou sistema. A intervenção psicomotora tem como objetivos, referentes a esta perturbação, o aumento progressivo do tempo de concentração e de atenção na realização das tarefas, o desenvolvimento de estratégias de autocontrolo de maneira a reduzir os momentos de maior impulsividade, a diminuição da agitação motora moderando assim os comportamentos excessivos, o desenvolvimento das competências sociais e a relação com os pares (Corraze & Albaret, 1996). Para fazer face aos défices no tratamento de informação, a psicomotricidade pode atuar ao nível da codificação e descodificação dos dados provenientes do próprio corpo e do mundo exterior, em termos verbais, visuo-espaciais e táctilo-quinestésicos; na planificação e organização espacial ou temporal do uso do objeto, na sequencialização, análise da ação e modificação da estratégia; na inibição e controlo de movimento (Martins & Rosa, 2005). A psicomotricidade anda à volta de três princípios, sendo eles, a motricidade, afetividade e a mente. Através desta, a criança com PDAH, utiliza o corpo para reconhecer os seus limites, dificuldades e habilidades, para controlar o seu comportamento, ajustar-se ao meio em que está e adquirir a capacidade de controlar o próprio corpo (Pelisoli et al., 2006).

Os sintomas psicomotores são evidentes alterações motoras, cognitivas, de coordenação e equilíbrio, que dificulta o desenvolvimento normal da criança (Rosa Neto et al., 2005). É também afetada a praxia fina, de maneira a que a criança tem dificuldade em programar os movimentos desejados, portanto as atividades que recorrem a este fator, requerem precisão e equilíbrio, mas estão comprometidas devido às emoções geradas na criança (Toledo, 2001). De acordo com Bergès (1995), Emck (2004) e Gazon (2006), ao nível da semiologia psicomotora podem ser verificados problemas de tonicidade (tensão muscular permanente), problemas práticos (dificuldade na planificação da ação, dificuldades de adaptação a situações novas) e problemas espaço-temporais.

Segundo Bicudo (2004), a psicomotricidade pode intervir em crianças com PDAH, pois através da transformação do espaço e do outro a nível simbólico, a criança poderá conter o seu pensamento, sendo capaz de sair da atividade motora excessiva em que se encontrava, e segundo Martins e Rosa (2005), a psicomotricidade nesta perturbação é

uma hipótese de intervenção e um recurso à psicoterapia individual, conjugada com medicação.

Ao longo da intervenção psicomotora, deverão ser proporcionadas tarefas de acordo com um conjunto de linhas orientadoras. Conduzir a tarefa através do jogo espontâneo de acordo com os seus interesses, sendo a criança orientada progressivamente a respeitar orientações e de modo a adequar o seu corpo a limites espaço-temporais determinados. Ajudar a criança relativamente ao autocontrolo, como o desenvolvimento através de jogos de desinibição quando a criança se encontra mais calma e de maneira a proporcionar experiências mais dinâmicas para exigir maior mobilidade, e ainda ajudar a criança quanto ao autoconhecimento, promovido através de tarefas de coordenação motora e de equilíbrio que permite também a consciencialização dos limites corporais e das possibilidades de ação no espaço. Isto de maneira a melhorar a capacidade do autocontrolo e do autoconhecimento, aumentar a capacidade de concentração da criança numa atividade, melhorar a memória através de tarefas que invoquem a manutenção da vigilância e em situações que envolvem processos de planificação, sequencialização e ainda a sua implicação operacional (Lièvre & Staes, 2006).

### **III. Fase Metodológica**

#### **3.1. Tipo de Estudo**

É um tipo de estudo de caso único, com experimentação, neste caso, pré-experimental com design pré/pós teste. Foi feita uma comparação entre os resultados da avaliação inicial (pré-teste) e da avaliação final (pós-teste).

Um tipo de caso único é uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos entender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, onde estão envolvidos diversos fatores (Araújo et al., 2008). Tal como salienta Ponte (2006), é uma investigação particularista, que se debruça intencionalmente para uma situação única, de modo a tentar descobrir o que há de essencial e característico nela para contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.

#### **3.2. Caracterização da Amostra**

Menina de 6 anos com Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade. Frequenta a Psicomotricidade desde Outubro de 2014 nas Clínicas Pedagógicas da UFP, frequenta ainda a Terapia da Fala nas mesmas. Frequenta o 1.º Ano de Escolaridade.

#### **3.3. Instrumento Utilizado**

Para efeitos de avaliação formal foi aplicada a Bateria Psicomotora (1975, cit in Fonseca, 1995), destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança. Esta permite avaliar sete fatores: Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção de Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Praxia Fina e para além destes, são solicitados dados de identificação da criança, nomeadamente, sexo, data de nascimento, idade cronológica, fase de aprendizagem e data de avaliação. Este instrumento pode ser

