



UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Relatório de Estágio Profissionalizante
Centro de Desenvolvimento da Criança -
Professor Torrado da Silva

DISSERTAÇÃO ELABORADA COM VISTA À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM
REABILITAÇÃO PSICOMOTORA – RAMO DE APROFUNDAMENTO
DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Professor Doutor António José Mendes Rodrigues

Cátia Elisabete Gouveia Ornelas

2012

*“As conquistas são fáceis de fazer,
porque as fazemos com todas as nossas
forças; são difíceis de conservar, porque
as defendemos só com uma parte das
nossas forças”*

(Baron de Montesquieu , s/d).

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível graças ao contributo, direto e indireto, de várias pessoas. A todos os que ajudaram para que este trabalho se tornasse realidade, queria apresentar o meu maior reconhecimento pela sua valiosa colaboração.

À minha família que tornou possível a minha formação superior apesar de todas as dificuldades, apoiando-me em todos os meus objetivos e nunca deixando de acreditar nas minhas potencialidades.

À Doutora Joana Carvalho, minha orientadora de estágio, um especial obrigada, por tudo o que me ensinou, pela sua dedicação e apoio, disponibilidade, franqueza, pelas oportunidades que me proporcionou e, sobretudo, pela confiança e crença que depositou nas minhas capacidades profissionais e pessoais.

À Professora Doutora Teresa Brandão, minha orientadora neste relatório e estágio, pela sua disponibilidade, compreensão, esclarecimentos e, principalmente, pelos conhecimentos partilhados, que contribuíram para o meu crescimento académico.

Um muito obrigada a todas as crianças que se cruzaram comigo, pelos seus sorrisos e carinhos partilhados, que me fazem continuar a acreditar que o melhor do mundo são as crianças.

Aos pais de todas as crianças que acompanhei, pela aceitação, confiança e carinho com que me trataram.

A toda a equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva, pela forma profissional com que sempre me receberam e por todos os conhecimentos que partilharam comigo.

A todos os meus amigos especiais por todo o apoio e suporte, pelas horas que me ouviram e compreenderam, pelos abraços que me revigoraram, pelas palavras carinhosas de incentivo e por acreditarem sempre em mim.

A todos, muito Obrigada!

RESUMO

O presente relatório traduz o trabalho desenvolvido, durante o estágio inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no âmbito da Intervenção Precoce e da Psicomotricidade em Idade Escolar. A realização da prática profissional decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta, onde foi elaborado um processo de intervenção para vários casos acompanhados no mesmo. No processo de intervenção foram realizadas avaliações, planos de intervenção, elaborados relatórios de observação, avaliação e de intervenção. A terapia psicomotora teve como objetivo agir sobre as crianças com o intuito de promover capacidades nos vários domínios de desenvolvimento, nas sessões individuais mas também nas sessões realizadas em pequeno grupo. Neste sentido, a psicomotricidade, através de inúmeras vivências corporais, teve como objetivos gerais desenvolver competências psicomotoras, cognitivas e comportamentais. Assim, neste documento serão apresentados estudos de caso que poderão ilustrar os resultados do trabalho realizado durante o estágio profissionalizante.

PALAVRAS-CHAVE

Intervenção Precoce, Psicomotricidade em Idade Escolar, Psicomotricidade em Grupo, Perturbação da Coordenação Motora, Perturbação do Espectro do Autismo, Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, Bateria Psicomotora, Teste de Proficiência Motora, Escalas de Comportamento.

ABSTRACT

This report reflects the work carried out during the internship, inserted into the branch of Professional Skills for the master's degree in Psychomotor Therapy, as part of Early Childhood Intervention and School-Age Intervention. The internship took place at Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva, Hospital Garcia de Orta, where we intended a process for intervention in several cases attended. In the process of intervention children were assessed, were made intervention plans and reports of assessments and interventions. Psychomotor Therapy aimed to act on children in order to promote capacity in several fields of development, in individual sessions but also in small group sessions. In this sense, through numerous bodily experiences, therapy had the general objectives to develop psychomotor skills, cognitive and behavioral. Thus, this document will be presented case studies that will illustrate the results of the work done during the training period.

KEYWORDS

Early Childhood Intervention, School-Age Psychomotor Therapy, Group Psychomotor Therapy, Developmental Coordination Disorder, Autism Spectrum Disorder, Global Developmental Disorder, Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder, Psychomotor Battery, Motor Proficiency Test, Behavior Scales.

ÍNDICE GERAL

1. Introdução.....	1
2. Enquadramento da Prática Profissional	2
2.1. Intervenção Precoce	2
2.1.1. Enquadramento Legal da Intervenção Precoce	4
2.2. Psicomotricidade.....	4
2.2.1. Psicomotricidade Instrumental e Relacional	7
2.2.2. Psicomotricidade Individual e de Grupo.....	9
2.3. Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor.....	11
2.3.1. Psicomotricidade e Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor	13
2.4. Perturbação do Espectro do Autismo.....	13
2.4.1. Psicomotricidade e Perturbação do Espectro do Autismo.....	14
2.5. Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	16
2.5.1. Psicomotricidade e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	17
2.6. Perturbação da Coordenação Motora	18
2.6.1. Psicomotricidade e Perturbação da Coordenação Motora	19
2.7. Caracterização da Instituição	20
2.7.1. Objetivos e Atividades Principais	21
2.7.2. Modelo de Atendimento.....	23
2.7.3. Equipa	24
2.7.4. Instalações	24
2.7.5. Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade	24
2.7.6. Sala de Reuniões	25
2.7.7. Sala de Avaliação.....	25
3. Realização da Prática Profissional.....	26
3.1. Calendarização das Atividades	26
3.2. Horário	27
3.3. Instrumentos de Avaliação	28
3.3.1. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca.....	28
3.3.2. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky.....	31
3.3.3. Escalas de Avaliação do Comportamento de Achenbach.....	34
3.4. População Apoiada	37

3.5.Processo de Intervenção.....	37
3.5.1.Avaliação	38
3.5.2.Intervenção Individual.....	38
3.5.3.Intervenção em Grupo	40
3.6.Atividades Complementares	47
3.6.1Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento – Do Diagnóstico à Intervenção	47
3.6.2.Reunião Multidisciplinar – Intervenção Precoce.....	47
3.6.3.Workshop sobre Massagem Infantil – “O Poder do Toque”.....	47
3.6.4.Colóquio – “O Pré-Escolar”.....	48
3.6.5.Workshop – “Wii: A Utilização da Consola Wii em Crianças com NEE” ..	48
4.Estudos de Caso	49
4.1.Dados Anamnésicos do B.P.....	49
4.1.1.Avaliação Inicial.....	50
4.1.2.Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico	50
4.1.3.Intervenção Psicomotora	52
4.1.4.Avaliação Final	53
4.1.5.Conclusões.....	54
4.2.Dados Anamnésicos do D.M.....	56
4.2.1.Avaliação Inicial.....	56
4.2.2.Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico	57
4.2.3.Intervenção Psicomotora	58
4.2.4.Avaliação Final	60
4.2.5.Conclusões.....	60
4.3.Dados Anamnésicos do J.S.	62
4.3.1.Avaliação Inicial.....	63
4.3.2.Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico	65
4.3.3.Intervenção Psicomotora	65
4.3.4.Avaliação Final	66
4.3.5.Conclusões.....	68
4.4.Dificuldades e Limitações.....	70
5.Conclusão.....	72
6.Referências Bibliográficas.....	73

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Cronograma	27
Tabela 2: Horário	28
Tabela 3: Cotação da Bateria Psicomotora	31
Tabela 4: Grau de Veracidade das Afirmações do CBCL	34
Tabela 5: Caracterização das Crianças dos Grupos	40
Tabela 6: Caracterização dos Grupos de Intervenção	44
Tabela 7: Resultados no CBCL das Primeiras Avaliações do J.S.	63
Tabela 8: Resultado no TRF das Primeiras Avaliações do J.S.	64
Tabela 9: Comparação da Avaliação no CBCL do J.S.	66
Tabela 10: Comparação da Avaliação no TRF do J.S.	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Tríade Sintomática.....	14
Figura 2: Modelo de Atendimento	23
Figura 3: Pontos Discriminantes para a População Portuguesa no CBCL	35
Figura 4: Pontos Discriminantes para a População Portuguesa no TRF	36
Figura 5: Número de Crianças Observadas por Ano de Nascimento	37
Figura 6: Diagnóstico das Crianças Observadas	37
Figura 7: Domínios de Desenvolvimento Predominantes nas Atividades do B.P.	53
Figura 8: Cotação do B.P. em Sub-Testes do TPMBO-2	54
Figura 9: Cotação do B.P. na BPM	55
Figura 10: Domínios de Desenvolvimento Predominantes nas Atividades do D.M.....	59
Figura 11: Cotação do D.M. em Sub-Testes do TPMBO-2.....	61
Figura 12: Cotação do D.M. na BPM	61
Figura 13: Comparação entre as Avaliações do J.S. no CBCL	68
Figura 14: Comparação entre as Avaliações do J.S. no TRF.....	69

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I: Lista de Material da Sala de Psicomotricidade	II
ANEXO II: Folha de Cotação da Bateria Psicomotora.....	IV
ANEXO III: Folha de Cotação do Teste de Proficiência Motora	XI
ANEXO IV: Inventário de Comportamento da Criança para Pais	XVII
ANEXO V: Inventário de Comportamento da Criança para Professores	XXVI
ANEXO VI: Crianças Acompanhadas	XXXIII
ANEXO VII: Exemplo de Relatório de Avaliação.....	XXXIX
ANEXO VIII: Relatório de Intervenção do T.F.	XLIII
ANEXO IX: Avaliação Inicial do S.N.....	XLVII
ANEXO X: Consentimento Livre e Informado para Gravação de Imagens.....	LVI
ANEXO XI: Sessões do B.P.....	LVIII
ANEXO XII: Sessões do D.M.....	LXIII
ANEXO XIII: Inventário de Comportamento da Criança para Pais do J.S.	LXX
ANEXO XIV: Inventário de Comportamento da Criança para Professores do J.S.	LXXVI

LISTA DE ABREVIATURAS

ADPM – Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

APA – American Psychiatric Association

APPDA – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPM – Bateria Psicomotora

CBCL – Child Behavior Checklist

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

DSM-IV-TR - Diagnostic and Statistical Manual - Fourth Edition - Text Revision

GAT – Grupo de Atención Temprana

HGO – Hospital Garcia de Orta

IP – Intervenção Precoce

NEE – Necessidades Educativas Especiais

NF1 – Neurofibromatose Tipo 1

PCM – Perturbação da Coordenação Motora

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

RACP – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TPMBO-2 – Teste de Proficiência Motora de Bruninks-Oseretsky 2

TRF – Teacher Report Form

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante, realizado no âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora 2011/2012 da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa.

O RACP apresenta-se como sendo a fase final da formação do mestrado e tem como objetivos gerais (Martins, Simões & Brandão, 2011): (1) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; (2) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; (3) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Tendo em consideração o regulamento desta unidade curricular, o estágio profissionalizante, a aprendizagem e o treino específico direcionado para o exercício da atividade profissional devem facilitar a inserção no mercado de trabalho. Assim, pretende-se com o RACP o desenvolvimento de competências ao nível da intervenção pedagógica-terapêutica, avaliação do desenvolvimento psicomotor e estabelecimento do perfil intraindividual, conceção e aplicação de programas de reabilitação psicomotora, e a identificação de fatores envoltivos que possam inibir o desenvolvimento, tentando posteriormente elaborar as respetivas medidas preventivas. No âmbito específico do Desenvolvimento e Aprendizagem, esta unidade curricular deve capacitar os mestrandos no desenvolvimento de metodologias e instrumentos específicos de avaliação, bem como na planificação de programas específicos de intervenção psicomotora para as Perturbações do Desenvolvimento e da Aprendizagem (Martins, Simões & Brandão, 2011).

O estágio decorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança - Professor Torrado da Silva (CDC), do Hospital Garcia de Orta. Neste contexto foram desenvolvidas várias atividades como a caracterização da instituição e da população atendida, a realização de observação de âmbito psicomotor, avaliação, planeamento e acompanhamento de casos individuais e de grupo na área da reabilitação psicomotora e, ainda, a realização de outras atividades que fazem parte da dinâmica do CDC.

O presente relatório será apresentado em quatro partes. Na primeira parte é realizado um enquadramento da prática profissional onde é explorado o campo da Intervenção Precoce e da Psicomotricidade e, ainda, é apresentada a caracterização da instituição. Numa segunda parte, é exposto o trabalho desenvolvido na instituição, onde está incluído a calendarização do estágio, as atividades de observação, avaliação e planeamento, descrevendo a intervenção propriamente dita e outras atividades desenvolvidas. Ainda será incluída, nesta parte do trabalho, a descrição da população atendida, os instrumentos de avaliação utilizados e os resultados do processo de intervenção. Numa terceira, serão apresentados três estudos de caso. Na quarta e última parte deste relatório, é realizada uma apresentação das dificuldades e limitações da prática profissional, uma reflexão pessoal de todo o estágio e as respetivas conclusões.

2.ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Os temas a abordar neste ponto do relatório dizem respeito a temáticas relacionadas com o tipo de intervenção que é realizado no CDC e que enquadra a prática profissional da estagiária. Assim, será realizada uma revisão bibliográfica relativa à Intervenção Precoce (IP) e à Psicomotricidade, destacando a legislação que regulamenta a primeira. No que diz respeito à Intervenção Precoce, é importante referir que o CDC não faz parte das Equipas Locais de Intervenção Precoce, pelo que o trabalho desenvolvido pelas equipas com as crianças e famílias que se encontram sinalizadas é complementar ao trabalho realizado no CDC, uma vez que a maioria das crianças são encaminhadas pelo hospital para essas equipas. Deste modo, é relevante enquadrar a Intervenção Precoce e a legislação que a regulamenta no estágio profissionalizante. Por fim, serão apresentados alguns aspetos teóricos relativos às problemáticas atendidas e a caracterização da instituição em que foi realizado as atividades do RACP. As patologias que serão abordadas são as que se apresentam com maior frequência nas consultas do CDC e que são encaminhadas, mais frequentemente, para a terapia psicomotora, sendo essas as seguintes: Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção, e Perturbação da Coordenação Motora.

2.1.INTERVENÇÃO PRECOCE

O desenvolvimento infantil é visto como sendo um processo dinâmico e complexo, que se suporta na evolução biológica, psicológica e social. Assim, os primeiros anos de vida constituem uma fase crítica de onde se configuram as capacidades percetivas, motoras, cognitivas, linguísticas e sociais que possibilitaram uma equilibrada interação com o mundo (Grupo de Atención Temprana [GAT], 2000). Deste modo, torna-se importante realçar a Intervenção Precoce como promotora de um desenvolvimento infantil saudável.

As palavras Intervenção e Precoce derivam do latim *Intervencione* e *Praecoce*, sendo que a primeira diz respeito a ações como acudir, estar presente, tomar parte em, interceder, tornar-se mediador, entre outras e a segunda está relacionada com algo que amadureceu rapidamente, antes do tempo ou algo antecipado (Brandão & Domingues, 2009).

A Intervenção Precoce surgiu nos Estados Unidos por volta dos anos 60, estando associada ao movimento dos programas de caráter compensatório, destinado a crianças em desvantagem social e que tinham como principal objetivo prevenir o insucesso escolar (Pimentel, 2005). Na continuidade deste trabalho, surge o programa *HeadStart* no ano de 1965, sendo baseado numa perspetiva ecológica que envolvia vários serviços, como a saúde, a segurança social e a educação. Mais tarde, em meados da década de 90, começa-se a dar importância ao envolvimento das famílias no processo, sendo que torna-se evidente que é necessário dar continuidade ao trabalho realizado pelos técnicos em casa pelos pais (Pimentel, 2005).

Na última década, a Intervenção Precoce tem vindo a ser definida como o conjunto de intervenções dirigidas às crianças entre os 0 e os 6 anos, à família e ao seu envolvimento, que têm por objetivo dar resposta, o mais precocemente possível, às necessidades transitórias ou permanentes que apresentam as crianças com atrasos do desenvolvimento ou que tenham elevado risco de os desenvolver. Estas intervenções, que

devem considerar a globalidade da criança, devem ser planeadas por uma equipa de profissionais de orientação inter ou transdisciplinar (GAT, 2000).

Em Portugal, segundo o decreto-lei n.º 281/2009, a Intervenção Precoce na Infância é definida como o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na sua família, que incluem ações de âmbito preventivo e (re)abilitativo e que englobam serviços como a saúde, a educação e a ação social. Na Intervenção Precoce as crianças apresentam risco de alteração ou alteração nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento que limitam o normal desenvolvimento da criança e a sua participação (Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de outubro de 2009).

Deste modo, o principal objetivo da Intervenção Precoce é que as crianças que apresentem atrasos do desenvolvimento ou que estejam em risco de os desenvolver, recebam apoio na vertente preventiva e assistencial que poderá potenciar as suas capacidades de desenvolvimento e o seu bem-estar. Este apoio deve seguir um modelo que considere os aspetos biopsicossociais, possibilitando a sua integração no meio familiar, escolar e social, bem como a sua autonomia pessoal de uma forma mais completa (GAT, 2000).

Os objetivos para a prática efetiva da IP são o que deve orientar qualquer profissional da área da saúde, social e educação para atingir a globalidade de efeitos positivos pretendidos na intervenção com qualquer criança. Meisels e Shonkoff (cit. in Coutinho, 1999) consideram como objetivos principais na prática da Intervenção Precoce, os seguintes: (1) facilitar o desenvolvimento da criança; (2) minimizar os potenciais atrasos; (3) remediar problemas existentes; (4) prevenir futuros problemas ou deficiências associadas; (5) e, promover um funcionamento adequado.

Complementarmente, outros autores (GAT, 2000) defendem que a Intervenção Precoce pretende: (1) reduzir os efeitos de uma deficiência ou défice sobre o desenvolvimento global da criança; (2) otimizar, na medida do possível, o curso de desenvolvimento da criança; (3) introduzir os mecanismos necessários de compensação, de eliminação de barreiras e de adaptação a necessidades específicas; (4) evitar ou reduzir a ocorrência de efeitos secundários ou défices associados ao atraso de desenvolvimento ou à situação de alto risco; (5) atender e dar resposta às necessidades e exigências da família e do meio envolvente da criança; e, por fim, (5) considerar a criança como um sujeito ativo no processo de intervenção.

Em Intervenção Precoce, a família é considerada um dos elos mais importantes para uma intervenção eficaz sobre a criança. Os padrões de interação da família vão influenciar a aquisição das competências sociais e cognitivas, sendo que a ausência destas competências e a existência de outros fatores de risco podem alterar o curso normal de desenvolvimento da criança (Belsky & Fearon, 2002; Burchinal, Roberts, Hooper, & Zeisel, 2000; Liaw & Brooks-Gunn, 1994; Sameroff, Seifer, Barocas, Zax, & Greenspan, 1987 cit. in Guralnick, 2006). A Intervenção Precoce pode ser capaz de modificar comportamentos parentais desadequados, dar informação sobre os diversos recursos existentes, diminuir os fatores de stress, fornecer serviços individualizados e planear uma intervenção de acordo com a cultura, valores, estrutura e rotinas da família (Guralnick, 2001; Guralnick, 2006).

2.1.1. Enquadramento Legal da Intervenção Precoce

Em Portugal, os marcos mais importantes ao nível legislativo foram a aprovação do Despacho Conjunto nº 891/99 pelos Ministérios da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade, que define as orientações reguladoras da Intervenção Precoce para crianças dos 0 aos 6 anos com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e as suas famílias. Constitui um avanço significativo no âmbito da regulamentação dos serviços de Intervenção Precoce anteriormente existentes, bem como um forte incentivo à implementação de novos projetos e serviços.

Mais recentemente, a aprovação do Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro surge na sequência dos princípios estabelecidos na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009 e sugere a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a promover condições de desenvolvimento às crianças, entre os 0 e os 6 anos, com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento e suas famílias. Este atua de forma coordenada com os Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade (Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de outubro de 2009).

2.2. PSICOMOTRICIDADE

A psicomotricidade é a ciência que, no âmbito transdisciplinar, estuda e investiga o psiquismo e o corpo, o psiquismo e a motricidade e, as suas relações e influências recíprocas tendo em conta o ser humano numa forma holística nas vertentes biopsicossociais, afetivo-emocionais e psicossociocognitivas (Fonseca, 2010).

Neste sentido, a intervenção psicomotora é considerada uma prática que se suporta na mediação corporal e que permite à criança reencontrar o prazer sensório-motor pelo uso do movimento e da regulação tónico-emocional. Esta prática que ocorre em espaço lúdico e relacional promove o desenvolvimento dos processos simbólicos da criança (Martins, 2001). Desta forma, a atividade psicomotora deve ser vista como uma disciplina reeducativa e terapêutica que considera a pessoa na sua totalidade e utiliza o movimento para interagir com ela. Trata-se de uma forma de abordagem e usa atividades de mediação corporal, que tenta reconstruir os aspetos comprometidos da comunicação com a pessoa em si, uns com os outros e com o mundo à sua volta (Moschese, 2003). Riaño (2004) complementa os autores anteriores referindo que a psicomotricidade surge como uma disciplina que se ocupa do estudo e compreensão dos processos biológicos, psicológicos, cognitivos e sociais relacionados com o movimento corporal e o seu desenvolvimento, abordando a vertente educativa ou terapêutica, partindo da ação de modo a melhorar as capacidades do indivíduo.

A terapia psicomotora, segundo Martins (2001) tem como objetivo compensar as problemáticas relacionadas com o psiquismo e o somático, tendo como principal foco a intervenção sobre as várias expressões do corpo de forma a dar um significado simbólico ao corpo agido. O mesmo autor vê a prática psicomotora como sendo algo unificador, em que

esta tenta estreitar os laços entre o corpo, a motricidade e o psiquismo, o real e o imaginário, o espaço e o tempo, potencializando a adaptação do sujeito ao envolvimento.

Pelo movimento, o indivíduo pode reencontrar a harmonia do “eu” bem como o prazer de fazer o corpo funcionar, evidenciando a capacidade humana de ser e de agir em relação. Deste modo, a intervenção psicomotora é indicada para problemáticas que possam apresentar uma melhor evolução pela experimentação corporal e onde seja necessário organizar o pensamento e encontrar a possibilidade de comunicar (Martins, 2001). O conjunto de atividades psicomotoras, durante as primeiras fases de desenvolvimento, é inseparável do movimento, do pensamento e da vida afetiva sendo só possível efetuá-las através do corpo. O corpo torna-se então o caminho através do qual são dadas as informações solicitadas e onde estas são elaboradas, processadas e transformadas em ideias, experiências e vivências. O movimento comporta posturas, ritmos e informa sobre emoções, frustrações e inibições (Moschese, 2003).

Neste tipo de intervenção, o movimento associa-se ao psiquismo através do “*conjunto de expressões corporais, gestuais e motoras, não-verbais e não simbólicas, de índole tónico-emocional, postural, somatognósica, ecognósica e práxica*” (Fonseca, 2010, p. 42), verificando-se as manifestações do psiquismo pela ação.

A intervenção psicomotora privilegia a prática concreta relacionada com a interiorização da experiência corporal, podendo intervir em problemáticas de incidência corporal (e.g.: dispraxia, desarmonias tónico-emocionais, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal e da lateralidade, estruturação espacial e temporal, problemas psicossomáticos), incidência relacional (e.g.: dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, hiperatividade, agressividade, dificuldades de concentração) e incidência cognitiva (e.g.: défices de atenção, de memória, de organização perceptiva, simbólica e conceptual) (Fonseca & Martins, 2001).

Em específico, na intervenção psicomotora com crianças existem duas componentes fundamentais a ter em conta, sendo estas o jogo e o corpo. O jogo estabelece uma situação em que a aprendizagem se vincula com a ação, o tempo com o espaço e o fazer com o ser. Assim, através da atividade lúdica é possível conhecer o nível de desenvolvimento, da expressão, da imaginação, do encontro com o corpo, bem como da motivação, alvo da construção de aprendizagens. Por sua vez, o corpo é um instrumento valioso com que nos podemos expressar, fonte inesgotável de experiências, pelo qual conhecemos a vida, ajudando a convertermo-nos em seres criativos e com movimentos. É através deste que se encontra e manifesta a personalidade e é através do conhecimento do próprio corpo que se estabelecem as relações com o meio e, ainda, torna possível o acesso a etapas superiores do desenvolvimento cognitivo, favorecendo a organização de operações intelectuais, concretas e formais (Riaño, 2004).

A intervenção psicomotora parece ter um grande impacto no desenvolvimento da criança, pois é reconhecido que esta é fulcral para o conhecimento do corpo, do espaço, do tempo, dos objetos e das interações entre estes. Deste modo, a psicomotricidade fornece um bom suporte para as competências escolares básicas como o ler, o escrever e o contar (Costa, 2008). A psicomotricidade constitui um bom campo de observação quer para médicos quer para outros técnicos, pois a criança, quando em sessão, encontra-se num ambiente livre que possibilita a espontaneidade (Costa, 2008).

Moschese (2003) defende que nas sessões de terapia psicomotricidade, a criança é estimulada a agir e a tentar obter prazer ao fazê-lo, em que os interesses favorecem um maior desenvolvimento harmonioso da pessoa. Neste ambiente, é tido em conta a totalidade do ser humano, da união estrutural somática, emocional e cognitiva. A fim de criar uma situação de bem-estar, confiança e segurança para os participantes, o psicomotricista propõe atividades motoras baseadas em jogos. Costa (2008) completa afirmando que as aprendizagens, que se pretendem desenvolver com a terapia psicomotora, estão de acordo com os interesses da criança e os objetivos são desenvolvidos tendo em conta o seu ritmo de aprendizagem. Assim, o percurso da criança pretende-se que seja de descoberta contínua e que esta possa alcançar objetivos traçados, potenciando a autonomia e a liberdade.

É no âmbito da educação pré-escolar que a intervenção psicomotora propõe criar sensações a partir do próprio corpo, de modo a estruturar e organizar a informação sensorial, bem como a vivenciar a simbolização (Riaño, 2004). Enquanto área de prevenção de possíveis problemas ou dificuldades de aprendizagens escolares, a finalidade da psicomotricidade reside num aumento das capacidades cognitivas e linguísticas através da estimulação sensorial, perceptiva, lúdica e representativa.

Para a prática da terapia psicomotora, Onofre (2004) defende que devem ser tidos em conta os seguintes pressupostos educativos: (1) a criança, vista como corpo, só se consegue organizar na medida em que se movimenta; (2) a motricidade é, ao mesmo tempo e de forma complementar, um meio e um fim, fonte de vida; (3) a noção do 'eu' está na base da qualidade do funcionamento da personalidade, como indivíduo que é; (4) a criatividade é um agente que determina a aprendizagem e a autonomia; (5) a gestão do processo de aprendizagem inclui um compromisso entre a criança e o adulto; (6) a aprendizagem deve ser organizada de modo a ser progressiva e tendo em conta processos como a descoberta e a procura; (7) o agir e o pensar fazem parte da aprendizagem e são momentos indispensáveis e que não se podem dissociar; (8) a simbolização suporta a aprendizagem no reconhecimento das situações, na antecipação e na representação de ações; (9) a percepção das crianças desenvolve-se por autoprodução e em ação; e, por fim (10) a motricidade espontânea é fulcral na precisão, na seleção e no desenvolvimento das atividades.

O principal instrumento de trabalho da intervenção psicomotora é o corpo e a relação que se estabelece com este. Antes de poder trabalhar corporalmente o outro, o psicomotricista deve confiar no seu corpo de forma a facilitar o toque corporal, o envolvimento e a aceitação do corpo do outro (Costa, 2008). Num processo terapêutico existem alguns pressupostos fundamentais que não podem ser postos de parte, como o conhecimento recíproco, o interesse no outro, a compreensão, a relação empática, a cumplicidade e a confiança.

Num primeiro contacto e nas sessões subsequentes, o psicomotricista tem que se adaptar à criança, seja esta inibida, ansiosa ou desorganizada. Por vezes, o técnico necessita de funcionar em espelho para conseguir criar uma ligação às crianças com graves bloqueios ou inibições, ou então funcionar em complementaridade. Neste sentido, o psicomotricista tem de apresentar uma atitude tolerante e atenta para captar todos os sinais que a criança possa transmitir (Costa, 2008).

De um modo geral, pode dizer-se que a intervenção psicomotora utiliza um conjunto de atividades que dão ênfase à componente lúdica e de que fazem parte a terapia e a

reeducação gnossoprática (estruturação espaço-temporal, organização planeada e interiorizada da ação e a sua representação simbólica) e a educação gestual e postural (reeducação da atitude, equilíbrio e controlo tónico-emocional) (Martins, 2001). Neste sentido, a psicomotricidade visa a maximização, otimização e modificabilidade máximas do potencial de adaptação psicomotor de qualquer indivíduo, possibilitando o acesso aos vários ecossistemas envolventes (Fonseca, 2010).

O campo de aplicação da psicomotricidade abrange quer os domínios neurológicos quer os psiquiátricos, sendo que o encaminhamento para a terapia psicomotora não se deve colocar em relação ao diagnóstico (Fonseca & Martins, 2001). Assim, a psicomotricidade pode ser desenvolvida em contextos de ação muito distintos tendo em conta vários fatores como a história clínica e familiar do sujeito, a causa e as características das suas dificuldades e as características do contexto onde é realizada a intervenção (Martins, 2000). O encaminhamento, tendo em conta estes fatores, deve ser feito em função do conjunto terapêutico e educativo disponível bem como com a operacionalização da intervenção, podendo esta tomar a tipologia seguinte (Fonseca & Martins, 2001, p. 7): *“abordagem individual/ mãe-criança, pequeno/grande grupo, atitude diretiva/não diretiva, focalizada no relacional/corporal, no jogo funcional/simbólico, na receção/expressão...”*. Neste sentido, torna-se importante distinguir as várias formas que a psicomotricidade pode tomar, entre elas a Psicomotricidade Instrumental, a Psicomotricidade Relacional, a Psicomotricidade Individual e a Psicomotricidade em Grupo.

2.2.1. Psicomotricidade Instrumental e Relacional

Em intervenção psicomotora, existem duas componentes distintas de intervenção que são denominados de Psicomotricidade Instrumental ou Dirigida e de Psicomotricidade Relacional ou Vivenciada. Estes modelos têm características específicas e cabe ao psicomotricista decidir qual o que melhor se adequa aos objetivos traçados para o processo de intervenção e de acordo com as especificidades do indivíduo em terapia. A Psicomotricidade Instrumental, tem uma orientação mais tradicional e baseia-se nos trabalhos desenvolvidos por Dupré, consistindo na aplicação de testes psicomotores, a partir da qual é traçado o perfil dos sujeitos e é estabelecido um conjunto de objetivos de intervenção para que este possa ultrapassar as suas dificuldades. Numa linha mais vivencial, a Psicomotricidade Relacional baseia-se nos trabalhos de Lapiere e Aucouturier, em que as atividades enfatizam a componente espontânea e livre da atividade motora (Aragón, 2007).

Assim, no que se refere à Psicomotricidade Instrumental, Martins (2001) refere que a ação relaciona-se diretamente com o envolvimento, pelas suas características espaciais e temporais bem como pelos seus objetos. Este ambiente promoverá a exploração sensorio-motora através do desenvolvimento da atividade perceptiva, simbólica e conceptual, dando ênfase à intencionalidade e à consciencialização da ação. Neste sentido, este tipo de modelo dá maior destaque aos aspetos motores e cognitivos, embora, em psicomotricidade o objetivo seja o desenvolvimento global do indivíduo (Aragón, 2007).

Em Psicomotricidade Instrumental, a intervenção privilegia situações-problema que devem apelar à descoberta e ao pensamento divergente, levando a criança a aumentar a sua atenção, a identificar as diferentes fontes de informação e a adaptar-se à variabilidade do envolvimento (Martins, 2001). Deste modo, são criadas atividades que promovem o êxito

e permitem o estabelecimento de uma ligação entre o sujeito e a ação, que vão aumentar a sua autoestima bem como permitir o superar de certos bloqueios e resistências. Esta abordagem prima pela constante presença da linguagem oral em toda a realização de atividades, visto permitir a consciencialização da ação e as suas potencialidades perante ela. Por sua vez, o recurso à demonstração não deve ser sistemático para evitar modelos rigorosos e processos de imitação, acabando por limitar a aprendizagem. Através do questionamento ou de outra estratégia, pode promover-se um período de mediação cognitiva entre o estímulo e a resposta, favorecendo os processos de análise, integração e elaboração da informação. Neste sentido, a intervenção psicomotora deverá funcionar como promotor das capacidades reflexivas, expressivas e de *transfer* (Martins, 2001).

Na experimentação sensório-motora, que é possibilitada pela prática psicomotora, devem estar envolvidas situações que estimulem as três grandes áreas, que são o esquema corporal, o esquema espacial e o esquema temporal, das quais fazem parte a integração tónico-postural, os processos de lateralização, percepção do corpo, orientação espacial e a tomada de consciência das relações no tempo (Aragón, 2007). Com o passar do tempo, será possível aceder à representação e abstração através do uso da palavra, da imagem ou do som (Lapierre & Aucouturier, 1978 cit. in Martins, 2001). Desta forma, promove-se o pensamento categorial e conceptual no indivíduo, permitindo-lhe progressivamente o acesso ao prazer de agir e de antecipar (Martins, 2001).

A Psicomotricidade Instrumental também pode aceitar a nomenclatura de Dirigida pois o papel do psicomotricista, após avaliação e observação e tendo em conta os objetivos traçados para o sujeito, é o de planear um conjunto de atividades e de as propor ao sujeito nas sessões, explicando e demonstrando, caso seja necessário, a atividade a desenvolver. Depois de acordo com o que é realizado pelo sujeito, o psicomotricista pode mediar a atividade de forma a alcançar os objetivos definidos, dando sempre espaço para a expressão corporal (Aragón, 2007).

No que diz respeito à Psicomotricidade Relacional, a intervenção dá mais ênfase ao aspeto emocional-afetivo promovendo a expressão e a comunicação corporal através da atividade livre e espontânea. As interações físicas, simbólicas e cognitivas com o meio, surgem do desejo do sujeito, uma vez que é ele que decide o que quer realizar em cada momento, ao seu ritmo (Aragón, 2007). Neste sentido, este modelo visa desenvolver e aprimorar os conceitos ligados à globalidade humana, tentando superar o dualismo cartesiano corpo/mente e dando importância à comunicação corporal pelas relações psicofísicas e sócio-emocionais que o sujeito pode expressar (Vieira, Batista & Lapierre, 2005).

A ação deverá assim recair mais na valorização da componente relacional e psicoafectiva, envolvendo a problemática da gestão da identidade e da fusionalidade, de forma a facilitar a expressão das pulsões do sujeito e um reinvestimento na pessoa adulta, como uma segurança do desejo de inter-relação com o mundo (Martins, 2001).

A intervenção psicomotora de base relacional introduz o jogo espontâneo, em que o corpo participa em todas as suas dimensões, dando privilégio à comunicação não-verbal, onde através de situações lúdicas e dinâmicas põe-se o corpo em movimento. A partir destas atividades, tenta-se induzir situações em que sejam desencadeados atos expressos por sentimentos, que mais tarde serão tornados conscientes, sendo que as emoções que o

originam de forma impulsiva depois serão pensadas, sendo-lhes dado um significado consciente (Vieira et al., 2005).

Neste sentido, cabe ao psicomotricista o papel de escutar e respeitar o indivíduo com as suas necessidades e desejos, ajudar a estabelecer e respeitar normas, garantir a segurança dos participantes e acompanhar cada um na sua evolução (Aragón, 2007). Cada um é livre de se expressar como deseja e o psicomotricista aceita o seu ritmo e o seu próprio desenvolvimento, permitindo que o sujeito faça a sua própria vivência, explorando e manipulando o meio, sentindo e integrando na sua personalidade.

A intervenção psicomotora de cariz relacional tem como objetivos de intervenção a relação com o corpo, com o espaço, com o tempo, com os objetos, com o outro e com a linguagem, oferecendo um espaço e um tempo para o sujeito poder expressar-se e para atribuir um significado às emoções (Aragón, 2007). A prática psicomotora permite à criança, ao jovem e ao adulto, a possibilidade de expressar e superar conflitos relacionais que intervêm negativamente no desenvolvimento cognitivo, psicomotor e sócio-emocional e que estão associados a fatores psicoafectivos relacionais (Vieira et al., 2005).

Tendo em conta as duas componentes de intervenção apresentadas, na prática psicomotora o ideal é tentar combinar estas duas formas de intervenção, de modo a promover um ambiente lúdico, de exploração sensório-motora, de jogo simbólico e de representações, através do movimento e da regulação tónica (Martins, 2001).

2.2.2. Psicomotricidade Individual e de Grupo

Como foi referido anteriormente, existem dois modelos de abordagem da psicomotricidade que podem dirigir a ação do psicomotricista, mas esta também pode ser influenciada pelas características das crianças que podem beneficiar de uma intervenção de cariz individual ou em pequeno grupo. Assim, a tipologia da sessão pode ser definida segundo estas duas categorias, tendo objetivos e metodologias específicas. A avaliação inicial deve ser feita a todas as crianças e só depois de estabelecidos os perfis psicomotores é que se torna possível decidir qual a melhor metodologia a adotar (Rodríguez & Llinares, 2008).

As sessões individuais permitem observar mais atentamente a relação da criança com os objetos que se apresentam durante as atividades propostas, a relação com o espaço, a evolução no tempo, a relação com o adulto, a relação com ela própria e os recursos comunicativos (Rodríguez & Llinares, 2008). Neste ambiente, é possível o psicomotricista observar a criança para poder compreender comportamentos e tornar-se um verdadeiro companheiro no jogo simbólico que ajudará a criança a ultrapassar as suas dificuldades. Os mesmos autores evidenciam a importância da intervenção individual, pois permite observar a potencialidade e a atividade corporal da criança, permitindo uma melhor planificação das atividades a propor com o objetivo de melhorar as competências motoras e a capacidade de ajustar os seus movimentos a determinadas situações.

As sessões de cariz individual têm várias vantagens quer para a criança quer para o psicomotricista, sendo elas as seguintes (Aragón, 2007): (1) na realização das sessões, é necessário menos espaço físico por tratar-se apenas de um indivíduo em terapia; (2) o psicomotricista apresenta maior disponibilidade em relação ao sujeito em intervenção e um

melhor conhecimento do outro de forma a realizar um trabalho mais profundo e mais terapêutico; e, por fim, (3) o ritmo de aprendizagem é respeitado tendo em conta as características da criança e permite uma maior participação desta na sessão.

Por outro lado, na intervenção individual também podem existir algumas desvantagens como o risco de sobreproteção por parte do terapeuta sobre a criança, não deixando que esta seja autónoma e independente, o facto de exigir uma maior participação pela criança e esta poder ser inibida na presença apenas de um adulto e por poderem ser menos dinâmicas e mais monótonas que as sessões em pequeno grupo (Aragón, 2007).

Relativamente às sessões em grupo, nos anos 30 do século passado, nos Estados Unidos, começaram-se a organizar os primeiros grupos terapêuticos direcionados para as crianças. Estes grupos foram formados com a ideia de que o contexto grupal poderia traduzir-se em respostas úteis para a vida em sociedade (Vidigal, 2005). Assim, os grupos terapêuticos propiciavam um ambiente favorável, democrático e tolerante que permitia um elevado número de interações, possibilitando o acesso a novas experiências emocionais às crianças. Estas experiências facilitavam o controlo pulsional, melhorando as capacidades de sublimação, sendo uma adaptação mais flexível à realidade social (Vidigal, 2005). O adulto tinha como função ser um facilitador destas interações, sem nunca tentar recorrer à interpretação.

