



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**”Intervenção psicomotora em contexto de consulta
hospitalar de pediatria”**

Liliane Oliveira Pereira

Orientador(es) | Gabriela Almeida

Maria da Graça Macias Marques Mira

Évora 2021



Universidade de Évora - Escola de Ciências e Tecnologia

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

”Intervenção psicomotora em contexto de consulta hospitalar de pediatria”

Liliane Oliveira Pereira

Orientador(es) | Gabriela Almeida

Maria da Graça Macias Marques Mira

Évora 2021



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Ciências e Tecnologia:

Presidente | Ana Rita Matias (Universidade de Évora)

Vogais | Gabriela Almeida (Universidade de Évora) (Orientador)
Guida Veiga (Universidade de Évora)

Agradecimentos

O culminar deste projeto significa a concretização de um sonho e sou profundamente grata a todos os que me impulsionaram a concretizá-lo, mesmo sabendo que iria trocar o certo pelo incerto.

Um agradecimento aos meus familiares mais próximos e ao Cristiano porque compreenderam que a minha felicidade passava por este caminho de crescimento e por isso me apoiaram nesta escolha.

À professora Doutora Gabriela Almeida, por ter aceitado guiar-me e orientar-me neste percurso. Mais que orientadora, foi uma parceira de profissão que me ajudou a crescer e a confiar nas minhas competências profissionais. Empatia, exigência, partilha e construção são palavras que marcaram este percurso conjunto e agradeço-lhe muito por ter sido assim.

À Dra. Graça Mira, minha guia do Hospital do Espírito Santo de Évora, grata pelas partilhas, esclarecimentos, disponibilidade, compreensão...ainda tinha tanto a aprender consigo! Obrigada por acreditar que a Psicomotricidade poderia fazer diferença na vida das crianças.

À Dra. Sandra Claro, um agradecimento especialíssimo pelo acolhimento, simplicidade, boa disposição, disponibilidade para partilhar saberes e pelo interesse em perceber o papel da Psicomotricidade nas diversas situações clínicas. Orgulho-me muito da aliança “Fisiatria-Psicomotricidade” que criámos e dos “frutos” do nosso trabalho conjunto.

À Dra. Maria José, pessoa tão querida e amável, que também sempre me acolheu.
À Dra. Ana Serrano, que esteve igualmente disponível e que me marcou pelo seu pragmatismo. Obrigada.

Agradeço também a todos os professores do Mestrado em Psicomotricidade.

Aos meus colegas de turma, em especial ao “meu” “trio maravilha” e à Andreia, à Joana e à Cláudia pelas partilhas, conversas construtivas e desabafos psicomotores. Grata.

Às minhas amigas, “Rafa”, Luísa, Carla, Marta, “Beta”, reforço o agradecimento, porque o nosso caminho juntas já é longo e a nossa amizade sempre foi mais forte do que a distância. Obrigada pelo apoio.

Ana Lança, grata por me teres ajudado nas minhas escolhas, pelos testemunhos de informação que partilhaste em resposta às minhas questões. Espero ver-te terminar este processo, similar ao meu, vitoriosamente e de cabeça erguida. Obrigada.

À D. Helena e ao Sr. Alfredo que me receberam num recanto de Évora, no meu segundo lar, obrigada.

Ao José, amigo inesperado e de grande sabedoria, não poderia faltar uma palavra de apreço. Sou imensamente grata por me teres “apadrinhado”, por me aconselhares, por me incentivares a fazer mais e melhor e por estares sempre presente.

À Inês Antunes, agradeço também as “partilhas psicomotoras”, o carinho e o seu exemplo de humanismo e hospitalidade. Serás sempre uma inspiração.

Dedico também um gigante agradecimento à equipa técnica (Ana e Renato) da Aldeia Intergeracional da Fundação Arca da Aliança, da qual tenho o privilégio de fazer parte, porque apesar de acompanharem este trabalho já numa fase adiantada, me apoiaram sempre incondicionalmente. Da mesma forma agradeço à equipa de enfermagem (Sara e Mariline) e a todos os residentes da Fundação Arca da Aliança.

Por fim, mas não menos importantes, a todas as pessoas que contribuíram para a realização deste sonho e me apoiaram neste percurso, ainda que não tenham sido nomeadas, agradeço-vos da mesma forma. Ocupam um lugar especial em mim.

Sou-vos profundamente grata.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós” (Antoine de Saint-Exupéry)

Resumo

"Intervenção psicomotora em contexto de consulta hospitalar de pediatria"

No presente relatório são descritas as atividades de estágio desenvolvidas, em contexto de Pediatria do Desenvolvimento, no Hospital do Espírito Santo de Évora, no âmbito do estágio curricular do Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora.

Os objetivos consistiram em contextualizar a prática psicomotora num serviço de Pediatria; investigar e descrever os casos encaminhados para a Psicomotricidade; analisar e contextualizar a intervenção psicomotora dos casos individuais; refletir sobre a pertinência da Psicomotricidade em Pediatria; descrever as tarefas realizadas durante o estágio e refletir sobre a prática psicomotora à distância.

Devido à pandemia COVID-19 e consequente interrupção da intervenção, não foi possível comparar os resultados da intervenção psicomotora porque não foram realizadas avaliações finais. Em contrapartida, foram realizadas atividades complementares e reflexões sobre as prováveis evoluções dos estudos de caso e sobre os desafios da intervenção psicomotora à distância enquanto alternativa à intervenção presencial.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Neurodesenvolvimento, Dificuldades de Aprendizagem, Dificuldades emocionais e comportamentais

Abstract

Psychomotor intervention in a hospital pediatric environment

This report describes the internship activities developed in the context of Developmental Pediatrics, at the Hospital do Espírito Santo de Évora, which took place within the scope of the curricular internship of the master's degree in Psychomotricity at the University of Évora.

The objectives of this report aimed for the contextualization of the psychomotor practice in a Developmental Pediatrics service, investigation and description of the cases forwarded to Psychomotricity, analysis and contextualization of psychomotor intervention in individual case studies; reflect on the relevance of Psychomotricity in Pediatrics context; describe the tasks performed during the internship and reflect on distance psychomotor practice.

Due to the COVID-19 pandemic and the consequent interruption of the intervention, it was not possible to compare the results of the psychomotor intervention because no final evaluations were carried out. On the other hand, complementary activities, and reflections on the probable evolutions of the case studies and on the challenges of distance psychomotor intervention as an alternative to face-to-face intervention were carried out.

Key words: Psychomotricity, Neurodevelopment, Learning disabilities, Emotional and behavioral difficulties.

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	III
Abstract.....	IV
Índice	V
Índice de Tabelas	VIII
Siglas	IX
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento teórico da prática profissional.....	3
2.1. Breve história da Psicomotricidade	3
2.2. A Psicomotricidade enquanto prática profissional	5
2.3. A Psicomotricidade nas vertentes reeducativa e terapêutica	6
2.4. Metodologia de intervenção em Psicomotricidade	8
3. Estágio.....	10
3.1. Caracterização da instituição	10
3.2. Organização das atividades de estágio.....	12
3.2.1. Calendarização e horário	12
3.3. Descrição das atividades de estágio e progressão na autonomia	14
3.3.1. Atividades complementares de formação.....	15
3.4. Intervenção Psicomotora.....	16
3.4.1. Etapas de intervenção	16
3.5. Descrição dos instrumentos de avaliação formal.....	19
3.5.1. Currículo Carolina para Bebés e Crianças Pequenas com Necessidades Educativas Especiais	19
3.5.2. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca	20
3.5.3. Movement Assessment Battery for Children – 2	22
3.5.4. Teste de cópia de figuras complexas.....	23
3.5.3. Draw a Person	24
3.5.4. Teste de desenvolvimento de Integração visuo-motora	24
3.5.5. Estruturas rítmicas de <i>Mira Stambak</i>	25
3.5.6. Sistema de Observação do Desenvolvimento Infantil.....	26
3.6. Descrição dos instrumentos de avaliação informal.....	27
3.6.1. Modelo de observação individual	27
3.6.2. Guia para a observação de parâmetros psicomotores.....	27
3.6.3. Grelha de observação psicomotora	28
3.7. Descrição dos casos acompanhados.....	28

3.7.1. Caso 1: “Cláudia”	29
3.7.2. Caso 2: “Fred”	31
3.7.4. Caso 4: “Lénia”	35
3.7.5. Caso 5: “Mateus”	37
3.8. Estudo de caso “Salvador”	39
3.8.1. Dados de anamnese de “Salvador”	39
3.8.2. Revisão teórica de suporte: Perturbação da Aprendizagem Específica	40
3.8.3. Resultados da avaliação inicial	44
3.8.4. Elementos Critério.....	47
3.8.5. Hipóteses Explicativas	48
3.8.6. Projeto terapêutico.....	51
3.8.7. Fundamentação e diretrizes da intervenção	51
3.8.8. Estratégias específicas.....	54
3.8.9. Exemplos de atividades	55
3.8.10. Progressão Terapêutica	56
3.9. Estudo de caso: “Ana Maria”	59
3.9.1. Dados de anamnese de “Ana Maria”.....	59
3.9.2. Revisão teórica de suporte: o ambiente como facilitador do desenvolvimento emocional	61
3.9.3. Resultados da avaliação inicial	63
3.9.4. Elementos critério	66
3.9.5. Hipóteses Explicativas	66
3.9.6. Projeto terapêutico.....	70
3.9.7. Fundamentação e diretrizes da intervenção	70
3.9.8. Estratégias Específicas	74
3.9.9. Exemplos de atividades	76
3.9.10. Progressão Terapêutica	76
3.10. Reflexão sobre intervenção psicomotora à distância	78
4. Conclusão	81
5. Referências Bibliográficas	83
6. Anexos.....	IX
6.1. Anexo I: Organograma do HESE	X
6.2. Anexo II: Panfleto.....	XI
6.3. Anexo III: Jogo de tabuleiro	XII
6.4. Anexo IV: Áreas de desenvolvimento avaliadas através do CCBCPNE.....	XIII
6.5. Anexo V: Parâmetros de observação do guia para a observação de parâmetros psicomotores.	XIV
6.6. Anexo VI: grelha de observação psicomotora	XV

6.7.	Anexo VII: Declaração de consentimento informado	XXIX
6.8.	Anexo VIII: Resultados obtidos na BPM, pelo “Salvador”	XXX
6.9.	Anexo IX: DAP – desenho do homem realizado pelo “Salvador”	XXXI
6.10.	Anexo X: DAP – desenho da mulher realizado pelo “Salvador”	XXXII
6.11.	Anexo XI: DAP – desenho do próprio realizado pelo “Salvador”	XXXIII
6.12.	Anexo XI: cópia da figura A realizada pelo “Salvador” no teste cópia de figuras complexas	XXXIV
6.13.	Anexo XIII: reprodução de memória, da figura A, realizada pelo “Salvador” no teste cópia de figuras complexas	XXXV
6.14.	Anexo XIV: Atividade com arcos proposta ao “Salvador”	XXXVI
6.15.	Anexo XV: Atividade de ritmo proposta ao “Salvador”	XXXVII
6.16.	Anexo XVI: Exemplo de um planeamento de sessão (“Salvador”)..	XXXVIII
6.17.	Anexo XVII: Exemplo de um relatório de sessão (“Salvador”)	XXXIX
6.18.	Anexo XVIII: Exemplo de um relatório mensal (“Salvador”).....	XL
6.19.	Anexo XIX: Resultados obtidos na BPM, pela “Ana Maria”	XLI
6.20.	Anexo XX: DAP – desenho do homem realizado pela “Ana Maria”	XLII
6.21.	Anexo XXI: DAP – desenho da mulher realizado pela “Ana Maria”.....	XLIII
6.22.	Anexo XXII: Desenho do próprio realizado pela “Ana Maria”	XLIV
6.23.	Anexo XXIII: Desenho de um animal realizado pela “Ana Maria” no âmbito de uma atividade	XLV
6.24.	Anexo XXIV: História elaborada pela “Ana Maria” e pela psicomotricista no âmbito de uma atividade	XLVI
6.25.	Anexo XXV: exemplo de um planeamento de sessão (“Ana Maria”)...XLVII	
6.26.	Anexo XXVI: Exemplo de um relatório de sessão (“Ana Maria”).....	XLVIII
6.27.	Anexo XXVII: Exemplo de um relatório mensal (“Ana Maria”)	XLIX

Índice de Tabelas

Tabela 1: Calendarização do estágio	13
Tabela 2: Horário semanal do estágio presencial (pré COVID-19)	13
Tabela 3: Tabela de interpretação dos resultados do MABC-2	23
Tabela 4: Acompanhamento de "Cláudia"	29
Tabela 5: Projeto Terapêutico de "Cláudia"	30
Tabela 6: Acompanhamento de "Fred"	31
Tabela 7: Projeto terapêutico de "Fred"	32
Tabela 8: Acompanhamento de "Gustavo"	33
Tabela 9: Projeto Terapêutico de "Gustavo"	34
Tabela 10: Acompanhamento de "Lénia"	35
Tabela 11: Projeto Terapêutico de "Lénia"	36
Tabela 12: Acompanhamento de "Mateus"	37
Tabela 13: Projeto Terapêutico de "Mateus"	38
Tabela 14: Resultados da avaliação inicial de "Salvador"- MABC-2	45
Tabela 15: Projeto Terapêutico de "Salvador"	52
Tabela 16: Resultados da avaliação inicial de "Maria Inês" - MABC-2	64
Tabela 17: Projeto terapêutico de "Ana Maria"	72

Siglas

BPM – Bateria Psicomotora

CCBCPNE - Currículo Carolina para Bebés e Crianças Pequenas com Necessidades Educativas Especiais

DPM – Desenvolvimento Psicomotor

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DAP - *Draw a Person*

DOCS - *Developmental Observation Checklist System*

EET – Estruturação Espaço Temporal

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

IPI – Intervenção Precoce na Infância

MABC - *Movement Assessment Battery for Children*

MI – Membros Inferiores

MS – Membros Superiores

NC – Noção do Corpo

PAE – Perturbação da Aprendizagem Específica

PF – Praxia Fina

PG – Praxia Global

TF – Terapia da Fala

VMI - *Developmental Test of Visual-Motor Integration*

1. Introdução

O Psicomotricista pode desenvolver a sua atividade profissional em diversos contextos, tais como o contexto clínico e hospitalar, em diferentes serviços: psiquiatria, pedopsiquiatria, pediatria do desenvolvimento, entre outros (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

As crianças referenciadas para consulta de Pediatria do Desenvolvimento apresentam dificuldades heterogéneas, pelo que a intervenção psicomotora, nestas crianças, pode ser necessária por vários motivos, sendo alguns deles: prematuridade, asfixia neonatal, alterações do tónus, alterações da coordenação motora, dificuldade de perceção visuoespacial, alterações no equilíbrio, na lateralidade, na grafomotricidade e perturbação da relação/comunicação (Paz, 2011).