aplicado a crianças dos 4 aos 12 anos e tem sido muito utilizado em Psicomotricidade. Segundo Fonseca (2010), a qualidade do perfil psicomotor da criança, reflete o grau de organização neurológica das três principais unidades, segundo Luria, está indubitavelmente associada ao seu potencial de aprendizagem e portanto, foi das experiências com crianças com dificuldades de aprendizagem (Fonseca, 1976) que resultou a Bateria. A sua finalidade essencial é detetar e identificar crianças com dificuldades de aprendizagem e é um instrumento psicopedagógico. Relativamente ao primeiro fator e no âmbito da organização da psicomotricidade, a **tonicidade** é o seu alicerce fundamental, pois esta ajuda no desenvolvimento motor, bem como no psicológico. A **equilibração** é uma condição básica da organização psicomotora, uma vez que cinge uma variedade de ajustamentos posturais antigravíticos que suportam qualquer resposta motora. Na **lateralização**, as diferenças entre a motricidade animal e humana surgem desta, na organização e hierarquização funcional dos dois hemisférios cerebrais. No caso da **noção do corpo**, esta compreende a receção, análise e armazenamento das informações vindas do corpo, juntamente com uma tomada de consciência estruturada e armazenada somatotopicamente. A **estruturação espaciotemporal** decorre, como organização funcional, da lateralização e da noção do corpo, uma vez que é preciso desenvolver a consciência espacial interna do corpo antes de projetar o referencial somatognóstico no espaço exterior. E por fim, quanto às praxias, a **praxia global** tem como principal objetivo a realização e a automatização dos movimentos globais complexos, que exigem a atividade conjunta de grupos musculares, e a **praxia fina** está ligada à função de coordenação dos movimentos dos olhos, durante a fixação da atenção e manipulação de objetos que exigem controlo visual.

A Bateria Psicomotora é um instrumento de observação que permite avaliar de forma qualitativa sinais psicomotores. É um instrumento útil na identificação de disfunções psicomotoras e no despiste de dificuldades de aprendizagem (Fonseca, 1995). Nos diversos subfactores deste instrumento, há uma escala de pontos que varia de 1 a 4, ou seja, se o resultado for 1, quer dizer que foi uma realização imperfeita; se for 2, quer dizer que foi satisfatória; se o resultado for 3, então foi uma realização adequada; e se for 4, foi uma realização perfeita.

### **3.4. Plano de intervenção**

O plano foi traçado de acordo com as dificuldades da criança em cada fator psicomotor. As atividades que foram realizadas, descritas em baixo, foram imprescindíveis, uma vez que estimularam mais do que um fator em simultâneo. Ou seja, não foram potenciados apenas os fatores com resultados mais baixos, mas também todos os outros foram trabalhados, pois são igualmente importantes para o desenvolvimento global do perfil psicomotor da criança.

O programa de intervenção psicomotora abrangeu todos os fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, noção do corpo, estruturação espaço-temporal e praxias). Os principais objetivos com a intervenção para este caso foram os seguintes: minimizar comportamentos hiperativos, como melhorar a atenção e concentração (aumentando progressivamente tempos da tarefa), melhorar hesitações na realização das atividades e reduzir os níveis de ansiedade; melhorar a regulação tónica, de maneira a que a criança compreendesse a diferença entre estados de tensão e contração (fator tonicidade); desenvolver o equilíbrio, ou seja, melhorar a capacidade de permanecer de segurança gravitacional, aumentando o tempo de imobilidade e equilíbrio estático; melhorar a noção de corpo, isto é, que fosse capaz de nomear todas as partes do corpo em si e no outro e distinguir a direita e a esquerda; desenvolver a orientação espacial e temporal, de maneira a que a criança fosse capaz de se organizar no espaço de acordo com diferentes noções espaciais e distâncias, e que soubesse situar-se adequadamente no tempo; melhorar as praxias global e fina, melhorando a coordenação e associação de movimentos entre os membros e melhorar velocidade de precisão em tarefas visuográficas simples. Foram realizadas atividades com bola, percursos psicomotores com diferentes formas de locomoção, atividades lúdicas de captação da atenção, tarefas rítmicas ao som das claves ou de palmas, atividades de perceção visual, atividades de terapias expressivas, através da música, do desenho e das emoções e relaxação, ou seja, atividades que utilizassem o corpo como meio terapêutico. Quer isto dizer, que ao longo da intervenção feita à criança, foram usadas técnicas de relaxação e consciencialização corporal e terapia e reeducação gnósico-prática.

### **3.5. Considerações Éticas**

Em nenhum momento foram identificados ou referidos dados pessoais e os resultados deste estudo, apenas servirão para efeitos de investigação. Assim, salvaguardou-se a confidencialidade e anonimato do participante, após o consentimento informado dos pais.

Segundo o Código Deontológico dos Psicomotricistas Portugueses (APP, 2010), no Capítulo II, Artigo 5º, Relação Terapêutica entre o Psicomotricista e o Utente, devem ser respeitados e salvaguardados os direitos, a dignidade e o bem-estar da criança; e é importante que a criança e os seus representantes legais sejam informados e esclarecidos sobre a avaliação, intervenção e metodologia que possa ser mais adequada para a intervenção. Neste mesmo Capítulo, Artigo 8º, Diretivas Éticas para a Investigação, é proibida a investigação suscetível de prejudicar a criança, devem ser tomadas precauções necessárias para não violar o direito da criança ao sigilo profissional, a participação desta é voluntária e portanto, pode abandonar o estudo assim que o entender e a utilização de informações referentes à criança deve ser e estar subordinada ao acordo prévio da mesma. No artigo 9º, Sigilo Profissional, diz que deve ser assegurada a confidencialidade dos dados.

O Princípio da Beneficência assegura o bem-estar da criança, em todos os níveis da assistência de saúde. Importante é agir em volta do conforto da criança e certificarmos do seu bem-estar.

## IV. Fase Empírica

Nesta fase de investigação foram expostos os dados obtidos ao longo do estudo, os quais foram tratados, analisados e discutidos com estudos de investigação atuais. Estes dados foram tratados de forma quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa permitiu o tratamento dos dados referentes aos fatores psicmotores obtidos pela Bateria Psicomotora, resultando num valor numérico. A abordagem qualitativa permitiu descrever os resultados obtidos.

### 1. Resultados da Avaliação Inicial

Para efeitos da avaliação, quer inicial quer final, foi aplicada então a Bateria Psicomotora, destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança (1975, cit in Fonseca, 1995). Esta permitiu avaliar sete fatores: Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção de Corpo, Estruturação Espaço-Temporal, Praxia Global e Praxia Fina.