Uns anos mais tarde, Bion (1961 cit. in Vidigal, 2005) caracterizava o grupo como sendo uma entidade psicológica total, que apresenta uma vida e energia próprias, seja quais forem os indivíduos que o compõem e possui um dinamismo que progride naturalmente. Lapierre & Aucouturier (1982 cit. in Martins & Rosa, 2005) referem o grupo como uma situação privilegiada pela abundância de situações que surgem e que permite realçar a personalidade das crianças e os seus conflitos. Assim, a intervenção e as estratégias utilizadas devem ter em consideração a individualidade de cada criança e as suas necessidades específicas.

Atualmente, e segundo uma perspetiva sistémica ligada à Psicomotricidade, Onofre (2003) defende que o grupo, por si só, é gerador de sensibilidades e de conhecimentos que promove a organização de estruturas adaptáveis às situações que são experimentadas. Assim, esta vivência de ações coletivas permite dotar as crianças da capacidade de apreensão do poder que cada uma tem para promover a expressão de todo o grupo. Este mesmo autor ainda refere que a iniciativa, a descoberta, a criatividade, a responsabilidade e a comunicação estão presentes na interação entre as crianças, pelo que permitem a resolução dos problemas da sua aprendizagem bem como o acesso ao “reconhecimento de si”.

Os grupos podem ser determinados segundo três eixos (Vauclair, 1994 cit. in Martins & Rosa, 2005): o social, o de exploração corporal e o psíquico. O primeiro diz respeito às relações entre os membros do grupo, em que o adulto e as crianças organizam a comunicação e partilham o significado, o que facilitará o desenvolvimento do símbolo. O segundo eixo é referente à exploração corporal através de objetos e materiais das possibilidades espaciais e temporais do envolvimento. O último eixo diz respeito ao espaço psíquico onde o grupo desenvolve as suas atividades.

Desta forma, a terapia em grupo não deve ser encarada apenas como um espaço de encontro de indivíduos, mas também um espaço onde surgem um conjunto de emoções que

são vividas e depois pensadas. O terapeuta oferece uma fonte de apoio, devendo ser empático, tranquilo e encorajador para facilitar o processo comunicativo. Este deve estar presente em todos os momentos, tentando promover o diálogo entre as crianças. Assim, este tipo de terapia deve ser vista como algo que promove o sentimento de conforto e segurança para que os impulsos e os desejos possam ser analisados e compreendidos no seio do grupo (Vidigal, 2005).

Na dinâmica de grupo torna-se importante promover o desenvolvimento de relações sociais de modo a poder existir uma gestão entre as expectativas do grupo e as atitudes, respostas corporais e gesto de cada criança (Martins & Rosa, 2005). Assim, além de todos os objetivos psicomotores envolvidos na intervenção em grupo, semelhante ao que é desenvolvido em intervenção individual, também é possível trabalhar o comportamento, a relação entre pares e as competências sociais. Segundo a abordagem das competências sociais (Del Prette & Del Prette, 2005) este género de aptidões deve ser compreendido como um repertório de comportamentos presentes na vida quotidiana, que têm um efeito decisivo na aquisição de resultados positivos nas relações interpessoais. Entre as competências a poderem ser desenvolvidas em pequeno grupo Del Prette e Del Prette (2005), identificam as seguintes competências: (1) autocontrolo e expressividade emocional; (2) aptidões de cidadania; (3) empatia; (4) assertividade; (5) solução de problemas interpessoais; (6) estabelecimento de amizades; e, (7) aptidões sociais académicas.

De um modo geral, as sessões em pequeno grupo são mais estimulantes, favorecendo a comunicação e permitem uma maior espontaneidade por parte da criança, por sentir-se menos observada e com outras crianças, não estando apenas com o adulto numa sala (Aragón, 2007). No entanto, existem inconvenientes no trabalho em grupo como a necessidade de um maior espaço para a realização das sessões, uma intervenção menos individualizada, dificuldade na observação do grupo e problemas de indisciplina. Por outro lado, a intervenção em grupo pode apresentar algumas desvantagens para as crianças em intervenção por poderem ter problemas em adaptar-se ao ritmo de trabalho do grupo; se tiverem dificuldades ao nível relacional podem ficar mais inibidas durante as sessões e o facto de poderem fracassar com frequência em algumas atividades pode ser prejudicial para a criança (Aragón, 2007).

Cada caso é um caso e cada criança tem as suas características que devem ser tidas em conta na escolha do tipo de intervenção. Assim, sempre que possível o psicomotricista deverá optar por um trabalho em grupo pela riqueza da experiência e pelos benefícios que as crianças podem retirar da intervenção. No entanto, nas crianças com maiores dificuldades deve-se dar primazia às sessões individuais e quando for possível, passar essas crianças para uma intervenção em grupo ou intercalar entre sessões individuais e grupais (Aragón, 2007).

2.3. ATRASO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

O Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor (ADPM) é definido como um significativo atraso em dois ou mais domínios de desenvolvimento, entre os quais se enquadram a motricidade fina, a motricidade global, a linguagem, a cognição, as competências sociais e pessoais, e as atividades de vida diária (Shevell, 1998; Ferreira,

2004). O atraso é considerado significativo quando se situa pelo menos dois desvios-padrão abaixo em relação à média das crianças da mesma idade em testes que avaliam o desenvolvimento (Accardo & Capute, 1994 cit. in Shevell, 1998).

Em termos epidemiológicos, estima-se que pelo menos 8% das crianças em idade pré-escolar, isto é, com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, têm problemas em termos de desenvolvimento e evidenciam atraso em um ou mais domínios de desenvolvimento, sendo que esses atrasos podem ser globais ou podem ser em áreas específicas (Tervo, 2003).

Qualquer um dos domínios de desenvolvimento pode estar comprometido, desta forma, o grupo de crianças com diagnóstico de ADPM pode ser muito heterogêneo, não apenas na etiologia como no fenótipo (Ferreira, 2004). Desta forma, o reconhecimento é o primeiro passo a ser dado na intervenção médica, mesmo que este constitua um grande desafio. A monitorização das várias áreas do desenvolvimento é muito importante, não só na deteção de outras perturbações mas também de défices mais graves globais em idades precoces. Assim, os instrumentos de rastreio não devem servir para diagnóstico ou em substituição da observação médica e da análise da história neurodesenvolvimental, pois os Atrasos de Desenvolvimento Psicomotor são vistos como um sintoma de alguma disfunção nas áreas superiores e não como um diagnóstico (Tervo, 2003).

Em conformidade com o que foi dito, uma avaliação precoce das crianças com atraso no desenvolvimento permite uma intervenção mais especializada e facilita (Shevell, 1998): (1) a confirmação do atraso de desenvolvimento, (2) a categorização e classificação do atraso, (3) o estabelecimento, se possível, de um diagnóstico etiológico que explique o atraso, (4) o encaminhamento para serviços de reabilitação de forma a reduzir o impacto do atraso no desenvolvimento, e (5) a gestão de alguma complicação médica associada (e.g.: espasticidade, convulsões, dificuldades de atenção). O mesmo pode ser dito em relação à identificação de um padrão para os atrasos de desenvolvimento, pois esta pode facilitar o diagnóstico de perturbações neurodesenvolvimentais e ajudar a antecipar o prognóstico em relação ao impacto que esse atraso pode ter no desenvolvimento da criança (Tervo, 2003).

Um estudo foi realizado por Michael Shevell e colegas (2000) com uma amostra de 224 crianças, de idade inferior a 5 anos e com suspeita de atraso. Da amostra inicial, 99 crianças foram identificadas com ADPM. Posteriormente, essas crianças foram avaliadas e concluiu-se que 96% tinha um atraso ligeiro a moderado e que 44 crianças tinham uma etiologia que explicava o atraso do desenvolvimento. Entre as etiologias mais frequentes constava a Agenesia do Corpo Caloso, a Encefalopatia Hipóxico-isquémica, a exposição a substâncias tóxicas (exposição intrauterina a álcool e a drogas) e anomalias cromossómicas (Síndrome X-frágil e Síndrome de Prader-Willi). A presença de traços autísticos (e.g.: comportamentos repetitivos, evitar contacto ocular, isolamento social, falta de jogo simbólico) foi considerada um forte preditor negativo no diagnóstico, pois nenhuma etiologia foi considerada em todas as 19 crianças com ADPM e traços autísticos. Em contraste, a etiologia foi determinada em 44 crianças das 80 (55%) que tinham apenas ADPM (Shevell, Majnemer, Rosenbaum & Abrahamowicz, 2000). Este estudo serviu para verificar que é possível identificar a causa por detrás de um ADPM, sendo mais fácil quando não estão presentes traços autísticos e que a história clínica e o exame físico realizados pelos neuropediatras são fundamentais na avaliação inicial.

2.3.1. Psicomotricidade e Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor

Como já foi referido, as crianças com Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor podem apresentar diversos sinais de atraso, sendo uma população muito heterogénea. Neste sentido, existem vários processos complexos que podem estar comprometidos que envolvam funções como a atenção, a memória a curto prazo, o armazenamento de informação, a memória a longo prazo, os processos perceptivos, o processamento recetivo e produtor de linguagem e os programas motores (Ferreira, 2004).

A avaliação do desenvolvimento e o estabelecimento do perfil psicomotor tem um papel muito importante na identificação das crianças com ADPM pois fornece informações muito úteis sobre as capacidades e dificuldades das crianças nas várias áreas do desenvolvimento (Ferreira, 2004).

O encaminhamento para os serviços especializados de apoio é fundamental para que se inicie uma intervenção adequada com o objetivo de trabalhar os défices nos vários domínios de desenvolvimento. Entre esses serviços encontram-se a psicologia, a terapia ocupacional, terapia da fala, a fisioterapia, a terapia psicomotora e a audilogia que poderão aplicar instrumentos de avaliação padronizados de referência à norma específicos da área para quantificar com precisão o tipo de atraso observado na criança com ADPM (Tirosh, Lechtman, Diamand et al., 1993 cit. in Shevell, 1998). Os mesmos autores afirmam que estas avaliações são fundamentais para identificar as dificuldades da criança e para acionar um conjunto de intervenções terapêuticas com o objetivo de diminuir os efeitos do atraso de desenvolvimento e para maximizar o potencial da criança. Menacker (1993 cit. in Shevell, 1998) associa os serviços acima referidos à neurologia pediátrica, à pediatria de desenvolvimento, à enfermagem e aos serviços sociais, que em conjunto formam uma equipa multidisciplinar que facilitam a promoção do desenvolvimento nas crianças com ADPM.

2.4. PERTURBAÇÃO DO ESPECTRO DO AUTISMO

O autismo foi descrito pela primeira vez pelo psiquiatra infantil austríaco Leo Kanner (1943) que identificou um conjunto de comportamentos semelhantes entre várias crianças. As crianças apresentavam comportamentos peculiares, pelo que demonstravam falta de interesse nas pessoas que as rodeavam, nenhuma linguagem ou incapacidade de utilizá-la de maneira significativa, repetição mecânica de palavras e interesses específicos (Azambuja, 2005; Seixas, 2006; Siegel, 2008).

Atualmente, segundo o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000), o autismo é considerado um espectro alargado que se torna patente por volta dos 2-3 anos, sendo constituído progressivamente durante o segundo ano de vida. Desta forma, existem 5 diagnósticos específicos do espectro do autismo que incluem a Perturbação Autística, a Perturbação de Asperger (ou Síndrome de Asperger), Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação, onde se inclui o Autismo Atípico.

O autismo ou Perturbação Autística, é a forma mais frequentemente reconhecida de um grupo de perturbações designadas por Perturbações Globais do Desenvolvimento,

também designadas de Perturbações do espectro do Autismo (PEA). De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), estas caracterizam-se por um défice cognitivo e global em diversas áreas do desenvolvimento como as competências sociais, as competências de comunicação ou pela presença de comportamentos peculiares, interesses ou atividades estereotipadas (Siegal, 2008). Uma outra autora (Frith, 1989) define o autismo como uma perturbação pervasiva do desenvolvimento que influencia qualitativamente as interações sociais recíprocas, a comunicação verbal e não-verbal e a capacidade de imaginação, e manifesta-se através de um repertório restrito de atividades e interesses.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento acerca do autismo e as suas causas, Lorna Wing e vários colegas desenvolveram um estudo com 132 crianças diagnosticadas com Perturbação do espectro do Autismo ou com traços de comportamento autista. Entre as conclusões obtidas neste estudo (Wing & Goud, 1979 cit. in APPDA, s/d), destacam-se as alterações em três domínios do desenvolvimento, exibindo uma tríade de perturbações que se manifesta nos domínios apresentados na figura 1.

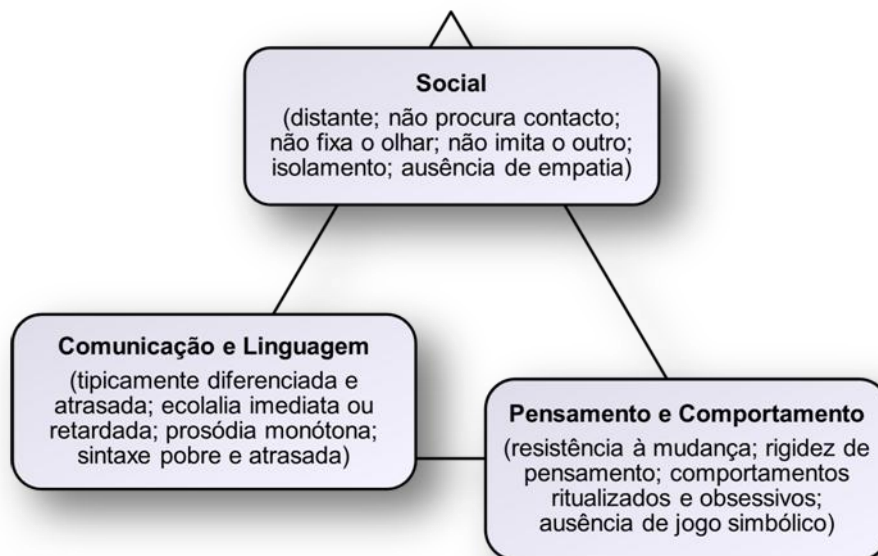


Figura 1: Tríade Sintomática

Siegel (2008) defende que estas dificuldades resultam de uma anomalia na estrutura e funcionamento do cérebro, no entanto, a etiologia das PEA é desconhecida. O mesmo autor ainda refere que as PEA constituem uma síndrome, uma vez que os sujeitos não têm de apresentar todos os sinais e sintomas associados à perturbação. As PEA ainda podem estar associadas a outras patologias como a Trissomia 21, Síndrome X-Frágil, Esclerose Tuberosa e outras.

2.4.1. Psicomotricidade e Perturbação do espectro do Autismo

A psicomotricidade tem como objetivo melhorar ou regularizar o comportamento geral

do sujeito, pelo que desenvolve um trabalho constante sobre um conjunto de competências sejam as motoras, neuromotoras e perceptivo-motoras. Este tipo de intervenção promove a consciencialização, por parte do mesmo, do seu próprio corpo, além do desenvolvimento do equilíbrio, da coordenação global e fina, e estruturação espaço-temporal (Seixas, 2006). Deste modo, a terapia psicomotora pode intervir por mediação corporal, na criança com PEA sem ação e representação, dando a possibilidade de emergir a ação através de várias vias. Os movimentos estereotipados, típicos destas crianças, são movimentos que não se dirigem a nada, bloqueiam o contacto, reforçam a interiorização e impossibilitam a relação do sujeito com o mundo exterior, podendo ser trabalhados de forma a dar-lhes um significado e um sentido (Seixas, 2006). Assim, Vidigal e Guapo (2003) defendem que, em intervenção psicomotora, as atividades promovem uma melhor adaptação da criança ao meio, estabelecendo um ponto de partida para a integração da imagem corporal e diminuição das estereotipias, permitindo o estabelecimento de uma relação com o adulto.

Durante o processo de intervenção, cabe ao psicomotricista criar um conjunto de condições de forma a 'invadir' o isolamento social através do jogo, para ultrapassar a barreira verbal e não-verbal, facilitando a imaginação e a empatia que afeta a capacidade de mimetizar as ações dos outros com compreensão do seu significado e objetivo nas crianças com PEA (Azambuja, 2005).

De acordo com Seixas (2006), as noções psicomotoras de esquema corporal, de imagem do corpo, as noções de tempo, espaço e ritmo e as praxias só se estabelecem por intermédio da linguagem. Desta forma, estas noções exigem uma significação incutida pelo outro, por mediação linguística. Estando os sinais não-verbais associados à inadaptabilidade de gestos, ao olhar desviado, à pobreza da mímica facial e postural e à incapacidade de interpretação desses aspetos pelo interlocutor nas crianças com PEA, cabe ao terapeuta considerar estes aspetos como primordiais na sua atuação.

O jogo é um elemento significativo no descobrimento do funcionamento cerebral da criança, pois permite a observação de habilidades subjacentes a outras que foram avaliadas, pelo que permite também a criação de uma ligação entre a criança e o psicomotricista (Azambuja, 2005). Neste sentido, Seixas (2006) defende que o uso da atividade espontânea da criança (brincar) é visto como um modo de intervenção, uma técnica muito importante em psicomotricidade e fundamental para o terapeuta aproximar-se da criança com PEA. Assim, o terapeuta deve proporcionar atividades que coloquem a criança em ação (Seixas, 2006). A mesma autora defende ainda que a psicomotricidade deverá promover a quebra das posturas desadequadas de inibição, instabilidade, lentidão, dificuldade na comunicação interpessoal e traços estereotipados que reforçam o isolamento, a autoestimulação e a passividade da criança com autismo que possui um corpo sem representação.

Aucouturier e Lapierre, em 1986, no livro *Bruno: Psicomotricidade e Terapia*, já falavam nos objetivos que o psicomotricista deveria ter em conta, no trabalho com crianças autistas, que continuam muito atuais. Assim, estes autores referem que existem inúmeros objetivos a ser trabalhados visto que estas crianças apresentam uma Perturbação Global do Desenvolvimento. Neste sentido, o enfoque deve ser na integração social mas também nos pré-requisitos que faltam a estas crianças ou que se encontram distorcidos. Os principais objetivos a serem tidos em conta na intervenção psicomotora devem ir no sentido de interpretar e direcionar as estereotipias para um movimento funcional, canalizar os interesses específicos para uma atividade construtiva de forma a promover a aprendizagem e ensinar a criança a brincar pois é neste tipo de atividades espontâneas que as crianças podem

aprender a interagir com o outro. O faz-de-conta deve ser uma das estratégias a utilizar pois permite a imitação do gesto do adulto, a troca de papéis e, conseqüentemente, o estabelecimento de uma relação com o outro (Aucouturier e Lapiere, 1986). Os mesmos autores ainda referem a importância da estimulação sensorio-percetiva visual (atenção conjunta), auditiva (tolerância e modulação dos estímulos sonoros que a perturbam) e tátil, bem como da imagem corporal (percepção de si próprio), da orientação espacial e temporal. As atividades devem ser focadas e deve ser possível a criança organizar a sua atividade livre a partir do material e das condições de tempo e espaço. Cabe ao psicomotricista compreender o que a criança expressa com a sua ação e responder por meio do seu próprio agir.

2.5. PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

A Perturbação de Hiperatividade e Déficit de Atenção (PHDA) pode ser descrita como uma perturbação do comportamento infantil, com uma origem genética, em que estão implicados vários fatores neuropsicológicos, formando um grupo heterogêneo de crianças com um comportamento caracterizado por altos níveis de desatenção, hiperatividade e impulsividade (Servera-Barceló, 2005; Barkley & Murphy, 2006).

De um modo geral, segundo Sheryl Olson (2002 cit. in Martins & Rosa, 2005), a investigação e a observação clínica destas crianças permite isolar algumas características primárias como a atividade excessiva, desorganizada e fora do contexto, sendo estas mais evidentes em ambientes específicos em que as tarefas são mais estruturadas e formais. A mesma autora ainda refere como característica primária, a dificuldade na regulação da atenção o que dificulta a identificação e discriminação dos estímulos e a sua permanência por longos períodos de tempo numa mesma tarefa.

Estas crianças manifestam dificuldade em seguir instruções e regras, realizar tarefas do princípio ao fim e de brincar isoladamente e numa única tarefa. Nesta perturbação também estão presentes dificuldades no controlo inibitório dos impulsos, que é visível no comportamento intrusivo com os pares, na dificuldade em esperar, na interrupção dos outros ou nas respostas dadas antes de serem terminadas as perguntas (Martins & Rosa, 2005).

Atualmente existem vários modelos que tentam explicar a PHDA, no entanto, o Modelo Híbrido de Russel Barkley é um dos modelos mais completos e que tentam explicar a PHDA na sua globalidade e não apenas um aspeto da perturbação. Assim, o Modelo Híbrido presume que na PHDA existe um déficit que envolve a inibição das respostas e que conduz a dificuldades secundárias nas funções executivas. Este modelo implica três grandes componentes: a inibição comportamental, as funções executivas e o controlo motor (Servera-Barceló, 2005).

A inibição comportamental compreende processos como: a capacidade de inibição de respostas imediatas a determinado evento, que cria um tempo de latência necessário ao processamento cognitivo e à mobilização de funções executivas; a capacidade de interromper respostas ou padrões de resposta que já estão em curso, criando um tempo para tomar novas decisões ou continuar a resposta; e a inibição de respostas a fontes de interferência, que durante o tempo de latência permite que as funções executivas entrem em

funcionamento. Assim, a autorregulação depende muito desta capacidade de inibição da resposta e esta última permite um melhor controlo das funções executivas (Villar, 2000; Barkley & Murphy, 2006).

Neste sentido, as funções executivas podem ser consideradas ações mentais autodirigidas que ocorrem durante o tempo de latência e que servem para modificar a resposta a um estímulo. Segundo Barkley & Murphy (2006), existem quatro funções executivas comprometidas nas pessoas com PHDA que não permitem a inibição da resposta (Villar, 2000; Servera-Barceló, 2005): (1) a memória de trabalho não-verbal; (2) o discurso internalizado (memória de trabalho verbal); (3) a autorregulação do afeto (mobilização da motivação); e, (4) a reconstituição. A primeira é definida como a capacidade para manter informação na mente para posterior utilização no controlo de uma resposta, permitindo a criação de um sentido temporal que irá organizar o comportamento em determinado tempo (funções retrospectivas, prospetivas e de antecipação) e o desenvolvimento da capacidade de regular o comportamento de forma não-verbal. A segunda função executiva permite a reflexão e o autoquestionamento, criando a possibilidade de resolução de problemas, de formulação de regras e de planos. A terceira função executiva permite a autorregulação e a motivação interna na ausência de motivação externa, com vista à obtenção de um objetivo. Por fim, a última função executiva está envolvida nos processos de análise (dividir as partes de um conjunto em unidades) e de síntese (recombinar as unidades e criar novos comportamentos) do comportamento (Villar, 2000; Servera-Barceló, 2005).

Barkley & Murphy (2006) defendem que as funções executivas representam comportamentos internalizados que ao longo do desenvolvimento originam efeitos no comportamento observável e no controlo motor. Como resultados da regulação interna do comportamento, as ações externas podem ser orientadas para um objetivo. Desta forma, este modelo torna-se importante para explicar a PHDA pois Barkley refere a dificuldade em inibir comportamentos, o défice nas funções executivas e a dificuldade de controlo motor, características da PHDA. Assim, os indivíduos com PHDA apresentam uma desinibição comportamental, onde não conseguem evitar respostas prepotentes, insistem em respostas que já estão em curso e não conseguem controlar a interferência, o que leva a que as funções executivas não funcionem bem. Em consequência, a memória de trabalho não-verbal será pobre, a interiorização da fala (memória de trabalho verbal) será retardada, a autorregulação do afeto será imatura e a reconstituição será deficitária (Villar, 2000; Servera-Barceló, 2005).

2.5.1. Psicomotricidade e Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

A psicomotricidade na Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção aparece como uma hipótese de intervenção e como recurso à psicoterapia individual e/ou suporte farmacológico e este, em alguns casos, pode ser conjugado também com um apoio centrado na dinâmica familiar. A terapia psicomotora nesta população deverá tomar o corpo como uma fonte de adaptação e o projeto motor deve ser visto como estrutura de representação, envolvendo a preparação para a ação e a consciencialização das modulações tónico-posturais que lhe estão associadas (Martins & Rosa, 2005).

Segundo Martins (2008), a psicomotricidade como vivência postural e motora que efetivamente é, envolve uma temporalidade na adaptação progressiva entre as estruturas

rítmicas do mundo exterior e dos ritmos corporais do indivíduo. Neste sentido, a prática psicomotora, tal como nos indicam Corraze e Albaret (1996 cit. in Martins, 2008), em crianças com PHDA, tem como objetivos principais aumentar progressivamente o tempo de concentração e de atenção nas tarefas realizadas, desenvolver capacidades de autocontrolo de forma a reduzir os períodos de impulsividade, minorar a hiperatividade moderando os comportamentos incompatíveis e melhorar as competências sociais, a compreensão e a expressão da comunicação não-verbal.

As crianças com esta perturbação do comportamento exibem, na maioria dos casos, défices associados aos diferentes níveis de tratamento de informação. Assim, a psicomotricidade poderá recair sobre cada um desses processos, nomeadamente (Martins & Rosa, 2005): (1) na codificação e descodificação da informação propriocetiva e exteroceptiva, em termos verbais, visuo-espaciais e tátiloquinestésico; (2) na planificação espaço-temporal e na aplicação de objetos em termos de lógica da ação, na observação das características dos objetos, na sequencialização e na análise da ação em curso e modificação da estratégia; (3) na evocação dos esquemas motores e na organização métrica da ação; (4) na inibição e controlo do movimento; e (5) na inadaptação cognitiva relativa à forma de conhecimento dos resultados da sua ação.

Segundo De Lièvre e Staes (2006 cit. in Martins, 2008), a intervenção psicomotora em crianças com PHDA deverá oferecer atividades tendo em conta um conjunto de orientações: (1) orientar a atividade, deixando a criança fazer o jogo espontâneo de acordo com os seus interesses e as suas capacidades, conduzindo-a progressivamente a respeitar determinadas orientações e adequar o seu corpo a limites espaço-temporais determinados; (2) despende energia de forma a diminuir a sua necessidade de movimento e prepará-la para atividades com maior nível de concentração; (3) melhorar o autocontrolo e o autoconhecimento da criança. O autocontrolo pode ser estimulado com jogos de desinibição quando esta esteja mais calma e evoluindo sempre das situações mais dinâmicas para as que exigem maior imobilidade. Por sua vez, o autoconhecimento poderá ser desenvolvido a partir de atividades de coordenação motora e de equilíbrio que envolvem também a consciencialização dos limites corporais e das possibilidades de ação no espaço; e, por fim, (4) aumentar a concentração e melhorar a memória através de atividades que apelem à manutenção da vigilância e em situações que envolvam planificação, sequencialização e a implicação operacional do indivíduo.

2.6.PERTURBAÇÃO DA COORDENAÇÃO MOTORA

Durante as últimas décadas, muitos foram os termos usados para descrever as crianças que apresentavam um comportamento motor desajeitado, desde Dispraxia, Disfunção Cerebral Mínima, Disfunção Sensório-Integrativa e Perturbação da Coordenação Motora (Henderson & Henderson, 2003 cit. in Hadders-Algra, 2003). Atualmente, o termo utilizado é o de Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora (PCM) descrita no DSM-IV-TR (APA, 2000), como uma condição crónica encontrada em crianças que apresentam um comprometimento motor que interfere em atividades de vida diária e no seu desempenho académico. Este comprometimento não pode estar associado a problemas neurológicos como a Paralisia Cerebral, a Hemiplegia ou Distrofia Muscular e os critérios de diagnóstico não podem encaixar na categoria de Perturbação Pervasiva do

Desenvolvimento. Se algum déficit cognitivo for associado, o comprometimento motor deve ser mais evidente que nos casos em que o déficit cognitivo é o único diagnóstico.

As crianças com PCM apresentam um conjunto de características que são heterogêneas de caso para caso, o que tem dificultado o processo de investigação na descoberta da sua etiologia. Várias são as teorias que surgem para explicar a origem da Perturbação da Coordenação Motora, sendo as mais conhecidas as seguintes: (1) A PCM é um *continuum* da Paralisia Cerebral (Dewey & Wilson, 2001); (2) É uma consequência secundária de complicações pré-natal, perinatal ou neonatal (Miyahara & Mobs, 1995 cit. in Barnhart, Davenport, Epps & Nordquist, 2003); e, por último (3) A PCM é uma consequência secundária de um dano cerebral ao nível celular dos sistemas de neurotransmissores ou recetores (Hadders-Algra, 2001 cit. in Barnhart et al., 2003). Das teorias apresentadas, a que tem maior aceitação pela comunidade científica é a de que a perturbação pode estar associada a uma disfunção neural significativa. Segundo Hadders-Algra (2003), as crianças com Disfunção Cerebral Mínima apresentam uma maior probabilidade de desenvolver um comprometimento motor que interfere nas atividades de vida diária bem como uma maior vulnerabilidade a desenvolver outros problemas como Perturbação Específica da Linguagem ou problemas de atenção que estão presentes na PCM.

As disfunções características da PCM têm uma grande abrangência, no entanto, podem ser agrupadas em três grandes áreas (Barnhart et al., 2003): motricidade global, motricidade fina e psicossocial. Ao nível da motricidade global, estas crianças podem apresentar alguns sinais de hipotonia, persistência dos reflexos primários e imaturidade ao nível do equilíbrio envolvido em tarefas motoras globais (Dewey & Wilson, 2001). As crianças com PCM ainda podem apresentar um estranho padrão de marcha, quedas frequentes, dificuldade em imitar posições corporais e na execução de comandos motores com mais de duas etapas (Smyth, 1992 cit. in Barnhart et al., 2003). No que diz respeito à motricidade fina, as crianças podem demonstrar dificuldades na escrita e no desenho, sendo estas características que são identificadas usualmente como primeiro sinal de problemas motores associados à PCM (Smits-Engelsman, Niemeijer & Van Galen, 2001 cit. in Barnhart et al., 2003). Ainda relacionado com a motricidade fina, as crianças com esta perturbação tendem a ter dificuldades no planeamento e na execução motora necessários em *skills* como o agarrar em objetos e no vestir peças de roupa com botões e fechos. Por fim, ao nível psicossocial, as crianças com Perturbação da Coordenação Motora podem ter dificuldades de aprendizagem que podem representar alguns problemas ao nível cognitivo (Dewey & Wilson, 2001). Todas estas disfunções podem trazer problemas ao nível social e psicológico que afetam negativamente o desenvolvimento da criança em contexto escolar.

A Perturbação da Coordenação Motora é uma condição muito complexa que afeta aproximadamente 5 a 6% das crianças em idade escolar (Barnhart et al., 2003). Sem intervenção, estas crianças continuarão a exibir um comprometimento motor grave que acabará por afetar outras áreas do desenvolvimento. Neste sentido, a intervenção é muito importante na melhoria destes *skills* motores e na adaptação social destas crianças.

2.6.1. Psicomotricidade e Perturbação da Coordenação Motora

Como referido anteriormente, a etiologia da PCM ainda levanta muitas dúvidas, no entanto, os seus efeitos sobre o desenvolvimento são conhecidos, pelo que devem ser tidos

em conta para a intervenção. Assim, estão associados à perturbação dificuldades em aprender a planear, a organizar, a executar e/ou a modificar os seus movimentos (Missiuna, Rivard & Pollock, 2011). Estas crianças apresentam também dificuldades em aprender novos esquemas motores e os seus movimentos são similares aos de crianças mais novas por serem mais simples. Missiuna, Rivard e Pollock (2011) afirmam que as crianças com Perturbação da Coordenação Motora apresentam um comportamento motor inconsistente e, muitas vezes, executam as habilidades motoras da mesma forma que uma e outra vez, repetindo os erros mesmo quando a ação não é bem-sucedida. As mesmas autoras ainda referem que, tipicamente, estas crianças dependem do feedback da ação motora, mas não são capazes de prever o efeito do seu movimento. Desta forma, elas tendem a não reconhecer os erros do movimento e dificilmente conseguem aprender com as suas falhas e conseguem corrigir os seus movimentos. As crianças com PCM não reconhecem as semelhanças entre atividades motoras, o que dificulta a transferência dos esquemas motores de uma atividade para a outra (e.g.: apanhar uma bola grande e apanhar uma bola pequena). Estas crianças também têm dificuldade em generalizar as ações motoras necessárias de uma situação para a outra (e.g.: subir da estrada para o passeio e subir escadas) e na adequação das suas ações ao contexto (e.g.: agarrar um bola em movimento e desviar-se de uma bola em movimento durante um jogo) pois torna-se difícil monitorizar a informação recebida do contexto e fazer com que o corpo reaja atempadamente ao solicitado (Missiuna et al., 2011).

Neste sentido e tendo em conta as características das crianças com Perturbação da Coordenação Motora, a psicomotricidade pode ser uma mais-valia para ajudar estas crianças a ultrapassar as suas maiores dificuldades. Assim, a intervenção educativa ou reabilitativa, mediada pela psicomotricidade, pretende facilitar a tomada de consciência do corpo e das suas partes constituintes no espaço e no tempo, dando ênfase à descentração e à flexibilidade das relações entre posições e pontos de referência (Fonseca, 2010). Com este tipo de abordagem, pretende-se destacar as funções psíquicas de *“atenção, de percepção, de imagem, de memória, de processamento simultâneo e sequencial de dados internos e externos, de simbolização (...)”* (Fonseca, 2010, p. 49) muito importantes para o funcionamento destas crianças, intervindo não apenas no aspeto físico e motor, mas também no aspeto representacional, central e psíquico.

De um modo geral, pode dizer-se que a psicomotricidade tem um papel relevante na resolução de problemas ligados às áreas neurais superiores, através de complexos processos de planificação e antecipação, intervindo nesses processos mentais que estão comprometidos e não apenas na execução de produtos motores finais observáveis (Fonseca, 2010).

2.7. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

As atividades de aprofundamento de competências do Mestrado em Reabilitação Psicomotora decorreram no Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia de Orta. O centro recebe anualmente estagiárias de várias áreas, entre as quais a psicomotricidade, sendo que este ano fez parte da sua equipa uma estagiária de 1º ciclo e uma estagiária de 2º ciclo. Neste ponto pretende-se descrever detalhadamente o local de estágio, de acordo com as características próprias da instituição, equipa, equipamentos e materiais que fazem parte da mesma.

O Centro de Desenvolvimento da Criança - Professor Torrado da Silva é uma instituição pública, que faz parte do Serviço de Pediatria do Hospital Garcia de Orta e, que abriu portas a 1 de junho de 2007. Com a sua abertura, pretendeu-se dar resposta às necessidades de todas as crianças e jovens residentes na área de influência do referido hospital, nomeadamente os concelhos de Almada, Seixal e Sesimbra.

A ideia de criação deste centro surgiu com a abertura do Serviço de Pediatria, em 1992, que conforme as recomendações do relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil, publicado em 1993: “... *deveria constituir um centro multiprofissional, dispondo de condições humanas e técnicas especializadas, para avaliação e coordenação do tratamento de crianças com necessidades especiais*” (cit. in CDC, 2009). Passados vários anos, o projeto de construção do CDC foi concretizado com o apoio do Programa da Saúde XXI e da Fundação Calouste Gulbenkian e pôde começar a funcionar em 2007.

O CDC tem como missão o atendimento de crianças e jovens com problemas neurológicos e do desenvolvimento, pelo que está integrado numa Unidade Hospitalar do Sistema Nacional de Saúde. Além disso, pretende prestar serviços no âmbito preventivo, de diagnóstico e de tratamento de doenças neurológicas agudas e perturbações do desenvolvimento psicomotor. As crianças atendidas para primeiras consultas devem ser residentes na área de influência do hospital, com idade compreendida entre os 0 e os 15 anos.

O centro de desenvolvimento tenta cumprir os objetivos de uma unidade do sistema de saúde público, pelo que garante uma assistência eficaz e, promove a qualidade e a excelência. Deste modo, pretende oferecer às crianças atendidas igualdade no acesso à saúde, de forma a colmatar a falta de serviço público que é realizado maioritariamente pelos centros de desenvolvimento privados.

2.7.1. Objetivos e Atividades Principais

O CDC define-se de acordo com certos objetivos, sendo esses os seguintes (CDC, 2009): (1) atendimento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento, bem como investigação, avaliação e tratamento; (2) apoio às famílias ao nível médico e psicossocial; (3) promoção da ligação à comunidade relacionados com os cuidados de saúde primários e a cooperação entre instituições; (4) cooperação entre profissionais de apoio educativo para avaliação e definição de metodologias adequadas a cada criança; (5) ser um centro de referência para diagnóstico e avaliação de crianças que não podem obter apoio nos hospitais distritais da Zona Sul; (6) cooperação na formação de profissionais e pais através de estágios específicos e ações de formação; (7) realização de investigação clínica com a elaboração de trabalhos e projetos; e, por fim, (8) criação de um pólo de investigação ao nível das ajudas técnicas e novas tecnologias.

As atividades realizadas no centro de desenvolvimento encontram-se distribuídas em três âmbitos, sendo esses Assistencial, Formativo e Científico.

No âmbito assistencial, a equipa do CDC oferece um conjunto de consultas individualizadas em diferentes especialidades a nível terapêutico e consultas multidisciplinares para patologias mais complexas (CDC, 2009). Deste modo, o serviço

prestado encontra-se dividido em: (1) Consultas Gerais de Desenvolvimento, Epilepsia, Neuropediatria, Reabilitação Pediátrica e Psicologia; (2) Consultas Pluridisciplinares; (3) Intervenções Terapêuticas; (4) Enfermagem; (5) Serviço Social e (6) Educação.

Nas Consultas Gerais são realizados processos relacionados com o diagnóstico, monitorização e avaliação do desenvolvimento e seguimento dos doentes, de forma a desenvolver investigação e propor intervenção adequada a cada caso. As Consultas Pluridisciplinares são realizadas quando as patologias afetam a vida do doente e da sua família sendo necessários abranger aspetos psicológicos, sociais e biomédicos, sendo necessária a intervenção de vários elementos da equipa do centro. As Intervenções Terapêuticas têm como especialidades a Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia da Fala e Terapia Psicomotora, que pretendem dar respostas adequadas às necessidades específicas de cada criança. A Enfermagem atua na adaptação da criança à situação patológica bem como na autonomização da mesma, ajudando-a nas crises e nas alterações decorrentes do diagnóstico realizado. As atividades do Serviço Social abarcam a procura de soluções de carácter multidimensional, a criação de estratégias e a promoção das potencialidades das famílias e doentes, identificando as necessidades e vulnerabilidades para poderem desenvolver um projeto de reabilitação integrado e o mais funcional possível. Além disso, possuem ainda vários grupos de trabalho (CDC, 2009), tais como: o Núcleo de Spina Bífida do HGO, parte integrante do Grupo Concelhio para a Deficiência de Almada, Grupo de Dinamização “Famílias em Rede”, Grupo de Dinamização “Solidariedade” e Grupo de Supervisão em Serviço Social na Associação de Profissionais de Serviço Social. Por fim, a área da Educação funciona com uma equipa interdisciplinar sendo um recurso de apoio às famílias e comunidade na busca de orientações para o projeto de vida das crianças. Esta área pretende avaliar as situações sinalizadas, articular os vários serviços da comunidade inclusiva, dinamizar um gabinete de avaliação, despiste e encaminhamento de serviços da comunidade e implementar sistemas de comunicação aumentativa.

Ao nível formativo, o Hospital Garcia de Orta promove a formação quando recebe anualmente estagiários das várias especialidades clínicas e terapêuticas, dando acesso a cursos e ações de formação bem como através da realização regular de reuniões de equipa. Aos estagiários do CDC é permitido o contacto direto com os pacientes, equipa técnica e ações de formação desenvolvidas pelo mesmo.