As atividades desenvolvidas com as crianças variam de acordo com os objetivos de intervenção. Alguns exemplos de atividades às quais o psicomotricista pode recorrer são as seguintes: atividades motoras, atividades criativas e atividades de atenção/concentração (Carvalho, 2012).

É muito importante o trabalho que o psicomotricista desenvolve com crianças seguidas em consulta de Pediatria do Desenvolvimento, uma vez que este é realizado em conjunto com as suas famílias e assente num olhar holístico. Só assim se pode favorecer um desenvolvimento harmonioso (Paz, 2011).

No presente relatório são descritas as atividades de estágio desenvolvidas no âmbito do estágio curricular, enquadrado no Mestrado em Psicomotricidade, que decorreu na consulta externa de Pediatria do Desenvolvimento, no Hospital do Espírito Santo de Évora.

Os objetivos do estágio consistiram em contextualizar a prática psicomotora num serviço de Pediatria; investigar e descrever os casos encaminhados para a Psicomotricidade; analisar e contextualizar a intervenção psicomotora dos casos individuais; refletir sobre a pertinência da Psicomotricidade em Pediatria; descrever as tarefas e atividades realizadas durante o estágio e investigar o resultado de uma intervenção psicomotora em dois estudos de casos individuais.

Devido à pandemia COVID-19 e consequente interrupção da intervenção, não foi possível comparar os resultados da intervenção psicomotora porque não foram realizadas avaliações finais. Em contrapartida, foram realizadas algumas alterações na estrutura inicialmente prevista para o relatório de estágio, nomeadamente, a introdução de conteúdos reflexivos no que respeita às alterações provocadas pela COVID-19.

Assim, a estrutura do relatório é a seguinte: inicialmente é realizado o enquadramento teórico da prática profissional que inclui os subcapítulos “breve história da Psicomotricidade”; “a Psicomotricidade enquanto prática profissional”; “a Psicomotricidade nas vertentes reeducativa e terapêutica” e “metodologia de intervenção em Psicomotricidade”. Posteriormente segue-se a descrição de todos os aspetos relativos ao estágio, nomeadamente: a caracterização da instituição; a organização das atividades de estágio, respetiva calendarização e horário; a descrição das atividades de estágio e a progressão na autonomia e as atividades complementares de formação, referentes às atividades complementares no período pré e pós-COVID 19. São também referenciadas as etapas de intervenção em Psicomotricidade e descritos os instrumentos de avaliação formais e informais utilizados durante o estágio. Ainda se salientam como subcapítulos referentes ao estágio, a descrição dos casos acompanhados, onde é referida informação genérica sobre cinco crianças acompanhadas em Psicomotricidade e informações mais detalhadas de dois estudos de caso, que englobam: revisão teórica de suporte, dados anamnésicos, resultados da avaliação inicial, elementos critério, hipóteses explicativas, projeto terapêutico, fundamentação e diretrizes da intervenção, estratégias específicas, exemplos de atividades e progressão terapêutica. Por fim, é realizada uma reflexão sobre a prática psicomotora à distância e a conclusão.

2. Enquadramento teórico da prática profissional

2.1. Breve história da Psicomotricidade

Pensar nos primórdios da Psicomotricidade remete para a significação dada ao corpo ao longo da história. Esta significação sofreu várias transformações e foi influenciada por filósofos, pelo cristianismo e pelas civilizações (Fonseca, 2010). Já na Grécia Antiga havia preocupação com o corpo, com a beleza física e a agilidade do ser humano, no entanto, eram apenas valorizadas as suas características físicas, sendo descurados os aspetos psíquicos (Lopes, 2010).

O termo “psicomotricidade” foi utilizado pela primeira vez por Dupré (s.d. cit in Fonseca, 2010), que deu o seu contributo no campo patológico (Fonseca, 2010) colocando em evidência o síndrome da debilidade motora (Hermant, 2003) através do qual afirma a relação entre o movimento e o pensamento (Lopes, 2010). A emergência do conceito “debilidade motora”, em 1915, fez de Dupré o avô materno da psicomotricidade (Ballouard, 2006).

Outros autores contribuíram, nomeadamente Head, em 1911 (citado por Hermant, 2003), com a noção de esquema postural, Schilder (s.d. cit in Hermant, 2003) com a noção de imagem do corpo, Schultz (1958 cit in Guiose, 2015) e Jacobson (1962, 1974, 1980 cit in Guiose, 2015) através da descrição dos métodos de relaxação (Hermant, 2003) e Piaget (1896-1980 cit in Miermon et al., 2015) com o estudo do desenvolvimento infantil (Hermant, 2003). No entanto, Henri Wallon é, possivelmente, o grande pioneiro da psicomotricidade vista como área científica (Fonseca, 2010) através dos seus trabalhos sobre tónus e emoção em 1925 (Hermant, 2003) e 1934 (Fonseca, 2010) com os quais tentou mostrar a importância do movimento no desenvolvimento psicológico da criança bem como a importância da emoção no desenvolvimento (Domínguez, 2008). Também se destaca Guilmain, na conceção de testes (Fonseca, 2010), nomeadamente, na conceção de um protótipo de exame psicomotor, em 1935, associado a orientações metodológicas sobre educação (Hermant, 2003) e reeducação psicomotora (Hermant, 2003; Fonseca, 2010).

Depois da segunda guerra mundial (Hermant, 2003), em 1950, no Hospital Henri Rousselle, em Paris, uma equipa constituída por Julian Ajuriaguerra (neuropsiquiatra e especializado em problemas de tónus) e Gisèle Soubiran (cinesioterapeuta e formada em psicologia) (Giromini & Coutolleau, 2015) criou o primeiro serviço de reeducação

psicomotora, tendo-se dedicado ao serviço de atendimento infantil (neuropsiquiatria) (Hermant, 2003). Colaboravam nesta equipa médicos e psicólogos e os seus trabalhos foram compilados num texto coletivo denominado “Carta de 1960” (Hermant, 2003). Nela foram definidos os síndromes psicomotores como estando ligados ao afeto e ao corpo (Hermant, 2003). Na definição dos problemas psicomotores, Ajuriaguerra integrou as contribuições da neuropsiquiatria (Duprè), da psicologia (Wallon), da fenomenologia (Merleau Ponty) e da psicanálise (Freud) (Ballouard, 2008b). Valorizou ainda outros contributos, como os de André Collin, de Oseretski, Guilmain, Gesell, Reich, Schultz e Jacobson (Ballouard, 2008b). Assim, definiu os problemas psicomotores como problemas que oscilam entre as dimensões neurológica e psiquiátrica, influenciados pela experiência mais ou menos sofrida, pela personalidade e pela vida. Estão incluídos, neste quadro, algumas formas de debilidade motora, a instabilidade psicomotora, a inibição psicomotora, desajeitamentos de origem emocional ou por distúrbios de lateralidade, dispraxias de evolução, algumas disgrafias, os tiques, a gaguez, entre outros (Ajuriaguerra, 1959, cit in Ballouard, 2008a).

Soubiran dirigiu o serviço de psicomotricidade que veio a criar juntamente com Ajuriaguerra e juntos criaram a psicomotricidade, partindo da ideia de que o corpo e o psiquismo estão intimamente ligados e que um não pode existir sem o outro. Soubiran comprovou esta premissa a partir da sua prática clínica (Giromini & Coutolleau, 2015).

Entre 1948 e 1960 realizaram-se muitos estágios por parte de franceses e de pessoas estrangeiras, tendo os pioneiros da psicomotricidade passado por este serviço. Em 1963, o ensino do hospital Henri Rousselle foi transferido para o hospital de la Salpêtrière, pelo Dr. Jolivet, tendo sido criado um certificado de competências em reeducação psicomotora pelo Ministério da Educação Nacional. Entre 1967 e 1975 foram criadas várias escolas que contemplavam a formação de psicomotricistas sendo esta profissão reconhecida rapidamente como essencial na área da saúde (Hermant, 2003). Na década de 1980 instalou-se definitivamente a profissão de psicomotricista, em França tendo sido publicado, em 1988 o decreto que definia oficialmente as competências do psicomotricista (Hermant, 2008).

A Psicomotricidade francesa hesitou entre duas correntes:

- a corrente da educação, realizada pelos professores de educação física, professores primários especializados e educadores. Foi importante para a introdução da

psicomotricidade no ensino pré-escolar e do 1º ciclo do ensino básico ao nível do desporto, mas esta corrente apenas permitiu abranger a dimensão psicomotora no processo educativo. Por outro lado, evidenciava-se uma sobreposição entre a função de “terapeuta” e de “pedagogo especializado” tendo havido uma rutura desta corrente (Hermant, 2003).

- a corrente terapêutica, criada por Soubiran e Ajuriaguerra, que provou ser necessária devido aos resultados obtidos no tratamento de problemas psicomotores tendo prevalecido e impulsionado o crescimento da psicomotricidade (Hermant, 2003), como já foi referenciado anteriormente.

Para Costa (2008) a Psicomotricidade foi introduzida em Portugal por João dos Santos na segunda metade do século XX. No entanto, é de extrema relevância o contributo para a implementação e crescimento da Psicomotricidade, em Portugal, dado pelo professor Vítor da Fonseca, autor da Bateria Psicomotora (Fonseca, 2010). A formação nesta área surgiu no século XX, na década de 80. Até à atualidade, o curso sofreu alterações, sendo que, presentemente, a formação dos psicomotricistas é realizada através da licenciatura em Reabilitação Psicomotora (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017).

2.2. A Psicomotricidade enquanto prática profissional

O termo “psicomotricidade” subentende a influência recíproca entre cognição, emoção e movimento, que determina a forma como o indivíduo se desenvolve e se insere num contexto psicossocial (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017). É, então, valorizada a sincronização corpo-cérebro e vice-versa e também a dimensão afetiva, que se reflete tonicamente, emocionalmente e nas relações (Fonseca, 2005).

Pode considerar-se que a Psicomotricidade é uma terapia psicocorporal mediada pela atividade corporal onde a base do diálogo é tónico-emocional. A situação terapêutica de cuidado psicomotor é pensada, organizada e enquadrada pelo psicomotricista, num contexto relacional, de modo a favorecer a fluidez da expressão do eu, em todas as dimensões, através do corpo (Alexandrine & Boscaini, 2012). Através da intervenção psicomotora pretende-se melhorar a organização psicomotora e obter a modificabilidade psicomotora, o que apenas é possível quando o movimento é orientado para um fim. É esta intencionalidade, o fim do movimento, que o torna terapêutico (Fonseca, 2001). “A intervenção do psicomotricista é estimular pelo movimento o desenvolvimento do pensamento” (Fonseca, 2001, p. 33), i.e., o psicomotricista, através da sua mediatização,

promove a mobilização de estruturas psíquicas necessárias à execução motora, seja através de atividades gnoso-práticas, da verbalização ou simbolização prévia da ação, do pensar antes de agir, etc. Evidentemente que o psicomotricista não pode esquecer de intervir simultaneamente nas funções emocionais e afetivas do indivíduo através da utilização de estratégias como a intencionalidade, a reciprocidade, segurança, conforto, sentimento de competência, entre outras (Fonseca, 2001).

Dependendo dos seus pacientes, das suas escolhas pessoais e da sua formação, o psicomotricista poderá refletir e escolher as suas formas de intervir consoante diferentes correntes de pensamento: psicodinâmicas, psicoterapêuticas, cognitivas..., no entanto, o psicomotricista manterá sempre esta especificidade vendo o sujeito de forma global e intervindo através da mediação corporal. É por isto que se considera a psicomotricidade uma intervenção neurofisiológica, do ponto de vista das suas técnicas e uma intervenção psicológica, do ponto de vista dos seus objetivos (Alexandrine & Boscaini, 2012).

2.3. A Psicomotricidade nas vertentes reeducativa e terapêutica

O psicomotricista pode avaliar e intervir em indivíduos de todas as faixas etárias (European Forum of Psychomotricity, 2012), sendo que a intervenção pode decorrer no âmbito preventivo (com indivíduos saudáveis ou em risco visando a promoção do seu potencial) e no âmbito reeducativo ou terapêutico (quando os indivíduos apresentam problemas de desenvolvimento, aprendizagem e comportamento). Destaca-se ainda a intervenção do psicomotricista com a família, escola e comunidade, a assessoria técnica e a investigação (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011). Bourger (2008) afirma, de forma mais pormenorizada, que a psicomotricidade pode ser vista de quatro perspetivas diferentes:

- **Evolutiva** na medida em que se considera um processo maturacional que depende do código genético e corresponde a um domínio neuro-bio-fisiológico que progride de acordo com as leis de maturação: céfalo-caudal e próximo-distal. Mas também tem em conta a relação com o meio e conseqüente evolução psicoafectiva, pois é impossível dissociar o processo maturacional do processo desenvolvimental que juntos constituem a evolução psicomotora da criança (Bourger, 2008).