A criança obteve como pontuação final de 19 valores, o que corresponde a um Perfil Psicomotor Normal (ver Quadro 1). Este perfil é obtido por crianças que não têm dificuldades de aprendizagem, mas podem apresentar fatores psicmotores já mais variados e diferenciados (Fonseca, 2010).

Quadro 1 – Resultados quantitativos da avaliação inicial, pela Bateria Psicomotora

<b>Fator Psicomotor</b>	<b>Resultados</b>
Tonicidade	3
Equilibração	2
Lateralização	4
Noção de Corpo	3
Estruturação Espaço-Temporal	2

---

Praxia Global	3
Praxia Fina	2
<b>Total</b>	<b>19</b>

---

Relativamente à **tonicidade**, revelou ter capacidade de extensão ao nível dos membros inferiores, no entanto, quanto aos membros superiores, não tocou com os cotovelos nem com o polegar nas respetivas explorações e apresentou sinais frequentes de esforço. Realizou movimentos de pronação e supinação corretamente, com precisão e de forma coordenada e sem qualquer vestígio de sincinesias bucais ou contralaterais. Quanto à capacidade de relaxação passiva dos membros e das suas extremidades distais, revelou insensibilidade ao peso dos membros, não os descontraindo nem realizando movimentos passivos e pendulares e quanto à paratonia divulgou tensões ligeiras e resistências muito fracas em qualquer das manipulações.

No que diz respeito ao **equilíbrio**, a criança manteve-se imóvel durante os 20 segundos com sinais disfuncionais bem marcados e reequilibrações abruptas, já no equilíbrio estático, apenas conseguiu entre 6 e 11 segundos, abrindo os olhos muitas vezes. No equilíbrio dinâmico, mais especificamente na marcha controlada, mostrou ocasionais e ligeiras reequilibrações, com ligeiros sinais difusos. E na evolução na trave, fez pausas frequentes, reequilibrações e dismetrias exageradas. Realizou os saltos com apoio unipedal, mas com dismetrias e reequilibrações das mãos (usando para a realização da tarefa o pé direito) e nos saltos a pés juntos realizou a tarefa moderadamente, com saltos vigados e controlados com sinais de reequilibração.

Em termos de **lateralização** era uma criança destra. Quanto à realização das tarefas, fez espontaneamente, sem hesitações e com proficiência.

Quanto à **noção do corpo** nomeou 8 partes do corpo que lhe foram tocadas, evidenciando apenas ligeiros sinais difusos. Relativamente ao reconhecimento da esquerda-direita, realizou cinco das seis tarefas de forma perfeita e precisa. Na tarefa da



auto-imagem, falhou uma ou duas vezes, mantendo um movimento adequado e controlado sem manifestar outros sinais disfuncionais e imitou três das quatro figuras com ligeiras distorções de forma, proporção e angularidade. O seu desenho do corpo foi proporcionado, rico em pormenores anatómicos e com disposição espacial correta.

Em termos de **estruturação espaço-temporal**, ao nível da organização, a criança realizou os dois dos três percursos com hesitação e confusão na contagem e no cálculo. Na estruturação dinâmica, realizou três das seis tarefas, demonstrando dificuldades de memorização e sequencialização visuoespacial. Realizou a trajetória adequadamente, com algumas hesitações e interrupções e quanto à estruturação rítmica, reproduziu três das cinco estruturas, revelando alterações na ordem.

Ao nível da **praxia global**, mostrou saber posicionar-se de acordo com a ação a desempenhar. Acertou 2 dos 4 lançamentos com adequado planeamento motor e visuomotor com sinais disfuncionais indiscerníveis. Realizou, na dissociação, as quatro estruturas sequenciais, revelando perfeito planeamento motor e na coordenação realizou também as quatro estruturas sequenciais.

Relativamente à **praxia fina**, a criança revelou fraco planeamento micromotor com hesitações na sequência. Na coordenação dinâmica manual compôs e descompôs a pulseira de clips em 3 minutos e na tarefa de velocidade e precisão realizou 22 pontos e 15 cruces.

## **2. Resultados da Avaliação Final**

A criança obteve como pontuação final de 22 valores, o que corresponde a um Perfil Psicomotor Bom (ver Quadro 2). Este perfil é obtido por crianças que não têm dificuldades de aprendizagem específica e, por isso, apresentam uma organização

psiconeurológica normal. Neste caso, os perfis não podem apresentar, em nenhum fator, uma pontuação inferior a 3 (Fonseca, 2010).

A criança melhorou muito a sua atenção e concentração na realização das tarefas e isso foi visível durante toda a avaliação.

Quadro 2 – Resultados quantitativos da avaliação final, pela Bateria Psicomotora

<b>Fator Psicomotor</b>	<b>Resultados</b>
Tonicidade	3
Equilibração	3
Lateralização	4
Noção de Corpo	3
Estruturação Espaço-Temporal	3
Praxia Global	3
Praxia Fina	3
<b>Total</b>	<b>22</b>

Relativamente à **tonicidade**, revelou ter capacidade de extensão ao nível dos membros inferiores, no entanto, quanto aos membros superiores, não tocou com os cotovelos nem com o polegar nas respetivas explorações e apresentou sinais frequentes de esforço. Quanto à passividade, apresentou insensibilidade ao peso dos membros, realizando movimentos coreiformes (contrações de pequena amplitude) e quanto à paratonia, revelou tensões ligeiras e resistências fracas em todas as manipulações. Realizou corretamente os movimentos de pronação e supinação com precisão e amplitude adequada, sem evidenciar qualquer tipo de sincinesia bucal ou contralateral.