O CDC promove o Curso de Introdução à Neuropediatria e de Desenvolvimento dirigido aos internos de Medicina, sendo dada a oportunidade aos estagiários das diferentes áreas participarem igualmente no curso, pelo que estes adquirem novos conhecimentos ao nível do diagnóstico e intervenção ao nível das perturbações neurológicas e do desenvolvimento.

No âmbito de outras ações de formação, a equipa do CDC participa nas reuniões gerais do Serviço de Pediatria, realiza reuniões multidisciplinares, encontros de pais e ações de formação para médicos, professores e pais relacionados com a problemática da Epilepsia, em conjunto com a Liga Portuguesa contra a Epilepsia (CDC, 2009).

Ainda em termos formativos, são agendadas pelo CDC: (1) reuniões de grupo; (2) reuniões com as equipas dos Projetos de Intervenção Precoce de Sesimbra, Almada e Seixal; (3) reuniões multidisciplinares da Cirurgia da Epilepsia Centro Hospital de Lisboa Ocidental; (4) reuniões com as equipas de Apoio Educativo; (5) reuniões com professores e visitas às escolas; (6) reuniões nacionais de Neuropediatria, entre outros.

Ao nível da formação interna no CDC, existe semanalmente uma reunião de grupo de intervenção terapêutica, onde são discutidos alguns casos e a sua evolução (e.g.: reunião de Psicologia, reunião de Reabilitação Pediátrica). Com uma periodicidade semanal, também é realizada uma reunião aberta a todos os elementos da equipa do centro, onde são apresentados temas ou estudos de caso por parte de uma equipa médica ou terapêutica. Uma outra reunião com caráter mais formativo é o *Journal Club* em que um dos profissionais do centro apresenta à equipa um artigo científico, tentando, ao mesmo tempo, promover a discussão sobre o tema. Deste modo, a equipa é continuamente informada sobre os mais recentes estudos realizados nas várias áreas de intervenção, promovendo uma reflexão conjunta entre os vários profissionais.

No âmbito científico, o CDC desenvolve projetos de investigação clínica, sendo estes apresentados ao nível nacional e internacional. Alguns dos temas que fazem parte destes projetos incidem sobre a problemática da Epilepsia, Paralisia Cerebral e sobre os recém-nascidos e as patologias associadas a estes. Os técnicos do centro, para contribuírem com o desenvolvimento científico das várias áreas, apresentam artigos de caráter científico em várias revistas de renome no panorama do desenvolvimento.

2.7.2. Modelo de Atendimento

O Centro de Desenvolvimento da Criança desenvolve um processo segundo um modelo de assistência integral que, através do trabalho em equipa, desenvolve a intervenção terapêutica das crianças envolvendo os aspetos de natureza biológica, psíquica, psicológica, social e humana.

Deste modo, o trabalho realizado com as crianças envolve os vários médicos e técnicos de diferentes especialidades do centro que trabalham com o objetivo de poder proporcionar o melhor atendimento e tratamento aos seus pacientes, de acordo com as suas características clínicas. Assim, as crianças chegam à consulta de Psicomotricidade seguindo o seguinte modelo de atendimento ilustrado na figura 2.

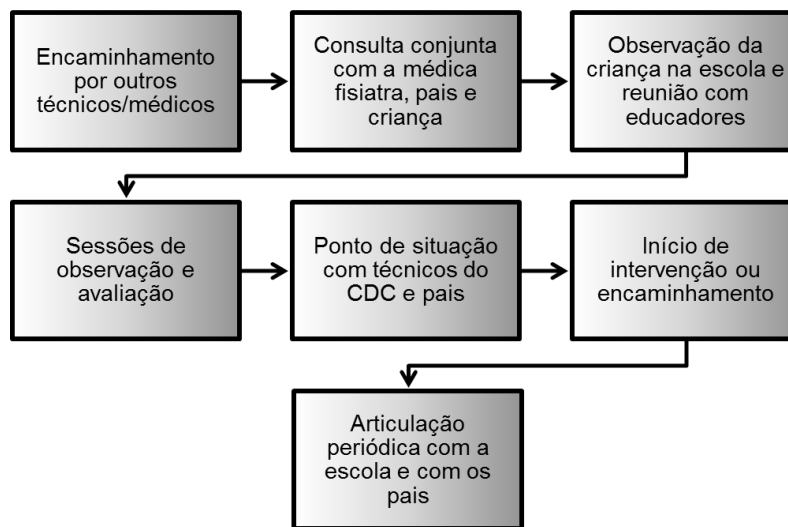


Figura 2: Modelo de Atendimento

2.7.3. Equipa

O Centro de Desenvolvimento da Criança Professor Torrado da Silva é constituído por uma equipa multidisciplinar que pretende prestar um apoio global e especializado às crianças atendidas. Assim, fazem parte da equipa os seguintes profissionais: (1) Auxiliar de Ação Médica; (2) Técnico de Educação; (3) Enfermeira; (4) Médico do Desenvolvimento; (5) Médico Fisiatra; (6) Médico Neuropediatra; (7) Psicóloga; (8) Terapeuta Ocupacional; (9) Terapeuta da Fala; (10) Psicomotricista; (11) Administrativa e (12) Técnica de Serviço Social.

2.7.4. Instalações

O Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva foi criado num edifício anexo ao Hospital Garcia de Orta, sendo um espaço muito atual e acolhedor para todas as famílias e suas crianças aquando da sua visita. É um espaço dedicado às crianças, pelo que tem salas específicas para todos os serviços acima referidos.

Assim, o CDC está dividido em duas grandes áreas: (1) espaço de consultas e intervenções e (2) espaço dedicado ao pessoal técnico. O espaço que é dedicado às famílias começa na receção e sala de espera, e continua pelos nove gabinetes médicos, uma sala de Assistente Social, um gabinete para a Técnica de Educação que é usado também pela Psicologia e pela Terapia Psicomotora, duas salas para avaliação, uma sala de tecnologias, uma sala de tratamento, uma sala de apoio, duas salas para Terapia da Fala, duas salas para Terapia Ocupacional e uma sala para a Terapia Psicomotora (Sala de estimulação sensorial/psicomotricidade). A segunda área destina-se apenas aos profissionais que trabalham no centro e é distribuída pelo secretariado, sala de coordenação, duas salas de trabalho, sala de pausa, biblioteca, sala de reuniões e balneários. O CDC ainda está equipado com três arrecadações e dez instalações sanitárias, sendo duas delas adaptadas.

Além da descrição das instalações propriamente ditas do CDC, torna-se importante referir que sendo um centro dedicado às crianças, este encontra-se decorado para estas. Assim, as paredes encontram-se pintadas com desenhos atrativos que tornam o espaço mais acolhedor e mais agradável para as crianças. A decoração das paredes foi oferecida por vários patrocinadores através do projeto *Paint a Smile*. Este insere-se numa fundação com o mesmo nome, criada no ano de 2000 em Génova, e tem como principal objetivo reduzir a ansiedade dos pacientes e tornar os hospitais mais animados e amigáveis através de um ambiente colorido e acolhedor (CDC, 2009).

2.7.5. Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade

A sala de estimulação sensorial/psicomotricidade é uma sala de dimensão média, constituída por duas portas (uma direcionada para o corredor principal dos gabinetes médicos e outra para um corredor secundário que se encontra na parte traseira das salas), duas janelas (ambas direcionadas para o corredor secundário).

A sala apresenta alguns materiais dispostos pelo chão, tais como: uma piscina de bolas; sólidos geométricos e outras formas acolchoados de grandes dimensões; seis colchões, quatro individuais e dois de maiores dimensões; um trampolim; dois baloiços que

podem ser pendurados na trave; um banco sueco; pinos e arcos; túneis desdobráveis. Ainda na sala, na parede, encontra-se um quadro branco, um espelho, suportes para colocar argolas, um espaldar e um saco pendurado com bolas de diferentes cores. No meio da sala existe uma trave pendurada no teto.

A sala em que são realizadas a maioria das sessões de Psicomotricidade encontra-se bem equipada com uma vasta diversidade de materiais. Algum do material existente na sala já foi enumerado acima, no entanto, existem mais materiais que podem ser utilizados nas sessões. Esses materiais (ANEXO I) encontram-se arrumados em dois armários colocados no corredor secundário que se tem acesso pela porta traseira da sala. Todos estes materiais encontram-se em ótimo estado de conservação, alguns ainda pouco utilizados, apresentando todas as condições de segurança e eficácia necessárias à sua utilização na intervenção com as crianças.

2.7.6.Sala de Reuniões

A sala de reunião é um espaço muito amplo, com duas portas de acesso ao corredor utilizado pelo pessoal técnico e quatro janelas grandes. Na sala estão dispostas muitas cadeiras viradas para um pano de projeção, duas mesas grandes, uma delas com um computador. Ainda, ao canto da sala, existe um quadro branco retangular. Esta sala é utilizada para formação mas, também quando as cadeiras são arrumadas todas junto às paredes, torna-se possível utilizar esta sala para a realização de sessões de psicomotricidade em grupo.

2.7.7.Sala de Avaliação

As salas de avaliação são espaços amplos, com uma mesa circular ao canto e três cadeiras, uma mesa de tamanho mais pequeno quadrangular com duas cadeiras, especialmente para as crianças de idades mais baixas. Esta sala possui também um armário com vários materiais, tais como: placa de encaixes; várias figuras (e.g.: dinossauro, urso, ponte, ...); livros infantis e outros jogos lúdicos. Nesta sala são realizadas as avaliações das crianças e algumas sessões de psicomotricidade em que é realizado trabalho específico de mesa.

3. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Num primeiro momento, após a seleção dos locais de estágio, procedeu-se à marcação da reunião com a orientadora de estágio onde foram dados a conhecer os objetivos do RACP, fornecida bibliografia útil para o início do estágio profissionalizante e o contacto da orientadora local. Posteriormente, a orientadora local foi contactada pela estagiária para marcação de uma reunião na instituição. Nessa reunião, após formalizadas as apresentações, foram estabelecidas as funções a desempenhar pela estagiária, elaborado o horário de estágio e a apresentação das instalações do Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva.

No que diz respeito à dinâmica do estágio, este iniciou-se pela integração da estagiária na estrutura pessoal da instituição bem como nas sessões de intervenção e avaliação. Inicialmente, foi possível desenvolver um período de adaptação e observação, sendo que mais tarde se passou à participação ativa nas sessões de acordo com a orientação da técnica. Posteriormente, a participação da estagiária tornou-se mais independente e autónoma pela intervenção direta com as crianças, na avaliação, preparação e realização de sessões. Posto isto, foram elaborados planos de intervenção tendo em conta os objetivos que se pretendiam alcançar com a intervenção, desenvolvendo-se semanalmente um conjunto de atividades em sessão individual e grupal. Após o período estabelecido para intervenção, realizaram-se novas avaliações com o objetivo de observar e verificar os resultados obtidos e realizadas reuniões com os pais para dar a conhecer a evolução das crianças.

Neste ponto do presente relatório será descrita a calendarização das atividades de estágio, o horário, as observações realizadas e a população apoiada durante o período de estágio. Depois será exposto a fundamentação dos instrumentos de avaliação utilizados, as condições de avaliação e a intervenção propriamente dita bem como outras atividades desenvolvidas no CDC.

3.1. CALENDARIZAÇÃO DAS ATIVIDADES

As atividades de estágio profissionalizante tiveram início no dia 10 de outubro de 2011, tendo terminado no dia 10 de julho de 2012. Durante este período, foram realizadas três interrupções letivas, de acordo com o calendário académico de 2011/2012. Assim, a primeira interrupção letiva decorreu durante o período das férias do Natal e prolongou-se até à primeira semana de janeiro, correspondendo ao período de 19 de dezembro de 2011 a 6 de janeiro de 2012. A segunda interrupção decorreu no período das férias de Carnaval de 20 de fevereiro de a 21 de fevereiro de 2012 e a última referente às férias da Páscoa, de 02 de abril a 09 de abril de 2012.

Neste sentido, tendo em conta o calendário acima apresentado, foi possível organizar o presente estágio de forma funcional, de acordo com o cronograma das tarefas teóricas e práticas desempenhadas durante o ano letivo da tabela 1. Todas as atividades apresentadas no cronograma foram delineadas juntamente com a orientadora local e surgiram de forma gradual e progressiva, seguindo uma lógica coerente de realização.

	2011			2012								
TAREFAS	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Integração na Equipa												
Observação												
Avaliação Inicial												
Plano de Intervenção												
Intervenção Psicomotora												
Avaliação Final												
Relatório de Intervenção												
Relatório de Estágio												
Revisão do Relatório												
Entrega do Relatório												

Tabela 1: Cronograma

3.2.HORÁRIO

O horário do estágio foi delineado de acordo com o horário da orientadora local, distribuindo o número de horas como previsto no regulamento do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais. O horário foi sofrendo algumas alterações, mantendo-se inalterável a partir de novembro. Inicialmente o horário estava distribuído de forma a realizar cerca de 15 horas no CDC (segunda, terça e quinta) e 5 horas no Serviço de Neonatologia, perfazendo as 21 horas semanais de estágio na instituição. Como o projeto de realização de estágio no Serviço de Neonatologia não prosseguiu, optou-se por reorganizar o horário de forma a realizar 17 horas de estágio. Assim, o horário de estágio foi distribuído como mostra a tabela 2.

O horário estabelecido no regulamento do RACP previa um total de 21 horas semanais na instituição. Embora o horário estabelecido perfizesse 17 horas semanais, por vezes, eram acrescentadas mais horas semanais quando era proposto à estagiária que realizasse avaliações ou reuniões fora do horário pré-definido. Neste sentido, as horas de estágio foram cumpridas na sua totalidade. O horário de estágio foi distribuído por horas de sessão individual, sessão de grupo, reunião de equipa, reunião de Reabilitação Pediátrica e

tempo para a estagiária fazer planeamentos, relatórios e outras atividades importantes para as atividades de estágio ilustrados na tabela 2.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
12:00 – 12:30					
12:30 – 13:00					
13:00 – 13:30					
13:30 – 14:00					
14:00 – 14:30	Reunião Reab. Ped.				
14:30 – 15:00		Reunião de Equipa	Sessão Individual		
15:00 – 15:30	Sessão Individual			Grupo 3	
15:30 – 16:00		Sessão Individual	Sessão Individual		
16:00 – 16:30					
16:30 – 17:00	Grupo 1	Grupo 2		Grupo 4	
17:00 – 17:30					
17:30 – 18:00					

Tabela 2: Horário

3.3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Na elaboração de um plano de intervenção no âmbito da Psicomotricidade deve-se ter em conta uma avaliação ou observação das competências psicomotoras, cognitivas e comportamentais da criança para que o plano englobe os objetivos terapêuticos que colmatem as suas dificuldades. Neste sentido, torna-se necessário recorrer a vários instrumentos de avaliação/observação com critérios específicos que avaliem as competências que pretendemos verificar. No âmbito do estágio desenvolvido no CDC, foram selecionados, tendo em conta a população atendida e a especificidade psicomotora, a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, o Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky e as Escalas de Avaliação do Comportamento de Achenbach.

3.3.1. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca

“O perfil psicomotor caracteriza as potencialidades e as dificuldades da criança,

dando suporte para identificar e intervir nas dificuldades de aprendizagem psicomotora, satisfazendo progressivamente as necessidades mais específicas da criança” (Fonseca, 1995 cit. in Fonseca, 2007).

Segundo Fonseca (1985), os fundamentos da Bateria Psicomotora (BPM) (ANEXO II) relacionam e justificam os vários fatores e subfatores psicomotores com as três unidades funcionais do cérebro, apresentados por Luria. É um instrumento baseado num conjunto de tarefas para a deteção de défices funcionais em termos psicomotores, de forma a englobar a integração sensorial e perceptiva que se relaciona com o potencial de aprendizagem. É possível verificar o reflexo das experiências vivenciadas no contexto do seu desenvolvimento pelo perfil psicomotor, apesar da BPM avaliar o desempenho da criança numa situação formal, ou seja, fora do contexto do dia a dia. Além disso, é possível retratar o desenvolvimento dinâmico por meio da aplicação de várias avaliações num período de tempo, sendo que acompanha cada fase do desenvolvimento psicomotor da criança.

Regra geral, a bateria aplica-se a crianças que frequentem a escolaridade primária ou pré-primária, fundamentalmente crianças dos 4 aos 12 anos de idade, sendo que apresenta uma perspetiva mais qualitativa do que quantitativa. Identifica crianças com dificuldades de aprendizagem motora e não é utilizada para diagnosticar défices neurológicos, nem lesões cerebrais pois é um teste que não apresenta competências para esse efeito, nem foi criado com esse intuito (Fonseca, 1985). A BPM analisa qualitativamente os sinais psicomotores, comparando-os com as funções dos sistemas básicos do cérebro. Os fatores psicomotores são construídos segundo o princípio da organização vertical das estruturas do cérebro, pelo que cada um contribui de forma significativa para a organização global do sistema funcional psicomotor (Fonseca, 2007).

Na primeira unidade funcional de Luria encontramos os fatores tonicidade e equilíbrio, ambos participam nas conquistas antigravíticas primárias do desenvolvimento humano e nos aspetos básicos de integração sensorial, constituindo um dos suportes-base essenciais para o desenvolvimento da psicomotricidade. A segunda unidade funcional de Luria compreende os fatores lateralização, noção do corpo e estruturação espaço-temporal. As características desta unidade são ativadas por ações que implicam processos gnósticos de descodificação e codificação sensorial, ou seja, assegura o processamento da informação sensitiva. A terceira unidade funcional de Luria é constituída pelos fatores praxia global e praxia fina, sendo estes responsáveis pela programação, regulação e verificação da atividade envolvendo as regiões pré-frontais e do córtex motor (Fonseca, 1985).

Este instrumento avalia sete fatores psicomotores traduzidos em: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, avaliados na sua significação psiconeurológica, estando estes divididos em 26 subfatores (Fonseca, 2007). Deste modo, os fatores psicomotores avaliados apresentam-se da seguinte forma (Fonseca, 2007):

Tonicidade

A tonicidade indica o tonús muscular, sendo este um pré-requisito para a motricidade e aprendizagem. Tem um papel fundamental no desenvolvimento motor, sendo que esta componente garante as atitudes, a postura, as mímicas, as emoções, de onde emergem todas as atividades motoras humanas. Na BPM, o estudo da tonicidade compreende a

observação do tónus de suporte (extensibilidade, passividade e paratonia) e do tónus de ação (diadococinésias e sincinésias).

Equilibração

A equilibração tem uma função determinante no desenvolvimento do movimento voluntário. É determinante no ajustamento postural e gravitacional, sem o qual nenhum movimento intencional pode ser atingido. O equilíbrio reúne um conjunto de aptidões estáticas (sem movimento) e dinâmicas (com movimento), abrangendo o controlo postural e o desenvolvimento das aquisições de locomoção.

Lateralização

O terceiro fator psicomotor surge da organização e da hierarquização funcional dos hemisférios cerebrais e reflete a preferência por um lado do corpo. A lateralização envolve uma complexa integração de várias noções – partes e todo corporal, homo e contralateral, cima e baixo, frente e trás, esquerda e direita, etc. A correta integração bilateral é indispensável ao controlo postural e controlo perceptivo-visual. Por outro lado, a disfunção da integração bilateral pode comprometer o desenvolvimento da dominância manual e, consequentemente, interferir com o desenvolvimento psicomotor e o potencial cognitivo. As tarefas da BPM destinadas a este fator pretendem determinar a consistência da preferência manual, pedal, ocular e auditiva da criança.

Noção do Corpo

A formação do "eu", isto é, da personalidade, compreende o desenvolvimento da noção ou esquema corporal, através do qual a criança toma consciência do seu corpo e das possibilidades de expressar-se por seu intermédio. A noção do corpo em psicomotricidade não avalia a sua forma ou as suas realizações motoras, procura outra linha da análise que se centra mais no estudo da sua representação psicológica e linguística e nas suas relações inseparáveis com o potencial de alfabetização. A noção do corpo inclui os seguintes subfactores: sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, autoimagem, imitação de gestos e desenho do corpo.

Estruturação Espaço-Temporal

A estruturação espaço-temporal pressupõe a fusão entre a sequencialização temporal e a simultaneidade espacial nos processos básicos da aprendizagem, na medida em que põem em jogo as funções inter-hemisféricas (não verbais e verbais) e as funções interneurosensoriais (visão e audição). Na estruturação espaço-temporal aborda-se quatro subfactores: organização, estruturação dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica.

Praxia Global

A praxia global tem como função fundamental envolver a organização da atividade consciente e a sua programação, regulação e verificação. Para Luria, a praxia global está mais relacionada com a área 6, e esta tem como principal função a realização e a automatização dos movimentos globais complexos, que se desenrolam num certo período de tempo e que exigem a atividade conjunta de vários grupos musculares. A praxia global dá-nos indicadores sobre a organização práxica da criança e a sua eficiência na realização de

tarefas motoras. Praxia tem por definição a capacidade de realizar a movimentação voluntária pré-estabelecida com forma de alcançar um objetivo. As possibilidades motoras e o estilo motor da criança podem ser avaliados nos vários subfactores: coordenação óculo-manual, coordenação óculo-pedal, dismetria e dissociação.

Praxia Fina

Compreende a avaliação da dissociação digital e de preensão construtiva com participação dos movimentos de manipulação, fixação dos olhos e da coordenação óculo-manual. Segundo Fonseca (1982 cit. in Fonseca, 2007) este fator procura estudar na criança a sua capacidade construtiva manual e a sua dextralidade bimanual como uma componente psicomotora relevante para todos os processos de aprendizagem. Este último fator psicomotor compreende os seguintes subfactores: coordenação dinâmica manual, tamborilar e velocidade-precisão.

Todas as tarefas propostas pela BPM são pontuadas em perfis psicomotores, sendo a cotação média de cada fator arredondada e somada à cotação dos outros fatores como mostra a tabela 3, constituindo assim, o resultado final. Este pode ter o valor mínimo de sete pontos e o valor máximo de vinte e oito pontos indicando-nos o perfil psicomotor da criança (Fonseca, 1985).

Escala de Pontos dos Perfis Psicomotores		
1	Perfil Apráxico	Realização imperfeita, incompleta e descoordenada
2	Perfil Dispráxico	Realização com dificuldade de controlo (satisfatório)
3	Perfil Eupráxico	Realização adequada e controlada (bom)
4	Perfil Hiperpráxico	Realização perfeita, harmoniosa e controlada

Tabela 3: Cotação da Bateria Psicomotora

Os perfis psicomotores variam de acordo com o valor total de todas as provas, pelo que podem ser classificados em hiperpráxico (22-28) considerado superior ou bom, eupráxico (14-21) que apresenta um perfil psicomotor normal, dispráxico (9-13) para quem apresenta, como o próprio nome indica, um perfil dispráxico e, por último, perfil apráxico (7-8 pontos) considerado um perfil psicomotor deficitário (Fonseca, 2007).

3.3.2. Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

Numa perspetiva histórica, Oseretsky em 1923 formulou uma escala métrica para o estudo da capacidade motora da criança, que aplicou a crianças de escolas do ensino regular (Teste de Oseretsky). Em 1978, essa escala ficou conhecida como Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky. Porém, a sua primeira publicação em 1987 ao ser sujeita a revisões e a atualizações, deu origem ao Teste de Proficiência Motora 2 (TPMBO-2) (Bruininks & Bruininks, 2005).

Esta nova versão avalia a proficiência motora e permite identificar défices nas habilidades motoras. Tem como função a utilização no diagnóstico e despiste em indivíduos entre os 4 e 21 anos e pode ser aplicado na PCM, PHDA, PEA, Paralisia Cerebral, Dificuldades de Aprendizagem Específicas e Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (Bruininks & Bruininks, 2005). Com o TPMBO-2 observou-se uma reorganização estrutural, verificando-se uma melhoria de relevância dos conteúdos funcionais, um aumento dos itens da praxia global e fina, desenvolvimento de programas de intervenção motora, melhoria da qualidade do material da mala e, por fim, apresentação mais atraente dos itens (Cools, Martelaer, Samaey & Andries, 2009).

O TPMBO-2 (ANEXO III) é um teste normativo com um manual completo com imagens, explicações e instruções para comparação com os pares e para comparação dos resultados com as tabelas normativas, pelo que deve ser aplicado consoante o protocolo e cotado objetivamente, exigindo assim uma familiarização com o teste, material, local de aplicação e a sua organização prévia. Deve ainda ser sensível às necessidades individuais, determinação da mão e pé dominantes, necessitando do estabelecimento de uma relação empática e de providenciar feedback. É importante que a criança demonstre compreensão e esforço nas tarefas pretendidas e dever-se-á seguir sempre o protocolo até se adquirir experiência para, posteriormente, se adequar e alterar o protocolo às características da criança (Cools et al., 2009).

A interpretação dos resultados consiste, primeiramente, na descrição da proficiência motora geral e, logo depois, na descrição de cada área motora e dos sub-testes. Além desta interpretação também é realizada a interpretação das diferenças entre as áreas motoras (e.g. o valor total pode mascarar algumas áreas daí a necessidade de também se interpretar área a área) e a interpretação das diferenças entre os vários sub-testes. As características apresentadas pela criança ao longo da aplicação do teste devem ser tidas em atenção e retirar observações, tais como sincinésias, esforço excessivo, entre outras (Bruininks & Bruininks, 2005).

Segundo Bruininks e Bruininks (2005), o TPMBO-2 permite avaliar o controlo manual fino, que consiste nas habilidades envolvidas na escrita e no desenho, as quais requerem um grau de precisão e integração motora fina relativamente elevado; a coordenação manual, que avalia habilidades motoras envolvidas no alcançar, no agarrar e na manipulação de objetos, com ênfase na velocidade, destreza manual e coordenação dos membros superiores; avalia ainda o controlo do corpo, que se resume às habilidades envolvidas no equilíbrio e na coordenação bilateral das extremidades superiores e inferiores e, por fim, a força e agilidade, que avalia a força dos grandes músculos, a velocidade e as habilidades motoras envolvidas na manutenção de uma posição. O total desta avaliação envolve a cotação de todas as áreas anteriores.

Os sub-testes do TPMBO-2 estão organizados para que as atividades de papel e lápis venham primeiro e as atividades que envolvem um grande esforço físico sejam as finais. Assegura-se assim, que as atividades que requerem precisão e firmeza não sejam influenciadas pela fadiga. A duração desta aplicação pode depender do avaliador, a seleção dos domínios e dos itens é feita a partir do conhecimento prévio de défices motores e da intenção de usar os resultados para planear programas de intervenção ou avaliar progressos (Bruininks & Bruininks, 2005).

No que concerne às opções de aplicação do TPMBO-2, este pode ser aplicado de duas formas: forma completa e forma reduzida. A forma completa permite a avaliação de toda a proficiência motora e a investigação global das áreas fortes e fracas, sendo a opção preferível (Cools et al., 2009). A forma reduzida é utilizada como forma de rastreio e avaliação de programas, permitindo determinar a necessidade de uma avaliação funcional e é constituída por 14 itens (um item por cada sub-tarefa), sendo mais fácil e rápido de administrar. Os sub-testes da forma completa apresentam-se da seguinte forma (Bruininks & Bruininks, 2005):

Sub-teste 1: Precisão Motora Fina

As atividades desta tarefa exigem um controlo preciso dos movimentos dos dedos e mãos. É constituída por 5 itens de desenho (preencher espaços, desenhar linhas em caminhos, ligar pontos), uma de dobragem de papel e uma de corte. Este sub-teste tem como objetivo desenhar/cortar e preencher dentro de limites, dando ênfase à precisão, sem limite de tempo.

Sub-teste 2: Integração Motora Fina

Nesta sub-tarefa reproduzem-se diferentes formas geométricas de diferentes complexidades desde um círculo até à sobreposição de figuras, sendo por isso necessário um controlo preciso dos movimentos dos dedos/mãos. Permite, deste modo, avaliar as habilidades na integração de um estímulo visual com controlo motor (integração motoro-visual).

Sub-teste 3: Destreza Manual

Constituído por atividades dirigidas a objetivos que envolvem apanhar, alcançar, agarrar e coordenação bi-manual com pequenos objetos (e.g.: apanhar moedas, enfiamentos, triagem de cartas). Encontra-se focada na precisão, onde a velocidade é contabilizada e atua como diagnóstico da PCM. As tarefas deste sub-teste não fazem parte das atividades de vida diária, contudo as habilidades exigidas para a execução são desempenhadas diariamente.

Sub-teste 4: Coordenação bilateral

Mede as competências motoras envolvidas na prática desportiva e jogos recreativos, incluindo atividades que requerem o controlo motor e a coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores e inferiores.

Sub-teste 5: Equilíbrio

Avalia as competências do controlo motor que são essenciais para manter a postura bípede, a andar ou outra qualquer atividade comum. Permite medir três áreas que afetam o equilíbrio: estabilidade do tronco (pés juntos, apoio unipedal, equilíbrio na trave), estabilidade e movimento (equilíbrio dinâmico) e uso de pistas visuais (tarefas de olhos fechados).

Sub-teste 6: velocidade e agilidade

Avalia a velocidade e a agilidade, contendo atividades que incluem saltos com pés

juntos ou com apoio unipedal e andar sobre a trave com tempo determinado.

Sub-teste 7: Coordenação membro superior

Inclui atividades que medem o acompanhamento visual com movimentos dos braços e das pernas coordenadas, constituídas pelo agarrar, driblar e atirar uma bola. Estes itens podem exigir apenas uma mão ou requererem a coordenação das duas.

Sub-teste 8: Força

Composto por atividades que medem a força do tronco e dos membros superior e inferior, sendo esta uma componente essencial nas atividades do dia a dia.

A cotação permite quantificar as competências motoras com base nos resultados das atividades com objetivos diretos. O resultado pode ser obtido através do número de vezes, número de objetos ou período de tempo. As normas de avaliação encontram-se diferenciadas por géneros pois apresentam diferentes desempenhos. O resultado deste instrumento providencia um resultado único de toda a proficiência motora (Bruininks & Bruininks, 2005).

3.3.3. Escalas de Avaliação do Comportamento de Achenbach

Para a avaliação dos problemas de comportamento das crianças e adolescentes, Achenbach desenvolveu dois instrumentos de avaliação, o *Child Behavior Checklist* (CBCL), na versão portuguesa o Inventário de Comportamento da Criança para Pais e o *Teacher's Report Form* (TRF), na versão portuguesa o Inventário de Comportamento da Criança para Professores (Batista, 2004). Estes instrumentos têm como objetivo detetar, através de várias afirmações apresentadas aos pais e professores, que podem apresentar os graus de veracidade ilustrados na tabela 4, quais as áreas de funcionamento que a criança pode apresentar dificuldades e quais as que apresentam um bom desempenho.

Grau de Veracidade da Afirmação	Descrição
0	Não Verdadeira
1	Às Vezes Verdadeira
2	Muito Verdadeira

Tabela 4: Grau de Veracidade das Afirmações do CBCL

O CBCL, na sua versão portuguesa baseada na versão de Achenbach de 1991 (ANEXO IV), é um questionário destinado aos pais/mães ou cuidadores, de crianças com idades entre os 6 e os 18 anos, composto por 20 questões relativas às competências do indivíduo em diferentes áreas, tais como a participação em desportos, passatempos, trabalhos, interações sociais, desempenho escolar, entre outras e por 120 itens que permitem aos pais descrever o comportamento da criança/jovem nos últimos 6 meses

(Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1994). Destes itens, 2 são de resposta aberta, destinando-se a obter informações adicionais sobre os problemas físicos sem causas conhecidas, e 118 são relativos a problemas específicos do comportamento e/ou perturbações emocionais e apresentam-se sob a forma de afirmações.

Segundo Fonseca e colegas (1994), os itens podem ser agrupados e analisados segundo 9 fatores individuais: (1) oposição/imaturidade; (2) agressividade; (3) hiperatividade/problemas de atenção; (4) depressão; (5) problemas sociais; (6) queixas somáticas; (7) isolamento; (8) ansiedade; e, por último, (9) obsessivo/esquizoide. Estes fatores não podem funcionar como diagnóstico, mas permitem contextualizar a natureza das dificuldades de comportamento das crianças e adolescentes (Albuquerque et al., 1999 cit. in Batista, 2004). A distribuição dos problemas do comportamento por escalas ou fatores tem a vantagem de fornecer um perfil para cada criança, através do qual será possível identificar as áreas em que o seu comportamento é normal e aquelas em que é problemático (Fonseca et al., 1994).

A versão portuguesa do CBCL foi aplicada num estudo com 1332 crianças do 2º, 4º e 6º ano de escolaridade com o objetivo de estabelecer dados normativos por idade e sexo (Fonseca et al., 1994). Na versão original, o inventário é constituído por duas partes, a primeira diz respeito a itens de competências sociais e a segunda a itens relativos a problemas de comportamento, sendo que na versão portuguesa para aferição apenas foi aplicada a segunda parte que corresponde aos 120 itens. O resultado global desde questionário é constituído pelo somatório dos valores obtidos em cada item, podendo este variar entre 0 e 240.

Para determinar o limiar entre o normal e o patológico, neste instrumento, escolheram-se os valores do percentil 90 (Fonseca et al., 1994). Os valores brutos correspondentes a esse percentil dizem respeito ao resultado global e ao valor das subescalas e são apresentados, a título ilustrativo, alguns desses valores na figura 3.

	<i>Amostra total</i>				<i>Rapazes</i>				<i>Raparigas</i>			
	<i>ICCP</i>	<i>Fact1</i>	<i>Fact2</i>	<i>Fact3</i>	<i>ICCP</i>	<i>Fact1</i>	<i>Fact2</i>	<i>Fact3</i>	<i>ICCP</i>	<i>Fact1</i>	<i>Fact2</i>	<i>Fact3</i>
Percentil 98	82.6	21	12	15	80.6	22	15	15.6	86	20.6	9	14.6
Percentil 95	71	17.3	9	13	70	17	11	14	71.7	18	7	12
Percentil 90	61	15	7	11	63	15	9	12	59	15	5	10
Percentil 85	55	13	6	10	57	14	8	10.8	54	13	5	9

Factor1= oposição/imaturidade, Factor2= agressividade, Factor3= hiperactividade/problemas de atenção
ICCP= Inventário de Comportamentos da Criança para Pais

Figura 3: Pontos Discriminantes para a População Portuguesa no CBCL

Os professores, pela sua formação e experiência, e porque têm ao seu dispor muitos alunos para comparar, são capazes de facultar uma descrição mais objetiva e completa dos

comportamentos problemáticos da criança que os próprios pais (Fonseca, Simões, Rebelo, Ferreira & Cardoso, 1995). Essa informação pode ser recolhida através da utilização de questionários estandardizados, permitindo facilmente confrontar resultados obtidos nos diferentes contextos de vida da criança. Um desses instrumentos é o Inventário de Comportamentos da Criança para Professores (TRF).

O TRF, na sua versão portuguesa (ANEXO V), tal como o CBCL é constituído por duas partes distintas: a primeira inclui 13 itens, de resposta aberta ou cotados numa escala qualitativa, que se referem à relação do professor com o aluno, bem como ao trabalho e competências do mesmo na escola; a segunda parte é constituída por 120 itens que se referem a problemas de comportamento (Achenbach, 1991 cit. in Clemente, 2008). A maior parte desses itens são comuns ao questionário aplicado aos pais, pelo que apenas 25 itens que, no inventário dos pais, dizem respeito a comportamentos que geralmente só são observáveis em casa foram substituídos no questionário dos professores por outros itens mais específicos do contexto escolar (Fonseca et al., 1995). O CBCL e o TRF são inventários que possuem uma estrutura semelhante, apresentando apenas diferenças ao nível dos itens observados, pelo que a escala de cotação é igual nos dois instrumentos.

A avaliação dos comportamentos no TRF refere-se aos últimos 2 meses enquanto no caso do questionário para pais refere-se aos últimos 6 meses. Os resultados podem ser apresentados sob a forma de um score global, que indica o nível geral de desvio do aluno, e sob a forma de resultados específicos em cada uma das diversas escalas derivadas através da análise fatorial. Desta forma, os itens do TRF são agrupados em 7 subescalas (Fonseca et al., 1995): (1) agressividade/antissocial; (2) problemas de atenção/dificuldade de aprendizagem; (3) isolamento social; (4) obsessivo; (5) problemas sociais/impopular; (6) comportamentos estranhos (esquizoide); e, por fim, (7) ansiedade.

A versão portuguesa do TRF foi aplicada num estudo com 1434 crianças do 2º, 4º e 6º ano de escolaridade com o objetivo de estabelecer dados normativos por idade e sexo (Fonseca et al., 1995). O ponto discriminante (*cutoff*) neste inventário, como no CBCL, ficou definido no percentil 90 para o valor global e para o valor das subescalas, apresentados na figura 4.

	Rapazes				Raparigas			
	Percentil				Percentil			
	80	90	95	98	80	90	95	98
Escala 1	17.8	27.0	35.0	47.0	8.0	14.0	20.0	31.9
Escala 2	15.0	21.0	25.0	30.0	12.0	19.0	25.0	31.0
Escala 3	6.0	9.0	11.0	15.0	6.0	10.0	13.0	18.0
Escala 4	4.0	6.0	7.0	10.0	5.0	7.0	9.0	10.0
Escala 5	3.0	5.0	6.0	9.0	2.0	4.0	6.0	9.0
Escala 6	2.0	4.0	5.0	8.0	1.0	2.0	3.8	6.0
Escala 7	4.0	5.0	7.0	9.0	3.0	5.0	6.0	9.0
TRF	40.8	55.0	66.5	90.9	29.0	43.5	60.0	75.2

NB. Escala 1= Agressividade/Anti-social, Escala 2= Problemas de Atenção/ Dificuldades de Aprendizagem, Escala 3= Isolamento Social, Escala 4= Obsessivo, Escala 5= Impopular/Problemas Sociais, Escala 6=Comportamentos Estranhos (Esquizoide), Escala 7= Ansiedade.

Figura 4: Pontos Discriminantes para a População Portuguesa no TRF

3.4. POPULAÇÃO APOIADA

Durante o período estabelecido de estágio, a estagiária teve contacto direto com várias crianças (ANEXO VI). Num primeiro momento, o contacto com as crianças ocorreu na sala de psicomotricidade e na sala de avaliação com a presença da técnica em intervenção direta com a criança sob a observação da estagiária. Mais tarde, a estagiária começou a interagir com as crianças, realizando pequenas partes da sessão. Depois deste processo de observação e adaptação, foi possível passar a ter uma participação mais ativa e direta com as crianças, realizando sessões individuais e em grupo com a técnica. Desta forma, a estagiária teve contacto, durante o período de 10 de outubro de 2011 a 10 de julho de 2011, com 38 crianças das quais 5 do género feminino e 33 do género masculino. Estas crianças apresentavam idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos, tendo a sua maioria entre os 7 e os 9 anos como ilustra a figura 5.