- **Educacional**, considerando que a evolução e a aprendizagem são indissociáveis e que a estimulação é promotora da evolução. Inversamente, a falta de estimulação também pode condicionar a evolução, pelo que a estimulação passa por experiências motoras e psíquicas favorecidas pela figura materna e também pelos profissionais de educação precoce (entre os quais os psicomotricistas) num ambiente prazeroso. Neste âmbito, os profissionais podem fazer despistes e atuar de forma preventiva (Bourger, 2008), sendo que o principal objetivo é assegurar um desenvolvimento harmonioso (Rigal, 2010).
- **Reeducativa** quando se pretende, através da utilização de técnicas específicas, reparar um problema (Bourger, 2008). Por isso, pretende-se trabalhar o problema em si e a sua evolução (Bourger, 2008) para reestabelecer o bom funcionamento (Rigal, 2010). Os problemas podem surgir no âmbito académico (*e.g.* dificuldades de aprendizagem), social (problemas de comportamento ou socioafetivos) ou psicomotor (*e.g.* instabilidade psicomotora, défice de atenção e hiperatividade, problemas de coordenação, na estruturação espacial e temporal) (Rigal, 2010).
- **Terapêutica**, quando o mediador terapêutico é o corpo com os seus aspetos psíquicos e somáticos. Nesta perspetiva, o corpo é considerado como meio de expressão e comunicação, na medida em que o corpo revela para o exterior o estado interno (expressão) mas também recebe e assimila informações que advêm do exterior (Bourger, 2008).

Não é fácil fazer a distinção entre reeducação e terapia. Esta distinção parece ser mais ao nível da leitura do problema psicomotor, em que ou é considerado apenas uma dificuldade que impede o bom desenvolvimento da criança ou um sintoma que remete para um mal-estar interno que dificulta a expressão e a aprendizagem do indivíduo, respetivamente (Bourger, 2008). Assim, a reeducação incide mais diretamente no sintoma e no que se observa no corpo enquanto a terapia dá sentido ao sintoma através da elaboração do esquema e imagem corporal, mais do que a própria deficiência em si. Pode então considerar-se que na reeducação está em jogo uma relação de aprendizagem onde é dado uma ênfase maior ao corpo a nível motor e sensorial na sua performance enquanto agente e que a terapia incide sobre o aspeto psicoafetivo que se reflete no corpo enquanto “instrumento” de todas as relações (Lacombe, 2012).

Na intervenção psicomotora podem ser utilizados vários recursos, entre os quais técnicas de relaxação e interações com objetos (bolas, arcos, bastões, cordas, tecidos, brinquedos), sendo também de valorizar a mediatização através do diálogo, entre o terapeuta e o indivíduo em terapia, o que exige um compromisso relacional intencional. Salienta-se assim, na intervenção psicomotora, a importância da intencionalidade que se sobrepõe à simples repetição de determinada atividade ou ao produto final das atividades propostas (Fonseca, 2005).

2.4. Metodologia de intervenção em Psicomotricidade

É comum ouvir-se que a psicomotricidade é uma terapia de mediação corporal devido ao facto de priorizar uma intervenção não verbal (Rodríguez, 2019). A terapia psicomotora resulta da aplicação “(...) dos métodos e mediações utilizadas pelos profissionais, conforme a sua personalidade e local de prática, em função da diversidade de populações, idades e patologias.” (Scialom, 2015a, p.3).

Entre os métodos que podem ser utilizadas pelo psicomotricista, destacam-se, os métodos de relaxação (Guiose, 2015), os métodos predominantemente sensoriais onde predomina o toque e a estimulação sensorial (Bénavidès, 2015), os métodos perceptivo-motores (relacionados com a aprendizagem da escrita) (Soppelsa & Albaret, 2015), os métodos de mediação artística, nos quais se destacam a utilização de modalidades expressivas como a música, a voz, a dança, o ritmo, a mímica, do jogo dramático, a expressão plástica, entre outros (Giromini & Lesage, 2015). Destacam-se como técnicas: a avaliação psicomotora, o jogo, atividades de consciência corporal (European Forum of Psychomotricity, 2012) e técnicas neuromotoras/de movimento (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.). Seguidamente, serão mencionadas, de forma muito breve, as potencialidades dos métodos e modalidades expressivas utilizados no decorrer do estágio, nomeadamente: o jogo, as técnicas gnoso-práticas, as técnicas de movimento e as modalidades expressivas – música, dança e pintura.

O jogo é a atividade principal da criança: a criança observa, explora, imita e imagina. É através do jogo que a criança adquire as aprendizagens de base, desde o domínio do seu próprio corpo ao domínio da linguagem e ao desenvolvimento do pensamento (Vachez-Gatecel, 2016). Permite também, às crianças, desenvolver as suas capacidades psicocorporais, sensoriomotoras e cognitivas e ainda competências relacionais e de gestão de emoções sem correr riscos e interdições (Scialom, 2015b). É

importante que o psicomotricista se atualize e reflita sobre a importância do jogo espontâneo. Quando o jogo é uma técnica à qual recorre o psicomotricista, os objetivos de intervenção e todo o quadro psicomotor é tido em conta e não são esquecidas as contribuições reeducativas por parte do terapeuta. Estas atitudes profissionais do psicomotricista permitirão à criança desinibir o pensamento, a representação e a imaginação. Através do jogo, a criança pode descobrir uma nova forma de investimento e até os pais poderão relatar mudanças no comportamento do seu filho (*e.g.* melhorias de humor, mais carinhoso). O terapeuta assume também um papel de incentivo, na medida em que impulsiona o indivíduo a generalizar para o exterior as melhorias apresentadas (Scialom, 2015b).

Relativamente às técnicas de movimento, importa ter em conta que é no movimento e através dele que a criança estabelece as relações com o seu corpo e que é a partir do mesmo que emerge a inteligência das palavras, do espaço, do tempo e da relação com os outros (Lefrance, 2015).

Por sua vez, a expressividade é a manifestação corporal de conteúdos psicológicos, afetivos e emocionais que estão relacionados com o contexto cultural e com a história de vida da pessoa. Nas técnicas expressivas salienta-se como fundamental o diálogo tónico-emocional, onde há uma entrega corporal (Alexandrine & Boscaini, 2012) e onde predomina a comunicação não verbal (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011; Alexandrine & Boscaini, 2012) através do toque, do olhar, da adaptação postural e gestual, entre outros (Alexandrine & Boscaini, 2012). Uma abordagem através da expressividade pretende permitir ao indivíduo (re)encontrar situações de prazer e bem estar através da redução de sintomas corporais associados à problemática, uma vez que possibilitam a gestão e estruturação de emoções com o objetivo de fomentar a afirmação da identidade e a capacidade de comunicação verbal e não verbal (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.). Tal como referido anteriormente, há diferentes modalidades expressivas às quais o terapeuta pode recorrer, nomeadamente:

- a música: modalidade acessível a todo o tipo de dificuldade que favorece a expressão individual e coletiva, a relação e a comunicação; melhora a perceção sensorial e emocional; e permite o desenvolvimento da concentração e da motricidade (*e.g.* coordenação e dissociação) (Pijulet, 2015).

- A dança: permite dar formas e significações ao corpo, implica uma dimensão de temporalidade (sucessão, aceleração, desaceleração...) e favorece a exploração espacial não só numa dimensão física, mas também numa dimensão mais pessoal, em que o sujeito experimenta os limites e diferencia o “eu” do “não eu”, o que é interno e o que é externo. Através da dança encontram-se formas de aceder à simbolização, através do contacto, da respiração e da voz, que se destacam também por serem reguladores tónicos (Hemelsdael et al., 2015).
- A pintura: na expressão através da pintura, está implícita a passagem do real para uma representação que apela ao imaginário e aos sentidos: visual, tátil (seja através dos dedos ou de um instrumento como o pincel, a esponja, o algodão, etc), olfativo (pelo odor da pintura) e auditivo (som do instrumento de pintura sobre o papel) (Gobertiere, 2015).

As técnicas gnoso-práticas visam o desenvolvimento de competências psicomotoras e de autorregulação do comportamento através da relação entre a ação (praxia) e a sua representação (gnosia) (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

No decorrer do estágio, o jogo foi utilizado sobretudo com as crianças de faixa etária mais baixa, com o intuito de promover o desenvolvimento psicomotor de um modo global. Recorreu-se às técnicas de movimento e gnoso-práticas para intervir com as crianças com dificuldades escolares com o intuito de melhorar competências psicomotoras que são pré-requisitos para a aprendizagem e, simultaneamente a capacidade de representação/simbolização que Fonseca (2014) refere como uma competência essencial na aprendizagem. Por fim, as técnicas expressivas foram um recurso na intervenção com crianças com problemas emocionais e de relação, tais como baixa autoestima e dificuldades na socialização.

3. Estágio

3.1. Caracterização da instituição

O Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE) é uma Entidade Pública Empresarial com sede no Largo Senhor da Pobreza, em Évora. Está integrado na rede do Serviço Nacional de Saúde da Região Alentejo (HESE, s.d.). A sua área de influência

direta abrange o distrito de Évora e a área de influência indireta correspondente a toda a região do Alentejo (Ministério da Saúde, 2017b).

O HESE tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, assegurando padrões elevados de desempenho técnico-científico, de gestão dos recursos de forma eficiente e eficaz, de humanização e promoção do desenvolvimento profissional dos seus colaboradores (HESE, s.d.).

Quanto à visão, pretende-se que esta entidade seja uma Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional. Ambiciona-se, especialmente, articulação com outros hospitais da região e com os Cuidados de Saúde Primários, assumindo, o HESE, o papel de Hospital Central do Alentejo. Deseja-se também que o hospital alcance, a médio prazo, o estatuto de Hospital de Qualidade, com elevado grau de diferenciação tecnológica (HESE, s.d.).

O trabalho desenvolvido no hospital tem como referência os seguintes valores: respeito pela dignidade e direitos dos cidadãos; excelência técnica; cultura da melhor gestão; respeito pelas normas ambientais; promoção da qualidade; ética, integridade e transparência; motivação e trabalho de equipa (HESE, s.d.).

O HESE despende de vários serviços, nomeadamente, consultas externas, exames, serviços clínicos, medicina física e reabilitação e centros de referência (Ministério da Saúde, 2020).

As consultas externas decorrem no edifício Patrocínio e englobam diversas especialidades, tais como, pneumologia, nutrição e dietética, pediatria médica, apoio ao desenvolvimento, avaliação de risco neonatal, neurologia, reabilitação pediátrica, entre outras (Ministério da Saúde, 2020).

Os exames passíveis de realizar no hospital são os seguintes: exames de anatomia patológica, imagiologia, imunohemoterapia e de patologia clínica (Ministério da Saúde, 2020).

Os serviços clínicos do Hospital abrangem várias áreas, nomeadamente, a área da mulher e da criança (*e.g.* neonatologia, pediatria), áreas da medicina (*e.g.* cardiologia, neurologia), áreas da urgência (*e.g.* urgência geral e pediátrica) e áreas da cirurgia (*e.g.* cirurgia pediátrica, otorrinolaringologia) (Ministério da Saúde, 2020).

O Serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR) é um serviço no qual são desenvolvidas atividades no âmbito de diferentes valências da especialidade, desde consultas médicas a tratamentos de Fisioterapia, Terapia Ocupacional (TO), Terapia da Fala (TF) e Neuropsicologia. Este serviço oferece consultas e tratamentos em quase todas as áreas da especialidade, tanto a adultos como a crianças (Ministério da Saúde, 2020).

O Centro de Referência é qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, no qual existe o mais elevado nível de competências na prestação de cuidados de saúde com a mais elevada qualidade, em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados (Ministério da Saúde, 2017a). No HESE, existe o Centro de Referência do Cancro do Reto, no qual se pretende prestar cuidados de saúde diferenciados, assegurar o atendimento atempado e eficiente dos utentes, garantir o direito de livre escolha e de uma segunda opinião médica dentro das condições existentes (Ministério da Saúde, 2020).

Os órgãos dirigentes do HESE são os seguintes: um diretor clínico, uma enfermeira diretora e dois vogais executivos (Ministério da Saúde, 2017b). Para informação mais detalhada acerca do organograma do hospital, consultar o anexo I.

3.2. Organização das atividades de estágio

3.2.1. Calendarização e horário

O estágio curricular, no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade, decorreu na Pediatria Médica, nomeadamente nas consultas externas do HESE. O período de estágio presencial foi entre 14 de outubro e 13 de março (foi realizada pausa de Natal entre 20 de dezembro de 2019 e 5 de janeiro de 2020). A partir do dia 16 de março o estágio presencial foi suspenso devido à pandemia COVID-19 pelo que foram desenvolvidas atividades complementares à distância. Na tabela 1 encontra-se a calendarização das atividades de estágio.

O horário semanal do estágio (ver tabela 2) foi definido em parceria com a orientadora local, Dra. Maria da Graça Macias Mira (assistente hospitalar de Pediatria), de acordo com os horários das consultas de Pediatria e posteriormente foram definidos os horários para a realização das sessões de Psicomotricidade, tendo em conta a disponibilidade dos gabinetes e dos pais/crianças a acompanhar.

Tabela 1: Calendarização do estágio

Trabalho desenvolvido	Meses									
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	
Estágio Curricular Presencial										
Seleção das crianças para terapia psicomotora										
Contacto inicial com as famílias										
Avaliação Inicial										
Elaboração dos projetos terapêuticos										
Início da intervenção Psicomotora presencial (pós-avaliações)										
Estágio Curricular à distância										
Elaboração de atividades complementares à intervenção presencial										
Legenda:										
Pré COVID-19										
Pós COVID19										

Tabela 2: Horário semanal do estágio presencial (pré COVID-19)

Horas	Dias da semana				
	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h30-10h30					
10h30-12h30	Consulta Fisiatria	Consulta Pediatria Desenvolv.		Consulta Pediatria Desenvolv.	
12h30-14h	Pausa				
14h-16h30	Consulta Pediatria Desenvolv.			Consulta Pediatria Desenvolv.	Consulta Avaliação de Risco Neonatal
16h30-17h	Psicomotricidade	Psicomotricidade	Psicomotricidade		
17h-17h30					
17h30-17h45	Psicomotricidade	Psicomotricidade	Psicomotricidade		
17h45-18h					
18h-18h15		Psicomotricidade	Psicomotricidade	Psicomotricidade	
18h-18h45					
18h45-19h					
Legenda:					
Consulta Pediatria Desenv. – Consulta Pediatria Desenvolvimento					

Importa referir que eram realizadas reuniões presenciais, uma vez por mês, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), habitualmente agendadas para quarta-feira das 11h30m às 13h. Apesar de não estarem referidas no horário acima por não serem de frequência semanal, a estagiária esteve presente nas mesmas. Estar presente nas consultas de fisiatria e de avaliação de risco neonatal foi opção da estagiária, daí o horário exceder as 20 horas semanais previstas.