No que diz respeito ao **equilíbrio**, a criança manteve-se imóvel durante 52 segundos, revelando ligeiros sinais difusos. Não foi capaz de manter os dedos das mãos completamente quietos durante a realização, no entanto, deu para ver que tentava permanecer quieta. Relativamente ao equilíbrio estático, já conseguiu aguentar os 20 segundos (em apoio retilíneo, na ponta dos pés e no apoio unipedal) sem abrir os olhos, revelando apenas ligeiros movimentos faciais. No equilíbrio dinâmico, na marcha

controlada, revelou ligeiras reequilibrações e mostrou ansiedade em querer terminar a tarefa para avançar para outra. Quanto à evolução na trave também revelou ligeiras reequilibrações sem sinais disfuncionais e mostrou muita concentração na execução. Na realização dos saltos com apoio unipedal, a criança realizou os saltos com pequenos desvios de direção, revelando um controlo dinâmico adequado, e na realização dos saltos a pé juntos, realizou estes moderadamente, apenas com alguns sinais de reequilíbrio.

Em termos de **lateralização** era uma criança destra. Quanto à realização das tarefas, ela fez espontaneamente, sem hesitações e com proficiência.

Quanto à **noção do corpo**, nomeou 11 pontos tácteis, evidenciando ligeiros sinais difusos. No reconhecimento Esquerda-Direita realizou todas as tarefas de forma precisa e na auto-imagem, falhou uma a duas vezes, mantendo um movimento controlado sem manifestar outros sinais disfuncionais. Quanto à imitação de gestos reproduziu três das quatro figuras com ligeiras distorções de forma (imitação aproximada) e o desenho do seu corpo foi exageradamente pequeno em relação à folha que tinha, mas estava um desenho organizado e simétrico.

Em termos de **estruturação espaço-temporal**, ao nível da organização, a criança realizou os dois dos três percursos com hesitação e confusão na contagem e no cálculo, ou seja, inicialmente deu vinte passos e foi então que lhe foi pedido que num segundo percurso desse mais três e deu trinta passos em vez de vinte e três. Num terceiro percurso, quando lhe foi pedido que desse menos três passos que os vinte iniciais, ela deu dezasseis. Na estruturação dinâmica realizou quatro das seis tarefas e realizou a trajetória, na representação topográfica, adequadamente, com meras hesitações apenas. Relativamente à estruturação rítmica reproduziu quatro das cinco estruturas com uma realização adequada quanto à ritmicidade.

Ao nível da **praxia global**, relativamente à coordenação óculo-manual, enfiou um dos quatro lançamentos e quanto à coordenação óculo-pedal, enfiou dois dos quatro

lançamentos, revelando melhor planeamento motor e visuomotor. Realizou as tarefas anteriores com algumas dismetrias, movimentos exagerados e insuficientemente inibidos. Realizou, na dissociação, as quatro estruturas sequenciais e na coordenação três das quatro estruturas sequenciais, revelando, em ambas, perfeito planeamento motor.

Relativamente à **praxia fina**, compôs e descompôs a pulseira de clips em dois minutos e meio, revelando preciso autocontrolo visuomotor. Já no tamborilar, revelou hesitações na sequência e discrepância significativa entre a realização sequencial e simultânea. Não conseguiu manter os olhos fechados. Relativamente à tarefa de velocidade de precisão, realizou 21 pontos e 27 cruces.

### **3. Análise Comparativa dos Resultados da Avaliação Inicial e da Avaliação Final**

Relativamente aos fatores psicomotores da Bateria Psicomotora, houve uma diferença positiva do pré-teste para o pós-teste na Equilibração, na Estruturação Espaço-Temporal e na Praxia Fina, pois aumentaram do nível 2 para o nível 3. Os restantes fatores mantiveram-se no nível 3, à exceção do fator lateralização que se manteve no nível 4, comparando os resultados da avaliação inicial com os da avaliação final. Houve ainda uma diferença no Perfil Psicomotor da criança do Pré-Teste para o Pós-Teste, sendo que no primeiro obteve 19 valores, o que equivale a um Perfil Psicomotor Normal e no segundo obteve 22 valores, num máximo de 28 pontos, o que corresponde a um Perfil Psicomotor Bom (ver Gráfico 2).