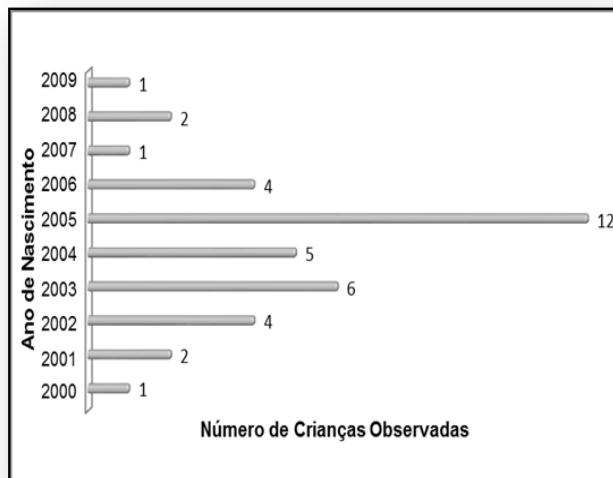


Figura 5: Número de Crianças Observadas por Ano de Nascimento

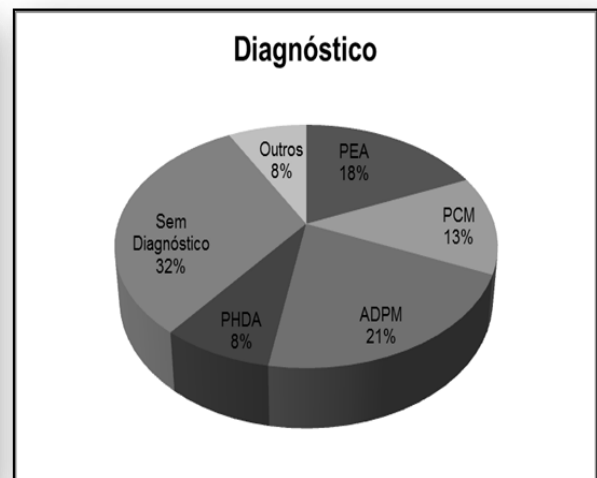


Figura 6: Diagnóstico das Crianças Observadas

As crianças com as quais a estagiária teve contacto, são crianças seguidas no CDC na maioria pela consulta de Desenvolvimento (25 crianças), algumas pela consulta de Neuropediatria (7 crianças) e as restantes (6 crianças) pela consulta de Reabilitação Pediátrica. Em relação ao diagnóstico das crianças enviadas para a psicomotricidade, a distribuição segue os dados apresentados no gráfico da figura 6.

3.5. PROCESSO DE INTERVENÇÃO

No CDC as crianças são encaminhadas para a psicomotricidade para uma avaliação psicomotora, mesmo sem diagnóstico clínico, de acordo com as dificuldades apresentadas nas consultas médicas. De acordo com as suas necessidades e em consonância com os recursos do CDC, as crianças podem ser acompanhadas individualmente ou em sessões de pequeno grupo.

3.5.1.Avaliação

Segundo o Modelo de Atendimento praticado pelo CDC apresentado anteriormente, as crianças são encaminhadas para a psicomotricidade pelas diversas especialidades, sendo que após indicação médica é marcada uma consulta com a médica fisiatra, a técnica de psicomotricidade, a família e a criança para identificar as dificuldades da criança e os recursos da família. Posteriormente são marcadas com a família sessões de observação e avaliação do comportamento psicomotor da criança de forma a decidir se a criança necessita de acompanhamento ao nível da terapia psicomotora ou se deve ter alta da consulta. As sessões de avaliação ocorrem numa das salas de avaliação do CDC e as observações informais na sala de psicomotricidade, onde são propostas à criança atividades que possam permitir a observação em jogo livre, a sua interação com os objetos e com o espaço, com o outro e para observação do nível de desenvolvimento psicomotor. Após realizadas as sessões de avaliação é realizado um relatório, que descreve os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação utilizados pela técnica e onde são discriminadas as dificuldades da criança, a ser entregue aos pais. O relatório (ANEXO VII) é entregue numa reunião com a técnica de psicomotricidade, onde é possível discutir o tipo de intervenção que a criança necessita e onde também são estabelecidos os objetivos a atingir.

Durante o estágio, a estagiária avaliou 12 crianças com a BPM e o TPMBO-2, das quais 5 tiveram alta da consulta, 2 iniciaram intervenção em julho com a técnica, 2 iniciaram intervenção em grupo, 2 iniciaram intervenção individual com a estagiária e 1 abandonou a consulta, não realizando a avaliação completa.

Como foi descrito, as avaliações ocorreram em várias sessões na sala de avaliações e na sala de psicomotricidade, utilizando os instrumentos apresentados, BPM e TPMBO-2. A Bateria Psicomotora é utilizada na íntegra pois trata-se de um instrumento de fácil utilização e de baixo custo ao nível dos recursos materiais. Além destes benefícios, a BPM dá-nos um perfil psicomotor nas diferentes áreas essenciais ao desenvolvimento das crianças. No que diz respeito ao Teste de Proficiência Motora, são apenas avaliados os sub-testes da precisão motora fina e o da integração motora fina. Nos sub-testes do equilíbrio, da coordenação bilateral e da coordenação dos membros superiores são avaliadas tarefas com o mesmo objetivo aos avaliados na BPM pelo que não são utilizados, ficando por avaliar a destreza manual e a força. Como a TPMBO-2 é um teste de referência à norma e não se encontra aferido à população portuguesa, este instrumento é utilizado no CDC para avaliar aspetos ao nível gráfico que a BPM não contempla pela observação qualitativa dos dois primeiros sub-testes.

3.5.2.Intervenção Individual

Durante as atividades de estágio, tal como relatado anteriormente, foi possível intervir com diversas crianças. A estagiária, assim, teve possibilidade de realizar intervenção individual com 4 crianças com problemáticas e idades diferentes. Deste modo, visto não ser possível apresentar e discutir todos os casos e seus respetivos resultados de forma aprofundada neste trabalho, procedeu-se à seleção de dois estudos de caso que serão apresentados mais à frente neste relatório, e os outros dois casos serão apresentados de seguida sucintamente. No processo de intervenção tentou-se dar primazia a uma intervenção de base semanal e com duração de 45 minutos.

O T.F. é uma criança do género masculino, que nasceu a 17 de abril de 2006 com 29 semanas de gestação por parto cefálico-eutócito com um peso de 1285g e com índice de Apgar de 9 e 10, respetivamente no primeiro e quinto minuto. Associada à sua prematuridade, existiram problemas respiratórios e icterícia neonatal, sendo diagnosticado com hipotireoidismo congénito. Em relação ao desenvolvimento psicomotor, o T.F. adquiriu a capacidade de controlo cefálico aos 3 meses, sentou-se aos 13, preensão aos 3, aos 16 meses não fazia marcha sem apoio e as primeiras palavras foram ditas com 12 meses de idade. O T.F. foi encaminhado para a consulta de Reabilitação Pediátrica por apresentar atraso nas aquisições motoras e diagnóstico de Displegia Espástica Ligeira e Atraso de Linguagem e Perturbação Articulatória. Em julho de 2011 foi enviado para a psicomotricidade para fazer uma avaliação psicomotora. No momento da primeira avaliação, com 5 anos e 4 meses, realizou uma avaliação com o TPMBO-2 (ANEXO VIII) do qual se observou dificuldades ao nível do controlo motor fino, do controlo corporal, do equilíbrio e manutenção da atenção nas tarefas. Após esta avaliação, iniciou intervenção psicomotora com a estagiária em novembro. Da observação realizada durante as sessões, o T.F. apresentou-se com uma grande instabilidade motora, com dificuldade em manter a atenção por longos períodos de tempo e, ainda, dificuldades no cumprimento de regras. As atividades propostas foram de encontro às suas necessidades de forma a ultrapassar as suas dificuldades de âmbito motor e na gestão do seu comportamento. Após o período de intervenção, voltou a ser avaliado com 6 anos e 1 mês e realizou uma avaliação formal que teve por base o TPMBO-2 e a BPM. De um modo geral, mostrou-se uma criança com um comportamento muito instável e resistente na realização de algumas tarefas, necessitando de contenção exterior para as realizar. Ao longo de todo o período de intervenção (18 sessões de 23 previstas), manteve uma postura de oposição, não investindo na realização das tarefas. As suas maiores dificuldades surgiram em tarefas de equilíbrio, na organização do corpo no espaço e na execução de atividades que envolvem o planeamento e a execução motora. Deste modo, após esta avaliação foi possível verificar que o T.F. deveria continuar em intervenção com o início do novo ano letivo e, que devido às suas dificuldades, beneficiaria de adiamento escolar, permanecendo na pré-primária por mais um ano.

O S.N. é uma criança do género masculino, que nasceu a 04 de abril de 2008, sem antecedentes familiares e clínicos relevantes. Em relação ao desenvolvimento psicomotor, sentou-se aos 5 meses, gatinhou aos 11, marcha sem apoio aos 13-14 meses e as primeiras palavras aos 15-16 meses de idade. O S.N. frequenta o jardim de infância e a educadora realçou, em outubro de 2011, alguns aspetos importantes como atraso de linguagem com ecolalia, pouca tolerância aos ruídos, movimentos repetitivos da cabeça e descoordenação motora, sem contacto ocular, dificuldade em auto controlar-se e em estabelecer relacionamentos, comportamentos repetitivos e estereotipados. Em fevereiro de 2012, fez avaliação em psicologia tendo obtido no Teste de Griffiths uma Idade Mental correspondente a 31 meses (idade cronológica de 44 meses) e obteve um CARS com Perfil de Autismo Ligeiro a Moderado. Nesse mesmo mês foi encaminhado para a consulta de Reabilitação Pediátrica por Perturbação da Linguagem e ADPM, não sendo diagnosticado com PEA por ter alterado o seu comportamento. Iniciou avaliação psicomotora em março, com 3 anos e 9 meses, utilizando-se a Escala de Avaliação do Desenvolvimento – *The Schedule of Growing Skills II* (ANEXO IX), confirmando-se um atraso em quase todas as áreas do desenvolvimento. Em abril, iniciou intervenção com a estagiária até ao final do estágio o que correspondeu a um total de 11 sessões, pelo que depois continuou a intervenção com a técnica do CDC. Após o período de intervenção com a estagiária, foi possível verificar

melhorias ao nível motor, na gestão do comportamento e no seu desempenho social e cognitivo.

3.5.3. Intervenção em Grupo

No que concerne à intervenção em grupo, foram constituídos 4 grupos de intervenção de acordo com o ano de escolaridade das crianças e com as suas necessidades terapêuticas. Deste modo, torna-se importante caracterizar as crianças que constituíram cada grupo sendo essas informações apresentadas na tabela 5. Tal como nas sessões individuais, as sessões em grupo ocorreram semanalmente e com a duração de uma hora. Todas as crianças enquadradas em pequenos grupos eram do género masculino.

Designação	Crianças	Dados Relevantes
Grupo 1 (1º Ano)	J. L. C.	Criança que nasceu a 15 de janeiro de 2005, por parto cefálico-cesariana, com índice de Apgar de 8 e 10, respetivamente, no primeiro e quinto minuto. Gravidez vigiada, sem intercorrências. Controlo da cabeça aos 4/5 meses, sentou-se sem apoio aos 9 meses, marcha autónoma aos 21 meses e primeira palavra aos 12 meses. Tem primo com deficiência (desconhecida), mas com possível ADPM. Foi referenciado à Neuropediatria aos 19 meses por atraso nas etapas motoras. Encaminhado para a psicomotricidade por apresentar dificuldades na coordenação e no planeamento motor. Diagnóstico de PCM. Iniciou intervenção individual em fevereiro de 2011.
	J. A.	Criança nascida a 18 de março de 2005, por parto cefálico-eutócito, com índice de Apgar 9 (1º) e 10 (5º). Sem dados sobre o desenvolvimento psicomotor. Referenciada à consulta de Neuropediatria por convulsões febris. História familiar com situações de dificuldades de aprendizagem. Foi encaminhado para a psicomotricidade por apresentar dificuldades motoras globais, imaturidade, por comportamento agitado e défice na concentração. Iniciou intervenção individual em setembro de 2011.
	P. S.	Criança que nasceu a 08 de junho de 2005, por parte cefálico-eutócito, com índice de Apgar 9 e 10, no primeiro e quinto minuto, respetivamente. Gravidez vigiada, sem intercorrências. Controlo da cabeça aos 3 meses, sentou-se sem apoio aos 6/7, gatinhou aos 9/10, começou a andar sem apoio aos 14/15 meses e as primeiras palavras surgiram aos 24 meses. Não frequentou a creche, iniciando-se no infantário aos 5 anos. Referido à Reabilitação Pediátrica pela consulta de Desenvolvimento por particularidades na relação e socialização, presença de rituais, sem planeamento motor e diagnóstico de ADPM. A criança foi avaliada em janeiro de 2012 e inserida no grupo.

Grupo 2 (2º Ano)	R. P.	Criança nascida a 22 de janeiro de 2004, por parto cefálico-eutócito, com índice de Apgar de 9 e 10, no primeiro e quinto minuto, respetivamente. Gravidez vigiada e sem intercorrências. Sem informações relativas ao desenvolvimento psicomotor. Criança seguida na consulta de Neuropediatria, na sequência de episódios de convulsões febris e por apresentar particularidades no seu comportamento, com dificuldade na interação com os adultos e pares. Referida à consulta de Reabilitação Pediátrica em janeiro de 2010 por alteração da linguagem (articulatória). Foi encaminhado para a terapia da fala. Em julho de 2010 é enviado para a psicomotricidade por dificuldades na relação e na comunicação, sem diagnóstico, onde iniciou intervenção individual.
	C. S.	Criança que nasceu a 08 de novembro de 2003, por parto cefálico-eutócito, com 9 e 10 de índice de Apgar no primeiro e quinto minuto. Recém-nascido de baixo peso para o tempo de gestação, apresentando sinais de má nutrição fetal. Gravidez vigiada e sem complicações perinatais. Começou a andar com 11 meses e a primeira palavra surgiu com 12 meses. Tem um irmão mais velho que repetiu de ano duas vezes. Foi referenciado para a consulta de Desenvolvimento pela médica de família por apresentar alterações do comportamento e estereotípias. Também foi observado pela consulta de Neuropediatria que recomendou intervenção psicomotora e hipoterapia. A criança foi encaminhada para a psicomotricidade por apresentar dificuldades motoras globais, dificuldades na socialização e diagnóstico de PCM. Iniciou intervenção em novembro de 2009. Antes de iniciar intervenção em grupo, ainda esteve em intervenção em sessões conjuntas com o M.L..
	M. L.	Nascido a 29 de setembro de 2004, por cesariana devido à obesidade materna, com índice de Apgar de 9(1') e 10(5'). Gravidez vigiada e sem intercorrências. Sentou-se sem apoio aos 6 meses, os primeiros passos foram aos 13 meses e a primeira palavra antes dos 12 meses. Criança referida à Neuropediatria por cefaleias frequentes. Foi diagnosticado com PCM. Encaminhado para a psicomotricidade por apresentar dificuldades na motricidade fina, na coordenação motora e por comportamento imaturo. Iniciou acompanhamento em psicomotricidade em julho de 2010 (sessões com o C.S.) e em psicologia a partir de novembro de 2011.
	P. C.	Criança que nasceu a 18 de novembro de 2004, com 8 (1') e 10 (5') de índice de Apgar. Sem outras informações clínicas. Começou a andar com 18 meses e a primeira palavra surgiu em igual período. Criança seguida na consulta de Desenvolvimento do CADIn (Centro de Apoio ao Desenvolvimento Infantil) com diagnóstico de PHDA. Encaminhado para a consulta de Reabilitação Pediátrica pela consulta de Orologia por dificuldades articulatórias. Iniciou psicomotricidade em julho de 2011.
	E. S.	Criança nascida a 19 de fevereiro de 2003, por cesariana (35 semanas) devido a gravidez gemelar, com índice de Apgar de 8 e 9 no primeiro e quinto segundo, respetivamente. Gravidez vigiada. Foi seguido nas

		consultas de Neonatologia por icterícia neonatal e prematuridade. Começou a andar com 18 meses e a primeira palavra surgiu aos 12. A irmã gémea foi diagnosticada com Perturbação Específica do Desenvolvimento da Linguagem. Referido para a consulta de Reabilitação Pediátrica por apresentar alteração do comportamento (inseguro/tímido/ansioso), dificuldades de socialização e dificuldades na linguagem expressiva e compreensiva, sendo diagnosticado com ADPM.
Grupo 3 (Pré-Primária)	T. M.	Criança nascida a 26 de novembro de 2005, por parte eutócito com recurso a fórceps, com índice de Apgar de 9 e 10, no primeiro e quinto minuto. Gravidez vigiada e sem intercorrências. Criança com controlo da cabeça aos 3/4 meses, sentou-se aos 5/6 meses, andou sem apoio aos 11 e as primeiras palavras surgiram entre os 12 e os 15 meses. É acompanhado na consulta de Desenvolvimento desde os 4 anos por apresentar défice no desenvolvimento da linguagem, dificuldade de concentração, agitação motora, comportamento de oposição e desafio e dificuldades na relação com os pares. Criança diagnosticada com ADPM. Foi encaminhado para a psicomotricidade em maio de 2010 para intervenção individual.
	R. F.	Criança que nasceu a 02 de julho de 2005, por parto cefálico-eutócito, com índice de Apgar de 8(1') e 10(5'). Gravidez vigiada e sem intercorrências. Começou a andar com 12 meses e começou a falar mais tarde. Seguido na consulta de Epilepsia desde os 4 anos por episódios de perda de consciência. Em agosto de 2011 é referenciado à consulta de Reabilitação Pediátrica por PEA (Síndrome de Asperger), Epilepsia e PCM. Criança encaminhada para avaliação em psicomotricidade por apresentar comportamento imaturo e interesses restritos.
	J. C.	Nascido a 10 de julho de 2006, por parto cefálico-eutócito (39 semanas), com 9 e 10 de índice de Apgar. Gravidez vigiada e sem intercorrências. Criança com desenvolvimento psicomotor nas idades esperadas. Tem dois irmãos, sendo que o mais velho tem dificuldades globais de aprendizagem e foi diagnosticado com PHDA. Foi encaminhado para a psicomotricidade por apresentar dificuldades ao nível grafomotor e por apresentar um comportamento imaturo. Criança com diagnóstico de PCM.
	B. S.	Criança nascida a 11 de maio de 2006, por parto cefálico com recurso a ventosa, com índice de Apgar de 9 e 10, no primeiro e quinto minuto. Gravidez vigiada e sem intercorrências. Começou a andar com 15 meses e disse as primeiras palavras entre os 15 e 18 meses. Foi referido à consulta de Desenvolvimento pela médica de família por apresentar no jardim de infância tendência para isolamento e por discurso pouco organizado. Criança encaminhada para a psicomotricidade por particularidade na relação e comunicação, e imaturidade. Iniciou intervenção individual em agosto de 2011.

Grupo 4 (4º Ano)	D. R.	Criança prematura (25 semanas) nascida a 07 de agosto de 2001, por cesariana e com índice de Apgar de 9 no primeiro minuto, de 4 no quinto minuto e de 10 no décimo minuto. Complicações peri e pós-natais devido a prematuridade. Criança com atraso nas aquisições motoras. Começou a andar com 14 meses e a primeira palavra surgiu aos 12 meses. Referenciada para a consulta de Reabilitação Pediátrica em dezembro de 2007 por ADPM. Em dezembro de 2010 volta à consulta e é encaminhada para a psicomotricidade onde inicia intervenção individual por apresentar grande intolerância à frustração e agressividade. Criança com diagnóstico de PHDA.
	G. A.	Nascido a 28 de julho de 2002, por parte cefálico-eutócito e com índice de Apgar de 8 e 10, no primeiro e quinto minuto. Gravidez vigiada, com complicações fetais e neonatais devido a icterícia não especificada e hemorragia por deslocação da placenta. Sentou-se com 9/10 meses, gatinhos com 9/10 meses, andou sem apoio aos 13/14 e a primeira palavra surgiu aos 18 meses. Criança referida à consulta de Reabilitação Pediátrica por dificuldades na motricidade fina, em junho de 2009. Diagnosticado com PEA (Síndrome de Asperger) e com apoio de psicomotricidade na escola. Em novembro de 2010 é encaminhado para a psicomotricidade no CDC por apresentar muitas dificuldades na motricidade global e na grafomotricidade, particularidades no comportamento e atraso cognitivo. Iniciou intervenção individual em fevereiro de 2011.
	J. S. (Estudo de Caso)	Criança nascida a 19 de setembro de 2002, por parto cefálico-eutócito. Encaminhado para a psicomotricidade por dificuldades na coordenação, no planeamento motor e comportamentos oposição/desafio. Criança com diagnóstico de PHDA.
	J. P.	Nascido prematuramente a 02 de novembro de 2001, por parto pélvico-ajudado, com índice de Apgar 6, 9 e 10 no primeiro, quinto e décimo minuto, respetivamente. icterícia neonatal associada a parto prematuro. Criança sujeita a cirurgia pediátrica para reparação unilateral de hérnia inguinal indireta. Sem informação relativa aos marcos de desenvolvimento. Seguida na consulta de Desenvolvimento por PEA (Síndrome de Asperger). Foi encaminhado para a psicomotricidade em agosto de 2007 por apresentar défice no planeamento motor e na integração sensorial, dificuldades na motricidade fina e comportamento muito agitado.
	R. L.	Criança nascida a 03 de janeiro de 2002, por parto cefálico-eutócito, com índice de Apgar de 9(1') e de 10(5'). Sem informações do desenvolvimento psicomotor. Criança seguida na consulta de Desenvolvimento por particularidades do comportamento no âmbito da relação e comunicação. Referenciado à consulta de Reabilitação Pediátrica em julho de 2010 com diagnóstico de PEA (Síndrome de Asperger). Criança encaminhada para a psicomotricidade por particularidades na comunicação e na relação e por dificuldades motoras globais. Iniciou intervenção individual em julho de

		2011.
	T. D.	Nascido a 20 de agosto de 2002, por parto cefálico-eutócito (37 semanas), com 9(1') e 10(5') de índice de Apgar. Gravidez vigiada e sem intercorrências. Começou a andar sem apoio aos 12 meses e a primeira palavra surgiu com 18 meses de idade. Criança acompanhada na consulta de Desenvolvimento por hiperreactividade sensorial. Referido à consulta de Reabilitação Pediátrica em agosto de 2009 por Perturbação Articulatória e por PEA (Síndrome de Asperger). Encaminhado para a psicomotricidade por apresentar dificuldades na coordenação motora e na socialização. Iniciou intervenção individual em novembro de 2009.

Tabela 5: Caracterização das Crianças dos Grupos

De acordo com as necessidades encontradas no conjunto de crianças constituintes de cada grupo, as avaliações tiveram por base diferentes instrumentos de avaliação entre os quais a BPM e as Escalas de Comportamento de Achenbach. No grupo 1 (1º ano de escolaridade) e grupo 3 (pré-primária), foi aplicada a BPM a cada criança de forma a identificar e intervir nas dificuldades de aprendizagem psicomotora, sendo que ultrapassadas essas dificuldades as crianças podem ter uma adequada integração sensorial e perceptiva que se relaciona com o potencial de aprendizagem fundamental das idades mais baixas característica destes dois grupos. Nos outros dois grupos foram aplicados o CBCL e o TRF pois os objetivos destes grupos relacionam-se com a gestão do comportamento e relação com os outros, sendo os fatores psicomotores objetivos secundários da intervenção.

Não sendo possível apresentar os dados de todas as crianças, decidiu-se apresentar um estudo de caso de uma criança que fez parte de um dos grupos, dando a conhecer o resultado das avaliações e as conclusões que foram possíveis retirar do processo de intervenção. Na tabela 6 são apresentadas as datas de início e término de cada grupo, o número de sessões, os objetivos pedagógico-terapêuticos gerais e algumas observações em relação a cada grupo.

Grupo	Início/ Término	Objetivos Gerais	Observações
1	07-11-2011 a 09-07-2012 (30 Sessões)	Promover o desenvolvimento das áreas emergentes de cada criança que se enquadram no conjunto das competências psicomotoras: tonicidade,	Apesar de ser o grupo com maior número de sessões, este grupo foi o mais inconsistente. No início do grupo apenas faziam parte o J.L.C e o J.A. O J.A. faltou muitas vezes, o que fez com que muitas das sessões fossem apenas realizadas com o J.L.C.. Em janeiro, é inserido o P.S. para tornar o grupo mais consistente e por necessitar de intervenção e poder beneficiar da intervenção em grupo. No entanto, a intervenção neste grupo continuou a ser pouco regular em termos de frequência das crianças, estando poucas vezes as 3

		<p>equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação temporal e espacial, motricidade global e motricidade fina.</p> <p>Melhorar aspetos enquadrados no domínio do comportamento: interação social e gestão do comportamento.</p> <p>Maximizar o tempo de atenção/concentração nas diferentes atividades.</p> <p>Promover competências de linguagem e comunicação.</p>	<p>crianças em intervenção.</p> <p>As atividades desenvolvidas neste grupo foram direcionadas maioritariamente para circuitos com várias etapas (equilíbrio, estruturação espaço-temporal, motricidade global), tarefas que envolvem a motricidade fina (desenho, plasticinas, construções) e jogos de competição (jogo do loto, 4 em linha, batalha naval).</p> <p>O J.L.C. devido às suas evoluções ao nível motor, identificadas inicialmente como dificuldades, teve alta no final do período de intervenção. O J.A. manteve o seu comportamento desadequado, sem regras e imaturo, pelo que voltará a ser integrado num grupo. O P.S., apesar das suas evoluções ao nível da relação com os pares, também continuará em intervenção em grupo no início do ano letivo seguinte.</p>
2	15-11-2011 a 26-06-2012 (26 Sessões)	<p>Melhorar a capacidade de competências sociais.</p> <p>Promover o autocontrolo e expressividade emocional, as aptidões de cidadania, a empatia, a assertividade, a resolução de problemas interpessoais, o estabelecimento de amizades e as aptidões sociais académicas.</p> <p>Melhorar as competências motoras globais e finas.</p> <p>Melhorar o planeamento motor e a coordenação motora.</p> <p>Promoção da qualidade de vida.</p> <p>Promover uma melhor integração/inclusão destas crianças na escola e na comunidade.</p>	<p>No grupo do 2º ano, as atividades foram direcionadas para as construções, jogos de regras, jogos de cooperação e competição, atividades que envolvem o desenho, a mímica e a imaginação, jogos com bola e jogos de perceção.</p> <p>As sessões foram iniciadas e terminadas de forma a promover a reflexão dos elementos do grupo sobre as situações decorrentes da sessão. Este grupo foi filmado, após consentimento informado dos pais (ANEXO X) para melhor compreensão de alguns comportamentos e melhoria da atuação das técnicas após observação.</p> <p>É um grupo, que apesar das suas evoluções, manterá intervenção no próximo ano letivo por existirem ainda objetivos a atingir com cada criança.</p>
3	17-11-2011 a 28-06-2012 (21 Sessões)	<p>Promover o desenvolvimento das áreas emergentes de cada criança que se enquadram no conjunto das competências psicomotoras: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação temporal e espacial, motricidade global e</p>	<p>Como no grupo 1, as atividades desenvolvidas no grupo 3 foram direcionadas maioritariamente para circuitos com várias etapas (equilíbrio, estruturação espaço-temporal, motricidade global), tarefas que envolvem a motricidade fina (desenho, plasticinas, construções) e jogos de perceção, jogos com letras e</p>

		<p>motricidade fina.</p> <p>Melhorar aspetos enquadrados no domínio do comportamento: interação social e gestão do comportamento.</p> <p>Maximizar o tempo de atenção/concentração nas diferentes atividades.</p> <p>Promover competências de linguagem e comunicação.</p>	<p>histórias. Neste grupo foi introduzida a relaxação no final de algumas sessões.</p> <p>É um grupo, que apesar das suas evoluções, manterá intervenção no próximo ano letivo por existirem ainda objetivos a atingir com cada criança. O B.S., no final do período de intervenção, teve alta da consulta de psicomotricidade por ter tido uma evolução marcada em relação às outras crianças que ainda apresentavam um comportamento imaturo e com outras dificuldades a ultrapassar.</p>
4	03-11-2011 a 28-06-2012 (25 Sessões)	<p>Melhorar a capacidade de competências sociais.</p> <p>Promover o autocontrolo e expressividade emocional, as aptidões de cidadania, a empatia, a assertividade, a resolução de problemas interpessoais, o estabelecimento de amizades e as aptidões sociais académicas.</p> <p>Melhorar as competências motoras globais e finas.</p> <p>Melhorar o planeamento motor e a coordenação motora.</p> <p>Promoção da qualidade de vida.</p> <p>Promover uma melhor integração/inclusão destas crianças na escola e na comunidade.</p>	<p>O grupo 4 foi constituído com 4 crianças que já tinham feito parte da intervenção em grupo no ano letivo anterior. Este grupo já tinha sido avaliado utilizando o CBCL e o TRF em março de 2011, voltando a ser aplicado no início e no fim deste período de intervenção. Ao grupo existente foram inseridos o G.A. e o R.L..</p> <p>Como no grupo 2, as sessões foram iniciadas e terminadas de forma a promover a reflexão dos elementos do grupo sobre as situações decorrentes da sessão e situações do quotidiano das crianças. Este grupo também foi filmado para melhor compreensão de alguns comportamentos e melhoria da atuação das técnicas após observação e análise.</p> <p>As atividades desenvolvidas em conjunto com o grupo foram de encontro às do grupo 2. Atividades de construções, jogos de regras, jogos de cooperação e competição, atividades que envolvem o desenho, a mímica e a imaginação, jogos com bola.</p> <p>Este grupo manter-se-á no ano letivo seguinte pois as crianças, exceto o G.A. que transita para o 4º ano, passam para o 5º ano de escolaridade. Visto ser um ano de transição, que inclui na maioria dos casos mudança de escola, novos colegas e professores, e outra exigência académica faz com que as crianças ainda beneficiem da intervenção em psicomotricidade, de</p>

			forma a apoiar as crianças nas suas dificuldades e as suas famílias nesta fase de adaptação.
--	--	--	--

Tabela 6: Caracterização dos Grupos de Intervenção

3.6.ATIVIDADES COMPLEMENTARES

Neste ponto do relatório são apresentadas as atividades complementares de formação realizadas pela estagiária durante o período de estabelecido para o estágio.

3.6.1. Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento – Do Diagnóstico à Intervenção

O Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento foi desenvolvido pelo CDC nos dias 19, 20 e 21 de outubro de 2011 e está integrado no curso de formação de internos que frequentam os estágios de Neuropediatria e Desenvolvimento. Este curso é ministrado pelos médicos das duas especialidades e pelos técnicos do CDC e tem como objetivo abordar a avaliação do desenvolvimento, o exame neurológico, as diferentes perturbações do desenvolvimento e as suas abordagens e técnicas de intervenção. Com este curso, os participantes ficam com um visão global do desenvolvimento das crianças, ficam capazes de identificar o que é considerado normal e patológico e como devem atuar nos casos de perturbações do desenvolvimento. O Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento é muito completo e foi enriquecido com estudos de caso e vídeos de intervenção.

3.6.2. Reunião Multidisciplinar – “Intervenção Precoce”

A Reunião Multidisciplinar subordinada ao tema “Intervenção Precoce” decorreu no dia 14 de fevereiro de 2012, na Sala de Conferências do Hospital Garcia de Orta, entre as 09:00 e as 13:00. Nesta reunião foi apresentado o conceito de intervenção Precoce, o porquê da sua importância, a realidade nacional, a legislação e realidade local, onde foram apresentados estudos de caso de crianças acompanhadas pelas Equipas Locais de Intervenção (ELI) de Almada, Seixal e Sesimbra. Fizeram parte dos preletores o Diretor do CDC, o Representante da Saúde na Comissão de Coordenação Nacional do SNIPI e Fundador da Associação Nacional de Intervenção Precoce (ANIP), a ex-Ministra da Saúde e representantes das três ELI acima referidas.

3.6.3. Workshop sobre Massagem Infantil – “O Poder do Toque”

O Workshop “O Poder do Toque” decorreu no dia 07 de março de 2012 na Sala Terapêutica da Faculdade de Motricidade Humana. O workshop foi ministrado por uma instrutora da Associação Portuguesa de Massagem Infantil, certificada pela *International*

Association of Infant Massage, onde foram abordadas as técnicas do Método de Vimala McClur, os seus benefícios e condições de realização. Depois da abordagem teórica foi possível experimentar as técnicas e aprender como adequar as técnicas às diferentes idades e populações.

3.6.4. Colóquio – “O Pré-Escolar”

O Colóquio subordinado ao tema “Pré-escolar” decorreu no dia 29 de maio de 2012 na Sala de Conferências do Hospital Garcia de Orta. No colóquio participaram diversos especialistas de diferentes áreas como Pediatria do Desenvolvimento, Neurologia Pediátrica, Pedopsiquiatria e técnicos de Reabilitação e Educação, com o objetivo de atualizar os conhecimentos sobre as crianças em idade pré-escolar, através de experiências e testemunhos desses técnicos. Entre os temas discutidos fizeram parte a Perturbação da Coordenação Motora, a Hiperatividade, as Perturbações do Comportamento, o Atraso da Linguagem e a Terapia da Fala na idade pré-escolar, e, ainda, na intervenção e nos pré-requisitos necessários para uma experiência escolar de sucesso.

3.6.5. Workshop – “Wii: A Utilização da Consola Wii em Crianças com NEE”

O Workshop “Wii: A Utilização da Consola Wii em Crianças com Necessidades Educativas Especiais” decorreu na sala de reuniões do CDC, no dia 08 de junho de 2012. O workshop foi dirigido pela terapeuta ocupacional do centro e teve como objetivo mostrar as potencialidades da Wii e dar a conhecer alguns dos jogos que podem ser utilizados com crianças com Necessidades Educativas Especiais. Além da apresentação dos jogos, foi possível experimentá-los e observar alguns vídeos de crianças em terapia utilizando a consola de jogos.

4. ESTUDOS DE CASO

Neste ponto do relatório serão apresentados 3 estudos de caso. Duas crianças que estiveram em intervenção individual com a estagiária e uma criança pertencente ao grupo de intervenção referente ao 4º ano de escolaridade. Os estudos de caso serão apresentados tendo em conta os dados anamnésicos das crianças, o resultado da avaliação inicial, o plano de intervenção pedagógico-terapêutico elaborado, as atividades desenvolvidas, a avaliação final e as conclusões do processo de intervenção.

4.1. DADOS ANAMNÉSICOS DO B.P.

O B.P. é uma criança que nasceu a 25 de outubro de 2005, por cesariana na Maternidade Alfredo da Costa. Nasceu com 3670 gramas, com um comprimento de 50 centímetros, um perímetro cefálico de 36 centímetros e um índice de Apgar de 9 no primeiro minuto e de 10 no quinto. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências. O B.P. é um segundo filho de um casal não consanguíneo, sem doenças *heredofamiliares* conhecidas além Neurofibromatose Tipo 1 (NF1) do pai.

A criança foi referenciada para a consulta de Neuropediatria pelo diretor do serviço de Neurologia, que segue o pai por NF1 (afeta o crescimento celular de tecidos neurais e inclui alterações neurológicas que podem causar défice cognitivo, alterações de coordenação motora, alterações de comportamento e/ou psiquiátricas, cefaleia, epilepsia, estenose de aqueduto, alterações cerebrovasculares). Dos antecedentes pessoais destaca-se a torsão do testículo com necessidade de cirurgia e ablação do mesmo, estando programada uma reavaliação quando a criança tiver 14 anos de idade.

Em relação ao desenvolvimento psicomotor, o B.P. adquiriu a marcha independente aos 12 meses e as primeiras palavras surgiram no mesmo período. O pai da criança, que a acompanha em todas as consultas, não descreve alterações evidentes nas etapas precoces do desenvolvimento psicomotor. No Boletim de Saúde Infantil é descrito que o B.P. aos 2 anos não construía frases, que aos 3 anos era pouco colaborante e falava pouco, e aos 4 anos de idade tinha dificuldade em se concentrar. Devido a estes comportamentos o médico de família terá referenciado a criança ao médico pediatra do Centro de Saúde, que não terá observado a criança.

Em resultado da consulta de Neuropediatria de março de 2010 no CDC, o B.P. foi diagnosticado com Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor (ADPM), com assimetria nas diferentes áreas do desenvolvimento e com excesso de atividade motora. Além das dificuldades presentes em todas as áreas, evidenciou-se dificuldades na comunicação e socialização. Nos exames médicos realizados não foram detetados outros défices neurológicos ou sensoriais, nem sinais dismórficos relevantes ou manchas cutâneas associadas à NF1.

O B.P., após avaliação psicológica, iniciou o acompanhamento em psicomotricidade em outubro/novembro de 2010, por apresentar uma grande instabilidade motora e dificuldades motoras globais. A criança fez adiamento escolar, mantendo o apoio em psicomotricidade semanalmente e teve apoio educativo no colégio onde frequentou a pré-

escolar. Continuou a ser seguido na consulta de Neuropediatria por ADPM e PHDA, sem apoio farmacológico.

4.1.1. Avaliação Inicial

No momento da primeira avaliação, com 4 anos e 11 meses, o B.P. realizou uma avaliação com base no TPMB0-2 do qual se concluiu que apresentava dificuldades ao nível do controlo motor fino, do controlo corporal, do equilíbrio e na compreensão das tarefas propostas. Não existem muitos dados referentes à avaliação inicial, pois a principal preocupação da família devia-se à irrequietude da criança, sendo que um dos principais objetivos de intervenção seriam a organização do pensamento e gestão do comportamento para mais tarde ser possível avaliar as dificuldades concretas do B.P. e intervir com objetivos mais específicos.

A estagiária iniciou intervenção com o B.P. em novembro de 2011, não sendo efetuada uma avaliação inicial por se tratar de um trabalho de continuidade já realizado pela técnica de psicomotricidade do CDC.

4.1.2. Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico

Após análise da avaliação inicial, do processo médico do B.P. e do trabalho desenvolvido pela técnica de psicomotricidade anteriormente e de acordo com o que se pretendia desenvolver, foram estabelecidos um conjunto de objetivos pedagógico-terapêuticos nos diferentes domínios do desenvolvimento, nomeadamente ao nível da motricidade fina, da motricidade global, da cognição, da interação social e da linguagem.

Motricidade Fina

Objetivo Geral: Desenvolver a motricidade fina.

Objetivo específico: Desenvolver a coordenação óculo-manual.

Objetivos comportamentais:

- Recortar uma forma de papel seguindo o tracejado;
- Realizar um percurso, utilizando um lápis, sem sair dos limites marcados no papel;
- Fazer dobragens simples;
- Enfiar um conjunto de contas de diferentes dimensões num cordel.

Objetivo específico: Desenvolver as capacidades gráficas.

Objetivos comportamentais:

- Colorir uma figura dentro dos limites estabelecidos;
- Copiar formas geométricas (e.g.: círculo, quadrado);
- Copiar números e letras do alfabeto.

Motricidade Global

Objetivo Geral: Desenvolver a motricidade global.

Objetivo específico: Desenvolver movimentos globais complexos.

Objetivos comportamentais:

- Driblar com uma das mãos;
- Pontapear a bola em direção a um alvo;
- Lançar a bola com a mão em direção a um alvo;

Cognição

Objetivo Geral: Desenvolver a cognição.

Objetivo específico: Desenvolver a atenção.

Objetivos comportamentais:

- Aumentar os períodos de atenção numa tarefa;
- Realizar uma tarefa até ao fim;
- Imitar comportamentos do adulto.

Objetivo específico: Desenvolver as capacidades de associação e de emparelhamento.

Objetivos comportamentais:

- Associar imagens a partes do corpo, apontando nos seus próprios segmentos corporais;
- Associar formas geométricas iguais;
- Emparelhar objetos com características semelhantes.

Objetivo específico: Desenvolver capacidades matemáticas básicas.

Objetivos comportamentais:

- Fazer seriações;
- Fazer ordenações;
- Formar conjuntos segundo propriedades;
- Realizar contagens.

Capacidades de interação social

Objetivo Geral: Desenvolver as competências sociais.

Objetivo específico: Desenvolver as capacidades de interação social.

Objetivos comportamentais:

- Partilhar brinquedos durante a interação com o adulto ou com os pares;
- Aguardar a sua vez no jogo;
- Participar em jogos de cooperação e imaginação cumprindo regras.

Linguagem

Objetivo Geral: Desenvolver a linguagem e comunicação.

Objetivo específico: Desenvolver a linguagem recetiva.

Objetivos comportamentais:

- Identificar objetos segundo o tamanho, quando mencionados por outra pessoa (e.g. o mais alto, o mais baixo, o menor, o maior);
- Compreender negativos em perguntas;
- Cumprir ordens com duas a três instruções.

Objetivo específico: Desenvolver a linguagem expressiva.