3.3. Descrição das atividades de estágio e progressão na autonomia

No decorrer do estágio, foram realizadas diversas atividades que se diferenciaram de acordo com os períodos pré COVID-19 e pós COVID-19. Assim, destacam-se as seguintes atividades realizadas no período pré COVID-19:

- **Observação de consultas de Pediatria do Desenvolvimento**, onde eram realizadas avaliações do neurodesenvolvimento, nas quais a estagiária colaborava parcialmente. Antes de cada consulta a médica pediatra fazia o enquadramento da situação clínica da criança e após a consulta, eram esclarecidas questões que pudessem ter surgido ao longo da mesma. Sempre foi dada a possibilidade à estagiária de intervir durante as consultas, nomeadamente, para dar dicas e estratégias aos pais ou pedir à criança para realizar determinada atividade com o objetivo de avaliar alguma competência importante.
- **Observação de consultas de avaliação de risco neonatal** nas quais a estagiária também colaborava, parcialmente, no decorrer das avaliações do neurodesenvolvimento. Tal como nas consultas de Pediatria do Desenvolvimento, previamente a cada consulta era realizada uma breve contextualização da situação clínica da criança, sendo que a maioria das crianças encaminhadas para esta consulta estiveram internadas no serviço de neonatologia do HESE devido a prematuridade ou outras situações de risco durante e/ou após o parto. Após cada consulta, também eram esclarecidas questões que pudessem ter surgido.
- **Observação de consultas de fisiatria** onde progressivamente houve uma colaboração ativa por parte da estagiária, sobretudo na observação de bebés - observar competências psicomotoras já adquiridas pelos mesmos. Durante as consultas, a médica fisiatra fazia a explicação do que estava a observar e partilhava algumas estratégias adequadas a adotar perante indivíduos com quadros

clínicos específicos. Por vezes também questionava a estagiária, de forma a perceber as contribuições da psicomotricidade para algumas crianças seguidas em consulta, de acordo com a sua situação clínica.

- **Assistir a reuniões do DPSM**, com frequência mensal, nas quais participavam: psiquiatra, pediatras, terapeuta ocupacional, terapeutas da fala, educadoras e psicóloga. Nestas reuniões predominava a partilha de dúvidas e discussão de casos. Tendo em conta que o estágio apenas decorreu na Pediatria do HESE, a estagiária esteve presente nestas reuniões em observação participada.
- **Realização de sessões individuais de terapia psicomotora** com as crianças propostas para intervenção.
- **Contacto informal com a Equipa de Intervenção Precoce na Infância (IPI)** que acompanha uma das crianças proposta para intervenção psicomotora. Não foi realizado uma reunião formal devido à interrupção do estágio presencial.

No período pós COVID-19 foram desenvolvidas as seguintes atividades no âmbito do estágio:

- **Elaboração de panfletos**, em parceria com a médica fisiatra, para facultar aos pais das crianças acompanhadas na consulta de fisioterapia ou a outras pessoas interessadas. Os temas dos panfletos elaborados foram: “*w-sitting*”, “*tummy time*”, “andarrilhos, aranhas e voadores”, “marcha em pontas idiopática” e “sinais de alarme do desenvolvimento”. Pode ser consultado um dos panfletos elaborados no anexo II.
- **Elaboração de uma ficha de apoio aos pais** com propostas de atividades para realizar em casa, com vista à promoção do desenvolvimento psicomotor da criança mais nova acompanhada pela psicomotricista em contexto de estágio. Após o envio da ficha de apoio aos pais foram realizados alguns contactos telefónicos com a família para esclarecer questões e fornecer estratégias.
- **Construção de um jogo de tabuleiro** (anexo III) para as crianças em idade escolar, que visa trabalhar as áreas: equilíbrio, noção do corpo/proprioceção, estruturação espaço-temporal e motricidade.

3.3.1. Atividades complementares de formação

Com o intuito de crescimento profissional e adaptação ao período COVID-19 destacam-se ainda momentos formativos:

- A participação numa aula aberta “As tecnologias da comunicação na Práxis Psicomotora: uma reflexão face à contemporaneidade” lecionada pela Professora Doutora Gabriela Almeida, na qual foram abordadas questões como a preparação ética e técnica dos psicomotricistas para a intervenção à distância, o potencial da prática psicomotora à distância, critérios para a existência de uma intervenção à distância e recomendações para esta prática.
- A participação em reuniões semanais, promovidas pelo grupo da Secção Centro da Associação Portuguesa de Psicomotricidade (de abril de 2020 a junho de 2020), cujo objetivo foi criar um espaço entre psicomotricistas, onde houvesse partilha de experiências, dúvidas e estratégias de acordo com a nova realidade em tempos de COVID-19.
- A participação em eventos online promovidos por diferentes entidades e que englobavam diferentes temas, como por exemplo: “*webinar* sobre tecnologia aplicada à formação”, “*playtalk* sobre ecrãs”, “*playtalk*: voltar a brincar na rua”, “*playtalk*: que desafios, oportunidades este período que vivemos traz às crianças e famílias?”, “*webinar* das emoções”, “*Live* sobre disgrafia”, “*Webinar*: quando as crianças com Perturbação de Hipertatividade e Défice de Atenção vão à escola...em casa” e “*webinar*: avaliação psicomotora – fundamentos e desafios da atualidade”.
- A realização de cursos online: “Como ajudar o meu filho a escrever” e “Promoção de Inteligência Emocional nas crianças”.

3.4. Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora, no HESE, decorreu nos gabinetes de consultas de Pediatria, sendo que estes eram reservados diariamente, consoante a disponibilidade. Todas as sessões decorreram individualmente e foram planeadas com uma estrutura comum: ritual de entrada, fase de ativação, fase fundamental, retorno à calma e ritual de saída.

3.4.1. Etapas de intervenção

Antes de avançar para a observação/avaliação propriamente dita, é fundamental que exista um primeiro encontro com a criança e com a família onde se realiza uma entrevista de anamnese. Posteriormente, realiza-se a avaliação psicomotora (Cornot, 2018). O modelo de reabilitação psicomotora (Fonseca, 2010) engloba estratégias que

definem etapas sequenciais desde a avaliação inicial do sujeito à avaliação da intervenção, que foram respeitadas no decorrer do estágio e que serão explicitadas de seguida.

1ª estratégia: identificação e diagnóstico - o objetivo é perceber as características, aquisições e capacidades adaptativas do indivíduo, tendo em conta o princípio base de que as dificuldades podem ser modificadas, em indivíduos com desenvolvimento típico ou atípico, através da implementação de programas reabilitativos ou educacionais. É importante que o observador se envolva na interação com o indivíduo como complemento às instruções formais que se encontram nos manuais e que assuma um papel de motivador e suporte, adequando as propostas às necessidades específicas do indivíduo e evitando situações que lhe criem frustração (Fonseca, 2010). A avaliação psicomotora deve ser adaptada ao indivíduo e resulta da observação guiada através dos instrumentos de avaliação formais e da observação espontânea do sujeito. No decorrer da avaliação devem ser observados diferentes áreas, tais como: o tónus, a motricidade, o esquema corporal, a imagem do corpo, o espaço, o tempo, a lateralidade, a grafomotricidade, as funções executivas (memória, atenção, capacidade de inibição, planificação...), entre outras (Cornot, 2018).

2ª estratégia: obtenção do Perfil Intraindividual de Aquisições Básicas (PIAB) no qual são referenciadas as áreas fortes e as áreas fracas, tendo em conta, não só os resultados obtidos pelo indivíduo, mas também o processo/desempenho até ao produto final. A obtenção deste perfil é facilitada pela formulação de hipóteses explicativas dos resultados obtidos e só é possível devido à aplicação de escalas de desenvolvimento, *checklists*, *screenings* e de instrumentos informais de avaliação (Fonseca, 2010). A partir desta avaliação o terapeuta sintetiza a informação recolhida através da qual percebe a organização psicomotora do indivíduo e o seu perfil psicomotor nas áreas psicomotora, psicoafectiva e cognitiva (Cornot, 2018). Fonseca (2010) salienta ainda como fundamental a recolha de informação biomédica e contextual, uma vez que a criança evolui em contacto com o meio envolvente e também é necessário intervir em termos de modificabilidade interacional e social. Em complementaridade, Cornot (2018) refere a importância de articular as informações recolhidas através da anamnese com os resultados da avaliação, de forma a compreender melhor as dificuldades do sujeito.

3ª estratégia: formulação de objetivos que têm como finalidade ir ao encontro das necessidades da criança, de forma planificada, onde as suas áreas fracas são compensadas pelas áreas onde obtém melhor desempenho (áreas fortes). A formulação de objetivos

envolve a planificação e individualização da intervenção, pelo que esta tem de ser personalizada (Fonseca, 2010).

4ª estratégia: Plano Reabilitacional Individualizado (PRI) que deve ser elaborado para cada caso e deve contemplar:

- ✓ a descrição da realização, por parte da criança, nas várias áreas
- ✓ fundamentação de objetivos terapêuticos (a curto, médio e longo prazo);
- ✓ incluir processos mais eficazes e envolventes de intervenção entre pais e terapeutas ou os professores, entre outros agentes;
- ✓ planos organizados, estruturados, detalhados e específicos;
- ✓ trabalho orientado por objetivos escritos em termos operacionais;
- ✓ monitorização dos objetivos/accompanhamento permanente da evolução da criança;
- ✓ procura de material didático e técnico adequado às necessidades da criança
- ✓ categorização dos materiais (jogos, programas, fichas de trabalho...) por áreas de desenvolvimento;
- ✓ data de início do(s) programa(s), a sua durabilidade e planificação de processos pré e pós intervenção (Fonseca, 2010).

O PRI deve ser discutido entre terapeutas e com os pais da criança e está sujeito a ser modificado para se adaptar ao máximo às necessidades da criança (Fonseca, 2010). A terceira e quarta estratégias integram o que Cornot (2018) designa de projeto terapêutico e que é constituído por: objetivos terapêuticos (que podem ser definidos a curto, médio e longo prazo), meios terapêuticos (materiais e/ou mediações utilizados) e modalidades de intervenção (tipo de intervenção, espaço onde decorre a intervenção, frequência e duração das sessões).

5ª Estratégia: implementação de programas reabilitacionais que também estão sujeitos a alterações (quando se mudam os objetivos, os programas reabilitacionais também são alterados). Na implementação de programas é necessário identificar os passos e as fases necessárias para que se possa ensinar a criança passo a passo, pelo que é importante adotar a seguinte metodologia:

- 1) Demonstrar a tarefa no seu todo;

- 2) Dividir a tarefa em pequenas fases mais simplificadas e sequencializadas, mas com o objetivo de diminuir, gradualmente, o movimento guiado e aumentar a autonomia.
- 3) Reforçar cada etapa de aprendizagem (reforço positivo) até que alcance o resultado pretendido.

Na implementação do programas reabilitacionais salienta-se ainda a importância de registar diariamente o comportamento evolutivo da criança ou dos grupos e da adoção de sistemas de reforços (reforços positivos, atividades preferenciais, atribuição de pontos, entre outros) (Fonseca, 2010) .

6ª Estratégia: Avaliação reabilitacional – através da qual se percebe se os objetivos estão a ser atingidos e, conseqüentemente, se o modelo de intervenção adotado está a ser eficaz. Caso não se obtenham os resultados esperados (se houver estagnação ou regressão), é proposta uma 7ª estratégia que consiste na avaliação de todas as fases do modelo para perceber as falhas/o que pode estar a condicionar os avanços pretendidos para que se possa otimizar e ajustar a intervenção às necessidades da criança.

3.5. Descrição dos instrumentos de avaliação formal

3.5.1. Currículo Carolina para Bebés e Crianças Pequenas com Necessidades Educativas Especiais

O Currículo Carolina para Bebés e Crianças Pequenas com Necessidades Educativas Especiais (CCBCPNE), de Johnson-Martin, Attermeire e Hacker (2005), consiste num programa que permite avaliar bebés e crianças desde o nascimento aos 36 meses. Apesar de ter sido concebido para crianças com necessidades especiais é perfeitamente adequado para ser utilizado na avaliação, orientação ou no desenvolvimento de qualquer criança (Johnson-Martin et al., 2005). Este instrumento inclui:

- Uma avaliação sistemática para observar as competências que a criança domina nas cinco principais áreas do desenvolvimento (pessoal/social, cognição, comunicação, motricidade fina, motricidade grosseira e autonomia pessoal)
- Sugestões para a seleção de objetivos pedagógicos partindo da avaliação realizada
- Orientações de apoio à família.

Importa referir que o CCBCPNE não é um instrumento de avaliação estandardizado e que os níveis etários são apenas estimativas baseadas em instrumentos estandardizados, como as Escalas de Desenvolvimento Infantil de Bayley, as Escalas de Desenvolvimento Motor Peabody e a Escala de Linguagem Pré-Escolar (Johnson-Martin et al., 2005). As áreas de desenvolvimento integram 24 sequências, como se pode observar no anexo IV.

O CCBCPNE contém um caderno de avaliação no qual se colocam diferentes símbolos de acordo com o desempenho da criança durante a avaliação. Nos itens que a criança domina e por isso realizou com sucesso, coloca-se o símbolo “+”; nos itens em que ainda não se observa consistência ou é uma competência emergente, coloca-se o símbolo “+/-“ e quando a criança ainda não adquiriu a competência avaliada coloca-se o símbolo “-“. Sempre que a tarefa for realizada com ajuda, deve utilizar-se a letra “A”. Os itens que compõe cada uma das sequências encontram-se de acordo com a ordem de desenvolvimento esperada, i.e., a competência descrita no item a) normalmente é aprendida antes do item b) e assim sucessivamente. Depois de avaliados todos os itens procede-se ao preenchimento da folha de registo da avaliação do desenvolvimento que representa graficamente as áreas mais fortes da criança e as que necessitam de ser trabalhadas, o que facilita a realização do programa de intervenção com a criança (Johnson-Martin et al., 2005).