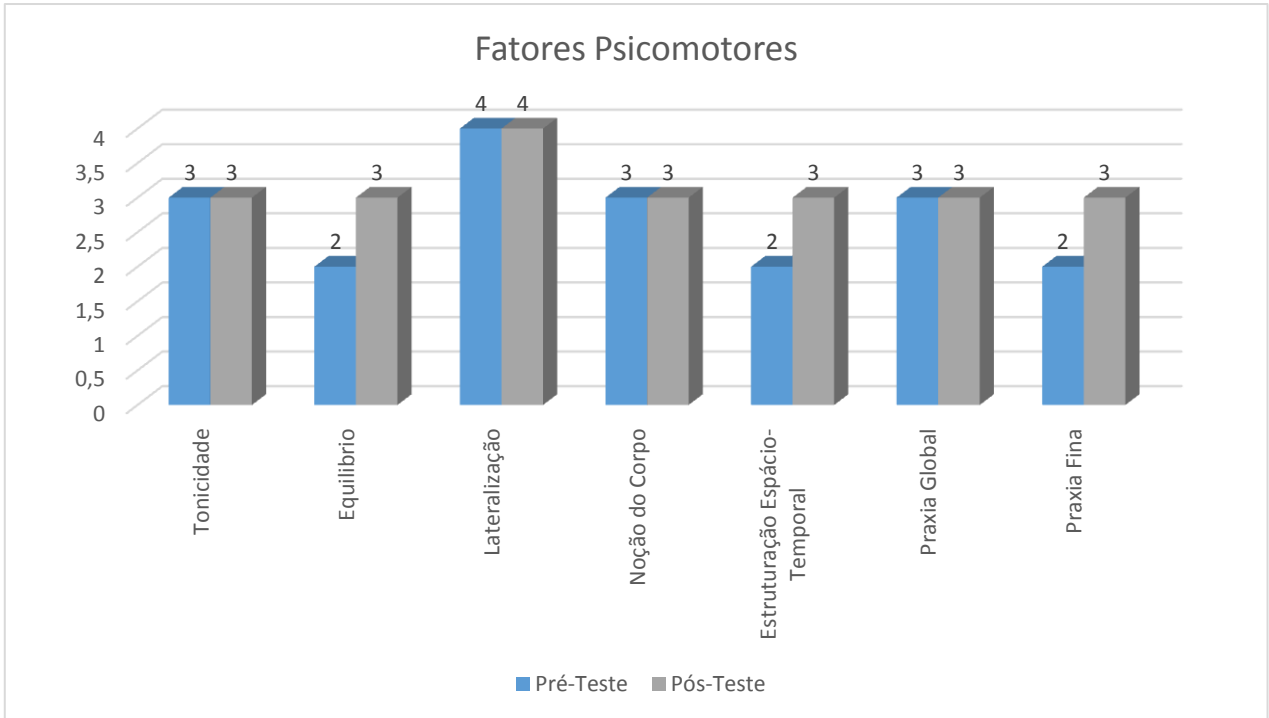


Gráfico 1 - Resultados obtidos na Bateria Psicomotora no Pré-Teste e no Pós-Teste

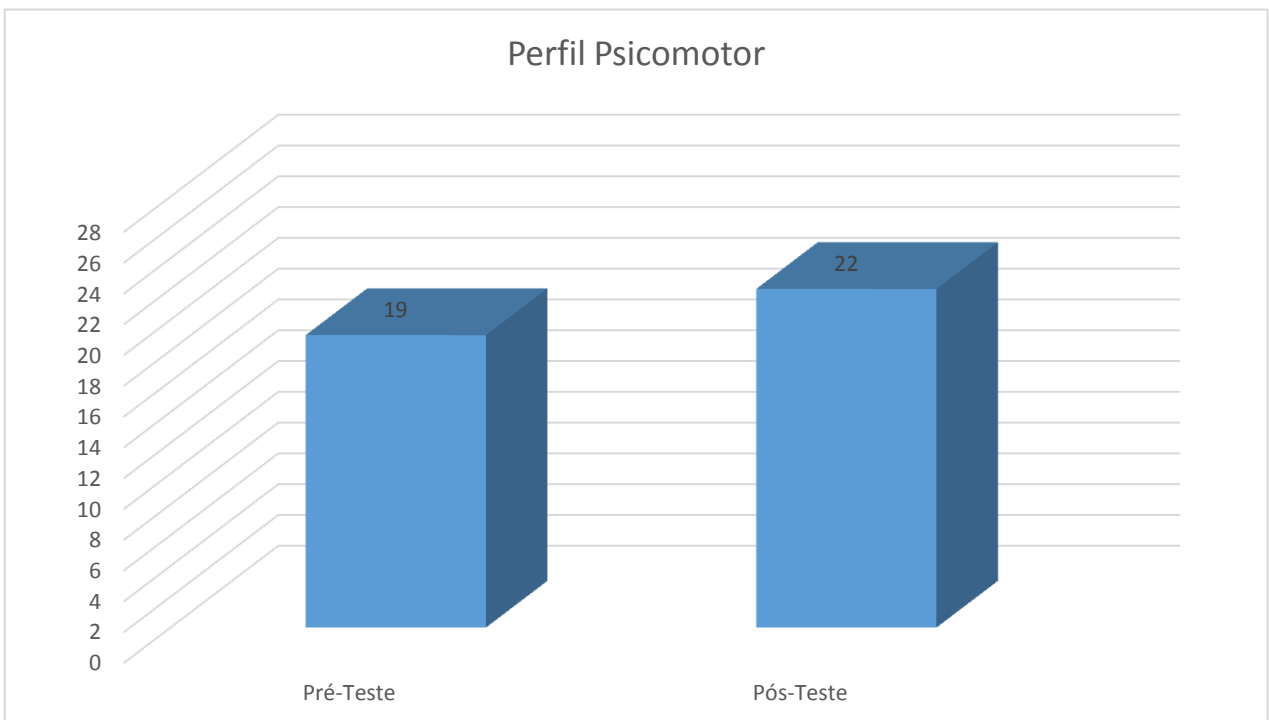


Gráfico 2 – Resultados do Perfil Psicomotor no Pré-Teste e no Pós-Teste

#### **4. Discussão dos Resultados**

Através da análise dos resultados obtidos na Bateria Psicomotora, pode concluir-se que houve um aumento em três fatores psicomotores: equilíbrio, estruturação espaço-temporal e praxia fina.

Segundo Farré-Riba e Narbona (2001) as alterações mais evidentes na PDAH são na estruturação espaço-temporal, na praxia global e na praxia fina. Já de acordo com Castro (2012), nos resultados obtidos do seu estudo com a Bateria Psicomotora, constataram-se evoluções positivas em todos os fatores, sendo que aqueles cuja evolução se mostra mais significativa são a tonicidade, o equilíbrio e a praxia fina. Com base nos resultados obtidos, no presente estudo, as atividades foram planeadas com ênfase nos fatores para os quais a criança obteve resultados mais baixos (equilíbrio, estruturação espaço-temporal e praxia fina) e por isso os ganhos foram mais dirigidos para essas áreas, no entanto, as atividades realizadas ao longo da intervenção englobaram todas as áreas motoras. De acordo com os autores acima referidos, apesar de não evocarem ambos as mesmas alterações que o estudo decorrente, a verdade é que existem alterações nos fatores que a criança do estudo tinha mais dificuldades.