Objetivos comportamentais:

- Relatar acontecimentos recentes;
- Construir frases coerentes com 5 ou mais palavras;
- Descrever sequências e explicar acontecimentos.

4.1.3. Intervenção Psicomotora

As sessões do B.P. com a estagiária tiveram início no dia 08 de novembro de 2011 e terminaram no dia 15 de maio de 2012, seguindo-se 3 sessões de avaliação. Durante este período de intervenção, estavam previstas 23 sessões das quais apenas se realizaram 13 (57%), 9 sessões (39%) foram desmarcadas ou a criança faltou e 1 sessão (4%) corresponde a uma falta da estagiária por motivos de saúde. No que diz respeito ao tempo e frequência das sessões de intervenção, estas tiveram a duração de 45 minutos e de base semanal.

Da observação realizada durante as sessões (ANEXO XI), o B.P. apresentou-se com uma grande agitação motora, com dificuldade em manter a atenção por longos períodos de tempo e, ainda, dificuldades no cumprimento de regras. Na sala de espera, tinha um comportamento desadequado, derrubando todos os brinquedos, gritando sem razão e correndo sem parar. Antes de se dirigir para a sala de psicomotricidade, o B.P. arrumava ruidosamente e desordenadamente os brinquedos.

No contexto de sala de intervenção, o B.P. aos poucos foi melhorando o seu comportamento. Quando contido, ele era capaz de ouvir as instruções e cumprir o que lhe estava a ser pedido. Tinha dificuldade em ouvir o outro, no entanto, quando ouvia, compreendia a maioria das atividades propostas. Em atividades menos motoras, o B.P. sentia a necessidade de parar a atividade para se levantar, saltar, correr e depois voltar à atividade quando chamado. Necessitou, em muitos momentos, de ser contido para conseguir realizar as tarefas do início ao fim. Apesar das melhorias, o B.P. na sala de psicomotricidade, em ambiente lúdico, apresentava dificuldades em realizar tarefas que necessitavam a sua atenção e que limitavam a sua agitação motora, assim as sessões começaram a ser realizadas na sala de avaliação, num ambiente com menos estímulos visuais. A partir desse momento, apresentou um comportamento mais adequado, sendo mais fácil para ele se organizar para realizar as tarefas propostas. Mostrou um melhor desempenho nas tarefas que envolviam o controlo motor fino, tendo aumentado os seus períodos de atenção. A criança realizou a grande maioria das atividades com sucesso, embora tenha sido necessário reforçar e chamá-la para a tarefa. Em relação ao seu comportamento, continuou a apresentar dificuldade em cumprir as regras da sala. No que diz respeito à linguagem, o B.P. manteve um discurso pobre, desorganizado e com dificuldade na articulação das palavras. A intervenção psicomotora com o B.P., sendo uma criança com PHDA, seguiu as orientações apresentadas no enquadramento teórico sobre a problemática.

As atividades desenvolvidas com o B.P. recaíram principalmente sobre os domínios de desenvolvimento que foram apresentados como objetivos pedagógico-terapêuticos. Neste sentido, as atividades tentaram promover a motricidade fina, a motricidade global, a linguagem, a interação social e a cognição. O gráfico da figura 7 ilustra os domínios de desenvolvimento predominantes nas atividades que foram realizadas com o B.P..

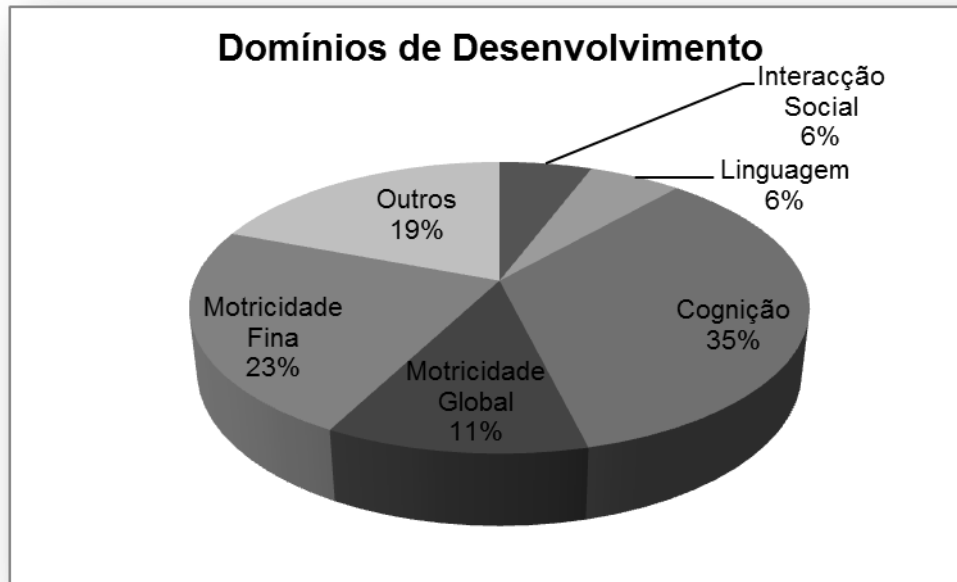


Figura 7: Domínios de Desenvolvimento Predominantes nas Atividades do B.P.

4.1.4. Avaliação Final

Após o período de intervenção, o B.P. voltou a ser avaliado com 6 anos e 8 meses e realizou uma avaliação formal que teve por base o TPMB0-2 e a BPM. Nessa avaliação, apresentou resultados heterogêneos, indicando a presença de dificuldades psicomotoras específicas. Quando analisado cada fator individualmente, os resultados seguiram a mesma direção.

No que diz respeito ao nível tônico, fundamental na regulação dos estados mentais e de alerta, a criança apresentou um perfil normal. Nas tarefas de equilíbrio, o B.P. apresentou um bom domínio postural na maior parte das tarefas executadas, no entanto, apresentou algumas dificuldades em tarefas em que era necessário inibir voluntariamente todo e qualquer movimento durante curtos períodos de tempo (equilíbrio estático).

No que diz respeito à noção de corpo, a criança apresentou dificuldades em quase todas as tarefas por ser um fator que analisa a recepção, o processamento e o armazenamento da informação, estando estes processos comprometidos em crianças com PHDA. Assim, o B.P. teve um fraco desempenho no reconhecimento da direita e da esquerda, na observação e imitação de gestos, e na realização do desenho do corpo. Em relação ao desenho do corpo, esboçou um desenho com poucos pormenores anatômicos, com distorções da forma e pouco investido. Na estruturação espaço-temporal, o B.P. apresentou dificuldades na organização do corpo e de objetos no espaço, no entanto, demonstrou uma boa capacidade de memorização de sequências visuais e transferência de dados espaciais representados para a realização de uma ação.

Na execução de tarefas motoras globais, a criança apresentou um bom desempenho, demonstrando uma adequada coordenação dos movimentos podais e manuais com referências perceptivo-visuais. Na dissociação dos membros superiores e inferiores, o B.P. apresentou uma boa planificação e execução motora de vários gestos intencionais sequencializados. No controlo da motricidade fina, nas tarefas propostas de maior precisão motora como preencher formas, unir pontos, copiar formas e o recorte de formas, a criança apresentou algumas dificuldades.

4.1.5. Conclusões

De um modo geral, o B.P. mostrou-se uma criança com um comportamento muito instável e que necessita de contenção para realizar as tarefas propostas. No entanto, ele consegue demonstrar um bom desempenho quando se consegue organizar. As suas maiores dificuldades surgem em tarefas que necessitam a sua atenção focada no objetivo, em tarefas de retenção e análise de informação, na organização do corpo no espaço e na execução de atividades que envolvam a motricidade fina.

Com base nas cotações consideradas, após a avaliação inicial e final, construiu-se um gráfico com o objetivo de estabelecer a relação entre a pontuação máxima que poderia ser adquirida em cada uma das sub-tarefas e a real cotação obtida pela criança, em percentagem no caso do TPMBO-2, apresentado na figura 8 e em escala de cotação no caso da BPM, apresentado na figura 9.

No TPMBO-2, o B.P. melhorou nos sub-testes avaliados, nomeadamente na precisão motora e na integração motora fina com melhorias que rondam os 29,2% e os 7,5%, respetivamente. Na BPM, só é possível apresentar o valor do perfil após a intervenção que tomou o valor de 18, sendo considerado um perfil euprático.

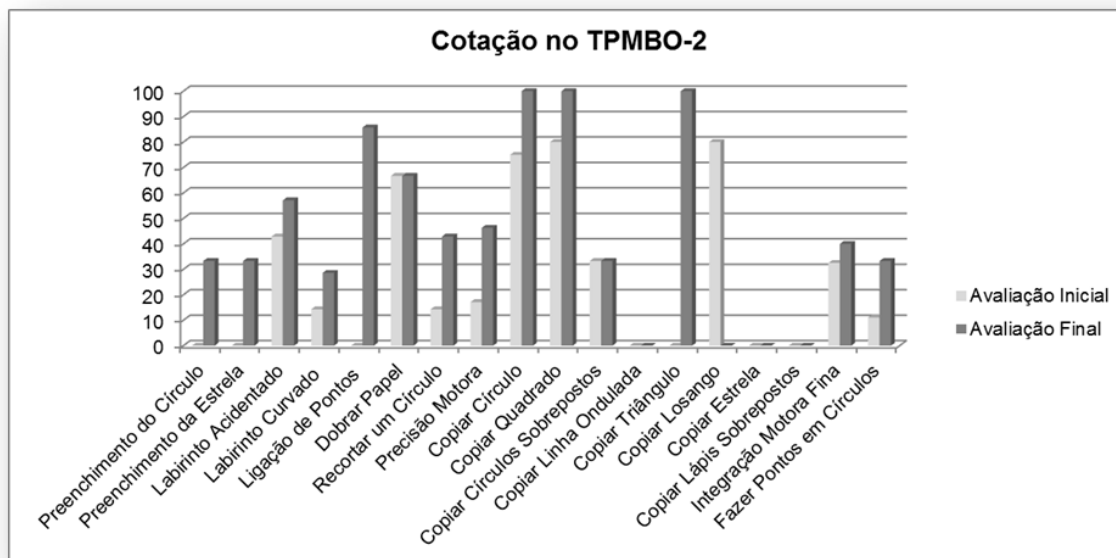


Figura 8: Cotação do B.P. em Sub-Testes do TPMBO-2

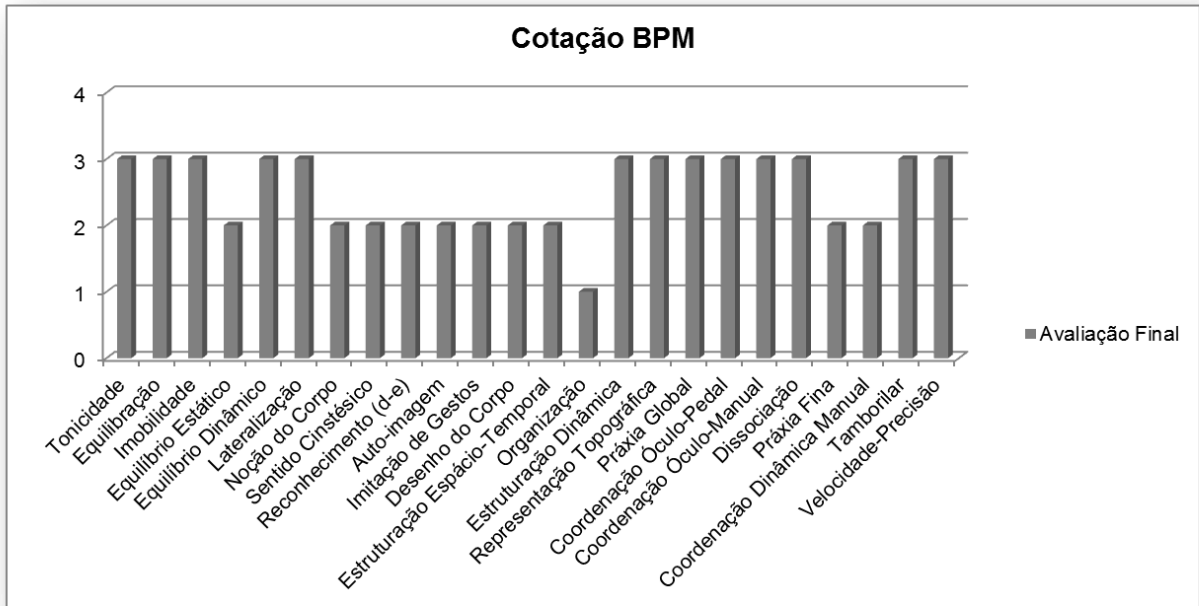


Figura 9: Cotação do B.P na BPM

Os objetivos pedagógico-terapêuticos traçados inicialmente dizem respeito a competências pré-acadêmicas necessárias para o ingresso ao primeiro ano de escolaridade. O B.P. como irá iniciar o primeiro ciclo em setembro, pretendeu-se desenvolver estas competências na criança, ao mesmo tempo, que se geria o comportamento e eram estabelecidas regras para a criança. Dos objetivos acima referidos, o B.P. foi capaz de melhorar as suas capacidades, nomeadamente, no recortar uma forma de papel seguindo o tracejado, na realização de um percurso, utilizando um lápis, sem sair dos limites marcados no papel e notou-se uma melhoria das suas capacidades gráficas. Ainda durante o período de intervenção, foi possível desenvolver a capacidade de pontapear uma bola e lança-la com a mão em direção a um alvo, aumentar os períodos de atenção numa tarefa e realizá-la até ao fim, desenvolver as capacidades de associação e de emparelhamento e realização de contagens, bem como relatar acontecimentos recentes e construção de frases coerentes com 5 ou mais palavras. Apesar destas conquistas, o B.P. continua a apresentar dificuldades na aquisição de certos fatores importantes para a aprendizagem, assim como na gestão do comportamento que dificulta estas mesmas aquisições.

Assim, em contexto familiar, sugeriu-se a realização de jogos de regras (puzzles, jogos de tabuleiro, jogos de construção) que o ajudassem a manter na tarefa, a gerir a capacidade de espera e a gestão da frustração bem como o estabelecimento de rotinas que o organizem.

As faltas da criança e as desmarcações frequentes tiveram um impacto negativo no processo de intervenção que se quer contínuo. As faltas eram justificadas com a ausência do B.P. para a terra dos avós durante a semana, faltando à escola e às consultas. Esta falta de rotina e de organização acabaram por influenciar o trabalho realizado com o B.P. que se

verificava menos organizado e com um comportamento desadequado em comparação com os períodos em que as sessões eram regulares.

De acordo com todas as observações descritas, em reunião com os pais, foi ponderado a permanência do B.P. em intervenção psicomotora e a possibilidade de avaliação em Terapia da Fala. Nessa reunião foram dadas estratégias aos pais e foi definido que a criança ficaria sem intervenção durante as férias letivas e que aquando do seu ingresso no primeiro ano de escolaridade, o B.P. voltaria a ser observado para averiguar o ponto da situação e a possibilidade de continuar em intervenção.

4.2.DADOS ANAMNÉSICOS DO D.M.

O D.M. é uma criança nascida a 13 de julho de 2005, com pais saudáveis e não-consanguíneos. A gravidez, o parto e o período neonatal sem registo de intercorrências. A criança não apresenta antecedentes pessoais de doenças anteriores relevantes, internamentos ou cirurgias. A criança tem uma irmã mais velha sem patologias associadas. O D.M. tem na família uma tia materna diabética (insulino-dependente), a avó materna com neoplasia e leucemia e os avós paternos faleceram por neoplasia do intestino. Sem outras informações relacionadas com o desenvolvimento.

Em junho de 2011, o D.M. foi admitido no HGO por Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquémico-Protuberancial Paramediano Direito, causando uma Hemiparesia Esquerda de instalação aguda. Em novembro de 2011, foi observado na consulta de Reabilitação Pediátrica, que destacou uma criança com baixa autoestima, medo de falhar, dificuldades na motricidade fina e défices na coordenação motora que não são decorrentes da patologia de internamento. Foi encaminhado para a psicomotricidade para avaliação. Em dezembro de 2011 é observado na consulta de Neuropediatria do CDC, verificando-se uma boa evolução clínica após frequência na fisioterapia e início da intervenção psicomotora no mês anterior.

4.2.1.Avaliação Inicial

O D.M., no momento da primeira avaliação com 6 anos e 2 meses, realizou uma avaliação formal, por apresentar dificuldades na coordenação, ritmo e equilíbrio. A avaliação formal teve por base o TPMBO-2 e a BPM. Nesta primeira avaliação, o D.M. apresentou resultados heterogéneos, indicando a presença de algumas dificuldades psicomotoras específicas. Quando analisado cada fator individualmente, os resultados seguiram a mesma direção.

Da aplicação do TPMBO-2 e da BPM, no controlo do corpo, que inclui o equilíbrio e a coordenação dos segmentos, apresentou pouco domínio postural na maior parte das tarefas executas.

No que diz respeito à noção de corpo, nomeou todas as partes do corpo, não sabendo identificar a que lado a que correspondiam. Reconheceu a direita e a esquerda no seu próprio corpo, no entanto, quando lhe foi pedido que identificasse no corpo do outro teve mais dificuldades. Em relação ao desenho do corpo, esboçou vários pormenores anatómicos (e.g.: cabelos, cabeça, olhos, nariz, boca, braços, pernas, dedos das mãos, ...). O D.M.

apresentou um desenho simétrico e com apenas algumas distorções ao nível da proporção. Na estruturação espaço-temporal, a criança apresentou algumas dificuldades na organização do corpo e de objetos no tempo e no espaço e também na memorização de sequências a curto prazo de estruturas espaciais.

Na realização de tarefas motoras globais, o D.M. apresentou um fraco desempenho, demonstrando dificuldades na coordenação dos movimentos podais e manuais com referências perceptivo-visuais. No controlo da motricidade fina, em tarefas de maior precisão motora, como a realização de labirintos e o recorte de uma forma, a criança apresentou algumas dificuldades. O mesmo se verifica em tarefas como unir pontos e o copiar de algumas formas como o losango, uma linha curva e os lápis sobrepostos. Em tarefas que envolviam a manipulação de ambas as mãos, as tarefas foram executadas lentamente e com dificuldades. De modo geral, apresentou uma fraca prestação no controlo dos movimentos das mãos e dedos.

Desta primeira avaliação, conseguiu-se verificar que o D.M. apresentava maiores dificuldades em tarefas em envolviam o equilíbrio, a noção do corpo, a estruturação espaço-temporal e nas tarefas motoras globais. Após esta avaliação, a criança iniciou intervenção psicomotora com a estagiária.

4.2.2.Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico

Após análise da avaliação inicial e do perfil psicomotor do D.M., foram estabelecidos um conjunto de objetivos pedagógico-terapêuticos em relação aos fatores psicomotores fundamentais para o desenvolvimento desta criança.

Motricidade Fina

Objetivo Geral: Desenvolver a motricidade fina.

Objetivo específico: Desenvolver a coordenação óculo-manual.

Objetivos comportamentais:

- Recortar uma forma de papel seguindo o tracejado;
- Realizar um percurso, utilizando um lápis, sem sair dos limites marcados no papel;
- Fazer dobragens simples;

Objetivo específico: Desenvolver as capacidades gráficas.

Objetivos comportamentais:

- Aperfeiçoar a preensão do lápis;
- Colorir uma figura dentro dos limites estabelecidos;
- Copiar formas geométricas mais complexas;

Motricidade Global

Objetivo Geral: Desenvolver a motricidade global.

Objetivo específico: Desenvolver movimentos globais complexos.

Objetivos comportamentais:

- Melhorar a coordenação motora;

- Aperfeiçoar o controlo da bola com diferentes partes do corpo (mãos e pés);
- Driblar com uma das mãos;
- Pontapear a bola em direção a um alvo;
- Lançar a bola com a mão em direção a um alvo;
- Melhorar o controlo do corpo em situações de desequilíbrio (estático e dinâmico).

Estruturação Espaço-Temporal

Objetivo Geral: Desenvolver a estruturação espaço-temporal.

Objetivo específico: Desenvolver a estruturação espacial.

Objetivos comportamentais:

- Melhorar a capacidade de organizar o corpo no espaço definido;
- Organizar o seu corpo no espaço em relação aos objetos;
- Memorização no tempo de estruturas espaciais.

Noção de Corpo

Objetivo Geral: Desenvolver a noção de corpo.

Objetivo específico: Desenvolver a capacidade somatognósica.

Objetivos comportamentais:

- Reconhecer as diferentes partes do corpo;
- Identificar o lado direito e esquerdo no próprio corpo e no corpo do outro;
- Desenhar o corpo humano com pormenores anatómicos e sem distorções de forma.

Cognição

Objetivo Geral: Desenvolver a cognição.

Objetivo específico: Desenvolver a atenção.

Objetivos comportamentais:

- Aumentar os períodos de atenção numa tarefa;
- Realizar uma tarefa até ao fim;
- Imitar comportamentos do adulto.

Capacidades de interação social

Objetivo Geral: Desenvolver as competências sociais.

Objetivo específico: Desenvolver as capacidades de interação social.

Objetivos comportamentais:

- Aguardar a sua vez no jogo;
- Participar em jogos de cooperação e imaginação cumprindo regras.

4.2.3. Intervenção Psicomotora

As sessões do D.M. com a estagiária tiveram início no dia 30 de novembro de 2011 e terminaram no dia 30 de maio de 2012, seguindo-se 3 sessões de avaliação. Durante este período de intervenção, estavam previstas 22 sessões das quais realizaram-se 19 (86%), 1 sessão (5%) a criança faltou e 2 sessão (9%) correspondem a uma falta da estagiária por

motivos de saúde e outra por participação numa formação. No que diz respeito ao tempo e frequência das sessões de intervenção, estas tiveram a duração de 45 minutos e de base semanal.

As atividades desenvolvidas com o D.M. recaíram principalmente sobre os domínios de desenvolvimento que foram apresentados como objetivos pedagógico-terapêuticos. Neste sentido, as atividades tentaram promover a motricidade fina, a motricidade global, a estruturação espacial, a noção de corpo e a cognição. O gráfico da figura 10 ilustra os domínios de desenvolvimento predominantes nas atividades que foram realizadas com o D.M..



Figura 10: Domínios de Desenvolvimento Predominantes nas Atividades do D.M.

Com o início da intervenção, o D.M. apresentou nas sessões (ANEXO XII) um comportamento desinibido, simpático e curioso, fazendo muitas perguntas. Apresentava um nível de atenção conjunta adequado. Sempre gostou de mostrar que sabia fazer o que lhe era pedido, no entanto, tentava realizar as tarefas rapidamente para poder realizar mais atividades. Quando confrontado com algum obstáculo, tinha dificuldade em pedir ajuda, desistindo, dando ideias para outras atividades que fossem mais do seu agrado.

Da observação realizada durante as sessões, em atividades de cariz motor, o D.M. mostrou-se muito motivado e empenhado, tentando melhorar o seu desempenho. Apresentou um comportamento mais ágil perante as atividades motoras de equilíbrio, coordenação e organização corporal no espaço. Mostrou maior à vontade nas tarefas propostas e uma maior segurança e, mesmo quando tinha dificuldades nestas tarefas, persistiu até conseguir realizá-las.

Em atividades que necessitaram de maior nível de atenção e menor desempenho motor, o D.M. apresentou-se muito irrequieto e pouco concentrado na tarefa. Teve dificuldade em permanecer muito tempo em trabalhos de mesa, o que fez com que apresentasse um menor desempenho. Ao nível das capacidades gráficas, no início da intervenção, o desenho era muito pobre, com poucos pormenores e pouco investido. Com o

decorrer da intervenção, os desenhos começaram a ser mais elaborados, com proporções mais adequadas, com melhor organização no espaço e um traço mais controlado.

4.2.4. Avaliação Final

Após oito meses de intervenção, foi realizada nova avaliação formal com os mesmos instrumentos utilizados inicialmente. O D.M. foi reavaliado com 6 anos e 10 meses.

Da segunda aplicação do TPMBO-2 e da BPM, no que diz respeito ao nível tónico, fundamental na regulação dos estados mentais e de alerta, a criança apresentou um perfil normal, evidenciando algumas dificuldades na extensibilidade dos membros inferiores e superiores. Nas tarefas de equilíbrio e de coordenação dos segmentos, o D.M. apresentou um melhor domínio postural na maior parte das tarefas executadas, apresentando ainda algumas dificuldades em tarefas em que a sua base de sustentação era reduzida (e.g.: equilíbrio em ponta dos pés, apoio num pé).

No que diz respeito à noção de corpo, o D.M. nomeou todas as partes do corpo e o lado a que correspondem, não sabendo apenas designar os nomes dos dedos da mão. Reconheceu a direita e a esquerda no seu próprio corpo, mantendo algumas dificuldades desse reconhecimento no corpo do outro. Em relação ao desenho do corpo, a criança esboçou um desenho com mais pormenores anatómicos (e.g.: cabelo, cabeça, olhos, nariz, boca, sobrelhas, orelhas, pescoço, braços, pernas, dedos das mãos, ...). Apresentou um desenho completo, simétrico e com apenas algumas distorções ao nível da proporção. Ainda no que diz respeito à noção do corpo, a imitação de gestos que envolve a receção, análise, retenção e reprodução de posturas e gestos, o D.M. melhorou a sua prestação na memorização das sequências de gestos e na sua reprodução. Na estruturação espaço-temporal, a criança melhorou consideravelmente o seu desempenho, apresentando uma boa organização do corpo e de objetos no espaço.

Na realização de tarefas motoras globais, o D.M. apresentou um bom desempenho, demonstrando uma adequada coordenação dos movimentos podais e manuais com referências perceptivo-visuais. Na dissociação dos membros superiores e inferiores, apresentou uma boa planificação e execução motora de vários gestos intencionais sequencializados. No controlo da motricidade fina, nas tarefas propostas de maior precisão motora, como a realização de labirintos e o recorte de uma forma, o D.M. apresentou um bom desempenho. O mesmo se verificou em tarefas como unir pontos e o copiar de algumas formas, no entanto, apresentou dificuldades em formas como a estrela e os dois lápis sobrepostos e na dobragem de papel. Em tarefas que envolvam a manipulação de ambas as mãos, as tarefas são executadas lentamente e com fraco desempenho.

4.2.5. Conclusões

De um modo geral, a criança mostrou-se uma criança com mais confiança e segurança na realização das tarefas propostas. Verificou-se melhorias significativas ao nível da coordenação motora, da noção corporal, da estruturação espacial e temporal.

Com base nas cotações consideradas, após a avaliação inicial e final, construiu-se um gráfico com o objetivo de estabelecer a relação entre a pontuação máxima que poderia ser adquirida em cada uma das sub-tarefas e a real cotação obtida pela criança, em percentagem no caso do TPMBO-2 apresentado, na figura 11 e em escala de cotação no caso da BPM, apresentado na figura 12.

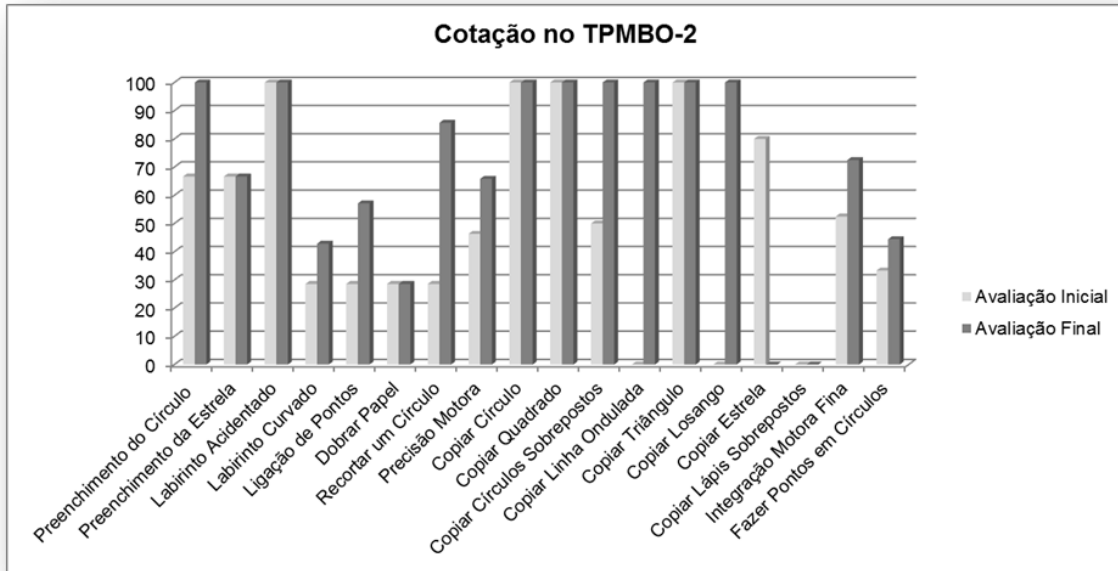


Figura 11: Cotação do D.M. em Sub-Testes do TPMBO-2

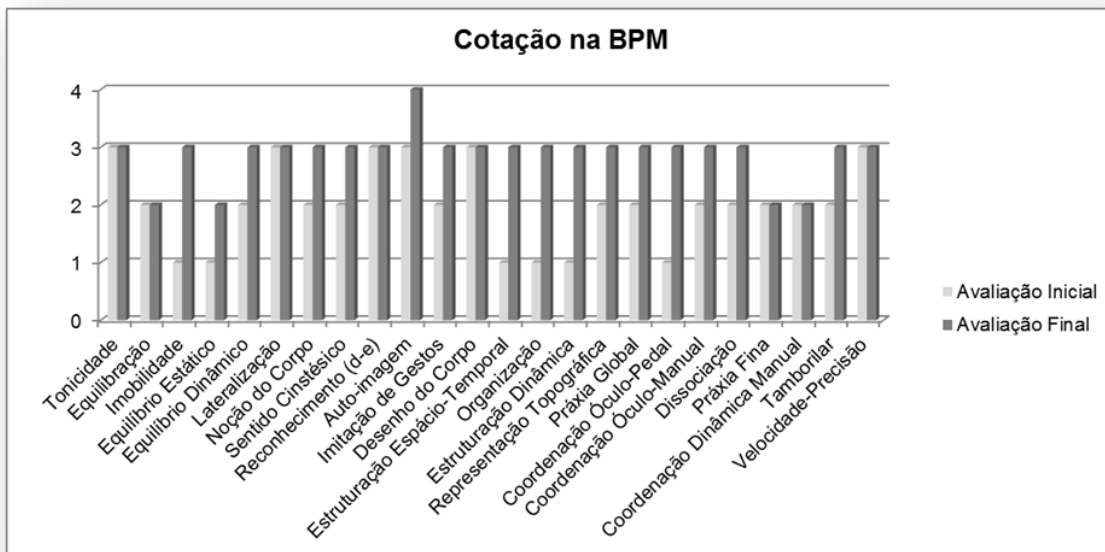


Figura 12: Cotação do D.M. na BPM

No TPMBO-2 verificou-se melhorias nos sub-testes que avaliam a precisão motora e a integração motora fina ao nível dos 19,51% e dos 20%, respetivamente. Na BPM, de um perfil inicial de euprático de valor 15, o D.M. manteve-se no perfil euprático com um valor final de 19, verificando-se melhorias qualitativas na sua performance motora.

Dos objetivos inicialmente traçados, o D.M. conseguiu melhorar as capacidades gráficas, melhorar a coordenação motora, aperfeiçoar o controlo da bola com diferentes partes do corpo e melhorar o controlo do corpo em situações de desequilíbrio. Ainda ao nível da motricidade global, o D.M. progrediu na ação de pontapear e lançar uma bola em direção a um alvo. A capacidade de organizar o corpo no espaço definido, de organizar o seu corpo no espaço em relação aos objetos e a memorização de estruturas espaciais, foram outros objetivos pedagógico-terapêuticos alcançados pela criança. Ao nível da noção do corpo e da cognição, o D.M. melhorou o reconhecimento das diferentes partes do corpo, a identificação do lado direito e esquerdo no próprio corpo e no corpo do outro, aumentou os períodos de atenção numa tarefa e participou em jogos de cooperação e imaginação cumprindo regras.

Apesar destas evoluções, a criança ainda apresentou algumas dificuldades, que poderiam ser melhoradas, ao nível da atenção e concentração e das tarefas motoras globais e finas. Assim, sugeriu-se no final da intervenção e em reunião com os pais que o D.M. poderia beneficiar da integração numa atividade física a seu gosto e adequada às suas características (por exemplo, karaté ou natação), que contribua para a melhoria da sua prestação motora. Em contexto familiar, sugeriu-se a realização de jogos de regras (puzzles, jogos de tabuleiro, jogos de construção) que o ajudem a manter na tarefa, a gerir a capacidade de espera e a gestão da frustração, bem como poder desenvolver competências ao nível da motricidade fina. Foi dada alta da consulta de psicomotricidade ao D.M. no início de julho.

4.3.DADOS ANAMNÉSICOS DO J.S.

O J.S. é uma criança que nasceu prematura (36 semanas) a 19 de setembro de 2002, por parto cefálico-eutócito e com índice de Apgar de 9 no primeiro minuto e de 10 no quinto minuto. A gravidez foi vigiada e sem intercorrências. O recém-nascido nasceu com 2970 gramas, 46 centímetros de comprimento e com perímetro cefálico de 34,8 centímetros, verificando-se uma taquipneia transitória (atraso na absorção do líquido pulmonar após algumas horas do nascimento). Ambos os pais são saudáveis e não-consanguíneos. Em relação ao desenvolvimento psicomotor, o J.S. começou a andar com 14/15 semanas e as primeiras palavras surgiram por volta dos 12 meses.

A criança integrou o infantário aos 3 anos de idade. A mãe referia numa consulta em fevereiro de 2010, que o J.S. sempre fora uma criança difícil, pois tinha dificuldades com a alimentação e com o sono. No infantário tinha dificuldade em fazer amigos. Em abril de 2009 é avaliado em psicologia numa clínica que indicou ser uma criança comunicativa, simpática, que tinha um contacto diferente pois mostrava uma proximidade com o 'estranho' um pouco excessivo e muito distante noutras situações. Nesta avaliação, o J.S. apresentou um comportamento instável, com uma postura e discurso pouco coerentes. A criança teria dificuldade em imaginar brincadeiras, apresentava pouco sentido crítico e dificuldade na resolução de problemas. Na prova de inteligência (WISC-III) em que foi observado, o J.S.

apresentou um resultado abaixo da média. Após esta avaliação, a criança começou a ser seguido na consulta de Desenvolvimento por diagnóstico de PHDA.

Referido à consulta de Reabilitação Pediátrica, em 2010, sendo encaminhado para a psicomotricidade por apresentar dificuldade na coordenação, no planeamento e comportamentos de oposição/desafio. Inicia intervenção psicomotora individual em abril de 2010, seguindo-se a sua integração num grupo de intervenção em fevereiro de 2011. A criança fez uma pausa na intervenção durante as férias de verão e voltou a integrar o mesmo grupo com 3 das 4 crianças do grupo anterior e com mais 2 crianças novas, em novembro de 2011. O J.S. é medicado com Metilfenidato, apresentando uma boa evolução.

4.3.1. Avaliação Inicial

Com a integração do J.S. num grupo terapêutico, foi necessário realizar uma avaliação do seu comportamento para ser possível no fim do processo terapêutico, voltar a fazer nova avaliação. Esta serviria para comparar as duas medidas de forma a concluir se a intervenção terapêutica estaria a ter resultado sobre o seu comportamento. Neste sentido, o J.S. foi avaliado através do CBCL e o TRF em março de 2011, logo após a sua inclusão no grupo de trabalho. Pelo tempo de intervenção ter sido reduzido, não se realizou nova avaliação no fim do ano letivo. Com o novo ano letivo e nova integração no grupo, o J.S. voltou a ser avaliado em dezembro de 2011. Na primeira avaliação, o J.S. tinha 8 anos e 6 meses e na segunda tinha 9 anos e 3 meses, apresentando os seguintes resultados nos fatores do CBCL, ilustrados na tabela 7, e nos fatores do TRF, ilustrados na tabela 8.

Escala	Março de 2011		Dezembro de 2011	
	Valores Brutos	Desvio-Padrão	Valores Brutos	Desvio-Padrão
Fator I – Oposição/Imaturidade	22	2,36	14	1,14
Fator II – Agressividade	12	2,00	3	-0,29
Fator III – Hiperatividade/Atenção	14	2,19	9	0,56
Fator IV – Depressão	11	3,64	3	0,24
Fator V – Problemas Sociais	6	0,77	2	-0,68
Fator VI – Queixas Somáticas	6	3,67	3	1,33
Fator VII – Isolamento	8	1,65	5	0,57
Fator VIII – Ansiedade	8	2,85	5	1,30
Fator IX – Obsessivo/Esquizoide	7	1,91	2	-0,42

Total	96	3,07	47	0,48
-------	----	------	----	------

Tabela 7: Resultados no CBCL das Primeiras Avaliações do J.S.

Escala	Março de 2011		Dezembro de 2011	
	Valores Brutos	Desvio-Padrão	Valores Brutos	Desvio-Padrão
Fator I – Agressividade	5	-0,38	4	-0,52
Fator II – Problemas de Atenção/Dificuldade de Aprendizagem	8	-0,04	3	-0,69
Fator III – Isolamento Social	7	1,03	0	-0,86
Fator IV – Obsessivo	0	-0,82	0	-1,00
Fator V – Problemas Sociais/Impopular	0	-0,55	0	-0,61
Fator VI – Comportamentos Estranhos (Esquizoide)	0	-0,58	1	-0,22
Fator VII – Ansiedade	3	0,45	2	-0,04
Total	18	-0,28	8	-0,81

Tabela 8: Resultado no TRF das Primeiras Avaliações do J.S.

Para determinar o limiar entre o normal e o patológico, neste instrumento, utilizam-se os valores do percentil 90, como referido no enquadramento teórico sobre as escalas de avaliação. Os valores brutos correspondentes a esse percentil dizem respeito ao resultado global e ao valor das subescalas. Como não foi possível ter acesso a todos os valores do percentil no CBCL e no TRF, optou-se por analisar os dados da forma que é utilizada na investigação. Assim, através dos dados normativos para a população portuguesa disponibilizados no estudo de Fonseca e colegas (1994, 1995), são calculados os desvios-padrão para cada uma das escalas e para a escala total. O valor de desvio-padrão permite classificar os resultados de acordo com o valor que é considerado clinicamente significativo, ou seja, todos os valores de desvio-padrão acima do valor de corte de 1,5 são considerados fatores a ter em conta e que são valores que podem ser considerados fora do normal para a idade e para o género da criança ou adolescente avaliado.

Da aplicação do CBCL, no início da intervenção grupal em março de 2011, através dos valores apresentados na tabela 7 podemos observar que o J.S. apresentou como clinicamente significativo todos os fatores, excetuando os problemas sociais. Por sua vez, no

inventário dos professores, TRF, nenhum dos fatores é apresentado como clinicamente significativo.

Em dezembro de 2011, após o período de intervenção inicial e férias letivas, o J.S. voltou a ser avaliado no início do novo ano de intervenção e esteve como resultados no CBCL nenhum fator considerado clinicamente significativo e o mesmo se verificou no TRF.

Além dos dados que foram possíveis retirar dos 120 itens de ambos os inventários, foi possível retirar outras informações relacionadas com a criança nas 20 questões relativas às competências em diferentes áreas, tais como a participação em desportos, passatempos, trabalhos, interações sociais e desempenho escolar. O J.S. em relação a estas competências encontra-se na média em relação aos pares da mesma idade, sob a perspectiva da mãe e da professora. O que mais preocupa a mãe é a dificuldade em que o J.S. tem em estar concentrado e em estudar sozinho. A professora refere como principal preocupação o facto de o aluno ter dificuldade em iniciar um trabalho e refere ainda que o J.S. evoluiu bastante a nível social, tendo um grande grupo de amigos na escola. Relaciona-se bem com todos, falando diretamente com os adultos, sem desviar o olhar. Revela facilidade para a aprendizagem, progredindo sem dificuldades, necessitando apenas de um 'empurrãozinho' para começar a trabalhar.