3.5.2. Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca

A Bateria Psicomotora (BPM), de Fonseca (2010), é uma bateria de observação que permite “identificar crianças que não possuem competências psicomotoras necessárias à sua aprendizagem e desenvolvimento” (Fonseca, 2010, p. 126). Este instrumento assenta no modelo de organização do cérebro segundo Luria, que, de forma sucinta, distingue três unidades funcionais básicas que são fundamentais para qualquer tipo de atividade mental, quer no movimento voluntário quer na produção da linguagem escrita ou falada. A primeira unidade funcional é responsável pela regulação do tónus cortical e pela função de vigilância; a segunda unidade funcional tem como funções receber, captar, processar e armazenar a informação vinda do exterior e a terceira unidade funcional é responsável por programar, regular e verificar a atividade mental (Fonseca, 2010). A BPM permite registar aspetos somáticos e morfológicos da criança, desvios posturais, o controlo respiratório e permite avaliar os 7 fatores psicomotores, de acordo com Fonseca (2010):

- **Tonicidade:** Este fator é o suporte para a motricidade. Através da aplicação das tarefas relativas a este fator, é possível estudar o tónus de suporte e o tónus de ação.
- **Equilibração:** envolve ajustes posturais antigravíticos que suportam as respostas motoras. Este fator subentende ainda o controlo postural e o desenvolvimento da locomoção pelo que, através do mesmo se avalia a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico.
- **Lateralização:** está relacionada com a especialização hemisférica e com a preferência manual e implica a capacidade de integrar os dois lados do corpo. Neste fator é avaliada a preferência ocular, auditiva, manual e podal.
- **Noção do corpo (NC):** compreende a representação do corpo que permite o contacto com o mundo externo. As tarefas deste fator permitem avaliar o conhecimento que a criança tem do seu corpo, como por exemplo, se reconhece as partes do corpo onde é tocada, se reconhece “direita” e “esquerda” e se tem a capacidade de imitar gestos.
- **Estruturação Espaço-Temporal (EET):** envolve a integração de dados espaciais e temporais e através deste fator é possível avaliar a integração de informação visual e auditiva.
- **Praxia Global (PG):** compreende tarefas motoras globais. Através deste fator é possível perceber a organização práxica da criança, nomeadamente, a eficiência, proficiência e realização motora.
- **Praxia Fina (PF):** compreende a micromotricidade e a perícia manual. Através das tarefas deste fator é possível estudar a capacidade construtiva manual e a destreza bimanual da criança nas quais está envolvida a coordenação óculo-manual.

A BPM é aplicável a crianças entre os 4 e os 12 anos e após a realização de cada tarefa o observador/avaliador cota, numericamente, o nível de realização por parte da criança. A cotação é realizada entre 1 e 4, tendo o seguinte significado:

- **Cotação 1 ponto:** corresponde ao nível apráxico (fraco), onde há ausência de resposta, realização imperfeita e inadequada das tarefas, sendo evidentes sinais de disfunções;
- **Cotação 2 pontos:** corresponde ao nível dispráxico (satisfatório). A realização das tarefas é fraca, observando-se algum descontrolo e sinais desviantes. o que objetiva dificuldades de aprendizagem;

- Cotação 3 pontos: corresponde ao nível euprático (bom). A realização das tarefas é completa, adequada e controlada. e, por isso, é obtido por crianças sendo que há ausência de dificuldades de aprendizagem;
- Cotação 4 pontos: corresponde ao nível hiperprático (excelente) em que a realização da tarefa é perfeita. e, por isso, é obtida quando a criança não tem dificuldades de aprendizagem (Fonseca, 2010).

Após a cotação de todos os subfatores da BPM, arredonda-se a cotação média de cada fator, o que permite obter o respetivo perfil psicomotor. A cotação máxima da BPM é de 28 pontos, a mínima de 7 pontos e a média de 14 pontos. O perfil psicomotor hiperprático, i.e., superior ou bom, cujas cotações estão entre 27-28 e 22-26, respetivamente, é obtido por crianças sem dificuldades de aprendizagem específica. O perfil psicomotor euprático/normal enquadra-se entre as pontuações 14-21 e é obtido por crianças sem dificuldades de aprendizagem. O perfil psicomotor disprático (cotações entre 9-13) identifica crianças com dificuldades de aprendizagem ligeiras; e o perfil psicomotor aprático/deficitário (cotações entre 7-8) é obtido por crianças com dificuldades de aprendizagem significativas (Fonseca, 2010).

3.5.3. Movement Assessment Battery for Children – 2

A Bateria de Avaliação do Movimento para crianças - 2 (*Movement Assessment Battery for Children - Second Edition - MABC-2*), de Henderson, Sugden e Barnett (s.d.), é um instrumento de avaliação destinado a crianças entre os 3 e os 16 anos (inclusive), constituído por três bandas, nas quais estão definidas as atividades por idades. A banda I destina-se a crianças dos 3 aos 6 anos, a banda 2 aplica-se a crianças entre os 7 e os 10 anos e a banda 3 destina-se a crianças entre os 11 e os 16 anos. Todas as bandas avaliam as mesmas áreas: destreza manual, atirar e agarrar e equilíbrio. No manual está estabelecida a forma como deve ser apresentado o material, a forma como a criança deve realizar a atividade, salientando-se o que se considera aceitável e o que se deve cotar como falha (F). É ainda possível registar quando a criança se recusa a fazer a atividade (R). Durante a aplicação do teste, o examinador faz a demonstração da atividade que pretende que a criança realize e permite à mesma a realização de ensaios, antes da avaliação propriamente dita. Este teste é ainda constituído por uma *checklist* e por um manual complementar que descreve a abordagem ecológica de intervenção para crianças com dificuldades no movimento. Na folha de registo do MABC-2 é possível registar

aspectos qualitativos do desempenho da criança que complementam os dados quantitativos. O valor bruto obtido em cada tarefa é posteriormente convertido num resultado padrão, através de tabelas estandardizadas e a partir desses valores é possível obter um resultado padrão por área, o resultado padrão total do teste e os respetivos percentis (Henderson et al., 2007). É também possível fazer a interpretação do resultado total do teste, por zonas, conforme se pode observar na tabela 3.

Tabela 3: Tabela de interpretação dos resultados do MABC-2 (Henderson et al., s.d.).

Zona	Score total do teste	Percentil	Descrição
Vermelha	Até 56 (inclusive)	Igual ou inferior a 5	Dificuldades significativas no movimento
Amarela	Entre 57 e 67 (inclusive)	Entre o percentil 5 e o percentil 15 (inclusive)	Risco de ter dificuldades de movimento. É necessário monitorizar.
Verde	Acima de 67	Acima do percentil 15	Não foram detetadas dificuldades no movimento

3.5.4. Teste de cópia de figuras complexas

O teste de cópia de figuras complexas de Rey (2002), avalia a capacidade perceptiva e a memória visual. Este teste aplica-se em duas fases pela seguinte ordem: o processo de cópia da figura (onde há a referência visual da mesma) e a reprodução de memória (sem referência visual) entre as quais deve existir uma pausa de 3 minutos (durante a pausa não há qualquer referência visual da figura reproduzida previamente). Em ambas as provas pretende-se analisar a forma como o indivíduo apreende os dados perceptivos e o que foi retido espontaneamente pela memória. Este teste é aplicável a crianças a partir dos 4 anos até à idade adulta e é constituído por duas figuras, a figura A (prova original) e a figura B que é uma figura geométrica mais simples e que se destina a crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 7 anos. A cotação é realizada através da análise de vários elementos, tendo em conta o seu traçado (elemento correto, deformado ou incompleto ou irreconhecível ou ausente) e a sua localização (bem ou mal colocado), podendo a cotação, por elemento, variar entre 0 e 2 pontos. A cotação máxima que pode ser obtida na figura A é de 36 e na figura B é de 31. Deve ser registado o tempo que a criança demorou a realizar as provas e registar os tipos de construção (existem 7 tipos possíveis). É ainda importante registar outros dados como a qualidade do traçado, a pega do lápis, a lateralidade gráfica, o comportamento, dificuldades de atenção, entre outros dados qualitativos (Rey, 2002).

3.5.3. Draw a Person

O teste “desenhar uma pessoa” (*Draw a Person - DAP*), de Naglieri (1998), é um teste não verbal que avalia o desenho da figura humana através de um sistema de pontuação quantitativa. Consiste na realização de três desenhos: “homem”, “mulher” e “próprio”. Pode ser aplicado em grupo ou individualmente e cada desenho pode ser realizado num tempo máximo de cinco minutos. Destina-se a crianças e adolescentes, entre os 5 e os 17 anos (inclusive) e os resultados obtidos no mesmo não estão dependentes da coordenação motora nem da capacidade artística do indivíduo que o realiza. É adequado para populações especiais tendo em conta que consiste num teste não verbal, não académico e de fácil administração. O sistema de pontuação do DAP está organizado em três componentes principais: critérios, categorias e itens. Os critérios são catorze (braços, ligações entre partes do corpo, vestuário, orelhas, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz e tronco) e são pontuados de acordo com os itens que se enquadram em quatro categorias: presença (qualquer representação), detalhe (detalhes específicos de cada parte do corpo, vai para além da simples representação), proporção (avalia a representação realista do corpo) e bônus (atribuído se o desenho tiver sido cotado para presença, detalhe e proporção). Em cada desenho são avaliados 64 itens, sendo que cada item cotado equivale a 1 ponto, ou seja, o resultado máximo de cada desenho é 64 e o resultado máximo do teste é 192. Estes resultados brutos são convertidos em valores padronizados e em percentis que permitem classificar os desenhos de acordo com as seguintes designações: “muito superior”, “superior”, “superior à média”, “na média”, “inferior à média”, “no limite” ou “deficiente” (Naglieri, 1988).

3.5.4. Teste de desenvolvimento de Integração visuo-motora

O Teste de Desenvolvimento de Integração Visuo-Motora (*The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration – Beery VMI*), de Berry (1997), avalia o grau de integração visuomotora e consiste numa sequência de formas geométricas que devem ser copiadas. A investigação indica que é um instrumento que está livre de limitações culturais. É constituído por duas provas:

- Prova completa, constituída por 27 itens, que pode ser aplicada individualmente ou em grupo desde crianças em idade pré-escolar a adultos. Demora 10 a 15 minutos a ser aplicada.

- Versão reduzida, constituída por 18 itens e destina-se a crianças entre os 3 e os 7 anos de idade.

Para complementar a avaliação da integração visual e motora, podem aplicar-se as duas provas complementares que integram este instrumento: a prova de percepção visual e a prova de coordenação motora. Na prova de percepção visual, deve escolher-se, entre uma série de figuras geométricas, as que são exatamente iguais a determinada figura. Durante três minutos, a tarefa consiste em identificar o par exato para a maior quantidade possível de figuras (no máximo 27). Deve ser aplicada, sempre, após a aplicação da prova VMI. A prova de coordenação motora consiste em traçar formas com um lápis, sem sair do caminho delimitado por duas linhas. Demora aproximadamente cinco minutos a aplicar e o objetivo da mesma é avaliar a capacidade da criança para controlar os movimentos da mão e dos dedos.

Após a cotação, obtêm-se resultados brutos, que são convertidos em valores padronizados, através de tabelas normativas, sendo possível classificar o desempenho da criança de acordo com as seguintes categorias: “muito elevado”, “elevado”, “intermédio”, “baixo” e “muito baixo” (Berry, 1997).

3.5.5. Estruturas rítmicas de *Mira Stambak*

As provas de *Stambak* visam a avaliação de diferentes capacidades rítmicas (Puyjarinet, 2018) e destinam-se a sujeitos entre os 6 e os 12 anos de idade (E. Pireyre, 2000). Estas provas, permitem aos psicomotricistas, estudar a estruturação temporal (E. Pireyre, 2000) e são as seguintes:

- Tempo motor espontâneo: pede-se ao sujeito que pegue num lápis e bata em cima da mesa com a extremidade do mesmo, o mais regularmente possível, numa velocidade à sua escolha (Puyjarinet, 2018). A contagem do tempo com o cronómetro inicia-se, apenas, após 5 ou 6 tempos. A criança pára de realizar os batimentos após 21 batimentos. O avaliador deve transcrever o tempo para a folha de contagem assim como as acelerações ou desacelerações, irregularidades, batimentos bruscos, muito fortes ou muito fracos (E. Pireyre, 2000) e a atitude geral do sujeito (Puyjarinet, 2018).
- Reprodução de estruturas rítmicas: o sujeito deve escutar atentamente as estruturas rítmicas reproduzidas pelo avaliador, constituídas por 3 a 8 batimentos. Esta prova é constituída por 21 estruturas de complexidade crescente. Cada

estrutura pode ser reproduzida duas vezes, no máximo (Puyjarinet, 2018). Pára-se o teste após a criança falhar quatro estruturas consecutivas, exceto nas 12 primeiras estruturas, que devem ser, obrigatoriamente, administradas (E. Pireyre, 2000). Existem duas provas: a prova para crianças de 6 a 8 anos, constituída por 21 estruturas rítmicas; e a prova para sujeitos dos 9 aos 12 anos, constituída por 17 estruturas rítmicas (E. Pireyre, 2000).

- Compreensão do simbolismo: o avaliador apresenta à criança a folha na qual estão representadas as estruturas rítmicas (a mesma utilizada na prova de reprodução de estruturas rítmicas) e a criança deve reproduzir as mesmas com o lápis. A avaliação, nesta prova, reporta para dois aspetos: a compreensão do simbolismo e a capacidade de reproduzir corretamente a estrutura. A reprodução é considerada correta se o número de batimentos for respeitado e se os tempos longos e curtos forem distintos e iguais de uma sequência para a outra (Puyjarinet, 2018).

3.5.6. Sistema de Observação do Desenvolvimento Infantil

O sistema de observação do desenvolvimento infantil (Developmental Observation Checklist System – DOCS), de Hresko, Miguel, Sherbenou e Burton (1994), é um instrumento de rastreio que foi desenvolvido para:

- a) ajudar a identificar bebés e crianças que estão num desenvolvimento típico ou que parecem estar aquém dos seus pares na aquisição de habilidades cognitivas, de linguagem, sociais e motoras;
- b) identificar crianças que podem beneficiar de uma avaliação adicional no que diz respeito a problemas de comportamento;
- c) identificar preocupações da família, como o *stress* e falta de suporte.