No início do estudo, ou seja, na aplicação da Bateria Psicomotora, na avaliação inicial o valor obtido (do somatório das várias tarefas dos setes fatores psicomotores) foi de 19 valores, pelo que o perfil psicomotor corresponde a um perfil psicomotor normal. Após a intervenção feita ao longo de 15 sessões de psicomotricidade, foi realizada a avaliação final, também através da Bateria Psicomotora, para que fossem visíveis as alterações, e o valor obtido desta avaliação foi de 22 valores, pelo que o perfil psicomotor corresponde a um perfil psicomotor bom.

De acordo com Cordinhã (2008) a PDAH afeta predominantemente crianças em idade escolar maioritariamente do sexo masculino. O estudo de Sarmiento et al. (2008)

realizado com uma criança de 8 anos do sexo masculino obteve resultados equivalentes ao presente estudo, embora este ter sido feito com uma criança de 6 anos do género feminino, nos seguintes fatores psicomotores, a equilibração e a estruturação espaço-temporal.

Tal como o estudo de Camargo e Bruel (2012), relativamente ao fator equilibração, a criança evoluiu do perfil psicomotor dispráxico no pré-teste (obteve na avaliação inicial 2 pontos, o que divulgava uma realização com dificuldades de controlo nas tarefas), para euprático no pós-teste (obteve na avaliação final 3 pontos, ou seja, passou a uma realização mais controlada e adequada). Este mesmo resultado foi encontrado em Sarmiento et al. (2008). Henriques (2011) verificou também diferenças positivas da primeira para a segunda avaliação no fator equilibração.

Quanto à estruturação espaço-temporal, a criança evoluiu de um perfil dispráxico para um euprático tal como aconteceu no fator equilibração. No estudo de Sarmiento et al. (2008) a criança também progrediu, no entanto, evoluiu de um perfil euprático para um hiperprático (realização perfeita e bem controlada), o que, apesar de não serem os valores equivalentes, há igualmente um aumento significativo no fator.

De acordo com Fernandez et al. (1999), as crianças com PDAH revelam dificuldades ao nível da praxia fina e a verdade é que inicialmente a criança realizava as tarefas relativas a este fator com dificuldades de controlo e no final, fez as mesmas mais controlada e adequadamente. No estudo de Sarmiento et al. (2008), o fator praxia fina manteve o mesmo resultado antes e após a intervenção, no entanto, no presente estudo, através da Bateria Psicomotora, houve um aumento neste fator, que de acordo com o estudo de Poeta e Neto (2007), através do Teste da Escala de Desenvolvimento Motor (Rosa Neto, 2002), também demonstrou avanços positivos relativamente à praxia fina. Santos et al. (2009) e Henriques (2011) demonstraram também, no seu estudo, que a intervenção psicomotora é relevante para o desenvolvimento da praxia fina em crianças com a respetiva perturbação.

No estudo de Sarmiento et al. (2008), o fator tonicidade é crítico para crianças com PDAH, pois estas revelam dificuldades no ajuste da função tónica. Relativamente ao estudo em causa, isso não foi observado, uma vez que a criança, da avaliação inicial para a final, manteve o resultado, não aumentando de nível 2 para nível 3 como aconteceu no estudo acima evidenciado, mas mantendo-se no nível 3.

No presente estudo, tanto no pré-teste como no pós-teste, a criança apresentou nível 4 no fator lateralização e isso é comprovado no estudo de Camargo e Bruel (2012). É afirmado, no estudo de Sarmiento et al. (2008), que a criança passou de um perfil euprático para um hiperprático. A lateralidade estabiliza-se entre os 6 e os 8 anos de idade (Bergés cit in Le Boulch, 2001), pelo que, com base nos resultados e na revisão bibliográfica, a criança do presente estudo revela maturidade de dominância lateral.

De acordo com o estudo de Poeta e Neto (2007), através do Teste da Escala de Desenvolvimento Motor (Rosa Neto, 2002), não foram demonstrados avanços positivos relativamente ao fator noção do corpo, no entanto, Camargo e Bruel (2012) salientam que, no seu estudo, houve um aumento do nível 3 para o nível 4, tal como Sarmiento et al. (2008) comprova que a criança passou de um nível 2 para um nível 4. Quanto ao projeto estudado, a criança manteve o nível 3 da avaliação inicial para a avaliação final.

Relativamente ao fator praxia global, no presente estudo, este manteve-se da primeira para segunda avaliação, tal como no estudo de Poeta e Neto (2007), que através do Teste da Escala de Desenvolvimento Motor (Rosa Neto, 2002), foi observável que a praxia global apresentou a mesma idade motora antes e após as intervenções, porém, as pontuações dos quocientes motores obtidas na segunda avaliação foram inferiores, pois estes consideram a idade cronológica, enquanto as idades motoras não consideram. Segundo os estudos de Sarmiento et al. (2008) e de Camargo e Bruel (2012), o fator praxia global elevou de nível, mas a criança aqui estudada já revelava e manteve o perfil psicomotor euprático, associado ao nível 3.