Embora, não seja o ano letivo de 2010/2011 a ser avaliado neste estudo de caso, podemos verificar uma grande evolução no comportamento do J.S. nos vários domínios avaliados no CBCL e no TRF após a frequência do grupo no ano letivo anterior ao atual.

4.3.2. Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico

De acordo com as características das crianças do grupo, foram possíveis estabelecer um conjunto de objetivos pedagógico-terapêuticos gerais que eram expectáveis alcançar por todas as crianças ao seu ritmo, não sendo possível traçar um plano de intervenção individual para cada criança.

Como já referido na caracterização dos grupos, os objetivos definidos para o grupo do qual fez parte o J.S. dizem respeito aos seguintes aspetos: (1) melhorar as competências sociais; (2) promover o autocontrolo e expressividade emocional, as aptidões de cidadania, a empatia, a assertividade, a resolução de problemas interpessoais, o estabelecimento de amizades e as aptidões sociais académicas; (3) melhorar as competências motoras globais e finas; (4) melhorar o planeamento motor e a coordenação motora; (5) promoção da qualidade de vida; e, por fim, (6) promover uma melhor integração/inclusão destas crianças na escola e na comunidade.

4.3.3. Intervenção Psicomotora

As sessões do J.S. no grupo do quarto ano com a estagiária e com a técnica de psicomotricidade tiveram início no dia 03 de novembro de 2011 e terminaram no dia 28 de junho de 2012. Durante este período de intervenção, estavam previstas 29 sessões das quais se realizaram 25 (86%) e 4 sessões (14%) foram desmarcadas por diversos motivos. O J.S. faltou a 6 sessões, estando presente em 19 (73%) sessões do grupo. No que diz

respeito ao tempo e frequência das sessões de intervenção, estas tiveram a duração de 60 minutos e de base semanal.

As sessões deste grupo foram filmadas com o consentimento dos pais. Foram sempre iniciadas com uma conversa entre todos os participantes, ajudando-os a organizar o seu discurso e as ideias que queriam transmitir. Depois eram desenvolvidas um conjunto de atividades com o grupo, das quais fizeram parte as atividades de construção, jogos de regras, jogos de cooperação e competição, atividades que envolviam o desenho, a mímica e a imaginação e jogos com bola. No fim das atividades, o grupo voltava a dispor-se em roda para promover a reflexão sobre situações que aconteciam durante a sessão, relacionadas com a resolução de problemas.

4.3.4. Avaliação Final

Após oito meses de intervenção, foi realizada nova avaliação formal utilizando o CBCL e o TRF, tendo como resultados os dados apresentados na tabela 9 e tabela 10, respetivamente. O J.S. foi reavaliado com 9 anos e 10 meses, em julho de 2012.

Escala	Dezembro de 2011		Julho de 2012	
	Valores Brutos	Desvio-Padrão	Valores Brutos	Desvio-Padrão
Fator I – Oposição/Imaturidade	14	1,14	13	0,94
Fator II – Agressividade	3	-0,29	4	-0,03
Fator III – Hiperatividade/Atenção	9	0,56	6	-0,14
Fator IV – Depressão	3	0,24	3	0,24
Fator V – Problemas Sociais	2	-0,68	4	0,04
Fator VI – Queixas Somáticas	3	1,33	2	0,67
Fator VII – Isolamento	5	0,57	7	1,43
Fator VIII – Ansiedade	5	1,30	8	2,80
Fator IX – Obsessivo/Esquizoide	2	-0,42	6	1,25
Total	47	0,48	53	0,77

Tabela 9: Comparação da Avaliação no CBCL do J.S.

Escala	Dezembro de 2011		Julho de 2012	
	Valores Brutos	Desvio-Padrão	Valores Brutos	Desvio-Padrão
Fator I – Agressividade	4	-0,52	2	-0,69
Fator II – Problemas de Atenção/Dificuldade de Aprendizagem	3	-0,69	2	-0,81
Fator III – Isolamento Social	0	-0,86	1	-0,62
Fator IV – Obsessivo	0	-1,00	2	-0,17
Fator V – Problemas Sociais/Impopular	0	-0,61	0	-0,61
Fator VI – Comportamentos Estranhos (Esquizoide)	1	-0,22	0	-0,65
Fator VII – Ansiedade	2	-0,04	0	-0,81
Total	8	-0,81	7	-0,85

Tabela 10: Comparação da Avaliação no TRF do J.S.

Da aplicação do CBCL, no fim da intervenção grupal, através dos valores apresentados na tabela 9 podemos observar que o J.S. apresentou como clinicamente significativo o fator relativo à ansiedade. Todos os outros fatores mantiveram-se abaixo do valor de corte de 1,5 para o desvio-padrão, sendo considerados valores normais para a sua idade e género. É também de ressaltar que os resultados obtidos no CBCL são mais elevados em julho do que em dezembro, pelo que refletem as preocupações dos pais em relação ao J.S. pela entrada no quinto ano de escolaridade. Por sua vez, no TRF ilustrado na tabela 10, o J.S. volta a não apresentar qualquer fator como clinicamente significativo. Como referido no estudo de Fonseca e colegas (1995), os professores tendo várias crianças como referência acabam por traduzir mais linearmente os comportamentos das crianças, sendo avaliações mais objetivas, as quais devemos ter conta.

Relativamente às questões colocadas à mãe sobre as competências do J.S., passados 8 meses de intervenção, a mãe volta a identificar como principal preocupação o facto de o filho ter dificuldade em estudar sozinho e de não ser capaz de organizar as suas coisas, referindo que ele deveria ser mais autónomo e mais seguro. Por sua vez, a professora volta a referir que o J.S. mantém a dificuldade em organizar-se para iniciar as atividades, no entanto, é um aluno com grande potencial, uma vez que se esforça bastante para superar as dificuldades que sente. No que diz respeito à participação em desportos, passatempos, trabalhos, interações sociais e desempenho escolar, o J.S. mantém o seu desempenho, que é considerado, pela mãe e pela professora, dentro do esperado para a sua idade.

4.3.5. Conclusões

Com base nos valores brutos em cada um dos fatores, após a avaliação inicial (segunda avaliação) e final, construiu-se um gráfico com o objetivo de estabelecer a relação entre a pontuação máxima que poderia ser adquirida em cada uma dos fatores e o real valor obtida pela criança, em percentagem, no caso do CBCL (ANEXO XIII), apresentado na figura 13 e no caso do TRF (ANEXO XIV), apresentado na figura 14.

No caso dos gráficos abaixo apresentados, quando mais perto da percentagem nula estiver o fator, melhor é o comportamento da criança nos respetivos fatores, sendo que significa que os comportamentos desadequados são pouco frequentes segundo a escala de veracidade utilizada quer no CBCL quer no TRF.

Da análise dos gráficos, podemos concluir que existem melhorias nos fatores oposição/maturidade, hiperatividade/atenção e queixas somáticas, tendo em conta a avaliação do comportamento da criança por parte dos pais. Por parte da professora, verificam-se melhorias nos fatores de agressividade/antissocial, problemas de atenção/dificuldade de aprendizagem, comportamentos estranhos/esquizóides e no comportamento geral da criança. Os restantes fatores apresentam-se aumentados em relação à avaliação realizada em dezembro, no entanto, continuam a ser pouco significativos, demonstrando uma boa adequação do comportamento por parte do J.S.

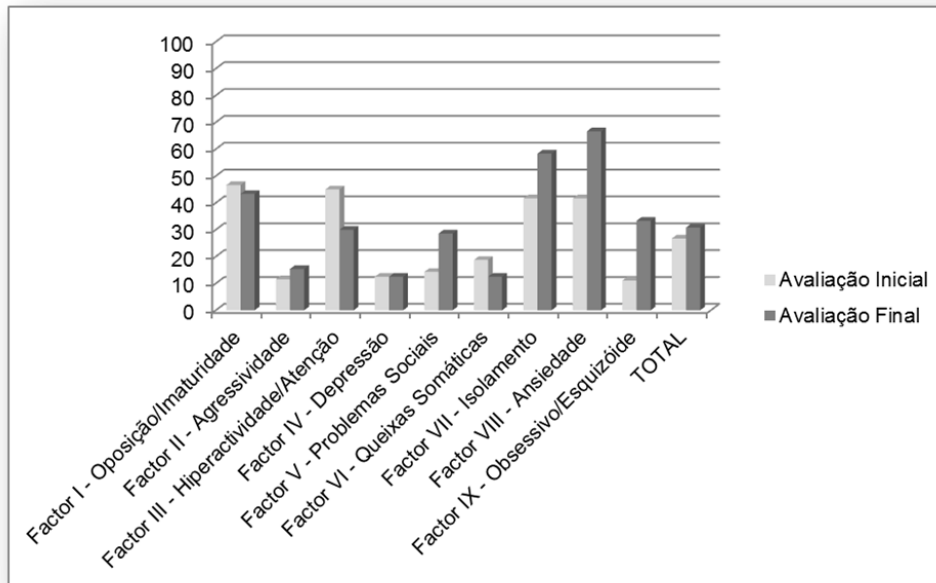


Figura 13: Comparação entre as Avaliações do J.S. no CBCL

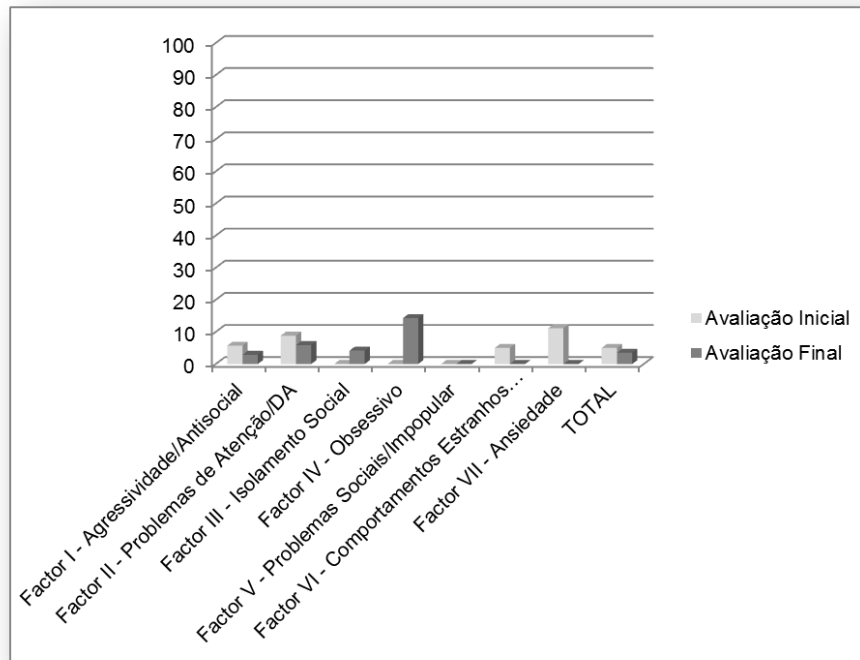


Figura 14: Comparação entre as Avaliações do J.S. no TRF

De um modo geral, podemos afirmar que o J.S. teve uma boa evolução com as sessões de intervenção em grupo, tendo melhorado nas competências sociais que se pretendiam desenvolver, no planeamento motor e coordenação, nas atividades motoras finas e na integração desta criança no contexto escolar. É uma criança com bastantes amigos na escola e que tem melhorado o seu desempenho escolar.

Apesar destas evoluções, os pais mostraram, na reunião que foi realizado no final da intervenção, algumas preocupações referentes ao J.S. Os pais referem que têm receio que a criança não se adaptasse bem à nova escola, aos novos colegas e professores, e também o facto de o J.S. mostrar medo em relação à morte, deixando-o muito ansioso e aflito. Neste sentido, ficou decidido que o J.S. continuaria no grupo no próximo letivo para o acompanhar nessa transição e depois seria novamente avaliado a necessidade de permanência em intervenção ou a alta médica.

4.4. DIFICULDADES E LIMITAÇÕES

Ao longo da prática deste estágio, foram poucos os aspetos negativos a apontar, após vários meses de observação e intervenção. Desta forma, as principais dificuldades prenderam-se com: (1) o contacto inicial com a intervenção em grupo que até ao momento, nunca tinha surgido a oportunidade de contactar e, conseqüentemente, relativamente às quais, os conhecimentos eram escassos; (2) a falta de prática na aplicação e análise dos instrumentos de avaliação utilizados; (3) o estabelecer objetivos alcançáveis para as crianças de acordo com as suas características; (4) conseguir, inicialmente, e no caso de algumas das crianças, desenvolver atividades que despertassem o seu interesse e vontade de realização, ao mesmo tempo, que se cumpriam os objetivos estabelecidos; (5) dar uma resposta imediata a algumas questões feitas pelos pais; (6) encontrar estratégias eficazes para conseguir contornar algumas situações comportamentais de algumas das crianças, principalmente na intervenção em grupo; (7) a estrutura rígida do CDC que impossibilitou a implementação de algum projeto ou fator de inovação enquanto estagiária de psicomotricidade; e, (8) a obtenção da avaliação final das crianças do grupo, que por ter terminado no período pós-escolar muitas ficaram por entregar.

Além das dificuldades e limitações acima referidas, existem alguns aspetos que mereceram reflexão por parte da estagiária que serão apresentadas nos parágrafos seguintes.

A estagiária foi apresentada aos elementos da equipa do centro de desenvolvimento e logo começou a participar nas atividades do mesmo. Esteve presente em reuniões da equipa de Reabilitação Pediátrica, em reuniões de equipa com os mais variados temas, no Curso de Neuropediatria e de Desenvolvimento desenvolvido para os internos de pediatria e observou sessões de avaliação e intervenção. Mais tarde, a estagiária e a técnica de psicomotricidade começaram a formar grupos de trabalho e a delinear o que seria feito quer na intervenção grupal quer na intervenção individual de algumas criança, começando a ter uma atividade mais participativa nas sessões.

Os meses de adaptação à presença da estagiária na equipa foram muito benéficos. A presença em reuniões com os pais e educadores, reuniões de equipa, em avaliações e até mesmo nas intervenções promoveram a aprendizagem. Aos poucos, foi sendo integrada na equipa, o que ajudou quer na motivação para trabalhar cada vez mais e melhor, quer na prestação de um melhor serviço às crianças e suas famílias.

De facto, a estagiária no início não estava muito à vontade com os instrumentos de avaliação usados pois tinham sido poucas as vezes que os tinha aplicado. Com o avançar das avaliações, a possibilidade de poder repetir os procedimentos várias vezes com crianças diferentes fez com que as dúvidas se dissipassem e que depois aplicasse os instrumentos de avaliação com outra segurança que antes não tinha. Ver e rever os procedimentos de aplicação e a cotação dos instrumentos fez com que os compreendesse mais facilmente. A realização de relatórios de avaliação de algumas crianças que observou permitiu à estagiária traduzir por palavras o observado, que por vezes não era fácil, mas que foi melhorando com o tempo.

No que diz respeito à intervenção em grupo, foi-se verificando, ao longo das sessões, que precisávamos de uma melhor organização da nossa parte. A reflexão que tentámos fazer sempre no fim das sessões ajudou-nos a compreender o que era feito e o que poderia

ser melhorado. Estas reflexões permitiram elaborar objetivos para as sessões seguintes bem como a integração da informação que recolhemos da observação de cada criança e do seu comportamento durante as sessões e pela observação dos vídeos. As intervenções individuais, por sua vez, tiveram a sua importância pois permitiram compreender que cada criança tem as suas peculiaridades que, aos poucos, foi possível conhecer e compreender, ajudando na elaboração dos objetivos terapêuticos a desenvolver nas sessões.

No que diz respeito à organização funcional do CDC existe realmente um trabalho desenvolvido em equipa que pretende oferecer o melhor apoio às crianças atendidas e às suas famílias.

Após este ano letivo de intervenção, é possível fazer um balanço positivo destes meses de atividades. Em todas as atividades que foram desenvolvidas, a estagiária foi apoiada pela técnica de psicomotricidade, pela equipa de Reabilitação Pediátrica e pelos médicos que acompanham as crianças que observou.

5. CONCLUSÃO

O trabalho apresentando anteriormente encerra um conjunto de experiências técnico-profissionais da estagiária ao longo do ano letivo 2011/2012, experiência essa marcadamente única e enriquecedora em conhecimento e em relação com o outro, crianças, médicos e técnicos. Aprendeu-se fundamentalmente com cada criança, com a maneira como agem, como se comportam e comunicam, como elas próprias aprendem.

Com este estágio, aprofundou-se as competências, estabelecidas inicialmente como objetivos do RACP, de observação e avaliação, de criação de um plano pedagógico-terapêutico com objetivos gerais, específicos e comportamentais, de planificação de sessões com início, meio e fim, tendo em conta as características das crianças e as suas necessidades, bem como a avaliar o trabalho realizado durante todo o processo terapêutico. Esta experiência permitiu aprender que uma intervenção em equipa é a forma mais eficaz de intervir. Em equipa somos ensinados e ensinamos, em equipa é possível discutir o que é melhor e prioritário para a criança e sua família, em equipa intervimos de forma a alcançar o mesmo fim, sendo o trabalho mais eficiente na busca dos objetivos que propomos para a criança.

Aprendeu-se com a técnica, com as suas indicações, recomendações e sugestões, com o seu sentido crítico e analista e, com as suas vivências tanto na área da psicomotricidade como na área das perturbações do desenvolvimento apresentadas. Por fim, aprendeu-se com todos, que sempre nos acompanharam e, neste apoio mútuo estabeleceram-se relações intra e interpessoais que nos permitiram crescer a nível profissional e pessoal.

Assim, ao longo deste estágio foi possível a aplicação prática de todos os conhecimentos adquiridos não só no contexto académico do primeiro ciclo de estudos mas também com as aprendizagens realizadas no primeiro ano letivo do segundo ciclo.

Apesar de se ter aprendido muito ao longo deste estágio profissionalizante, sabemos que este tipo de experiências permite-nos apenas descobrir uma parte do trabalho que é realizado, das estratégias mais indicadas de acordo com as características das crianças, os objetivos que são alcançáveis e da realidade profissional que um psicomotricista enfrenta diariamente. Com este estágio, foi possível perceber que é necessário aprofundar, estudar e investir em termos pessoais e profissionais, tendo presente que a investigação e a formação serão sempre muito importantes para tornar-nos em excelentes profissionais.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- APPDA. (s/d). Autismo. Retrieved 17 de julho, 2012, from <http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/autismo.php>
- Aragón, M. B. (2007). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Aucouturier, B., & Lapiere, A. (1986). *Bruno: Psicomotricidade e Terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Azambuja, M. (2005). *O Autismo Infantil na Psicomotricidade*. Unpublished Pós-Graduação, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro.
- Batista, M. (2004). *Percursos de Risco: Abordagem psicolegal ao crescer em instituição*. Mestrado em Psicologia Legal. Instituto de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3^a ed. Vol. 2). New York: The Guildford Press.
- Barnhart, R. C., Davenport, M. J., Epps, S. B., & Nordquist, B. M. (2003). Developmental Coordination Disorder. *Physical Therapy*, 83(8), 722-731.
- Brandão, T., & Domingues, S. (2009). Documentos de apoio à cadeira de Intervenção Precoce. Departamento de Educação Especial e Reabilitação, Faculdade de Motricidade Humana.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency, Second Edition (BOT-2)*. Bloomington: Pearson Assessments.
- Clemente, I. (2008). *Auto-Conceito e Problemas de Comportamento em Crianças com Dificuldades de Aprendizagem*. Mestrado Integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Cools, W., Martelaer, K., Samaey, C., & Andries, C. (2009). Movement Skill Assessment of Typically Developing Preschool Children: A review of seven movement skill assessment tools. *Journal of Sports Science and Medicine*, 8, 154-168.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de Grupo em Psicomotricidade de Base Relacional. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 277-298). Lisboa: Trilhos Editora.
- Costa, J. (2008). *Um Olhar para a Criança. Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Coutinho, T. B. (1999). *Intervenção Precoce – Estudo dos efeitos de um programa de formação parental destinado a pais de crianças com síndrome de Down*. Tese de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação apresentada na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- DelPrette, Z. A., & DelPrette, A. (2005). *Psicologia das Habilidades Sociais na Infância: Teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Dewey, D., & Wilson, B. N. (2001). Developmental Coordination Disorder: what is it? *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 20, 5-27.

- Ferreira, J. C. (2004). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Cardoso, F. (1994). Um Inventário de Competências Sociais e de Problemas de Comportamento em Crianças e Adolescentes: O Child Behaviour Checklist de Achenbach (CBCL). *Revista Psicológica*, 12, 55-78.
- Fonseca, A., Simões, A., Rebelo, J., Ferreira, J., & Cardoso, F. (1995). O Inventário de Comportamentos da Criança para Professores: Teacher Report Form (TRF). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, Ano XXIX(2), 81-102.
- Fonseca, V. (1985). *Construção de um Modelo Neuropsicológico de Reabilitação Psicomotora*. Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação. Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Educação Física, Lisboa.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de Observação Psicomotora - Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: Uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18(17), 42-52.
- Fonseca, V., & Martins, R. (2001). Prefácio. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 5-10). Lisboa: Edições FMH.
- Frith, U. (1989). *Autism: Explaining the Enigma*. Oxford: Blackwell.
- Guralnick, M. J. (2001). A Developmental Systems Model for Early Intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.
- Guralnick, M. J. (2006). Family Influences on Early Development: Integrating the Science of Normative Development, Risk and Disability, and Intervention In K. McCartney & D. Phillips (Eds.), *Handbook of Early Childhood Development*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Hadders-Algra, M. (2003). Developmental Coordination Disorder: Is clumsy motor behavior caused by a lesion of the brain at early age? *Neural Plasticity*, 10(1-2), 39-50.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade - As práticas entre o instrumental e o relacional. In V. d. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Martins, R. (2008). A Criança Hiperativa e a Psicomotricidade como Recurso Pedagógico-Terapêutico. *Revista Diversidades*, 21, 19-29.
- Martins, R., & Rosa, R. (2005). Psicomotricidade e Hiperatividade (PHDA). In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 183-214). Lisboa: Trilhos Editora.
- Martins, R., Simões, C., & Brandão, T. (2011). *Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais 2º Ano*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Mello, A. M. (2003). *Autismo - Guia Prático*. São Paulo: Coordenação Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.
- Missiuna, C., Rivard, L., & Pollock, N. (2011). *Children with Developmental Coordination Disorder: At home, at school, and in the community*. Hamilton: CanChild Centre for Childhood Disability Research.

- Moschese, V. (2003). Psiche e Movimento. *Rivista Informagiovani*, (6). Retrieved 17 de julho, 2012, from http://www.comune.torino.it/infogio/rivista/archivio/06_03/a0603p30.htm
- 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 a noção de Sociabilidade, da Criatividade e da Aprendizagem em Grupo. *A Psicomotricidade*, 1(1), 33-41.
- Onofre, P. (2004). *A Criança e a sua Psicomotricidade*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Pimentel, J. S. (2005). *Intervenção Focada na Família: um desejo ou realidade. Percepções dos pais e profissionais sobre as práticas de apoio precoce a crianças com necessidades educativas especiais e suas famílias* (Vol. 23). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Riaño, B. S. (2004). *Estrategias Psicomotoras*. México: Editorial Limusa.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). *Recursos y Estrategias en Psicomotricidad*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Seixas, T. (2006). *Autismo: A visão psicomotora - uma revisão bibliográfica do autismo na Psicomotricidade*. Unpublished Pós-Graduação, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro.
- Servera-Barceló, M. (2005). Modelo de Autorregulación de Barkley Aplicado al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: Una revisión. *Revista Neurología*, 40(6), 358-368.
- Shevell, M. I. (1998). The Evaluation of the Child With a Global Developmental Delay. *Seminars in Pediatric Neurology*, 5(1), 21-26.
- Shevell, M. I., Majnemer, A., Rosenbaum, P., & Abrahamowicz, M. (2000). Etiologic yield of subspecialists' evaluation of young children with global developmental delay *The Journal of Pediatrics*, 136(5), 593-598.
- Shevell, M. I., Majnemer, A., Rosenbaum, P., & Abrahamowicz, M. (2001). Etiologic determination of childhood developmental delay. *Brain & Development*, 23, 228-235.
- Siegel, B. (2008). *O Mundo da Criança com Autismo - compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- Tervo, R. (2003). Identifying Patterns of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders. *A Pediatric Perspective*, 12(3), 1-6.
- Vidigal, M. J. (2005). Introdução. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 15-40). Lisboa: Trilhos Editora.
- Vidigal, M. J., & Guapo, M. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo: uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Vieira, J. L., Batista, M. B., & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade Relacional: A teoria de uma prática*. Curitiba: Filosofart Editora.
- Villar, I. O. (2000). Déficit de Atención con Hiperactividad: El modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de Educación*, 11(1), 71-84.

Anexos

ANEXO I:

Lista de Material da Sala de Psicomotricidade

Material da Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade		
Cordas de cores variadas	Quadro branco	Brinquedos multifuncionais (e.g. relógios educativos)
Espelho	Materiais com diferentes texturas	5 Triciclos de diferentes formas
Cones coloridos	Túnel de plástico	Submarino insuflável
Bastões	4 Arcos	Argolas
3 Traves azuis	2 Pares de andas	Dado almofadado
Botões de brincar	1 Relógio	Espadas de brincar
Jogos com pinos	Jogos de Mesa	Raquetes e respectiva bola
Bolas pequenas coloridas, de diferentes texturas	Material de artes plásticas (e.g.: Plasticinas, Pincéis, Canetas de filtro, Lápis de cor, Lápis de cera, Tintas, Papel crepe de cores variadas, Cartolinas, ...)	Blocos para montar
1 Rede para as bolas	Peças de espuma, de várias cores e tamanhos (com letras e com desenhos) que encaixam umas nas outras	Sacos de vários pesos
Túnel acolchoado (para acesso à piscina)	Legos e outras peças para montar	Sapos coloridos
Instrumentos musicais (e.g.: Tambores, Pandeiretas, Maracas, Baquetas, Xilofone,...)	Computador infantil	Mãos e pés aderentes ao chão

ANEXO II:

Folha de Cotação da Bateria Psicomotora

BATERIA PSICOMOTORA
Destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança
(Vítor da Fonseca 1975)

Nome: _____

Sexo: _____ Data Nascimento ___/___/___ Idade ___ Anos ___ Meses ___

Fases de Aprendizagem _____

Observador _____ Data da Observação ___/___/___

		4	3	2	1	Conclusões e interpretações
1ª Unidade	TONICIDADE					
	EQUILIBRAÇÃO					
2ª Unidade	LATERALIZAÇÃO					
	NOÇÃO DO CORPO					
	ESTRUTURAÇÃO ESPACIO-TEMPORAL					
3ª Unidade	PRAXIA GLOBAL					
	PRAXIA FINA					

Aspecto Somático:

ECTO

MESO

ENDO

Desvios Posturais:

Controlo Respiratório:

Inspiração 4 3 2 1

Expiração 4 3 2 1

Apneia 4 3 2 1

Duração _____

Fatigabilidade 4 3 2 1

TONOCIDADE

Hipotonicidade

Hipertonicidade

Extensibilidade:

Mem.Superiores 4 3 2 1

Mem.Inferiores 4 3 2 1

Passividade

4 3 2 1

Paratonia

Mem.Superiores 4 3 2 1

Mem.Inferiores 4 3 2 1

Diadococinésias

Mão Dierita 4 3 2 1

Mão Esquerda 4 3 2 1

Sincinésias

Bucais 4 3 2 1

Contralaterais 4 3 2 1

EQUILIBRAÇÃO

Imobilidade			4	3	2	1
Equilíbrio Estático						
	Apoio rectilíneo		4	3	2	1
	Ponta dos pés		4	3	2	1
	Apoio num pé	E D	4	3	2	1
Equilíbrio Dinâmico						
	Marcha controlada		4	3	2	1
	Evolução no banco:					
	1) Para a frente		4	3	2	1
	2) Para trás		4	3	2	1
	3) Do lado direito		4	3	2	1
	4) Do lado esquerdo		4	3	2	1
	Pé cochinho esquerdo		4	3	2	1
	Pé cochinho direito		4	3	2	1
	Pés juntos para a frente		4	3	2	1
	Pés juntos para trás		4	3	2	1
	Pés juntos com os olhos fechados		4	3	2	1

LATERALIZAÇÃO

- Ocular E D
- Auditiva E D
- Manual E D
- Pedal E D
- Inata E D
- Adquirida E D

NOÇÃO DO CORPO

Sentido Cinestésico	4	3	2	1
Reconhecimento (d-e)	4	3	2	1
Auto-imagem (face)	4	3	2	1
Imitação de gestos	4	3	2	1
Desenho do corpo	4	3	2	1

ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

Organização	4	3	2	1
Estruturação dinâmica	4	3	2	1
Representação topográfica	4	3	2	1
Estruturação rítmica	4	3	2	1

1	•	.	.	•	.	.	•	.	.	•	.	4	3	2	1
2	•			•	•	.	•	•	.	.	.	4	3	2	1
3	•	•	.	.	•	.	.	•	•	.	.	4	3	2	1
4	•	•	.	.	•	•	.	.	•	•	.	4	3	2	1
5	•	.	.	•	.	.	.	•	•		•	4	3	2	1

PRÁXIA GLOBAL

Coordenação óculo-manual	4	3	2	1
Coordenação óculo-pedal	4	3	2	1
Dismetria	4	3	2	1

Dissociação:

Membros Superiores	4	3	2	1
Membros Inferiores	4	3	2	1
Agilidade	4	3	2	1

PRÁXIA FINA

Coordenação Dinâmica Manual 4 3 2 1

Tamborilar 4 3 2 1

Velocidade-precisão 4 3 2 1

• Número de pontos 4 3 2 1

• Número de cruces 4 3 2 1

ANEXO III:

Folha de Cotação do Teste de Proficiência Motora

TPMBO 2

Não
fotocopiar

Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

Tradução e adaptação da 2ª Edição do Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency de Bruininks & Bruininks (2005). *Exclusivamente para fins de investigação. C. Duarte, J. Carvalho, A. Rodrigues & P. Morato.*

Nome Examinando _____

Género _____ Ano de Escolaridade _____

Escola _____

Nome do Examinador _____

	Ano	Mês	Dia
Data da Avaliação	_____	_____	_____
Data de Nascimento	_____	_____	_____
Idade Cronológica	_____	_____	_____
Mão Preferida no Desenho:	Direita	Esquerda	
Mão/Braço Preferido no Lançamento:	Direita	Esquerda	
Pé/Perna Preferida:	Direita	Esquerda	

Observações Comportamentais e Outras

Existem algumas considerações que podem ter afectado a precisão dos resultados?

Foram realizadas adaptações para deficiências físicas?

Outras observações importantes a referir:

	Fraco	Médio	Bom	Excelente
Atenção	1	2	3	4
Fluidez do Movimento	1	2	3	4
Esforço	1	2	3	4
Compreensão	1	2	3	4

Subteste 1: Precisão Motora Fina		Res. Bruto									Pontuação	
1	Preenchimento de Formas – Círculo	<input type="text"/> pontos	Bruto	0	1	2	3					<input type="text"/>
			Pontos	0	1	2	3					
2	Preenchimento de Formas - Estrela	<input type="text"/> pontos	Bruto	0	1	2	3					<input type="text"/>
			Pontos	0	1	2	3					
3	Desenhar Linhas Através de Percursos – Labirinto Acidentado	<input type="text"/> erros	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0	<input type="text"/>
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	
4	Desenhar Linhas Através de Percursos – Labirinto Curvado	<input type="text"/> erros	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0	<input type="text"/>
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	
5	Ligação de Pontos	<input type="text"/> pontos	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<input type="text"/>
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	
6	Dobrar Papel	<input type="text"/> pontos	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<input type="text"/>
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	
7	Recortar um Círculo	<input type="text"/> pontos	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<input type="text"/>
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	




















Notas e Observações

Pontuação Total
Subteste 1
(max=41)

Subteste 2: Integração Motora Fina	Forma Básica	Fecho	Bordas	Orientação	Sobreposição	Dimensão Global	Res. Bruto	Pontuação
1 Copiar um Círculo	0 1	0 1	0 1			0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Copiar um Quadrado	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Copiar Círculos Sobrepostos	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Copiar uma Linha Ondulada	0 1		0 1	0 1		0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Copiar um Triângulo	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 Copiar um Losango	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 Copiar uma Estrela	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 Copiar Lápis Sobrepostos	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Notas e Observações

Pontuação Total
Subteste 2
(max=40)




Subteste 3: Destreza Manual			Res. Bruto													Pontuação
			Ensaio 1	Ensaio 2	Bruto	0-4	5-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	≥51	
1	Fazer Pontos em Círculos	 15 seg	 círculos		Bruto	0-4	5-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	≥51	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2	Transferir Moedas	 15 seg	 moedas	 moedas	Bruto	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3	Colocar Pinos numa Prancha	 15 seg	 pinos	 pinos	Bruto	0-2	3	4	5	6	7	8	9	10	≥11	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4	Separar Cartas	 15 seg	 cartas	 cartas	Bruto	0-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-20	21-24	≥25	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5	Enfiar Blocos	 15 seg	 blocos	 blocos	Bruto	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥10	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Notas e Observações

Pontuação Total
Subteste 3
(max=45)



Forma Reduzida

Subteste 1: Precisão Motora Fina		Res. Bruto										Pontuação				
3	Desenhar Linhas Através de Percursos - Labirinto	<input type="text"/>	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0	<input type="text"/>				
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7					
		erros														
6	Dobrar Papel	<input type="text"/>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<input type="text"/>				
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7					
		pontos														
Subteste 2: Integração Motora Fina		Forma Básica	Fecho	Bordas	Orientação	Sobreposição	Dimensão Global	Res. Bruto								
2	Copiar um Quadrado	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
7	Copiar uma Estrela	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Subteste 3: Destreza Manual		Res. Bruto														
		Ensaio 1	Ensaio 2													
2	Transferir Moedas  15 seg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	<input type="text"/>	
				Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
		moedas	moedas													
Subteste 4: Coordenação Bilateral		Res. Bruto														
		Ensaio 1	Ensaio 2													
3	Saltar no Mesmo Sítio – Mesmos Lados Sincronizados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0	1	2-4	5							<input type="text"/>	
				Pontos	0	1	2	3								
		saltos	saltos													
6	Bater os Pés e os Dedos – Mesmos Lados Sincronizados	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0	1	2-4	5-9	10						<input type="text"/>	
				Pontos	0	1	2	3	4							
		batidas	batidas													
Subteste 5: Equilíbrio		Res. Bruto														
		Ensaio 1	Ensaio 2													
2	Andar Sobre uma Linha	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0	1-2	3-4	5	6						<input type="text"/>	
				Pontos	0	1	2	3	4							
		passos	passos													
7	Manter-se em Apoio Unipodal sobre uma Trave – Olhos Abertos  10 seg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0.0-0.9	1.0-2.9	3.0-5.9	6.0-9.9	10						<input type="text"/>	
				Pontos	0	1	2	3	4							
		segundos	segundos													
Subteste 6: Corrida de Velocidade e Agilidade		Res. Bruto														
		Ensaio 1	Ensaio 2													
3	Saltar em Apoio Unipodal no Mesmo Sítio  15 seg	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0	1-2	3-5	6-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-39	40-49	≥50	<input type="text"/>
				Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
		saltos	saltos													
Subteste 7: Coordenação dos Membros Superiores		Res. Bruto														
		Ensaio 1	Ensaio 2													
1	Largar e Apanhar a Bola – Duas Mãos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0	1	2	3	4	5						<input type="text"/>
				Pontos	0	1	2	3	4	5						
		capturas														
6	Driblar uma Bola – Alternando Mãos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Bruto	0	1	2	3	4-5	6-7	8-9	10				<input type="text"/>
				Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7				
		dribles	dribles													

Subteste 8: Força		Res. Bruto												
2a	Flexões de Braços – Pernas em Flexão Ou (circundar um)	<input type="checkbox"/>	Bruto	0	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	≥36	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2b	Flexões de Braços – Pernas em Extensão	flexões <input type="checkbox"/>												
3	Abdominais	<input type="checkbox"/>	Bruto	0	1-2	3-5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	≥36	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
		abdominais <input type="checkbox"/>												

Resultado Padrão Total

Forma Reduzida
(max=88)



ANEXO IV:

Inventário de Comportamento da Criança para Pais

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PAIS

(T. M. Achenbach, 1991)

Nome da criança Sexo

Idade Data de nascimento ___/___/___ Ano de escolaridade

Tipo de trabalho do pai

Tipo de trabalho da mãe

Questionário preenchido por:

Data de preenchimento ___/___/___

Por favor, responda a este questionário de maneira a exprimir a sua opinião acerca do comportamento do seu filho(a). Se assim o entender, pode escrever os comentários que quiser no espaço indicado para o efeito na página 4.

I-A. Por favor, faça uma lista dos desportos em que o seu filho (a) gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, andar de bicicleta, etc.

I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles?

I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles?

	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
_____ Nenhum								
a. _____	—	—	—	—	—	—	—	—
b. _____	—	—	—	—	—	—	—	—
c. _____	—	—	—	—	—	—	—	—

II-A. Por favor, faça uma lista dos passatempos, actividades e jogos (fora os desportos) que o seu filho(a) prefere. Por exemplo: selos, bonecas, livros, piano, trabalhos manuais, canto, etc. (Não incluir rádio ou TV):

II-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles?

II-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles?

	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
___ Nenhum								
a. _____	___	___	___	___	___	___	___	___
b. _____	___	___	___	___	___	___	___	___
c. _____	___	___	___	___	___	___	___	___

III-A. Por favor, faça uma lista de organizações, clubes, equipas, ou grupos a que o seu filho (a) pertence. Por exemplo: escutismo, associações desportivas, etc.

III-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, que grau é activo(a) em cada um?

	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
___ Nenhum				
a. _____	___	___	___	___
b. _____	___	___	___	___
c. _____	___	___	___	___

IV-A. Por favor, indique os pequenos trabalhos ou tarefas que o seu filho(a) faz. Por exemplo: ir às compras, arrumar o seu quarto, lavar a louça, tomar conta de crianças, etc.

IV-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que executa essas tarefas?

	Não sei	Abaixo da média	Na média	Acima da média
___ Nenhum				
a. _____	___	___	___	___
b. _____	___	___	___	___
c. _____	___	___	___	___

V-1. Aproximadamente quantos (as) amigos (as) íntimos (as) tem o seu filho(a)? (Não inclua os irmãos)

___ Nenhum ___ 1 ___ 2 ou 3 ___ 4 ou mais.

V-2. Aproximadamente quantas vezes por semana se encontra com eles fora do horário escolar?

___ Menos do que uma ___ 1 ou 2 ___ 3 ou mais.

VI-A. Em comparação com outras crianças da sua idade como é que o seu filho(a):

	Pior	Mais ou menos a mesma coisa	Melhor
a. Se dá com os irmãos?	—	—	—
b. Se dá com as outras crianças?	—	—	—
c. Se comporta com os seus pais?	—	—	—

VI-B. d. Brinca e trabalha sozinho?

— — —

VII-1. Rendimento escolar actual (para crianças com 6 A ou mais velhas):

___ Não anda na escola	Não satisfaz	Abaixo da média	Na média	Acima da média
a. Leitura ou Língua Portuguesa	—	—	—	—
b. Escrita, Redacção	—	—	—	—
c. Aritmética ou Matemática	—	—	—	—
d. História ou Estudos Sociais	—	—	—	—
Outras disciplinas (Línguas, Geografia)				
e. _____	—	—	—	—
f. _____	—	—	—	—
g. _____	—	—	—	—

VII-2. O seu filho(a) frequenta uma classe ou escola de ensino especial? ___ Não ___ Sim.

De que tipo?

.....