Este instrumento foi projetado para ser utilizado com pais/cuidadores de crianças desde o nascimento até aos 6 anos de idade. É constituído por três *checklists*: *Checklist* de desenvolvimento (*DOCS Developmental Checklist*) que avalia as seguintes áreas: linguagem, motora, social e cognitiva; *Checklist* de ajuste comportamental (*DOCS Adjustment Behavior Checklist*) e a *Checklist* de stress parental e de suporte (*DOCS Parental Stress and Support Checklist*). É um instrumento padronizado e demora cerca de 30 minutos a ser administrado (Baird, 1996).

3.6. Descrição dos instrumentos de avaliação informal

3.6.1. Modelo de observação individual

O Modelo de Observação Individual de Sánchez, Martínez e Peñalver (2003) é uma grelha que permite registar o que o terapeuta observou durante a sessão de psicomotricidade através do jogo e atividades espontâneas. Permite fazer registos relativamente aos seguintes aspetos:

- Movimento: se a criança se sabe movimentar, a qualidade do seu movimento, coordenação, velocidade, equilíbrio, ritmo, dominância lateral, coordenação óculo-manual, estereotipias, manifestação de prazer/desprazer e mobilidade do corpo;
- Gestualidade: facial, corporal e empática;
- Postura: tónus postural, preferências posturais e adaptação postural;
- Tónus: de base e em movimento;
- Espaço: exploração do espaço, orientação e estruturação dentro do espaço, espaço que ocupa e relação entre o seu próprio espaço e o dos outros;
- Tempo: ajuste aos tempos de sessão, presença ou ausência de ruturas, ritmo individual/compartilhado e quanto tempo utiliza cada espaço;
- Interação com os objetos: qualidades preferidas, utilização, respeito aos outros e significado dado aos objetos;
- Relação e atitudes perante os outros: pares e adultos;
- Representação: gráfica, com construções e modelagem (Sánchez et al., 2003).

3.6.2. Guia para a observação de parâmetros psicomotores

O “guía de observación de los parámetros psicomotores” (guia para a observação de parâmetros psicomotores) de Sánchez & Martínez (2000) é um guia baseado no modelo de Bernard Aucouturier, que permite obter informação chave para o conhecimento da criança, permitindo perceber aspetos em que tem mais dificuldade, no que diz respeito ao desenvolvimento psicomotor e, conseqüentemente, definir diretrizes de intervenção (Sánchez & Martínez, 2000). Foi feito um estudo de validação deste guia, para crianças entre 4 e os 6 anos de idade, por Martínez (1998). No anexo V é possível consultar os parâmetros de observação.

Relativamente à anotação de cada item, regista-se a frequência com que se observa cada comportamento: sempre (SP), frequentemente (FR), ocasionalmente (OC) e nunca (NC). Habitualmente, a frequência na realização de determinadas atividades, especialmente as que estão ligadas ao movimento, é maior quanto menor é a idade da criança (Sánchez & Martínez, 2000).

3.6.3. Grelha de observação psicomotora

A grelha de observação psicomotora (ver anexo VI) foi elaborada pela psicomotricista estagiária, no âmbito do estágio, e teve como base os seguintes instrumentos/documentos: Bateria Psicomotora de Fonseca (2010); Guia para a observação de parâmetros psicomotores de Sánchez & Martínez (2000); *Pratique du bilan psychomoteur – Méthode Soubiran* (Psychologie interculturelle et Psychothérapie, 2003); Modelo de Observação individual e protocolos para a observação de parâmetros psicomotores de Sánchez et al. (2003) e Grelha de Observação Psicomotora de Costa (2017).

Esta grelha permite observar: fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina), jogo (jogo e os outros, atitude perante o jogo), relação com os outros, interação com os objetos, relação com o espaço e com o tempo, comunicação/linguagem e expressão emocional.

3.7. Descrição dos casos acompanhados

Todos os acompanhamentos realizados no âmbito da Psicomotricidade decorreram individualmente. Antes de iniciar a avaliação propriamente dita, foi realizado um encontro inicial com, pelo menos, um encarregado de educação da criança com o objetivo de explicar a finalidade do trabalho a ser realizado e as condições no qual decorreria. A avaliação e intervenção psicomotora só avançaram depois do encarregado de educação concordar e assinar uma declaração de consentimento informado (anexo VII). De seguida estão descritos os casos acompanhados (ver as tabelas de 4 a 13). Apresenta-se, para cada caso, uma tabela com informações sobre o caso seguida de uma tabela com o projeto terapêutico.

3.7.1. Caso 1: “Cláudia”

Tabela 4: Acompanhamento de "Cláudia"

Identificação	Género: Feminino; Idade na data da avaliação inicial: 6 anos e 6 meses.
Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade:	Criança com atraso do Desenvolvimento Psicomotor (DPM) com características “ <i>autism-like</i> ”. O atraso no DPM foi observado precocemente: competências como o controlo cefálico, sentar e andar foram aquisições mais tardias do que o esperado. Apresenta alterações do comportamento – birras quando contrariada (agressividade, deixa-se cair no chão), episódios de choro e estereotipias. As estereotipias surgem quando está entusiasmada/feliz. Apresenta bruxismo e tem vários medos: medo de ir para a água, medo dos gatos, de alguns barulhos – mas a mãe refere que já não são tão intensos e que nem sempre são evidentes.
Dados da anamnese:	Parto eutócico às 39 semanas. Peso ao nascer: 3460 gr, comprimento: 51 cm. Índice de Apgar 9/10 ao 1º e 5º minuto, respetivamente. Sinais de alerta: hipotonia que retardou aquisições psicomotoras como o controlo cefálico, o sentar e a marcha. Início da marcha por volta dos 2 anos. Apresentava exploração bizarra dos objetos, não apontava, apresentava muito medo de situações novas, nem sempre olhava quando chamada, não compreendia ordens simples. Apresentava estereotipias e auto agredia-se. Diagnosticada com epilepsia, mas sem crises há 3 anos. O atraso do desenvolvimento psicomotor está em estudo. Seguida em consulta de pediatria do desenvolvimento, no HESE, na consulta de neuropediatria, no Hospital de Santa Maria (HSM) e acompanhada pela equipa de IPI – apoio educativo e TF. Foi pedido adiamento da escolaridade que foi aprovado, pelo que frequenta o Jardim de Infância.
Avaliação inicial:	M-ABC 2: dificuldades significativas no movimento (percentil 0.1). Destreza manual no percentil 0.1, atirar e agarrar no percentil 0.1 e equilíbrio no percentil 0.1. DAP: classificação “deficiente” em todos os desenhos realizados Classificação total do teste – “deficiente”. Observação informal através do guia para a observação dos parâmetros psicomotores, modelo de observação individual e grelha de observação psicomotora: tonicidade – permite mobilização passiva e quedas dos membros, mas com maior resistência ao movimento nos Membros Inferiores (MI), bloqueio do movimento aquando da realização dos movimentos passivos; presença de sincinesia axial. Equilíbrio - não consegue permanecer imóvel. Permanece em apoio unipodal apenas durante breves segundos; recusa em andar em bicos dos pés. Lateralidade – manual definida à esquerda, podal definida à direita, ocular definida à direita e auditiva sem consistência. Noção do corpo – não consegue permanecer de olhos fechados no tempo necessário para avaliar o sentido cinestésico. Reconhece algumas partes do corpo, não identificou ombros e testa. Não reconhece os lados “esquerdo” e “direito”. Não toca com o dedo indicador na ponta do nariz de olhos fechados. Não colaborou na imitação de gestos. Conceitos espaciais/temporais: reconhece “em cima” e “dentro”; não reconhece “debaixo” e “ao lado”. Não consegue reproduzir estruturas rítmicas. Praxia Global: anda autonomamente, anda para trás, corre, salta a pés juntos (no mesmo sítio), consegue galopar, trepar, deslocar-se em quadrupedia e rebolar. Dificuldade em saltar “à tesoura”, saltar de uma pequena altura e não consegue saltar ao pé coxinho. Lança a bola para o adulto, mas com pouco impulso e muito próximo do mesmo (por vezes dá a bola em vez de a lançar). Dificuldade em agarrar uma bola quando esta lhe é lançada e quando a agarra encosta-a junto ao corpo (não utiliza apenas as mãos). Chuta uma bola a alguma distância, no entanto, revela algumas dificuldades (por vezes coloca o pé em cima da bola). Praxia Fina: não consegue realizar enfiamentos; muitas dificuldades em recortar, não pega na tesoura corretamente e não consegue recortar seguindo uma linha. Não copia o nome, nem copia números. Dificuldade em pegar pequenos objetos (e.g. missangas médias) com uma pinça. Os desenhos que realiza são pouco estruturados, predominam rabiscos – no entanto, dá significado a algumas coisas que desenha. Jogo espontâneo: explora objetos e atribui-lhes significado simbólico, envolve a terapeuta nas atividades, mas assume uma atitude diretiva. Salta espontaneamente. Os movimentos dos Membros Superiores (MS) são predominantes. Gosta de dançar e de se observar ao espelho. Canta com frequência (músicas da Frozen) e “encarna” personagens dos filmes das princesas. Estereotipias evidentes quando está entusiasmada. Dificuldade em aceitar o término da sessão. Por vezes recusa-se a fazer atividades diretivas (revela preferência por atividades espontâneas), presença de ecolália, pouca capacidade de atenção sobretudo em atividades mais diretivas.

Tabela 5: Projeto Terapêutico de "Cláudia"

Perfil Intra Individual		
Áreas de integridade	Áreas a desenvolver	
Relação com a terapeuta	Tonicidade, Equilíbrio, NC, EET, PG, PF, Atenção, Regulação Emocional	
Objetivos Terapêuticos		
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Regular a tonicidade	- Permitir a mobilização passiva dos membros - Diminuir as paratonias
	Melhorar o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico em apoio unipodal
	Melhorar a noção do corpo	- Consciencializar as partes do corpo de acordo com a sua dimensão, forma e proporção - Aperfeiçoar a representação gráfica do corpo - Compreender as noções direita e esquerda
	Melhorar a estruturação temporal	- Reproduzir sequências rítmicas simples - Deslocar-se pelo espaço ao som do ritmo
	Melhorar a praxia global	- Melhorar a coordenação óculo-manual - Ajustar os movimentos corporais às atividades propostas/melhorar o planeamento das ações - Melhorar as habilidades com bola (Lançar e receber a bola) - Adquirir habilidades motoras (Saltar a pés juntos para a frente, saltar ao pé coxinho)
	Melhorar a praxia fina	- Realizar atividades minuciosas (<i>e.g.</i> enfiamentos, encaixes)
Cognitivo	Melhorar a atenção	- Manter o foco nas atividades propostas - Aumentar o tempo de permanência nas atividades
Emocional	Regular as emoções	- Distinguir emoções - Diminuir comportamentos desajustados (<i>e.g.</i> agressividade) - Melhorar a resistência à frustração
Técnicas utilizadas na intervenção		
Jogo, técnicas neuromotoras/de movimento		
Modalidades de intervenção		
Tipo de intervenção: individual; Espaço onde decorreu a intervenção: gabinetes de pediatria; Frequência das sessões: semanal; Duração das sessões: 1 hora.		
Legenda:	NC – Noção do Corpo; EET – Estruturação Espaço-Temporal; PG – Praxia Global; PF – Praxia Fina.	

3.7.2. Caso 2: “Fred”

Tabela 6: Acompanhamento de “Fred”