Segundo Camargo e Bruel (2012) e Poeta e Neto (2007) o número de sessões a partir das quais são visíveis melhorias são 20 sessões e 25 sessões respetivamente. No presente estudo verificaram-se melhorias após 15 sessões de psicomotricidade, e ao estudar a evolução do perfil das crianças, conclui-se que estas apresentam melhores significativas após um curto período de terapia psicomotora (Henriques, 2011). De acordo com a autora, a maior parte das crianças, na segunda avaliação, revela um perfil psicomotor bom, tal como aconteceu no presente estudo, que a criança passou de um perfil psicomotor normal para um perfil psicomotor bom.

Henriques (2011) mostra também a importância da aplicação do instrumento, Bateria Psicomotora, usado nas crianças com PDAH, de forma a detetar precocemente sinais de disfunção psicomotora e, concludentemente, a intervir ativamente na resolução dos mesmos.

De acordo com Fontenelle (2001) e Toledo (2001) e como foi observado no presente estudo, a psicomotricidade é indicada para melhorar o controlo psicomotor das crianças com perturbação de défice de atenção/hiperatividade, considerando as alterações na coordenação motora nessa população.

## V. Conclusão

O presente projeto de graduação foi realizado com o objetivo de obter um dos requisitos finais para a conclusão da Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, da Universidade Fernando Pessoa, Porto. O estudo de investigação foi denominado “Os efeitos de uma intervenção psicomotora numa criança com Perturbação de Défice de Atenção/Hiperatividade”.

No início da investigação foi colocada a seguinte pergunta: *“Quais os efeitos de um programa de intervenção psicomotora nos fatores psicomotores, numa criança com Perturbação de Défice de Atenção/ Hiperatividade?”*

A investigação teve como objetivo geral verificar os efeitos de um programa de intervenção psicomotora, nos fatores psicomotores, numa criança com perturbação de défice de atenção/hiperatividade.

Com base nos resultados obtidos após a segunda avaliação foi possível observar a importância da intervenção psicomotora nestas crianças, pois houve fatos melhorias em alguns dos fatores com maiores dificuldades.

Todavia o que foi exposto e de acordo com a fundamentação do problema de investigação foi possível concluir que os objetivos do estudo foram alcançados, dando uma resposta à pergunta de partida e deste modo analisar a evolução da criança de acordo com as diferentes áreas avaliadas.

## VI. Referências Bibliográficas

Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 4ª Edição. Braga, Psiquilibrios.

American Psychiatric Association (APA) (2013), Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais -V Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Disponível em <<http://www.apa.org/topics/adhd/>>. Consultado em [22/03/2015].

American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-5.ª* edição, Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre, Artmed.

Araújo, C. et al. (2008). Estudo de Caso. *Dissertação de Mestrado em Educação*. Universidade do Minho.

Associação Portuguesa de Psicomotricidade, Junho de 2010. [Em linha]. Proposta de Código Ético e Deontológico dos Psicomotricistas. Disponível em <<http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>>. Consultado em [20/02/2015].

Associação Portuguesa de Psicomotricidade. [Em linha]. Psicomotricidade. Disponível em <<https://sites.google.com/site/contactosdapsicomotricidade/o-que-e-a-psicomotricidade>>. Consultado em [23/03/2015].

Bergès, J. (1995). Les troubles psychomoteurs chez l'enfant. In: Lebovici et al. (Eds.), *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Elsevier pp. 385-391.

Bicudo, I. (2004). Crianças Hiperativas: uma reflexão através da prática psicomotora. [Em linha]. Disponível em <[www.psicomotricidade.com.br](http://www.psicomotricidade.com.br)>. Consultado em [31/03/2015].

Camargo, F. & Bruel, M. (2012). Psicomotricidade para portadores de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, *Saúde e Meio Ambiente*, 1 (2), pp. 41-52.

Castro, M. (2012). *Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil*. Edição FMH. Universidade Técnica de Lisboa.

Cordinhã, J. (2008). A criança hiperativa: diagnóstico, avaliação e intervenção, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, pp. 577-589.

Cormier, E. (2008). Attention deficit/hyperactivity disorder: *A review and update*. *Journal of Pediatric Nursing*, 23 (5), pp. 347-357.

Corraze, J. & Albaret, J. (1996). *L'enfant agité et distrait*. Paris, Expansion Scientifique Française.

Emck, C. (2004). O Funcionamento Psicomotor com Perturbações Mentais. *A Psicomotricidade*, 3, pp. 67-76.

Emck, C. & Bosscher, R. (2010). PsyMot: an instrument for psychomotor diagnosis and indications for psychomotor therapy in child psychiatric. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. Amsterdam, Routledge, pp. 1-13.

Farré-Riba, A. e Narbona, J. (2001). *Escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid, TEA.

Fernandes, M. (2012). Perspetiva dos Professores do 2ºCiclo sobre a importância do jogo no desenvolvimento e alunos com Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Domínio Cognitivo e Motor, Escola Superior de Educação João de Deus. Disponível em <[http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2452/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DE%20MESTRADO%20ROS%C3%81RIO\\_FERNANDES.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/2452/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20DE%20MESTRADO%20ROS%C3%81RIO_FERNANDES.pdf)>. Consultado em [31/03/2015].

Fernandez, J. et al. (1999). Transtorno por déficit de atención con hiperactividad, *Revista Pediatra de Atención Primaria*, 1 (4).

Fonseca, V. (1995). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Fatores Psicomotores*. Porto Alegre, Artmed.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora. Significação Psiconeurológica dos seus Fatores*. 3.ª Edição, Âncora Editora, Lisboa.

Fontenelle, L. (2001). Neurologias em adolescentes, *Jornal de Pediatria*, 77, pp. 205-216.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

Gazon, V. (2006). De la psychomotricité et de la place du corps dans l'hyperactivité. *Annales Médico Psychologiques*, 164, pp. 620-624.