VII-3. O seu filho(a) já repetiu algum ano? ___ Não ___ Sim. Indicar ano e razão:

.....

.....

VII-4. O seu filho(a) tem algum problema de aproveitamento ou de outro tipo na escola? ___ Não ___ Sim.

Por favor descreva

.....

Quando começaram esses problemas?.....

.....

Esses problemas já terminaram? Não Sim. Quando?

seu filho(a) tem alguma doença ou deficiência física ou mental? Não Sim

Descreva

.....

que é que mais o(a) preocupa no seu filho(a)?.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Descreva as melhores qualidades do seu filho(a):.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Por favor escreva, se assim o desejar, quaisquer comentários respeitantes ao comportamento do seu filho(a).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é **actualmente** ou tem sido durante **os últimos 6 meses**. Coloque um círculo à volta do **2** se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é **verdadeira**. Se a descrição só **às vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do **1**. Se a descrição **não for verdadeira**, coloque um círculo no **0**. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam ao seu filho(a).

0 = Não Verdadeira (tanto quanto sabe)

1 = Às Vezes Verdadeira

2 = Muito Verdadeira

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Tem alergias (descreva): |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Discute por tudo e por nada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Tem asma |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Não tem controlo intestinal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. É fanfarrão ou gabarola |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento durante muito tempo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões
(descreva): |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperactivo(a) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Queixa-se de solidão |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Chora muito |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. É cruel para com os animais |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. É cruel, violento(a) ou mesquinho(a) para com os outros |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. Exige muita atenção |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. Destroí as suas próprias coisas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. Destroí coisas da sua família ou das outras crianças |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. É desobediente em casa |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. É desobediente na escola |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. Não come bem |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. Não se dá bem com outras crianças |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 27. É ciumento(a), dado(a) a invejas |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais): |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola)
(descreva-os): |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 30. Tem medo de ir para a escola |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal |

- 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)
- 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
- 1 2 34. Sente que os outros andam atrás dele (a) para o(a) apanharem (sente-se perseguido)
- 1 2 35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
- 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
- 1 2 37. Mete-se em muitas bulhas
- 1 2 38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
- 1 2 39. Anda com outros que se metem em sarilhos
- 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):
-
- 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
- 1 2 42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
- 1 2 43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a)
- 1 2 44. Rói as unhas
- 1 2 45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
- 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):
-
- 1 2 47. Tem pesadelos
- 1 2 48. Os outros miúdos não gostam dele(a)
- 1 2 49. Sofre de prisão de ventre, não faz trabalhar os intestinos
- 1 2 50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 1 2 51. Tem tonturas
- 1 2 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 1 2 53. Come demais
- 1 2 54. Cansa-se demais
- 1 2 55. Tem peso excessivo
- 1 2 56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 1 2 a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- 1 2 b) Dores de cabeça
- 1 2 c) Náuseas, enjoos
- 1 2 d) Problemas de visão (descreva-os):
-
- 1 2 e) Irritações cutâneas ou outros problemas da pele
- 1 2 f) Dores de estômago ou câibras
- 1 2 g) Vômitos
- 1 2 h) Outros problemas (descreva-os):
-
- 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas
- 1 2 58. Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva):
-
- 1 2 59. Brinca com os órgãos sexuais em público
- 1 2 60. Brinca demasiadamente com o seu próprio sexo
- 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 1 2 62. Tem má coordenação motora, é desajeitado(a)
- 1 2 63. Prefere andar com crianças mais velhas
- 1 2 64. Prefere andar com crianças mais novas

- 1 2 65. Recusa-se a falar
- 1 2 66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):
-
- 1 2 67. Foge de casa
- 1 2 68. Grita muito
- 1 2 69. É reservado(a), guarda as coisas para si
- 1 2 70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):
-
- 1 2 71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
- 1 2 72. Pega fogo de propósito
- 1 2 73. Tem problemas sexuais (descreva):
-
- 1 2 74. Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas
- 1 2 75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
- 1 2 76. Dorme menos do que a maior parte das crianças
- 1 2 77. Dorme mais do que a maior parte das crianças durante o dia e/ou a noite (descreva):
-
- 1 2 78. Suja-se ou brinca com as fezes
- 1 2 79. Tem problemas de fala (descreva):.....
- 1 2 80. Tem um olhar fixo e vazio
- 1 2 81. Rouba em casa
- 1 2 82. Rouba fora de casa
- 1 2 83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):
-
- 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva):.....
-
- 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva):.....
-
- 1 2 86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
- 1 2 87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente
- 1 2 88. Amua facilmente
- 1 2 89. É desconfiado(a)
- 1 2 90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena
- 1 2 91. Fala em matar-se
- 1 2 92. Fala ou anda durante o sono (descreva):
- 1 2 93. Fala demasiado
- 1 2 94. Arrelija muito os outros
- 1 2 95. Tem birras, exalta-se facilmente
- 1 2 96. Pensa demasiado em sexo
- 1 2 97. Ameaça as outras pessoas
- 1 2 98. Chupa o dedo
- 1 2 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 1 2 100. Tem dificuldades em dormir (descreva):
-
- 1 2 101. Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão
- 1 2 102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia

- 0 1 2 103. Parece infeliz, triste, deprimido(a)
- 0 1 2 104. É invulgarmente barulhento(a)
- 0 1 2 105. Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica (descreva):
-
- 0 1 2 106. Destroí coisas por simples maldade (vandalismo)
- 0 1 2 107. Faz xi-xi nas roupas durante o dia
- 0 1 2 108. Faz xi-xi na cama
- 0 1 2 109. Choraminga
- 0 1 2 110. Gostaria de ser do sexo oposto
- 0 1 2 111. Isola-se, não se mistura com os outros
- 0 1 2 112. Preocupa-se muito
- 0 1 2 113. Por favor indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham ainda sido referidos:
- 0 1 2
- 0 1 2
- 0 1 2

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODOS AS QUESTÕES.

SUBLINHE AS QUE O (A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR

ANEXO V:

Inventário de Comportamento da Criança para Professores

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PROFESSORES

(T. M. Achenbach, 1991)

Nome do aluno(a).....Sexo.....
Idade..... Data de nascimento ___/___/___ Ano de escolaridade.....
Questionário preenchido por: Professor(a)..... Outro (especificar):.....
Data de preenchimento ___/___/___

Por favor, responda a este questionário o melhor que puder, mesmo que não disponha de informação completa.
Se assim o entender, pode escrever os comentários adicionais ao lado de cada item ou no espaço indicado para o efeito na página 2.

I. Há quanto tempo conhece este(a) aluno(a)?.....

II. Até que ponto acha que o(a) conhece? Não muito bem ___ Razoavelmente ___ Muito bem ___

III. Quanto tempo por semana é que ele (a) passa na sua aula?.....

IV. De que tipo de aula é que se trata? (Por favor, concretize ano, fase, disciplina).....

V. Já alguma vez o (a) aluno(a) frequentou turmas, serviços ou aulas de ensino especial, ou precisou de aulas de apoio?

Não sei ___ Não ___ Sim ___ De que tipo e quando?.....

VI. Já repetiu algum ano? Não sei ___ Não ___ Sim ___ Ano e motivo:.....

VII. Rendimento escolar actual - Indique as várias disciplinas e marque na coluna apropriada o nível de desempenho

DISCIPLINA	Muito abaixo do nível esperado para a sua idade	Um pouco abaixo do nível esperado para a sua idade	Dentro do nível esperado para a sua idade	Um pouco acima do nível esperado para a sua idade	Bastante acima do nível esperado para a sua idade
1. _____	—	—	—	—	—
2. _____	—	—	—	—	—
3. _____	—	—	—	—	—
4. _____	—	—	—	—	—
5. _____	—	—	—	—	—
6. _____	—	—	—	—	—
7. _____	—	—	—	—	—
8. _____	—	—	—	—	—
9. _____	—	—	—	—	—

VIII. Em comparação com a média dos alunos da mesma idade:

	Muito menos	Um bocado menos	Ligeiramente menos	Igual à média	Um bocado mais	Muito mais
1. É aplicado(a)?	—	—	—	—	—	—
2. Comporta-se de maneira adequada?	—	—	—	—	—	—
3. Qual o seu nível de aprendizagem?	—	—	—	—	—	—
4. É feliz?	—	—	—	—	—	—

IX. Resultados mais recentes de testes ou provas de rendimento escolar (se disponíveis):

Nome do teste/provas	Disciplina	Data	Resultado (percentil ou nível relativo ao ano em questão)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

X. Testes de avaliação psicológica e/ou pedagógica (se disponíveis):

Nome do teste	Data	Resultados
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

O aluno(a) tem alguma doença ou alguma deficiência física ou mental? Não Sim Descreva:

Que é que mais o(a) preocupa a respeito deste (a) aluno?

Por favor descreva os aspectos mais positivos deste(a) aluno(a):

Por favor escreva os comentários que julgar convenientes acerca do trabalho, comportamento ou potencial deste aluno(a), usando, se necessário, folhas suplementares

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características dos alunos. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como este(a) aluno(a) é **actualmente** ou tem sido durante **os últimos 2 meses**. Coloque um círculo à volta do **2** se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é **verdadeira**. Se a descrição só **às vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do **1**. Se a descrição **não for verdadeira**, coloque um círculo no **0**. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam a este aluno(a).

0= Não Verdadeira (tanto quanto sabe)
1= Um Pouco ou Às Vezes Verdadeira
2= Muito Verdadeira

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2. Faz zunzuns com os lábios fechados ou outros barulhos esquisitos na aula |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3. Discute por tudo e por nada |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4. Não consegue acabar as coisas que começa |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6. Desafiador, refila com os professores e funcionários |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 7. É fanfarrão ou gabarola |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 8. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento (a) durante muito tempo |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões (descreva) |
| | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperactivo (a) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 12. Queixa-se de solidão |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 13. Parece confuso(a) ou desorientado(a) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 14. Chora muito |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 15. Tem gestos e movimentos de irrequietude ou desassossego |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 16. É cruel, violento(a) ou é mesquinho(a) para com os outros |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 19. Exige muita atenção |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 20. Destroí as suas próprias coisas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 21. Destroí coisas da sua família ou das outras crianças |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 22. Tem dificuldade em seguir instruções |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 23. É desobediente na escola |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 24. Perturba os colegas |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 25. Não se dá bem com outras crianças |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 27. É invejoso(a) por tudo e por nada |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais): |
| | | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola)
(descreva-os): |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 30. Tem medo de ir para a escola |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal |

- 0 1 2 32. Sente que tem de ser perfeito(a)
- 0 1 2 33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a)
- 0 1 2 34. Sente que os outros andam atrás dele (a) para o(a) apanharem (sente-se perseguido)
- 0 1 2 35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
- 0 1 2 36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
- 0 1 2 37. Mete-se em muitas bulhas
- 0 1 2 38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
- 0 1 2 39. Anda com outros que se metem em sarilhos
- 0 1 2 40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):
-
- 0 1 2 41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
- 0 1 2 42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
- 0 1 2 43. É mentiroso(a) ou batoteiro(a)
- 0 1 2 44. Rói as unhas
- 0 1 2 45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
- 0 1 2 46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):
-
- 0 1 2 47. É demasiado escrupuloso(a) no respeito pelas normas
- 0 1 2 48. Os colegas não gostam dele(a)
- 0 1 2 49. Tem dificuldade em aprender
- 0 1 2 50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
- 0 1 2 51. Tem tonturas
- 0 1 2 52. Sente-se demasiado culpado(a)
- 0 1 2 53. Fala sem ser a sua vez
- 0 1 2 54. Cansa-se demais
- 0 1 2 55. Tem peso excessivo
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- 0 1 2 a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- 0 1 2 b) Dores de cabeça
- 0 1 2 c) Náuseas, enjoos
- 0 1 2 d) Problemas de visão (descreva-os):
- 0 1 2 e) Irritações cutâneas ou outros problemas da pele
- 0 1 2 f) Dores de estômago ou câibras
- 0 1 2 g) Vômitos
- 0 1 2 h) Outros problemas (descreva-os):
-
- 0 1 2 57. Agride fisicamente as pessoas
- 0 1 2 58. Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo
- 0 1 2 59. Dorme na aula
- 0 1 2 60. Mostra-se apático(a) ou desmotivado(a)
- 0 1 2 61. O seu trabalho escolar é fraco
- 0 1 2 62. Tem má coordenação motora, é desajeitado(a)
- 0 1 2 63. Prefere andar com crianças mais velhas
- 0 1 2 64. Prefere andar com crianças mais novas
- 0 1 2 65. Recusa-se a falar

- 0 1 2 66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):
- 0 1 2 67. Perturba a disciplina da aula
- 0 1 2 68. Grita muito
- 0 1 2 69. É reservado(a), guarda as coisas para si
- 0 1 2 70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):
- 0 1 2 71. Mostra-se embaraçada(a) ou pouco à vontade
- 0 1 2 72. O seu trabalho é sujo e/ou confuso
- 0 1 2 73. Comporta-se de maneira irresponsável para a sua idade (descreva):
- 0 1 2 74. Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas
- 0 1 2 75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
- 0 1 2 76. O seu comportamento é explosivo e imprevisível
- 0 1 2 77. Os seus desejos têm de ser satisfeitos imediatamente, fica facilmente frustrado (a)
- 0 1 2 78. É desatento, distrai-se facilmente
- 0 1 2 79. Tem problemas da fala (descreva):
- 0 1 2 80. Tem um olhar fixo e vazio
- 0 1 2 81. Fica magoado(a) quando é criticado(a)
- 0 1 2 82. Rouba
- 0 1 2 83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):
- 0 1 2 84. Tem comportamentos estranhos (descreva):.....
- 0 1 2 85. Tem ideias estranhas (descreva):
- 0 1 2 86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
- 0 1 2 87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente
- 0 1 2 88. Amua facilmente
- 0 1 2 89. É desconfiado(a)
- 0 1 2 90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena
- 0 1 2 91. Fala em matar-se
- 0 1 2 92. Tem fraco aproveitamento, trabalha abaixo das suas capacidades
- 0 1 2 93. Fala demasiado
- 0 1 2 94. Arrelia muito os outros
- 0 1 2 95. Tem birras, exalta-se facilmente
- 0 1 2 96. Pensa demasiado em sexo
- 0 1 2 97. Ameaça as outras pessoas
- 0 1 2 98. Chega atrasado à escola ou à aula
- 0 1 2 99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
- 0 1 2 100. Não consegue fazer o que lhe mandam
- 0 1 2 101. Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão
- 0 1 2 102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia
- 0 1 2 103. Parece infeliz, triste, deprimido(a)

- 1 2 104. É invulgarmente barulhento(a)
- 1 2 105. Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica
(descreva):
- 1 2 106. Preocupa-se demasiado em agradar
- 1 2 107. Não gosta da escola
- 1 2 108. Tem receio de cometer erros
- 1 2 109. Choramíngua
- 1 2 110. Tem um aspecto pouco asseado
- 1 2 111. Isola-se, não se mistura com os outros
- 1 2 112. Preocupa-se muito
- 1 2 113. Por favor indique outros problemas deste aluno(a) que não tenham ainda sido referidos:
.....
.....
.....

VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES
MUITO OBRIGADO PELA COLABORAÇÃO

ANEXO VI:

Crianças Acompanhadas

Nome	Data Nasc.	Consulta	Motivo da Consulta	Diagnóstico	Intervenção	Observações
R. P.	22-01-2004	Neuropediatria	Dificuldades na relação e na comunicação		Observação → Grupo	Grupo 2
M. A.	14-03-2006	Desenvolvimento	Atraso Global do Desenvolvimento	PEA	Observação	Alta para T. Fala 12/2011
C. S.	08-11-2003	Desenvolvimento	Dificuldades motoras globais; dificuldades socialização	PCM	Observação → Grupo	Grupo 2
M. L.	29-09-2004	Neuropediatria	Dificuldades na motricidade fina e coordenação motora; Imaturidade	PCM	Observação → Grupo	Grupo 2
J. N. (♀)	27-04-2004	Desenvolvimento	Quedas frequentes; Dificuldades na coordenação motora		Avaliação	Alta
P. C.	18-11-2004	Reabilitação Pediátrica	Avaliação PM e orientação para terapia comportamental		Observação → Grupo	Grupo 2
E. S.	19-02-2003	Desenvolvimento	Alteração do comportamento (inseguro/tímido/ansioso); dificuldades de socialização; dificuldades linguagem expressiva e		Avaliação (Ob) → Grupo	Grupo 2

			compreensiva			
S. A. (♀)	28-01-2005	Desenvolvimento			Observação	Estagiária (1º Ciclo)
H. V.	27-09-2007	Neuropediatria		ADPM	Avaliação → Individual	Estagiária → Técnica
J. L. C.	15-01-2005	Neuropediatria	Grandes dificuldades na coordenação e no planeamento motor	PCM	Individual → Grupo	Grupo 1
T. L.	19-03-2005	Desenvolvimento	Dificuldade motoras globais; dificuldade de atenção	ADPM	Avaliação	Alta
J. A.	18-03-2005	Neuropediatria	Dificuldades motoras globais; imaturidade		Individual → Grupo	Grupo 1
P. C. C.	16-04-2003	Desenvolvimento	Dificuldades no controlo motor, grande agitação, pouca persistência	ADPM	Individual	Alta
D. M.	13-07-2005	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades de coordenação, ritmo e equilíbrio		Avaliação → Individual	Intervenção Individual
D. G.	20-10-2008	Neuropediatria	Atraso global do desenvolvimento	ADPM	Observação	
M. M. (♀)	24-06-2003	Neuropediatria	Dificuldade motoras globais; dificuldade de atenção		Observação	

B. Q.	04-08-2004	Desenvolvimento	Comportamento de oposição importante	PDL	Avaliação (Ob)	Abandono
D. R.	07-08-2001	Desenvolvimento	Grande intolerância à frustração; agressividade	PHDA	Grupo	Grupo 4
G. A.	28-07-2002	Desenvolvimento	Muitas dificuldades na motricidade global; grafomotricidade e grafo perceptiva	PEA	Grupo	Grupo 4
J. S.	19-09-2002	Desenvolvimento	Dificuldades na coordenação, planeamento; comportamento oposição/desafio	PHDA	Grupo	Grupo 4
J. P.	02-11-2001	Desenvolvimento	Défice no planeamento motor; Défice na motricidade fina; Défice na integração sensorial; Comportamento muito agitado		Grupo	Grupo 4
R. L.	03-01-2002	Desenvolvimento	Particularidades na comunicação e na relação; dificuldades motoras globais	PEA	Grupo	Grupo 4
T. D.	20-08-2002	Desenvolvimento	Dificuldades coordenação motora; dificuldades socialização	PEA	Grupo	Grupo 4

T. M.	26-11-2005	Desenvolvimento	Agitação motora; Défice de atenção/concentração; Atraso do Desenvolvimento Psicomotor Ligeiro	ADPM	Grupo	Grupo 3
R. F.	02-07-2005	Desenvolvimento	Imaturidade na gestão do comportamento; interesses restritos	PEA	Grupo	Grupo 3
J. C.	10-07-2006	Desenvolvimento		PCM	Grupo	Grupo 3
B. S.	11-05-2006	Desenvolvimento	Particularidade na relação e comunicação. Imaturidade.		Individual → Grupo	Grupo 3
P. S.	08-06-2005	Desenvolvimento	ADPM que antevê dificuldades cognitivas importantes. Particularidades na relação e socialização e alguns rituais. Sem planeamento motor.	ADPM	Avaliação → Grupo	Grupo 1
A.P.	28-09-2005	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades na motricidade fina		Avaliação	Alta
B.P.	25-10-2005	Neuropediatria	Grande instabilidade motora; dificuldades motoras globais	ADPM e PHDA	Individual	Intervenção Individual
T. F.	17-04-2006	Reabilitação Pediátrica			Individual	Intervenção Individual

I. C. (♀)	03-04-2000	Desenvolvimento	Dificuldades motoras globais	PHDA/ PCM	Avaliação	Alta
M. R. A.	17-12-2003	Desenvolvimento	Dificuldade na coordenação e planeamento motor. Dificuldade no controlo dos impulsos	Défice cognitivo e perturbação do comportamento.	Avaliação	Técnica (Julho)
P. N.	19-10-2003	Desenvolvimento		PHDA	Avaliação	Técnica (Julho)
S. N.	04-04-2008	Desenvolvimento	Comportamento de oposição, atraso no desenvolvimento da linguagem, particularidades da comunicação e relação	ADPM	Avaliação	Intervenção Individual → Técnica (Julho)
G. S.	25-02-2005	Desenvolvimento		PEA	Avaliação	Alta
D. G.	15-09-2005	Desenvolvimento		PEA	Observação	Técnica
E. B. (♀)	12-05-2009	Reabilitação Pediátrica		Síndrome Cat-eye	Observação	Técnica (Setembro)

ANEXO VII:

Exemplo de Relatório de Avaliação

Relatório da Observação/Avaliação Psicomotora

I.C.

D.N.: 03/04/2000

A I.C., no momento da avaliação com 11 anos e 9 meses, realizou uma avaliação formal no âmbito da consulta de Reabilitação Pediátrica (Dr.^a Susana Almeida), por apresentar dificuldades globais da motricidade, da motricidade fina e planeamento motor. A avaliação formal teve por base um teste de proficiência motora (TPMBO - 2) e a bateria psicomotora (BPM, Vítor da Fonseca).

Num primeiro contacto, a I.C. apresenta um contacto inibido e um pouco tímido. Com o desenrolar da sessão, é simpática e conversadora, faz algumas perguntas mas apresenta dificuldade depois em seguir e a organizar uma actividade. Mantém atenção por curtos períodos de tempo e apresenta dificuldades na compreensão de tarefas mais complexas. Ao longo de toda a avaliação manteve o mesmo registo.

Da aplicação do TPMBO-2 e da BPM, apresenta resultados heterogéneos, indicando a presença de algumas dificuldades psicomotoras específicas. Quando analisado cada factor individualmente, os resultados seguem a mesma direcção.

No que diz respeito ao nível tónico, fundamental na regulação dos estados mentais e de alerta, a I.C. apresenta um perfil hipertónico. Apresenta dificuldades na extensibilidade e na passividade dos membros inferiores e superiores, bem como na descontração voluntária dos membros.

No controlo do corpo, que inclui o equilíbrio e a coordenação dos segmentos, apresenta domínio postural na maior parte das tarefas executas, apresentando algumas dificuldades em tarefas em que a sua base de sustentação é reduzida (e.g.: equilíbrio em ponta dos pés, apoio num pé). No controlo motor do corpo em situações de coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores, realiza as tarefas sem apresentar muitas dificuldades.

No que diz respeito à noção de corpo, nomeia todas as partes do corpo e o lado a que correspondem, não sabendo apenas designar o cotovelo e o dedo médio. Reconhece a direita e a esquerda no seu próprio corpo e no corpo do outro. Em relação ao desenho do

corpo, a I.C. esboça vários pormenores anatómicos (e.g.: cabelos, cabeça, olhos, nariz, boca, sobancelhas, pescoço, braços, pernas, dedos das mãos, ...). Apresenta um desenho completo, simétrico e com apenas algumas distorções ao nível da proporção. Ainda no que diz respeito à noção do corpo, a imitação de gestos que envolve a recepção, análise, retenção e reprodução de posturas e gestos, apresenta algumas dificuldades da memorização das sequências de gestos e na sua reprodução.

Na estruturação espaço-temporal, demonstra dificuldades na organização do corpo e de objectos no tempo e no espaço. Revela algumas dificuldades na memorização sequencial visual a curto prazo de estruturas espaciais.

Na realização de tarefas motoras globais, apresenta um bom desempenho, demonstrando uma adequada coordenação dos movimentos pedais com referências perceptivo-visuais. No que diz respeito à dissociação de membros, a I.C. apresenta algumas dificuldades na planificação e execução motora de vários gestos intencionais sequencializados.

No controlo da motricidade fina, apresenta resultados heterogéneos. Nas tarefas propostas de maior precisão motora, como a realização de labirintos e o recorte de uma forma, apresenta um bom desempenho. O mesmo se verifica em tarefas como unir pontos e o copiar de algumas formas, no entanto, exhibe algumas dificuldades em formas como o losango, a estrela e os dois lápis sobrepostos. Em tarefas que envolvam a manipulação de ambas as mãos, as tarefas são executadas lentamente e com algumas dificuldades. De modo geral, apresentou algumas dificuldades no controlo dos movimentos das mãos e dedos.

Em conclusão, a I.C. apresenta um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo. Demonstra um bom desenvolvimento psicomotor ao nível do equilíbrio, da noção do corpo e da motricidade global. Apresenta maiores dificuldades nas tarefas mais directamente relacionadas com os níveis de recepção, análise, memorização e planeamento, bem com a estruturação espaço-temporal e a praxia fina. Com tarefas mais curtas e com um nível de dificuldade adequado, consegue realizar as tarefas com maior sucesso.

Paralelamente às actividades escolares, a I.C. poderia beneficiar de actividades ligadas à música ou à dança, pois estas promovem capacidades como a concentração, a

memorização, a estruturação espacial e temporal, bem como a coordenação motora. Este tipo de actividades lúdicas permite, ainda, a expressão corporal, a exploração da imaginação e promove a criatividade.

Disponíveis para informações adicionais,

Almada, 13 de Fevereiro de 2012

A Psicomotricista Estagiária

A Psicomotricista

(Cátia Ornelas)

(Joana Carvalho)

ANEXO VIII:

Relatório de Intervenção do T.F.

Relatório de Intervenção

T.F.

D.N.: 17/04/2006

O T.F. começou a ser acompanhado em psicomotricidade desde Novembro de 2011, após avaliação psicomotora, no âmbito na consulta de Reabilitação Pediátrica (Dr.^a Cristina Duarte).

No momento da primeira avaliação, com 5 anos e 4 meses, o T.F. realizou uma avaliação com base num teste de proficiência motora (TPMBO-2), onde apresentou dificuldades ao nível do controlo motor fino, do controlo corporal e do equilíbrio.

Após esta avaliação, iniciou intervenção psicomotora. Da observação realizada durante as sessões, apresentou-se com uma grande instabilidade, com dificuldade em manter a atenção por longos períodos de tempo e, ainda, dificuldades no cumprimento de regras.

De um modo geral, apresentou-se simpático e muito comunicativo. Quando começava a falar, tinha dificuldade em ouvir o outro. Participou nas actividades propostas, embora, às vezes, mostrasse alguma reticência em realizá-las. Dispersava-se com alguma facilidade e necessitava de ser contido para se concentrar e realizar as tarefas. Durante as sessões, mostrou um comportamento de desafio para com o adulto, realizando as tarefas de forma desinvestida. A imposição de regras e de limites não era bem aceite pelo T.F., que tendia a contornar o estabelecido de forma a realizar o que desejava. Mesmo em actividades propostas que tinham em conta os seus gostos e interesses, este comportamento mantinha-se, apresentando um fraco empenho.

Em tarefas motoras globais melhorou o seu desempenho, mostrando um maior à vontade e segurança na realização deste tipo de actividades. Em tarefas que necessitavam maior nível de atenção e menor desempenho motor, mostrou-se muito irrequieto e pouco concentrado na tarefa. Teve dificuldade em permanecer muito tempo em trabalhos de mesa, mostrando pouca motivação e interesse.

Após o período de intervenção, o T.F. voltou a ser avaliado com 6 anos e 1 mês e realizou uma avaliação formal que teve por base um teste de proficiência motora (TPMBO - 2) e a bateria psicomotora (BPM, Vítor da Fonseca). Nessa avaliação, apresentou resultados heterogéneos, indicando a presença de dificuldades psicomotoras específicas.

Quando analisado cada factor individualmente, os resultados seguiram a mesma direcção. Os resultados obtidos no TPMBO-2 e na BPM são ilustrados na figura 1 e 2, em comparação com a primeira avaliação.

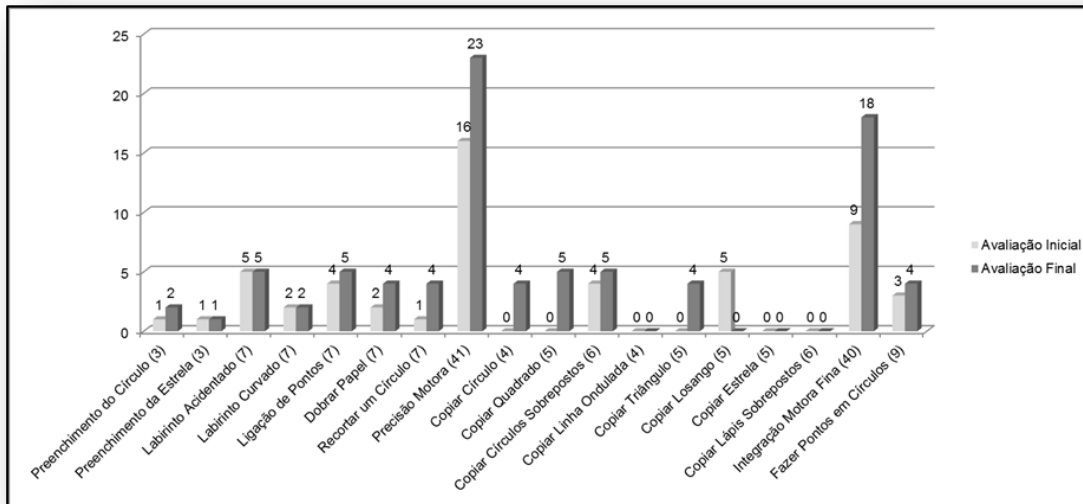


Figura1: Resultados da Avaliação Inicial e Final no TPMBO-2

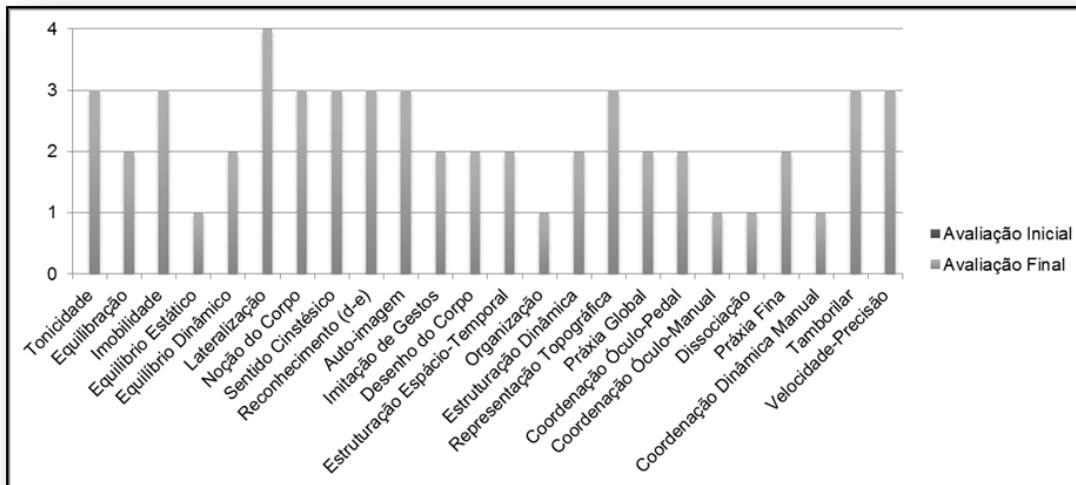


Figura 2: Resultado da Avaliação Final da BPM

No que diz respeito ao nível tónico, fundamental na regulação dos estados mentais e de alerta, o T.F. apresentou um perfil ligeiramente hipertónico, apresentando maiores dificuldades na extensibilidade dos membros superiores e inferiores. Nas tarefas de equilíbrio, apresentou um fraco domínio postural na maior parte das tarefas executas.

No que diz respeito à noção do corpo demonstrou um bom reconhecimento corporal, no entanto, apresentou dificuldades na observação e imitação de gestos. No desenho do

corpo esboçou poucos pormenores anatómicos, com distorções da forma e da proporção, e pouco investido. Na estruturação espaço-temporal, apresentou dificuldades na memorização de sequências visuais, no entanto, demonstrou uma boa capacidade de organização do corpo e de objectos no espaço.

Na execução de tarefas motoras globais, o T.F. apresentou um fraco desempenho, demonstrando uma desadequada coordenação dos movimentos podais e manuais com referências perceptivo-visuais. Na dissociação dos membros superiores e inferiores, apresentou uma adequada planificação e execução motora de vários gestos intencionais sequencializados. No controlo da motricidade fina, nas tarefas propostas de maior precisão motora como unir pontos, copiar formas e o recorte de formas, apresentou menores dificuldades na sua realização.

De um modo geral, mostrou-se uma criança com um comportamento muito instável e resistente na realização de algumas tarefas, necessitando de contenção exterior para as realizar. Ao longo de todo o período de intervenção, manteve uma postura de oposição, não investindo na realização das tarefas. Contudo, quando motivado e interessado nas tarefas, demonstrou ter menor dificuldade na sua execução. As suas maiores dificuldades surgem em tarefas de equilíbrio, na organização do corpo no espaço e na execução de actividades que envolvam o planeamento e a execução motora.

Assim, em contexto familiar, sugere-se a realização de jogos de regras (puzzles, jogos de tabuleiro, jogos de construção) que o ajudem a manter na tarefa, a gerir a capacidade de espera e a gestão da frustração, bem como o estabelecimento de regras e rotinas que regulem o seu comportamento. O T.F. poderá beneficiar da integração numa actividade física a seu gosto e adequada às suas características (por exemplo, karaté ou natação), que contribua para a melhoria da sua prestação motora.

De acordo com todas as observações descritas, será importante continuar a apoiar o T.F. em intervenção psicomotora para ajudá-lo a ultrapassar as suas dificuldades.

ANEXO IX:

Avaliação Inicial do S.N.

Teste de Avaliação do Desenvolvimento
“The Schedule of Growing Skills II”

Bellman, Lingam e Aukett, 1996

(Tradução e adaptação de Ana Fritz, Ana Nascimento, Andreia Pranto, Helena Lourenço,
Maria Carreto, Rosa Guimarães e Teresa Brandão Coutinho, 1999)

Nome: S.N.		Data de Avaliação: 20/03/2012	
Data de Nascimento: 04/04/2008		Idade: 47 Meses	
Responsável pela Observação:			
Itens	CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS	Pontuação	Cotação
Posição Supina			
1	Cabeça na linha média	1	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Levanta as pernas na vertical e olha para os pés	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Suspensão Ventral			
3	Cabeça alinhada com o corpo, ancas em semi-extensão	1	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Cabeça acima da linha do corpo, ancas e ombros em extensão	2	<input checked="" type="checkbox"/>
Tracção para a Posição Sentada			
5	Queda considerável da cabeça, quando o corpo está na vertical, controle momentâneo da cabeça antes da queda para a frente	1	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Pouca queda da cabeça	2	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Tracção pelas mãos, faz força para se sentar	3	<input checked="" type="checkbox"/>
Posição Sentada (apoiado pelo adulto)			
8	Costas moderadamente curvadas	1	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Costas direitas	2	<input checked="" type="checkbox"/>
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAS PASSIVAS			9
Itens	CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS		
Decúbito Ventral			
10	Cabeça de lado, joelhos flectidos sob o abdômen, com ancas levantadas (cintura pélvica em flexão), braços encostados ao tórax com os cotovelos flectidos	1	<input checked="" type="checkbox"/>
11	Levanta a cabeça momentaneamente, ancas elevadas (cintura pélvica em semi-flexão)	2	<input checked="" type="checkbox"/>
12	Levanta a cabeça e a região superior do peito, com apoio nos antebraços (sem flexão da cintura pélvica)	3	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Apoio peso nas palmas das mãos, com braço em extensão	4	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Coloca-se na posição de gatas	5	<input checked="" type="checkbox"/>
Posição de Sentada			
15	Mantém-se sentado momentaneamente sem apoio	1	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Mantém-se sentado por períodos prolongados (contar pelo menos	2	<input checked="" type="checkbox"/>

	até 10)		
17	Passa para posição sentado a partir de decúbito ventral ou dorsal	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Posição de pé (com apoio nas axilas ou ancas)		
18	Apoia algum peso nos membros inferiores	1	<input checked="" type="checkbox"/>
19	Apoia todo o peso nos membros inferiores	2	<input checked="" type="checkbox"/>
20	Mantém-se de pé agarrado (ex. mobília)	3	<input checked="" type="checkbox"/>
21	Põe-se de pé agarrado à mobília	4	<input checked="" type="checkbox"/>
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES POSTURAS ACTIVAS		12
Itens	CAPACIDADES LOCOMOTORAS		
	Movimento e Balanço		
22	Rebola e vira-se (apoiado sobre a barriga) para se deslocar	1	<input checked="" type="checkbox"/>
23	Tenta gatinhar ou arrastar-se (por vezes para trás)	2	<input checked="" type="checkbox"/>
24	Anda, seguro por ambas as mãos, apoiando todo o peso nos pés	3	<input checked="" type="checkbox"/>
25	Anda agarrado à mobília (ou empurra brinquedos com rodas)	4	<input checked="" type="checkbox"/>
26	Anda sozinho, pés afastados e braços levantados para manter o equilíbrio	5	<input checked="" type="checkbox"/>
27	Anda bem, pés ligeiramente afastados, consegue virar esquinas e parar subitamente	6	<input checked="" type="checkbox"/>
28	Apanha um objecto do chão sem cair	7	<input checked="" type="checkbox"/>
29	Corre com confiança, pára e inicia com cuidado evitando obstáculos	8	<input checked="" type="checkbox"/>
30	Salta elevando ambos os pés do chão	9	<input checked="" type="checkbox"/>
31	Anda em “bicos de pés”	10	<input checked="" type="checkbox"/>
32	Corre em “bicos de pés”	11	<input checked="" type="checkbox"/> Q
33	Dá 3 saltos ao pé coxinho	12	<input type="checkbox"/>
34	Anda, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé (ex. em cima de uma linha – pelo menos 4 passos)	13	<input type="checkbox"/>
35	Mantém-se 8 segundos em equilíbrio, em cada um dos pés	14	<input type="checkbox"/>
	Escadas		
36	Sobe escadas de gatas	1	<input checked="" type="checkbox"/>
37	Sobe escadas com a mão segura, colocando ambos os pés no mesmo degrau (sem alternância de pés)	2	<input checked="" type="checkbox"/>
38	Sobe e desce escadas, com confiança, sem alternância de pés	3	<input checked="" type="checkbox"/>
39	Sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, de modo independente	4	<input checked="" type="checkbox"/>
40	Sobe e desce escadas de modo independente, colocando um pé em cada degrau (padrão adulto)	5	<input checked="" type="checkbox"/>
41	Sobe escadas a correr	6	<input type="checkbox"/>
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES LOCOMOTORAS		16