Identificação	Gênero: Masculino; Idade na data da avaliação inicial: 8 anos e 6 meses
Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade:	Criança com alterações sensoriais (hipoacusia), crises de ansiedade, epilepsia, diagnosticada em 2019, na sequência de vários episódios de convulsão e com dificuldades na socialização. Hipóteses de diagnóstico atuais: Perturbação da linguagem, perturbação da aprendizagem com prejuízo na leitura e escrita e déficit de atenção (provável).
Dados da anamnese:	Gravidez vigiada. Parto por cesariana às 39 semanas. Peso ao nascer: 2880gr. Comprimento: 47.5 cm. Perímetro Cefálico: 34cm. Índice de Apgar: 9/10 ao 1º e 5º minuto, respetivamente. Não gatinhou antes de andar. Aquisição da marcha aos 16 meses. DPM normal. Mãe notou dificuldades na fala aos 4/5 anos e procurou um terapeuta da fala. Atualmente frequenta o 3º ano de escolaridade. Mãe refere que o filho é extremamente ansioso (vómitos em situações de <i>stress</i> ou em situações novas) e associa a ansiedade à separação dos pais (pais estão separados há cerca de 4 anos). Tem uma irmã bebé, fruto da relação mãe-padrasto. Na entrevista com a psicomotricista, a mãe referiu que o “Fred” tem uma boa socialização com os colegas. É autónomo nas Atividades de Vida Diária (AVD). Tem um sono agitado. Relatórios de avaliação já efetuados revelam Quociente de Inteligência (QI) na média, leitura e escrita bastante aquém do esperado para a idade/ano de escolaridade, medo de desaprovação, sentimentos de frustração e baixa autoestima. Mãe refere que a leitura está melhor e que nota mais dificuldade na escrita. Atualmente frequenta o 3º ano de escolaridade. Brincadeiras favoritas: escondidas, apanhada, toca e congela. Na escola também costuma brincar com carros e jogar à bola. Em casa brinca com carros, faz desenhos, joga <i>playstation</i> e gosta de ver os <i>youtubers</i> . Acompanhado em consulta de neuropediatria no Hospital de Dona Estefânia (HDE). Medicação atual: levetiracetam e metilfenidato.
Avaliação inicial:	M-ABC 2: dificuldades significativas no movimento (percentil 5). “Destreza manual” no percentil 1, “atirar e agarrar” no percentil 25 e “equilíbrio” no percentil 25. DAP: classificação “média baixa” no desenho do homem e classificação média nos desenhos da mulher e do próprio. Classificação total do teste “na média”. BPM: tonicidade com cotação total de 3, desempenho razoável na maioria das tarefas, notando-se algum controlo do movimento passivo, sobretudo nos MS e cotação de 2 nas sincinésias bucais e contralaterais. Equilíbrio – apenas foram avaliados a imobilidade e o equilíbrio estático. Desempenho inferior ao esperado, tendo a cotação de 2 no apoio retilíneo e nas restantes tarefas cotação de 1. Foi um dos fatores no qual teve mais dificuldades. Lateralização – visual, auditiva, manual e podal definida à direita pelo que obteve cotação total de 4. Noção do Corpo: cotação final de 3. Cotação máxima (4) nas tarefas sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda e autoimagem. Cotação de 1 na imitação de gestos devido ao reduzido número de figuras que imitou e 2 no desenho do corpo (desproporção, pobreza de pormenores). Estruturação Espaço-Temporal: cotação total de 2. Cotação de 3 na organização topográfica e cotação de 2 nas tarefas organização, estruturação dinâmica e rítmica. Alguma distração e impulsividade influenciaram o desempenho nestas tarefas. Praxia Global: cotação total de 3. Coordenação óculo-manual, óculo-podal e dismetria com cotação de 3, dissociação dos MS e MI com cotação de 4 e agilidade com cotação de 1 devido a evidente descoordenação. Praxia Fina: cotação total de 3. Cotação máxima (4) na coordenação dinâmica manual e cotação de 3 nas tarefas tamborilar e velocidade-precisão. VMI: desempenho muito baixo na integração visuomotora, desempenho médio nas provas perceção visual e coordenação motora. Teste de cópia das figuras complexas: cópia da figura A (complexa) observou-se um desenho do tipo 4 (percentil 75), cotação total de 31 (sendo a cotação máxima possível de 36) pelo que se enquadra entre os percentis 50-75. Na memorização da figura e posterior reprodução apresentou um desenho do tipo 3 (entre os percentis 75 e 99); obteve cotação total de 13.5/36 (entre os percentis 80-90). Assim que viu a figura disse que não a conseguia desenhar (baixa autoconfiança). Jogo espontâneo/observação informal orientada pelas grelhas “guia de observação dos parâmetros psicomotores” e “modelo de observação individual”: criança criativa, com iniciativa, motivada e envolve o adulto nas brincadeiras. Alguma agitação motora generalizada, mesmo quando está sentado a conversar. Aceita o toque e jogos de proximidade corporal. Gosta de jogar com a bola, de fazer jogos de equilíbrio, de lutas e de dançar.

Tabela 7: Projeto terapêutico de "Fred"

Perfil Intra Individual		
Áreas de integridade	Áreas a desenvolver	
Criatividade, percepção visual, coordenação motora	Equilibração, NC, EET, PG/Atirar e Agarrar, PF/destreza manual, regulação emocional, controlo da impulsividade, integração visuomotora	
Objetivos Terapêuticos		
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Melhorar o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico em apoio unipodal
	Melhorar a Noção do Corpo	- Melhorar o esquema corporal, fazendo a representação gráfica do mesmo com proporção e pormenores
	Melhorar a Estruturação Espacial	- Melhorar a organização espacial - Melhorar a capacidade de memorização de sequências visuais
	Melhorar a praxia global	- Melhorar a coordenação óculo-manual - Planear adequadamente o movimento de acordo com as tarefas
	Promover a praxia fina	- Melhorar a destreza manual - Aperfeiçoar a precisão do traço
	Desenvolver a integração visuomotora	- Imitar figuras - Desenhar figuras a partir de indicações verbais
Cognitivo	Melhorar a atenção	- Aumentar o tempo de atenção numa atividade
Emocional	Regular as emoções	- Identificar as emoções e situações nas quais as mesmas são despoletadas - Aprender estratégias para regular a ansiedade
	Promover o autoconceito	- Reconhecer as suas qualidades e capacidades - Aumentar a autoestima
	Diminuir a impulsividade	- Diminuir a agitação
Técnicas utilizadas na intervenção		
Técnicas expressivas e gnoso-práticas		
Modalidades de intervenção		
Tipo de intervenção: individual; Espaço onde decorreu a intervenção: gabinetes de pediatria; Frequência das sessões: semanal; Duração das sessões: 1 hora.		
Legenda:	NC – Noção do Corpo; EET – Estruturação Espaço-Temporal; PG – Praxia Global; PF – Praxia Fina.	

3.7.3. Caso 3: “Gustavo”

Tabela 8: Acompanhamento de “Gustavo”

Identificação	Gênero: Masculino; Idade na data da avaliação inicial: 9 anos e 6 meses.
Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade:	Criança com dificuldades na socialização e em integrar-se em novos contextos. Dificuldades em participar em grupo, em tomar a iniciativa e em aproximar-se dos pares/iniciar diálogo.
Dados da anamnese:	Gravidez vigiada sem intercorrências. Parto eutócico. Peso ao nascer – 3740 gr; comprimento – 51 cm. DPM: gatinhar aos 11 meses, marcha aos 17 meses, primeiras palavras – “mamã” (antes dos 12 meses). Ausência de preocupação com o desenvolvimento da linguagem – algumas palavras mais difíceis de pronunciar, mas discurso perceptível pela mãe aos 3 anos. No entanto, no Jardim de Infância, por volta dos 3 anos, a educadora sugeriu um apoio diferente porque nas atividades em grande grupo nunca queria falar. Foi acompanhado pela IPI (TF e apoio individual com a educadora). Ao ingressar na escola primária teve muitas dificuldades em fazer amigos. Avaliação psicológica indica nível de inteligência na média para a idade. A psicóloga pediu consulta de desenvolvimento por suspeita de déficit de atenção, por volta dos 7 anos e 8 meses. Atualmente frequenta o 4º ano de escolaridade e tem um aproveitamento escolar razoável. As dificuldades na socialização e o facto de não querer ir para a escola (dizia não gostar) eram as principais preocupações dos pais que agora referem que já faz novos amigos, apesar de ficar mais reservado quando está num local novo. Brincadeiras que gosta: jogar à bola, fazer construções com LEGO, jogar UNO, brincar com a irmã (que é mais nova) às escondidas e aos médicos, andar de bicicleta, jogar FIFA 19, ver televisão e <i>youtubers</i> famosos. Tem interesses restritos que habitualmente são os temas dos seus desenhos. Dificuldade em entender linguagem metafórica. É autónomo no dia-a-dia mas é necessário dizer-lhe o que tem de fazer. Sono: tranquilo. Medicação atual: metilfenidato.
Avaliação inicial:	M-ABC: não foram detetadas dificuldades no movimento (percentil 16), no entanto, o percentil 15 é o limite para se considerar que existem dificuldades no movimento. “Destreza manual” no percentil 16, “atirar e agarrar” no percentil 16, “equilíbrio” no percentil 25. DAP: Desenho do homem e da mulher “acima da média” e desenho do próprio “na média”. Classificação total do teste “acima da média”. Todos os desenhos com desproporcionalidade, sendo o resultado do teste justificado pela presença de pormenores e de elementos valorizados na cotação do mesmo. BPM: Tonicidade com cotação total de 3 verificando-se mais dificuldades na extensibilidade dos MS. Presença de sincinésias bucais e contralaterais (cotação de 2). Cotação de 4 nas paratonias e nas restantes tarefas cotação de 3. Equilíbrio: apenas foram avaliados a imobilidade (cotação de 3) e o equilíbrio estático no qual apresentou dificuldades. Lateralização: lateralidade manual e podal definida à direita. Sem consistência na lateralidade ocular e auditiva (cotação total de 3). Noção do Corpo: Cotação total de 3, com cotações razoáveis (3) nas tarefas propostas, com exceção da autoimagem (obteve cotação de 4), e imitação de gestos, onde obteve cotação de 1). Estruturação Espaço-Temporal: cotação total de 2. Obteve cotação de 3 nas tarefas organização e representação topográfica, mas na estruturação dinâmica obteve cotação de 2 (alguma dificuldade na análise visual, memória a curto prazo, capacidade de sequencialização e respetiva reprodução ordenada da esquerda para a direita). Na estruturação rítmica obteve cotação de 1, o que influenciou negativamente a cotação total. Praxia Global: cotação de 2 na coordenação óculo-manual e óculo-podal. No entanto, estas foram realizadas apenas com ligeiras dismetrias pelo que obteve cotação de 3 na dismetria. Dissociação MS e MI: cotação de 4 e cotação de 2 na agilidade. Praxia Fina: na coordenação dinâmica manual obteve cotação de 1 (demorou muito tempo e teve dúvidas na execução), no tamborilar obteve cotação de 3 e na tarefa de velocidade-precisão obteve cotação de 4 o que resultou numa cotação total de 3. Observação informal orientada pelo “guia de observação dos parâmetros psicomotores”, “modelo de observação individual” e jogo espontâneo: pouco expressivo e expansivo. Aceita a presença do adulto e permanece perto do mesmo. Resguarda o seu espaço pessoal. Pouca exploração corporal. Predomina a construção com objetos. De um modo geral, quando está a conversar com a terapeuta demonstra-se agitado (mexe mãos, dedos, abana as pernas, move-se na cadeira).

Tabela 9: Projeto Terapêutico de "Gustavo"

Perfil Intra Individual		
Áreas de integridade	Áreas a desenvolver	
Noção do corpo	Tonicidade; Equilibração; EET; PG/Atirar e agarrar; PF/Destreza manual; Socialização	
Objetivos Terapêuticos		
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Regular a tonicidade	- Permitir a mobilização passiva dos membros (superiores) - Diminuir sincinésias
	Melhorar o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio estático de olhos fechados
	Melhorar a estruturação espaço-temporal	- Aumentar a capacidade de memorização de sequências visuais - Melhorar a capacidade de memorização e reprodução de estruturas rítmicas
	Melhorar a praxia global	- Melhorar a coordenação óculo-manual - Melhorar a coordenação óculo-podal - Aumentar a capacidade de dissociação entre os membros superiores e inferiores
	Melhorar a praxia fina	- Melhorar a destreza manual - Melhorar a agilidade digital
Cognitivo	Adequar o planeamento	- Reajustar o planeamento aquando da execução das atividades
Emocional	Melhorar a socialização	- Participar em jogos em parceria com o adulto - Afirmer e expor as suas ideias propondo atividades
	Melhorar a consciência emocional	- Identificar e expressar as emoções perante o outro
Técnicas utilizadas na intervenção		
Técnicas expressivas e gnoso-práticas.		
Modalidades de intervenção		
Tipo de intervenção: individual; Espaço onde decorreu a intervenção: gabinetes de pediatria; Frequência das sessões: semanal; Duração das sessões: 1 hora.		
Legenda:	EET – Estruturação Espaço-Temporal; PG – Praxia Global; PF – Praxia Fina.	

3.7.4. Caso 4: “Lénia”

Tabela 10: Acompanhamento de “Lénia”

Identificação	Género: Feminino; Idade na data da avaliação inicial: 3 anos e 7 meses
Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade:	Criança com atraso da linguagem e atraso do DPM com boa evolução após frequência no Jardim de Infância. Por volta dos 2 anos foi referenciada para a equipa de IPI pela educadora porque só emitia sons, não interagia com os pares e quando se aproximavam dela chorava. Encaminhamento para Psicomotricidade realizado por necessidade de estimulação do desenvolvimento.
Dados da anamnese:	Gravidez vigiada sem intercorrências. Parto por ventosa às 39 semanas. Peso ao nascer: 3460 gr. Comprimento: 49 cm. Perímetro cefálico: 33.5 cm. Índice de Apgar: 9/10 ao 1º e 5º minuto, respetivamente. Aquisição da marcha autónoma aos 14 meses; com esta idade só proferia sons monossilábicos (“mã”, “pá”) com intencionalidade. Apontava para pedir e fazia algum jogo simbólico. Por vezes observam-se birras sem motivo aparente. Autónoma na alimentação, com mais dificuldade em comer a fruta (seletiva com as mesmas). O agregado familiar é constituído pela mãe (desempregada) e pela criança. Os pais estão separados. A “Lénia” tem 2 irmãos mais velhos da parte do pai e esteve numa casa abrigo com a mãe, temporariamente. A mãe refere que a sua principal preocupação é a linguagem, apesar de já dizer muitas palavras. Apresenta uma linguagem difícil de compreender nas primeiras interações, mas que a mãe não tem qualquer dificuldade em perceber. A criança por vezes faltava ao Jardim de Infância e a equipa de IPI nem sempre conseguia contactar a mãe.
Avaliação inicial:	DOCS: área motora na média e áreas social, linguagem e cognição “abaixo da média”, ainda que estejam muito próximas da média. Score total do teste: na média. Observação informal orientada pelo “guia de observação dos parâmetros psicomotores”, “modelo de observação individual” e jogo espontâneo: preferência pela utilização da mão direita e do pé direito. Conhece algumas partes do corpo. Preferência por jogos de construção (empilhamento, <i>puzzles</i>) e por jogos com bola. Menos interesse na exploração motora global e em atividades de equilíbrio, onde revela alguma insegurança - não faz atividades mais arriscadas (<i>e.g.</i> trepar para o colchão) e solicita ajuda com frequência, no entanto, já adquiriu bastantes competências motoras para a sua idade (sobe escadas com alternância de apoios e desce apoiada no corrimão, salta para a frente a pés juntos, anda para trás, em bicos dos pés e pé ante pé). Interage com a terapeuta. Interrompe a sessão de avaliação e pede para ir para junto da mãe. Apresenta dificuldades em esperar para obter um brinquedo e, por vezes, em partilhar o jogo. Faz birras porque quer levar os materiais da sessão para casa. Apresenta oposição verbal (diz “não”) quando algo não corre como esperava, disputa quando quer muito uma coisa e chora quando frustrada. Ligação simbiótica com a mãe, o que dificulta estar plenamente noutra atividade quando a mesma não está presente. Estas situações são mais frequentes e acentuadas quando não vai ao Jardim de Infância e passa o dia com a mãe. Falta de limites por parte da figura parental.
Legenda:	DOCS - <i>Developmental Observation Checklist System</i> ; IPI – Intervenção Precoce na Infância

Tabela 11: Projeto Terapêutico de "Lénia"

Perfil Intra Individual		
Áreas de integridade		Áreas a desenvolver
Motora		Social, Linguagem, Cognição
Objetivos Terapêuticos		
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Desenvolver a motricidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a exploração motora/realizar ações motoras de base - Participar em momentos de dança e de expressividade motora em contexto de sessão - Melhorar as habilidades com bola - Realizar atividades minuciosas - Copiar formas geométricas - Manter o equilíbrio estático e dinâmico
	Melhorar competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Nomear partes do corpo - Identificar funções dos objetos
Cognitivo	Melhorar a linguagem	<ul style="list-style-type: none"> - Compreender preposições - Reproduzir rimas ou canções em contexto de sessão - Fazer pedidos através de frases completas - Realizar perguntas mais complexas - Relatar acontecimentos
	Melhorar o comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a resistência à frustração - Diminuir comportamentos de oposição
Emocional	Melhorar o comportamento	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar a resistência à frustração - Diminuir comportamentos de oposição
Técnicas utilizadas na intervenção		
Jogo e técnicas neuromotoras/de movimento.		
Modalidades de intervenção		
Tipo de intervenção: individual; Espaço onde decorreu a intervenção: gabinetes de pediatria; Frequência das sessões: semanal; Duração das sessões: 45 minutos.		