Henriques, R. (2011). *Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção: Implicações na Psicomotricidade da criança*. Covilhã, Universidade da Beira Interior. Dissertação de Mestrado em Medicina.

Josevan (2008). Fisioterapia baseada em evidências. [Em linha]. Disponível em <<http://compartilhandofisioterapia.blogspot.pt/2008/07/fisioterapia-baseada-em-evidencias-parte.html>>. [Consultado em 23/05/2015].

Le Boulch, J. (2001). *O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos*. Porto Alegre, Artmed.

Liêvre, B. & Staes, L. (2006). *La psychomotricité au service de l'enfant*. Paris, Belin.

Martins, R. (2001). *Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade: as práticas entre o instrumento e o relacional*. In Progressos em Psicomotricidade. Lisboa, Edições FMH.

Lopes, J. (2004). *A Hiperatividade*. Coimbra, Coleção Nova Era, Educação e Sociedade, Quarteto.

Martins, R. & Rosa, R. (2005). A Psicomotricidade e Hiperatividade. In: Vidal M. (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes*. Lisboa, Trilhos Editora.

Pelisoli, C. et al. (2006). Terapia Cognitivo Comportamental e Psicomotricidade: abordagens complementares no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 8 (2,3), pp. 202-210.

Poeta, L. & Neto R. (2007). Psychomotricity effects in a child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 7 (26), pp. 167-176.

Ponte, J. (2006). *Estudos de Caso em educação matemática*. Bolema, 25, pp. 105-132.

Rodrigues, A. & Antunes, N. (2013). *Mais Forte do que Eu!* Lua de Papel, Alfragide.

Rosa Neto, F. et al. (2005). *Desempenho Cognitivo e Motor de uma criança com indicadores de altas habilidades*. Efdeportes Rev. Digital, 10 (82), pp. 4-9.

Santos, A. et al. (2009). *Psicomotricidade: Monografia do curso de pedagogia da ULBRA*, Santo André.

Sarmiento, S. et al. (2008). Efeitos da intervenção psicomotora em uma criança com diagnóstico de tdah em seus aspectos psicomotores. *Movimentum: Revista Digital de Educação Física*, 3 (1), pp. 2-10.

Schmidt, S. & Petermann, F. (2009). *Developmental psychopathology: Attention Deficit Hiperactivity Disorder*. BMC Psychiatry.

Toledo, M. (2001). *Medidas para implementação de um plano de tratamento para Transtorno e Déficit de Atenção/Hiperatividade*. In: Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Arquivos de Neuropsiquiatria, pp. 132-134.

Vilar, O. (2002). *Déficit de Atención com Hiperatividade*. Editorial Cepe, Madrid.

## **VII. Anexos**



### Anexo 1. Cronograma

<b>Mês</b>	<b>Sessões Previstas</b>	<b>Sessões Dadas</b>	<b>Faltas Justificadas</b>	<b>Faltas Injustificadas</b>
Dezembro (Avaliação)	3	2	1	-
Janeiro*	4	3	-	-
Fevereiro	4	4	-	-
Março	4	4	-	-
Abril	3	3	-	-
Maio	4	2	2	-
Junho (Avaliação)	3	3	-	-

\*Numa dessas 4 sessões também foi avaliação, dado que em Dezembro, nas 3 sessões previstas para a avaliação, a criança não pude estar presente.

## Anexo 2. Plano Pedagógico-Terapêutico

<b>Objetivos gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Estratégias</b>
Melhorar a regulação tónica	-Compreender a diferença entre estados de tensão e descontração; -Desenvolver a capacidade de descontração tónica;	-Respeitar o espaço e tempo de resposta da criança; -Utilizar material atrativo, que motive a criança para a aprendizagem;
Desenvolver o equilíbrio	-Melhorar a capacidade de permanecer centrado em si nas tarefas; -Melhorar tempo de imobilidade (60s) e equilíbrio estático (20s);	-Incentivar a criança a sugerir, aproveitando todas as sugestões para realizar atividades diferentes; -Utilizar sempre instruções simples e claras, mas posteriormente passar às mais complexas;
Melhorar a direccionalidade	-Ser capaz de distinguir a direita e a esquerda em si e no outro.	- Conduzir a tarefa através do jogo espontâneo de acordo com os seus interesses;
Melhorar a noção de corpo	-Melhorar a nomeação de todas as partes do corpo em si e no outro;	-Promover situações de diálogo e reflexão sobre as
	-Melhorar a capacidade	

Desenvolver a estruturação espaço-temporal	<p>para se organizar no espaço, de acordo com noções espaciais e com distâncias.</p> <p>-Melhorar a capacidade para acompanhar e reproduzir ritmos mais complexos e variados.</p>	<p>aprendizagens;</p> <p>-Mostrar que o movimento é sempre consciencializado e vivenciado.</p>
Melhorar praxia global	-Melhorar coordenação conjunta de movimentos entre os membros superiores e inferiores.	
Desenvolver praxia fina	-Melhorar a velocidade de precisão em tarefas visuográficas simples.	
Estimular as competências cognitivas	<p>-Estimular a capacidade de memória;</p> <p>-Melhorar a atenção e concentração (aumentar progressivamente tempos da tarefa).</p> <p>-Melhorar hesitações na realização das tarefas.</p>	
Promover as competências socioemocionais	<p>-Desenvolver estratégias de autocontrolo;</p> <p>-Melhorar a sua autoconfiança;</p> <p>-Diminuir a excessiva atividade motora.</p>	

### **Anexo 3. Consentimento Informado a Tutores**