Itens	CAPACIDADE MANIPULATIVAS		
Mãos			
42	Mãos fechadas e polegar flectido	1	<input checked="" type="checkbox"/>
43	Olha para as mãos e brinca com os dedos	2	<input checked="" type="checkbox"/>
44	Junta as mãos e aperta as palmas uma contra a outra	3	<input checked="" type="checkbox"/>
45	Preensão palmas (o objecto é agarrado pelo polegar e vários dedos, contactando com a palma da mão)	4	<input type="checkbox"/>
46	Transfere objectos de uma mão para a outra	5	<input checked="" type="checkbox"/>
47	Segura 2 cubos, um em cada mão e junta-os	6	<input checked="" type="checkbox"/>
48	Pega num pequeno objecto realizando pinça inferior (segura o objecto entre o polegar e outros dedos, sem oposição completa – ex. pinça lateral)	7	<input type="checkbox"/>
49	Pega num pequeno objecto realizando uma pinça nítida (oposição completa entre o polegar e o indicador)	8	<input checked="" type="checkbox"/>
50	Atira deliberadamente os brinquedos ao chão	9	<input checked="" type="checkbox"/>
51	Vira páginas de um livro (várias de cada vez)	10	<input type="checkbox"/>
52	Vira uma página de cada vez	11	<input checked="" type="checkbox"/>
53	Coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos	12	<input checked="" type="checkbox"/>
54	Coloca 8 pinos na tábua de encaixe em 30 segundos	13	<input type="checkbox"/>
Cubos			
55 c	Torre de 2 cubos	1	<input checked="" type="checkbox"/>
56 c	Torre de 3 cubos	2	<input checked="" type="checkbox"/>
57 c	Torre de 4-6 cubos	3	<input checked="" type="checkbox"/>
58 c	Torre de 7 ou mais cubos	4	<input checked="" type="checkbox"/>
59 c	Constrói ponte de cubos (com modelo à vista)	5	<input checked="" type="checkbox"/>
60 c	Constrói escada de 3 degraus com 6 cubos (com modelo à vista)	6	<input checked="" type="checkbox"/> Q
Desenho			
61 c	Rabisco para cá e para lá	1	<input checked="" type="checkbox"/>
62 c	Rabisco circular	2	<input checked="" type="checkbox"/>
63 c	Imita linha vertical e/ou horizontal	3	<input checked="" type="checkbox"/> Q
64 c	Imita círculo	4	<input checked="" type="checkbox"/> Q
65 c	Imita cruz	5	<input type="checkbox"/>
66 c	Copia quadrado	6	<input type="checkbox"/>
Desenho da Figura Humana			
67 c	Desenha cabeça e uma outra parte	1	<input checked="" type="checkbox"/>
68 c	Desenha cabeça, pernas e braços (dois)	2	<input type="checkbox"/>
69 c	Desenha cabeça, face, tronco, pernas e braços	3	<input type="checkbox"/>
PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES MANIPULATIVAS			23

Itens	CAPACIDADES VISUAIS		
	Função Visual		
70	Volta-se para a luz difusa (ex. janela)	1	<input checked="" type="checkbox"/>
71	Fixa momentaneamente um pom-pom a 30 cm de distância	2	<input checked="" type="checkbox"/>
72	Foca objecto (a 30 cm de distância) que balança com movimento pendular e segue-o com os olhos num trajecto de 90º	3	<input checked="" type="checkbox"/>
73	Segue objecto que balança, num trajecto de 180º	4	<input checked="" type="checkbox"/>
74	Converge os olhos com aproximação do objecto	5	<input checked="" type="checkbox"/>
75	Aponta com o indicador com precisão para objecto pequeno	6	<input checked="" type="checkbox"/>
	Compreensão Visual		
76 c	Observa objecto que cai, mas não o procura no chão (sem permanência do objecto)	1	<input checked="" type="checkbox"/>
77 c	Olha para o local correcto à procura do objecto que cai (permanência do objecto)	2	<input checked="" type="checkbox"/>
78 c	Procura o objecto escondido	3	<input checked="" type="checkbox"/>
79 c	Atento e interessado pelo movimento à distância (ex. através da janela, movimento de um pássaro, etc.)	4	<input checked="" type="checkbox"/>
80 c	Aponta com um dedo para objectos distantes	5	<input checked="" type="checkbox"/>
81 c	Mostra-se interessado em gravuras	6	<input checked="" type="checkbox"/>
82 c	Reconhece detalhes do Livro de Figuras	7	<input checked="" type="checkbox"/>
83 c	Completa o quadro de formas	8	<input checked="" type="checkbox"/>
84 c	Completa o quadro de peixes	9	<input checked="" type="checkbox"/>
85 c	Reconhece pequenos detalhes de figuras	10	<input checked="" type="checkbox"/>
86 c	Combina 2 cores	11	<input checked="" type="checkbox"/>
87 c	Combina 4 cores	12	<input checked="" type="checkbox"/>
88 c	Emparelha os 10 cartões de cores	13	<input type="checkbox"/>
89	Coopera em teste formal de visão – 6 metros (ex. Carta de Snellen)	14	<input type="checkbox"/>
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES VISUAIS		18
Itens	AUDIÇÃO E FALA		
	Função		
90	Assusta-se com ruído súbito	1	<input checked="" type="checkbox"/>
91	Responde à voz	2	<input checked="" type="checkbox"/>
92	Olha para o local de onde vem a voz da mãe	3	<input checked="" type="checkbox"/>
	Compreensão Auditiva		
93	Vira a cabeça em direcção a fonte sonora	1	<input checked="" type="checkbox"/>
94	Atento aos sons rotineiros	2	<input checked="" type="checkbox"/>
95	Compreende “não/adeus”	3	<input checked="" type="checkbox"/>

96	Reconhece o próprio nome	4	<input checked="" type="checkbox"/>
97	Mostra compreender os nomes de pessoas ou objectos familiares	5	<input checked="" type="checkbox"/>
98	Selecciona, a pedido, 2 a 4 objectos	6	<input checked="" type="checkbox"/>
99	Aponta para 2 partes do corpo nomeadas (ex. nariz e mãos)	7	<input checked="" type="checkbox"/>
100	Aponta para partes do corpo na boneca (ex. olhos e barriga)	8	<input checked="" type="checkbox"/>
101	Segue ordem de 2 passos (ex. “Dá de beber à boneca”, “Penteia o cabelo da boneca”)	9	<input checked="" type="checkbox"/>
102	Mostra compreender os verbos, utilizando as gravuras de actividades ou acções	10	<input checked="" type="checkbox"/>
103	Mostra compreender as funções dos objectos utilizando as gravuras	11	<input checked="" type="checkbox"/> Q
104	Mostra compreender as preposições (ex. debaixo, em cima, atrás, etc.)	12	<input type="checkbox"/>
105	Compreende adjectivos relacionados com a dimensão	13	<input type="checkbox"/>
106	Compreende negativos (ex. Qual é que não tem sapatos?)	14	<input checked="" type="checkbox"/>
107	Cumprir uma ordem com duas instruções (ex. “Põe a boneca no chão e depois vai fechar a porta”)	15	<input checked="" type="checkbox"/>
108	Compreende questões mais complicadas (ex. “O que fazes se te perderes?”)	16	<input type="checkbox"/>
109	Cumprir ordens com 3 instruções (ex. “Antes de dares o copo à mãe, põe a colher no chão e dá-me a boneca”)	17	<input type="checkbox"/>
110	Compreende negativos em frases complexas (ex. “Qual é que não serve nem para comer nem para beber”)	18	<input type="checkbox"/>
PONTUAÇÃO DA AUDIÇÃO E FALA			15
Itens	FALA E LINGUAGEM		
	Vocalização		
111	Faz sons guturais ocasionais	1	<input checked="" type="checkbox"/>
112	Vocaliza quando satisfeito	2	<input checked="" type="checkbox"/>
113	Ri e grita durante a brincadeira	3	<input checked="" type="checkbox"/>
114	Parla continuamente e com entoação	4	<input checked="" type="checkbox"/>
115	Imita sons de adultos, sons divertidos (ex. tosse, brr)	5	<input checked="" type="checkbox"/>
	Linguagem Expressiva		
116	Lalações incessantemente contendo essencialmente vogais e muitas consoantes	1	<input checked="" type="checkbox"/>
117	Usa uma palavra com significado	2	<input checked="" type="checkbox"/>
118	Comunica utilizando simultaneamente gestos e vocalizações	3	<input checked="" type="checkbox"/>
119	Usa várias palavras com significado (pelo menos 4)	4	<input checked="" type="checkbox"/>
120	Usa mais de 7 palavras com significado	5	<input checked="" type="checkbox"/>
121	Tenta repetir palavras usadas pelos outros	6	<input checked="" type="checkbox"/>
122	Junta 2 ou mais palavras para formar frases simples	7	<input checked="" type="checkbox"/>
123	Nomeia objectos e gravuras familiares	8	<input checked="" type="checkbox"/>
124	Discurso geralmente compreendida pela mãe	9	<input checked="" type="checkbox"/>
125	Usa palavras interrogativas (ex. “O quê?”, “Onde?”) e usa 2	10	<input type="checkbox"/>

	pronomes pessoais (ex. “mim”, “tu”, etc.)		
126	Capaz de manter conversação simples e descreve acontecimentos	11	<input checked="" type="checkbox"/>
127	Sabe várias canções infantis ou comerciais	12	<input checked="" type="checkbox"/>
128	Consegue relatar vagamente acontecimentos recentes	13	<input checked="" type="checkbox"/>
129	Discurso fluente e claro	14	<input checked="" type="checkbox"/>
130	Consegue construir frases com 5 ou mais palavras	15	<input checked="" type="checkbox"/>
131	Consegue descrever sequência de acontecimentos	16	<input checked="" type="checkbox"/>
132	Consegue explicar acontecimentos	17	<input checked="" type="checkbox"/>
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE LINGUAGEM E FALA		14
Itens	CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL		
	Comportamento Social		
133	Sorri	1	<input checked="" type="checkbox"/>
134	Responde ao tratamento carinhoso	2	<input checked="" type="checkbox"/>
135	Gosta do banho e das rotinas higiénicas	3	<input checked="" type="checkbox"/>
136	Leva tudo à boca (exploração oral)	4	<input checked="" type="checkbox"/>
137	Mostra-se irritado quando frustrado	5	<input checked="" type="checkbox"/>
138	Faz gracinhas e acena adeus	6	<input checked="" type="checkbox"/>
139	Explora objectos que estão à sua volta	7	<input checked="" type="checkbox"/>
140	Imita actividades simples da vida diária	8	<input checked="" type="checkbox"/>
141	Comportamento rebelde quando contrariado	9	<input checked="" type="checkbox"/>
142	Brinca com outras crianças mas não partilha brinquedos	10	<input checked="" type="checkbox"/>
143 c	Partilha brinquedos	11	<input checked="" type="checkbox"/>
144 c	Mostra-se preocupado com irmãos e amigos	12	<input checked="" type="checkbox"/>
145	Conforta activamente irmãos e amigos	13	<input checked="" type="checkbox"/>
146	Escolhe os melhores amigos	14	<input checked="" type="checkbox"/>
	Jogo		
147	Quando lhe é oferecida uma roca, abana-a para obter som	1	<input checked="" type="checkbox"/>
148	Encontra um objecto parcialmente escondido	2	<input checked="" type="checkbox"/>
149	Encontra rapidamente um objecto escondido	3	<input checked="" type="checkbox"/>
150 c	Explora as propriedades e possibilidades dos brinquedos e outros objectos com interesse	4	<input checked="" type="checkbox"/>
151	Brinca sozinho perto de pessoa familiar	5	<input checked="" type="checkbox"/>
152 c	Brinca com os brinquedos de modo habilidoso (ex. empurrar objectos grandes sem bater na parede)	6	<input checked="" type="checkbox"/>
153	Chuta bola grande	7	<input checked="" type="checkbox"/>
154	Atira com a mão uma bola pequena (por cima da cabeça)	8	<input checked="" type="checkbox"/>
155 c	Sabe aguardar a sua vez no jogo	9	<input checked="" type="checkbox"/>
156 c	Participa em jogos de cooperação e imaginação, cumprindo as regras	10	<input checked="" type="checkbox"/>

	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES DE INTERACÇÃO SOCIAL		19
Itens	CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA		
	Alimentação		
157	Segura no biberão quando está a ser alimentado	1	<input checked="" type="checkbox"/>
158	Agarra na colher	2	<input checked="" type="checkbox"/>
159	Segura, morde e mastiga uma bolacha	3	<input checked="" type="checkbox"/>
160	Bebe por um copo (adequado para bebés) com ajuda	4	<input checked="" type="checkbox"/>
161	Segura na colher, mas não se alimenta	5	<input checked="" type="checkbox"/>
162	Segura na colher, leva-a à boca mas entorna	6	<input checked="" type="checkbox"/>
163	Segura no copo com ambas as mãos e bebe sem entornar muito	7	<input checked="" type="checkbox"/>
164	Come sozinho com a colher, sem entornar muito	8	<input checked="" type="checkbox"/>
165	Levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o na mesa sem dificuldade	9	<input checked="" type="checkbox"/>
166	Come perfeitamente sozinho, com a colher	10	<input checked="" type="checkbox"/>
167	Come com colher e garfo	11	<input checked="" type="checkbox"/>
168	Come com garfo e faca (com pequena ajuda)	12	<input checked="" type="checkbox"/>
169	Não necessita de ajuda durante toda a refeição	13	<input checked="" type="checkbox"/>
	Higiene		
170	Dá sinal, chorando ou contorcendo-se, quando está molhado ou com fezes	1	<input checked="" type="checkbox"/>
171	Antecipa as necessidades de higiene com comportamento agitado ou vocalizações	2	<input checked="" type="checkbox"/>
172	Mantém-se geralmente seco durante o dia	3	<input checked="" type="checkbox"/>
173	Verbaliza necessidade de ir à casa de banho em tempo razoável	4	<input checked="" type="checkbox"/>
174	Mantém-se geralmente seco durante a noite	5	<input checked="" type="checkbox"/>
175	Lava as mãos	6	<input checked="" type="checkbox"/>
176	Lava e seca as mãos e tenta escovar os dentes	7	<input type="checkbox"/>
177	Lava e seca completamente as mãos e cara	8	<input type="checkbox"/>
178	Veste-se e despe-se sozinho (excepto botões e fechos)	9	<input type="checkbox"/>
179	Veste-se e despe-se sozinho (incluindo botões e fechos)	10	<input type="checkbox"/>
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES SOCIAIS DE AUTONOMIA		19
	PONTUAÇÃO DAS CAPACIDADES COGNITIVAS		26

Legenda: **c** – Este item contém um elemento cognitivo

Perfil de Desenvolvimento
“The Schedule of Growing Skills II” (Bellman, Lingman e Aukett, 1996)

	Posturas Passivas	Posturas Activas	Locomoção	Manipulativas	Visual	Audição e Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28	20	21	22	24	23	34
			19	27		20	21		22	33
									21	32
48 meses			18	26	19	19	20	23	20	31
			17	25		18	19		19	30
				24					18	29
										28
36 meses			16	23	18	17	18	22	17	27
			15	22	17	16	17	21	16	26
				21				20		25
										24
30 meses			14	20	16	15	16	19	15	23
			13	19		14	15	18	14	22
				18						21
										20
24 meses			12	17	15	13	14	17	13	18
			11	16			13		12	19
			10	15	14	12	12	16	11	17
										16
18 meses			9	14	13	11	11	15	10	15
			8	13		10		14	9	14
			7	12					8	13
										12
15 meses			6	11			10	13	7	11
			5	10	12	9	9	12	6	10
							8	11		9
12 meses		17	4	9	11	8	7	10	5	8
			3	8	10	7	6	9	4	7
								8		6
10 meses		11								5
		10		7	9	6	5	7	3	4
meses		9								3
		8		6	8	5	4	6	2	2
		7								2
6 meses	9	6		5	7	4		5	1	1
	8	5					3			
	7	4		4	6	3		4		
3 meses	6	3		3	5	2		3		
	5						2			
	4			2	4			2		
1 meses	3	2		1	3		1	1		
	2									
	1				2					
0 meses		1			1	1				

ANEXO X:

Consentimento Livre e Informado para Gravação de Imagens



CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA GRAVAÇÃO DE IMAGENS

- Por favor, leia com atenção esta informação
- Não hesite em solicitar esclarecimentos aos técnicos do serviço se persistirem dúvidas.

Dada a fase de desenvolvimento em que o seu filho se encontra e conseqüente especificidade da abordagem, para o esclarecimento da situação clínica o Centro de Desenvolvimento da Criança considera ser de extrema utilidade a gravação em filme das crianças, de modo a facilitar a análise da situação clínica e comportamentos, em reunião de equipa.

Para efeitos de investigação, formação ou com outros fins científicos, poderá vir a ser importante a exibição destas imagens, nomeadamente em congressos da especialidade.

Em qualquer uma das situações garante-se o mais estrito anonimato das pessoas envolvidas.

Autorizo a realização do filme para visualização dentro do CDC. SIM NÃO

Autorizo a eventual visualização das imagens para efeitos de investigação, formação ou com outros fins científicos. SIM NÃO

Nome da criança.....

Pai/Mãe.....

Assinatura.....

Almada, .../.../.....

ANEXO XI:

Sessões do B.P.

Sessão	Actividades	Domínios de Desenvolvimento
1	<p>Circuito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pegadas (saltos a pé coxinho direito, pé coxinho esquerdo, pés juntos); - Trampolim e dado (lançar o dado e a face que ficar para cima indica o número de saltos); - Pinos e bastões (passar por cima, por baixo, de pés juntos, pé ante pé) 	<p>Equilíbrio</p> <p>Motricidade Global</p>
	Com uma bola e um arco suspenso, fazer passos de um lado para o outro passando pelo interior do arco	Motricidade Global
	Desenho Livre	Motricidade Fina
2	<p>Sentado no baloiço suspenso, colocar os sapos de cores diferentes nos arcos das cores respectivas que se encontram espalhados em cima do colchão</p> <p>Na variante desta actividade, colocar os arcos nos respectivos cones através de lançamentos</p>	<p>Motricidade Global</p> <p>Estruturação Espacial</p>
	Jogo do Gato e Rato com bola grande	<p>Motricidade Global</p> <p>Interação Social</p>
3	Puzzle (24 peças)	<p>Estruturação Espacial</p> <p>Cognição</p>
	Desenho de Formas	<p>Motricidade Global</p> <p>Cognição</p>
	Jogo de associação (função ao objecto) e emparelhamento (cores, formas,	Cognição

	tamanho) de cartões Jogo da Memória	
4	Circuito: - Triângulos e círculos (andar da piscina de bolas até ao trampolim, usando as formas como passadeira, colocando apenas um pé nos triângulos e dois pés nos círculos); - Trampolim; - Banco sueco invertido (passar pela barra do banco sueco, deslocando-se pé ante pé); - Escadas de esponja; - Piscina de bolas.	Motricidade Global Equilíbrio
	Desenho do circuito	Motricidade Fina Estruturação Espacial
5	Jogo das Diferenças e Labirintos	Motricidade Fina Cognição
	Pintura de formas e recorte	Motricidade Fina
	Jogo do Saco Azul (Figuras em madeira de diferentes formas estão colocadas dentro de um saco azul, sendo que existem umas placas em madeira pintadas com as formas que estão dentro do saco. Identifica-se taticilmente as formas, apontando nas placas de madeira a que forma corresponde)	Cognição Interação Social
6	Colorir formas dentro dos limites, recortar e colar dentro dos limites com igual forma	Motricidade Fina
	Completar a figura humana	Noção de Corpo

		Motricidade Fina
	Jogo de emparelhamento de figuras. Jogo da Memória	Cognição
7	Construção de um palhaço alusivo ao Carnaval (recortes, colagens, pinturas)	Motricidade Fina
	Unir pontos por ordem numérica (contagem de 1-10 e de 1-20)	Cognição
	Labirintos e desenho de números	Motricidade Fina
8	Reconhecimento de números	Cognição Linguagem
	Puzzle de associação numérica	
	Emparelhamento de formas	
	Animais (Identificação segundo características)	
9	Associar quantidades de objectos a números	Cognição
	Construção de números em plasticina	Motricidade Fina Cognição
10	Construção de números em plasticina (continuação)	Motricidade Fina Cognição
	Sequência de Imagens para formar uma história (sequência e verbalização)	Cognição Linguagem
11	Puzzle (24 peças)	Estruturação Espacial Cognição

	Dominó com animais	Cognição
12	Puzzle do corpo humano	Noção de Corpo Estruturação Espacial
	Desenho de letras	Motricidade Fina Cognição
	Jogo com contrastes (quente/frio, pequeno/grande, alto/baixo...)	Linguagem Cognição
13	Puzzle (24 peças)	Estruturação Espacial Cognição
	Pintura do desenho do puzzle	Motricidade Fina
	Loto dos Animais	Cognição Interação Social

ANEXO XII:

Sessões do D.M.

Sessão	Actividades	Domínios de Desenvolvimento
1	Puzzle (24 peças)	Estruturação Espacial Cognição
	Circuito: - Triângulos e círculos (andar da piscina de bolas até ao trampolim, usando as formas como passadeira, colocando apenas um pé nos triângulos e dois pés nos círculos); - Trampolim; - Banco sueco invertido (passar pela barra do banco sueco, deslocando-se pé ante pé); - Pinos e arcos (acertar com o arco no pino da cor correspondente); - Piscina de bolas.	Motricidade Global Estruturação Espacial
	Desenho do circuito	Motricidade Fina Estruturação Espacial
2	Sentado no baloiço suspenso, colocar os sapos de cores diferentes nos arcos das cores respectivas que se encontram espalhados em cima do colchão Na variante desta actividade, colocar os arcos nos respectivos cones através de lançamentos	Motricidade Global Estruturação Espacial
	Circuito: - Pegadas (saltos a pé coxinho direito, pé coxinho esquerdo, pés juntos); - Trampolim e dado (lançar o dado e a face que ficar para cima indica o número de saltos);	Motricidade Global

	<ul style="list-style-type: none"> - Escadas de esponja; - Túnel; - Piscina de bolas. 	
	Desenho do circuito	<p>Motricidade Fina Estrutura Espacial</p>
3	Forma alusiva ao Natal (desenhar o molde em papel, contornar o molde em cima do feltro, recortar, correr as duas partes e encher de esponja)	Motricidade Fina
	<p>Jogo de associação (função ao objecto) e emparelhamento (cores, formas, tamanho) de cartões</p> <p>Jogo da Memória</p>	Cognição
4	<p>Circuito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Piscina de Bolas; - Túnel; - Colchão; - Esponja inclinada; - Cones e bola (contornar os cones com a bola a rolar no chão com a ajuda das mãos); - Chutar a bola para um alvo; - Espaldar (subir e descer); - Arcos (passar por dentro dos arcos postos na vertical); - Banco sueco invertido (passar pela barra do banco sueco, deslocando-se pé ante pé). 	Motricidade Global

	Representação do percurso	Motricidade Fina Estruturação Espacial
5	Jogo do Loto	Cognição
6	Jogo dos 7 (Atirar a bola para a parede 7 vezes de 7 maneiras diferentes)	Motricidade Global
	Plasticina	Motricidade Fina
7	Circuito: - Triângulos e círculos (andar da piscina de bolas até ao trampolim, usando as formas como passadeira, colocando apenas um pé nos triângulos e dois pés nos círculos); - Trampolim (número de saltos são o resultado de contas simples); - Banco sueco invertido (passar pela barra do banco sueco, deslocando-se pé ante pé); - Túnel; - Bola e cesto (acertar com a bola no cesto a uma determinada distância); - Piscina de bolas (procurar objectos escondidos).	Motricidade Global
	Jogo das Diferenças (identificar o que mudou na sala)	Cognição
	Labirintos e desenho	Motricidade Fina
8	Descobre o tesouro (Encontrar sacos de areia dentro da piscina de bolas e procurar sapos pela sala com mapa)	Cognição Estruturação Espacial
	Bowling (somar pontuações)	Motricidade Global

		Cognição
9	Puzzle (50 peças)	Estruturação Espacial Cognição
	Circuito: - Piscina de bolas; - Pinos e bastões (passar por cima, por baixo, de pés juntos, pé ante pé); - Trampolim; - Espaldar.	Motricidade Global
10	Circuito: - Piscina de Bolas; - Esponja inclinada; - Cubos (ajustar os cubos à distância e percorrê-los sem cair, reduzir o número e voltar a ajustar a distância e a passada); - Esponja em forma de semi-círculo; - Banco sueco invertido; - Trampolim; - Esponjas (espaçadas entre si até ao túnel da piscina).	Motricidade Global Estruturação Espacial
11	Construção do corpo humano (desenho, corte, colagem)	Noção de Corpo Motricidade Fina
12	Construção do corpo humano (continuação)	Noção de Corpo Motricidade Fina

	Ping-Pong no chão	Motricidade Global
13	<p>Circuito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Banco sueco invertido (passar pela barra do banco sueco, deslocando-se para a frente, para trás e de lado); - Arcos (alinhados no chão por cores, uma cor para o pé direito e outra para o pé esquerdo); - Túnel; - Esponjas; - Espaldar (subir e descer). 	<p>Motricidade Global</p> <p>Noção de Corpo</p>
	Pegadas (colocar segundo o esquema apresentado e observar a disposição das pegadas no chão e realizar a representação gráfica da mesma)	<p>Estruturação Espacial</p> <p>Motricidade Fina</p>
14	Dominó do Noddy	Cognição
	Mikado	Motricidade Fina
15	Puzzle (50 peças)	<p>Estruturação Espacial</p> <p>Cognição</p>
	Jogo com raquetes	Motricidade Global
16	Jogo “Quatro em Linha”	Cognição
	Construção alusiva ao Verão (Corte, dobragem, colagem)	Motricidade Fina
17	Realização de uma experiência (“Pega Monstros”)	<p>Motricidade Fina</p> <p>Cognição</p>

18	<p>Circuito:</p> <p>- Percurso constituído com várias etapas semelhantes aos descritos anteriormente, onde foram colocados vários sapos espalhados pela sala em locais de difícil acesso, onde a criança teria de os ir buscar, sem colocar os pés no chão, mudando a disposição do material para chegar até eles. Depois de os apanhar, teria de encontrar o arco de cor correspondente, realizar o percurso até ele e coloca-lo no seu interior.</p>	Motricidade Global Cognição
19	Origamis diversos	Motricidade Fina Cognição
	Jogo do Gato e Rato com bola grande	Motricidade Global

ANEXO XIII:

Inventário de Comportamento da Criança para Pais do J.S.

Inventário de Comportamento da Criança para Pais – CBCL			
J.S.			
Item nº	Factor I - Oposição/Imaturidade		
3	Discute por tudo e por nada.	1	1
14	Chora muito.	0	1
19	Está sempre a exigir atenção.	2	2
22	É desobediente em casa.	1	1
27	É invejoso por tudo e por nada.	0	0
68	Grita muito.	1	1
74	Gosta de se exhibir ou de fazer palhaçadas.	1	1
86	É teimoso, carrancudo ou irritável.	0	1
87	O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente.	1	1
88	Amua facilmente.	1	1
93	Fala demasiado.	2	2
94	Arrelia muito os outros.	1	0
95	Tem birras, exalta-se facilmente.	2	1
104	É invulgarmente barulhento.	1	0
109	Choraminga.	0	0
	Total	14	13
Factor II - Agressividade			
7	É fanfarrão ou gabarola.	0	0
16	É cruel, violento ou mesquinho para com os outros.	0	0
20	Destrói as suas próprias coisas.	0	1
21	Destrói coisas da sua família e de outras crianças.	0	0
22	É desobediente em casa.	1	1
23	É desobediente na escola.	0	0
36	Magoa-se muito, é propenso a acidentes.	1	0
37	Mete-se em muitas bulhas.	0	0
39	Anda com outros que se metem em sarilhos.	1	2
43	É mentiroso ou batoteiro.	0	0
57	Agride fisicamente as pessoas.	0	0
66	Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões.	0	0

90	Diz palavrões ou usa linguagem obscena.	0	0
	Total	3	4
	Factor III - Hiperactividade/Atenção		
1	Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade.	1	1
8	Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento durante muito tempo.	2	2
10	Não é capaz de se manter sentado, é irrequieto ou hiperactivo.	1	1
11	Prende-se aos adultos ou é demasiado dependente.	1	1
13	Parece confuso ou desorientado.	1	0
41	É impulsivo ou age sem pensar.	2	1
43	É mentiroso ou batoteiro.	0	0
61	O seu trabalho escolar é fraco.	0	0
62	Tem fraca coordenação, é desajeitado.	1	0
102	É pouco desembaraçado, vagaroso ou falho de energia.	0	0
	Total	9	6
	Factor IV - Depressão		
12	Queixa-se de solidão.	0	0
13	Parece confuso ou desorientado.	1	0
33	Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele.	1	1
34	Sente que os outros andam atrás dele para o apanharem.	0	0
35	Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros.	0	0
38	Fazem pouco dele frequentemente.	0	0
52	Sente-se demasiado culpado.	0	1
66	Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões.	0	0
80	Tem um olhar fixo e vazio.	0	0
103	Parece infeliz, triste, deprimido.	0	0
111	Isola-se, não se mistura com os outros.	0	0
112	Anda sempre preocupado.	1	1
	Total	3	3
	Factor V - Problemas Sociais		
24	Não come bem.	0	1
25	Não se dá bem com outras crianças.	0	1

32	Sente que tem de ser perfeito.	1	1
42	Gosta mais de estar sozinho que acompanhado.	0	0
48	Os outros miúdos não gostam dele.	0	0
64	Prefere andar com crianças mais novas.	0	0
99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio.	1	1
Total		2	4
Factor VI - Queixas Somáticas			
51	Tem tonturas.	0	0
56a	Dores (sem ser dores de cabeça).	1	0
56b	Dores de cabeça.	1	0
56c	Náuseas, enjoos.	0	0
56d	Problemas de visão.	0	0
56e	Irritações cutâneas ou outros problemas de pele.	0	1
56f	Dores de estômago ou câibras.	1	1
56g	Vómitos.	0	0
Total		3	2
Factor VII - Isolamento			
65	Recusa-se a falar.	0	0
69	É reservado, guarda as coisas para si.	1	2
71	Mostra-se embaraçado ou pouco à vontade.	0	1
75	É envergonhado ou tímido.	1	1
88	Amua facilmente.	1	1
93	Fala demasiado.	2	2
Total		5	7
Factor VIII - Ansiedade			
45	É nervoso, excitável ou tenso.	1	2
46	Tem movimentos nervosos ou tiques.	0	2
47	Tem pesadelos.	2	1
50	É demasiado medroso ou ansioso.	0	1
92	Fala ou anda durante o sono.	1	0
100	Tem dificuldade em dormir.	1	2
Total		5	8
Factor IX - Obsessivo/Esquizóide			
6	Provoca ruído com gases intestinais fora da casa de banho.	0	0

9	Não consegue livrar-se de certos pensamentos e obsessões.	1	1
17	Sonha acordado ou perde-se nos seus sentimentos.	1	1
29	Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola)	0	1
31	Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola)	0	1
49	Sofre de prisão de ventre, não faz trabalhar os intestinos.	0	0
50	É demasiado medroso ou ansioso.	0	1
56e	Irritações cutâneas ou outros problemas de pele.	0	1
58	Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo.	0	0
	Total	2	6
	Itens Excluídos da Análise Factorial		
2	Tens alergias.	0	0
4	Tem asma.	0	0
5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto.	0	0
15	É cruel para os animais.	0	0
18	Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se.	0	0
26	Não parece sentir-se culpado.	1	0
28	Come ou bebe coisas que não são alimentos.	1	1
30	Tem medo de ir para a escola.	0	0
40	Ouve sons ou vozes que não existem.	0	0
44	Rói as unhas.	1	1
53	Come demais.	0	0
54	Cansa-se demais.	0	1
55	Tem peso excessivo.	0	0
56d	Problemas de visão.	0	0
56h	Outros problemas.	0	0
59	Brinca com os órgãos sexuais em público.	0	0
60	Brinca demasiadamente com os seu próprio sexo.	0	0
63	Prefere andar com crianças mais novas.	1	1
67	Foge de casa.	0	0
70	Vê coisas que não se encontram presentes.	0	0
72	Pega fogo de propósito.	0	0
73	Tem problemas sexuais.	0	0

76	Dorme menos do que a maior parte das crianças.	0	1
77	Dorme mais do que a maior parte das crianças durante o dia e/ou noite.	0	0
78	Suja-se ou brinca com as fezes.	0	0
79	Tem problemas de fala.	0	0
81	Rouba em casa.	0	0
82	Rouba fora de casa.	0	0
83	Acumula coisas de que não necessita.	1	1
84	Tem comportamentos estranhos.	0	0
85	Tem ideias estranhas.	0	0
89	É desconfiado.	0	0
91	Fala em matar-se.	1	0
96	Pensa demasiado em sexo.	0	0
97	Ameaça as outras pessoas.	0	0
98	Chupa o dedo.	0	0
101	Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão.	0	0
105	Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica.	0	0
106	Destrói coisas por simples maldade (vandalismo).	0	0
107	Faz xi-xi nas roupas durante o dia.	0	0
108	Faz xi-xi na cama.	0	0
110	Gostaria de ser do sexo oposto.	0	0
	Total	6	6

ANEXO XIV:

Inventário de Comportamento da Criança para Professores do J.S.

Inventário de Comportamento da Criança para Professores – TRF			
J.S.			
Item nº	Factor I - Agressividade/Anti-social		
2	Faz zunzuns com o lábio fechado ou outros barulhos esquisitos na sala.	1	0
3	Discute por tudo e por nada.	0	0
6	Recusa-se a obedecer, refila com professores e funcionários.	0	0
7	É fanfarrão ou gabarola.	0	0
10	Não é capaz de se manter sentado, é irrequieto ou hiperactivo.	0	0
15	Mostra-se nervoso ou agitado.	0	0
16	É cruel, violento e mesquinho para com os outros.	0	0
19	Está sempre a exigir atenção.	1	0
20	Destrói as suas próprias coisas.	0	0
23	É desobediente na escola.	0	0
24	Perturba os colegas.	0	1
25	Não se dá bem com outras crianças.	0	0
26	Não parece sentir culpa depois de se ter portado mal.	0	0
27	É invejoso por tudo e por nada.	0	0
37	Mete-se em muitas bulhas.	0	0
39	Anda com outros que se metem em sarilhos.	1	0
41	É impulsivo e age sem pensar.	0	0
43	É mentiroso ou batoteiro.	0	0
45	É nervoso, excitável ou tenso.	0	0
53	Fala sem ser a sua vez.	1	1
57	Agride fisicamente as pessoas.	0	0
68	Grita muito.	0	0
73	Comporta-se de maneira irresponsável para a sua idade.	0	0
74	Gosta de se exibir ou de fazer palhaçadas.	0	0
76	O seu comportamento é explosivo e imprevisível.	0	0
77	Os seus desejos têm de ser satisfeitos	0	0

	imediatamente.		
86	É teimoso, carrancudo ou irritável.	0	0
87	O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente.	0	0
88	Ama facilmente.	0	0
89	É desconfiado.	0	0
90	Diz palavrões.	0	0
93	Fala demasiado.	0	0
94	Arreliá muito os outros.	0	0
95	Tem birras, exalta-se facilmente.	0	0
97	Ameaça as outras pessoas.	0	0
104	É invulgarmente barulhento.	0	0
	Total	4	2
	Factor II - Problemas de Atenção/Dificuldade de Aprendizagem		
1	Comporta-se de maneira demasiado infantil para a sua idade.	0	0
4	Não consegue acabar as coisas que começa.	0	0
8	Não consegue concentrar-se, estar atento durante muito tempo.	1	1
11	Prende-se aos adultos ou é demasiado dependente.	0	0
13	Parece confuso ou desorientado.	1	0
15	Mostra-se nervoso ou agitado.	0	0
22	Tem dificuldade em seguir instruções.	1	0
49	Tem dificuldade em aprender.	0	0
60	Mostra-se apático ou desmotivado.	0	0
61	O seu trabalho escolar é fraco.	0	0
62	Tem fraca coordenação, é desajeitado.	0	0
72	O seu trabalho é sujo e/ou confuso.	0	0
73	Comporta-se de maneira irresponsável.	0	0
78	É desatento, distrai-se facilmente.	0	1
92	Tem fraco aproveitamento.	0	0
100	Não consegue fazer o que lhe mandam.	0	0
102	É pouco desembaraçado, vagaroso ou falho de energia.	0	0
	Total	3	2

Factor III - Isolamento Social			
35	Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros.	0	0
42	Gosta mais de estar sozinho do que acompanhado.	0	0
50	É demasiado medroso e ansioso.	0	0
60	Mostra-se apático ou desmotivado.	0	0
65	Recusa-se a falar.	0	0
69	É reservado, guarda as coisas para si.	0	1
71	Mostra-se embaraçado ou pouco à vontade.	0	0
75	É envergonhado ou tímido.	0	0
80	Tem um olhar fixo.	0	0
88	Amua facilmente.	0	0
89	É desconfiado.	0	0
102	É pouco desembaraçado, vagaroso ou falho de energia.	0	0
Total		0	1
Factor IV – Obsessivo			
31	Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal.	0	0
32	Sente que tem de ser perfeito.	0	1
47	É demasiado escrupuloso no respeito pelas normas.	0	0
81	Sente-se magoado quando o criticam.	0	0
99	Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio.	0	0
106	Preocupa-se demasiado em agradar.	0	0
108	Tem receio de cometer erros.	0	1
Total		0	2
Factor V - Problemas Sociais/Impopular			
25	Não se dá bem com outras crianças.	0	0
33	Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele.	0	0
34	Sente que os outros andam atrás dele para o apanharem (Sente-se perseguido)	0	0
35	Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros.	0	0
38	Fazem pouco dele frequentemente.	0	0

48	Os outros miúdos não gostam dele.	0	0
57	Agride fisicamente as pessoas.	0	0
97	Ameaça as outras pessoas.	0	0
103	Parece infeliz, triste, deprimido.	0	0
111	Isola-se, não se mistura com os outros.	0	0
Total		0	0
Factor VI - Comportamentos Estranhos (Esquizóide)			
2	Faz zunzuns com o lábio fechado ou outros barulhos esquisitos na sala.	1	0
20	Destrói as suas próprias coisas.	0	0
36	Magoa-se muito, é propenso a acidentes.	0	0
44	Rói as unhas.	0	0
46	Tem movimentos nervosos ou tiques.	0	0
62	Tem fraca coordenação, é desajeitado.	0	0
70	Vê coisas que não se encontram presentes.	0	0
79	Tem problemas de fala.	0	0
84	Tem comportamentos estranhos.	0	0
110	Tem ar de pouco aseado.	0	0
Total		1	0
Factor VII - Ansiedade			
9	Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões.	0	0
13	Parece confuso ou desorientado.	1	0
15	Mostra-se nervoso ou agitado.	0	0
17	Sonha acordado ou perde-se nos seus pensamentos.	1	0
45	É nervoso, excitável ou tenso.	0	0
46	Tem movimentos nervosos ou tiques.	0	0
50	É demasiado medroso e ansioso.	0	0
52	Sente-se demasiado culpado.	0	0
112	Anda sempre preocupado.	0	0
Total		2	0
Itens Excluídos da Análise Factorial			
5	Comporta-se como se fosse do sexo oposto.	0	0
12	Queixa-se de solidão.	0	0

14	Chora muito.	0	0
18	Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se.	0	0
21	Destrói coisas da sua família.	0	0
28	Come ou bebe coisas que não são alimentos.	0	0
29	Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola).	0	0
30	Tem medo de ir para a escola.	0	0
40	Ouve sons ou vozes que não existem.	0	0
51	Tem tonturas.	0	0
54	Cansa-se demais.	0	0
55	Tem excesso de peso.	0	0
56a	Dores (sem ser dores de cabeça).	0	0
56b	Dores de cabeça.	0	0
56c	Náuseas, enjoos.	0	0
56d	Problemas de visão.	0	0
56e	Irritações cutâneas ou outros problemas de pele.	0	0
56f	Dores de estômago ou câibras.	0	0
56g	Vômitos.	0	0
56h	Outros problemas.	0	0
58	Arranca coisas do nariz, da pele ou de outra parte do corpo.	0	0
59	Dorme nas aulas.	0	0
63	Prefere andar com crianças mais velhas.	0	0
64	Prefere andar com crianças mais novas.	0	0
66	Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões.	0	0
67	Perturba a disciplina da aula.	0	0
82	Rouba fora de casa.	0	0
83	Acumula coisas de que não necessita.	0	0
85	Tem ideias estranhas.	0	0
91	Fala em matar-se.	0	0
96	Pensa demasiado em sexo.	0	0
98	Chega atrasado à escola sem razão.	0	0
101	Anda na vadiagem ou falta à escola sem razão.	0	0
105	Consome álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica.	0	0

107	Não gosta da escola.	0	0
109	Choraminga.	0	0
113	Outros problemas deste aluno que ainda não tenham sido referidos.	0	0
Total		0	0