3.7.5. Caso 5: “Mateus”

Tabela 12: Acompanhamento de "Mateus"

Identificação	Gênero: Masculino; Idade na data da avaliação inicial: 2 anos e 3 meses
Motivo de encaminhamento para Psicomotricidade:	Criança com atraso do desenvolvimento motor.
Dados da anamnese:	Gravidez de risco e complicada desde o início, segundo a mãe que refere estar <i>stressada</i> neste período. Mãe teve diabetes gestacional. O parto foi induzido às 37 semanas devido a pré-eclâmpsia e possibilidade da mãe sofrer embolia pulmonar aquando do nascimento. Índice de Apgar: 9/10/10 ao 1º, 5º e 10º minuto, respetivamente. De acordo com a mãe, criança com hipoglicémia neonatal e com a cabeça muito inchada (macrocefalia e braquicefalia sem hidrocefalia). Teve uma hérnia inguinal e fez pequena cirurgia. Freio da língua foi cortado. Houve uma fase em que teve muitas bronquiolites, mas já estabilizou. Sinais de alerta: antes dos 12 meses não tinha força nas costas e não gatinhava. Sentou-se após os 12 meses, não rebolava. Gatinhou durante pouco tempo, por volta dos 18 meses. Aquisição da marcha aos 21 meses. Primeiras palavras antes da aquisição da marcha, mas mãe não sabe precisar a idade. Presentemente faz pedidos simples (holófrase). Sono tranquilo durante toda a noite, dorme em cama própria no quarto da mãe. Pais separados. Vive com a mãe, com a avó materna e com o primo de 4 anos, com quem brinca muito. Gosta do Panda, da Patrulha Pata, de dançar e de carros. Temperamento variável: quando se irrita atira os brinquedos ao chão. Queixas por parte da creche, que é agressivo com os pares. Em casa por vezes é agressivo com o primo... Quando é repreendido atira-se para o chão, faz sons, bate na mãe. Este comportamento preocupa a família. O neuropediatra receitou medicação (risperdal 1mg/ml) que após algum tempo a família suspendeu por considerar que é muito precoce tomar medicamentos para este fim. Esta situação é agravada por alguma incoerência familiar e falta de limites. Acompanhado pela equipa de IPI desde 2018. Usa óculos. Seguido em consulta de Pediatria do Desenvolvimento, de Neuropediatria, Neurocirurgia e Oftalmologia.
Avaliação inicial:	CCBCPNE: área pessoal-social - interesse por explorar o ambiente. Partilha espontânea de brinquedos com outras crianças é difícil – “compete” pela posse dos brinquedos. Mostra afeto e preferência por algumas crianças, e consola-as se estiverem tristes. Parece saber para que servem os brinquedos (<i>e.g.</i> bola) mas comportamento mais frequente é atirar os objetos ao chão. Autonomia: Come sozinho com colher, mas entorna muito. Bebe por uma palhinha. Nem sempre colabora no vestir (birras). Sem controlo dos esfíncteres, mas dá sinal de fralda suja. Cognição: presta atenção a livros, reconhece capas de livros familiares, encontra um objeto escondido, usa o jogo simbólico (não é o mais predominante). Cognição/comunicação: compreende o que lhe é dito, diz muitas palavras/nomeia objetos e figuras, diz nomes de pessoas familiares, diz adeus com gesto, diz “não” intencionalmente; diz frases de duas palavras, responde a perguntas simples, faz pedidos, mas a linguagem é muito “própria” (nem sempre é fácil de compreender numa fase inicial). Motricidade fina: vira páginas de um livro, coloca objetos pequenos dentro de recipientes. Não constrói uma torre ou outras figuras com cubos (atira-os). Motricidade global: anda para trás, gatinha, baixa-se para apanhar objetos, “corre” (passos apressados e “saltitos”), no entanto, de modo geral observa-se desequilíbrio fácil. Sobe degraus agarrado ao corrimão (sem alternância dos apoios). Tenta chutar uma bola, mas sem sucesso. Não recebe uma bola (deixa-a cair) mas atira-a. Não salta. Observação informal através da atividade livre e espontânea: explora o espaço, dirige-se à terapeuta para interagir, gosta de jogar à “apanhada”, atira os objetos ao chão com frequência e nem sempre concretiza o que é pedido pelo adulto - influenciado pelo facto de estar centrado na ação de atirar os objetos. Gosta de interagir em frente ao espelho e do jogo do esconde-encontra. Comportamentos agressivos quando algo não corre como esperado.
Legenda:	CCBCPNE - Currículo Carolina para Bebés e Crianças Pequenas com Necessidades Educativas Especiais; IPI – Intervenção Precoce na Infância

Tabela 13: Projeto Terapêutico de "Mateus"

Perfil Intra Individual		
Áreas de integridade	Áreas a desenvolver	
Vocabulário expressivo	Pessoal-Social, Cognição-Comunicação, Motricidade Fina, Motricidade Grosseira	
Objetivos Terapêuticos		
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Melhorar a motricidade grosseira	- Realizar ações motoras de base
	Desenvolver o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio durante a realização de ações motoras
	Desenvolver a motricidade fina	- Realizar construções com cubos
	Melhorar a autonomia	- Realizar tarefas do cotidiano, nomeadamente, no que diz respeito ao calçar e descalçar
Cognitivo	Melhorar a comunicação	- Compreender pedidos relacionados com quantidades - Cantar rimas ou canções enquanto acompanha com gestos - Compreender instruções com preposições (em cima, em baixo) - Responder verbalmente a questões que lhe são colocadas - Compreender conceitos de adição e restrição
	Adquirir competências a nível cognitivo	- Conhecer as cores primárias - Compreender a função de alguns objetos/utensílios - Identificar imagens e agrupá-las (e.g. imagens iguais) - Aumentar a realização de jogo simbólico
	Desenvolver a cognição/comunicação	- Reconhecer partes do corpo em si próprio e no outro - Nomear imagens que identifica como familiares - Classificar objetos por categorias
	Melhorar a autorregulação e responsabilidade	- Colaborar com a terapeuta - Interiorizar regras e limites
Emocional	Desenvolver competências interpessoais	- Colaborar em jogos com a terapeuta - Aumentar a resistência à frustração
Técnicas utilizadas na intervenção		
Jogo e técnicas neuromotoras/de movimento.		
Modalidades de intervenção		
Tipo de intervenção: individual; Espaço onde decorreu a intervenção: gabinetes de pediatria; Frequência das sessões: semanal; Duração das sessões: 45 minutos.		

3.8. Estudo de caso “Salvador”

3.8.1. Dados de anamnese de “Salvador”

O “Salvador” tem 8 anos de idade, atualmente frequenta o 3º ano de escolaridade e foi encaminhado para Psicomotricidade devido a PAE com déficit na leitura e escrita.

O “Salvador” nasceu de uma 3ª gravidez mal vigiada. O parto foi eutócico às 37 semanas. Nasceu com 2380 gr e o índice de Apgar foi 3/9/10, ao 1º, 5º e 10º minutos, respetivamente, com necessidade de reanimação. Teve icterícia neonatal ao 3º dia de vida com necessidade de fototerapia. O restante período neonatal decorreu sem intercorrências. Apresenta déficit de glucose 6 fosfato desidrogenase (G6PD) – favismo assintomático – doença que a mãe também tem. Tem antecedentes de convulsões com febre, tendo sido internado aos 18 meses por esse motivo. O último episódio de convulsão foi aos 6 anos e 6 meses. Fraturou ambos os ossos do antebraço esquerdo em 2018, desconhecendo-se em que situação.

Quanto ao Desenvolvimento Psicomotor (DPM): adquiriu a marcha aos 13/14 meses, proferiu as primeiras palavras antes de andar. As palavras e o discurso sempre foram inteligíveis e aos 3 anos dizia frases completas. Frequentou Jardim de Infância aos 3 anos sem qualquer preocupação por parte da educadora a nível do desenvolvimento psicomotor ou comportamento.

A mãe refere que é uma criança meiga, com dificuldade em seguir várias instruções – esquece-se com facilidade e é impaciente. Não pratica desporto e não sabe andar de bicicleta. Gosta de jogar à bola, de jogar no telemóvel e no computador. É autónomo no dia-a-dia. Nem sempre dorme as horas aconselhadas para a idade, aparentemente devido à permissividade dos pais, pelo que a pediatra do desenvolvimento referiu, em consulta, a necessidade de adotar medidas de higiene do sono. Apresenta um discurso inteligível, mas pobre (respostas curtas).

O agregado familiar constituído por 4 pessoas (pais e um irmão mais velho de 14 anos). O “Salvador” foi encaminhado para consulta de Pediatria do Desenvolvimento pelo Pediatra por dificuldades de aprendizagem que já eram notáveis no primeiro ano de escolaridade. No segundo ano ainda não tinha adquirido o mecanismo da leitura e da escrita. Frequenta o 3º ano de escolaridade, teve sempre o mesmo professor desde o 1º ano e só este ano letivo (2019/2020) foram pedidos apoios (avaliação em TF, Psicologia,

medidas de apoio à aprendizagem e avaliação em Oftalmologia) pela Pediatra do Desenvolvimento. Fez avaliação em TF em novembro de 2019 (mantém apoio semanal desde esse mês) e avaliação psicológica em dezembro 2019. Relatório da TF indica dificuldades na consciência silábica (omissão, substituição, adição, identificação e evocação de palavras pela sílaba inicial) e fonémica. Dificuldades de soletração. A leitura é sub-silábica e não compreende o que lê. Escrita espontânea numa fase muito inicial. Escrita pouco perceptível e rasurada. Não foram conhecidos os dados do relatório de avaliação psicológica. Atualmente toma metilfenidato, prescrito pela pediatra do desenvolvimento, para estar mais concentrado nas aulas. Refere estar mais concentrado e sentir que faz o que lhe solicitam com mais rapidez desde que toma a medicação. A principal preocupação dos pais é a questão da aprendizagem da leitura e da escrita. Referem também que o filho muitas vezes não quer ir à escola e nas aulas de Português queixa-se com dor de cabeça.

A análise e compreensão da situação clínica do Salvador foi realizada de acordo com o modelo teórico biológico-cognitivo, conforme se pode ler mais detalhadamente nas hipóteses explicativas.

3.8.2. Revisão teórica de suporte: Perturbação da Aprendizagem Específica

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2014) a Perturbação da Aprendizagem Específica (PAE) é uma perturbação do neurodesenvolvimento de origem biológica, ou seja, que resulta da interação de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais que afetam a capacidade do cérebro perceber e processar informação de forma eficiente e precisa. De acordo com o critério A esta perturbação reflete-se na dificuldade em aprender e usar capacidades académicas que persistem durante, pelo menos, seis meses (American Psychiatric Association, 2014). Para se realizar o diagnóstico de PAE é necessário, que esteja presente, pelo menos um dos seguintes sintomas:

1. Leitura de palavras imprecisa ou lenta e esforçada;
2. Dificuldade em compreender o significado do que lê;
3. Dificuldades na soletração;
4. Dificuldades na escrita (*e.g.* erros gramaticais e de pontuação);
5. Dificuldades com os números, factos numéricos ou no cálculo (*e.g.* pobre entendimento dos números);

6. Dificuldades no raciocínio matemático (American Psychiatric Association, 2014).

As capacidades académicas afetadas encontram-se significativamente abaixo do esperado para a idade cronológica e interferem com a vida académica ou ocupacional ou com atividades de vida diária (critério B). Estas dificuldades têm início durante os anos escolares, podendo ser observadas apenas quando as exigências ultrapassam as capacidades do indivíduo (critério C) e não são explicadas por “incapacidade intelectual, acuidade visual ou auditiva não corrigida, outras perturbações mentais ou neurológicas, adversidade psicossocial, falta de proficiência na língua da instrução académica ou instrução educacional inadequada” (critério D) (American Psychiatric Association, 2014, p. 78). A PAE deve ser especificada relativamente aos domínios académicos e subcapacidades que se encontram afetados, existindo as seguintes especificidades: PAE com défice na leitura (dislexia); PAE com défice na expressão escrita; e PAE com défice na matemática (discalculia) (American Psychiatric Association, 2014). Aquando da realização do diagnóstico também deve ser especificada a gravidade da perturbação: se é ligeira, moderada ou grave.

Considera-se que esta perturbação é específica por vários motivos:

- Os indivíduos com esta perturbação têm Quociente de Inteligência (QI) normal ou acima da média;
- A dificuldade não pode ser atribuídas a fatores como a desvantagem económica ou ambiental, absentismo crónico ou falta de educação; também não pode dever-se a uma perturbação neurológica, motora, perturbações sensoriais (visão e audição);
- A dificuldade de aprendizagem pode estar limitada a um domínio académico (American Psychiatric Association, 2014).

Apesar do diagnóstico da PAE apenas ser realizado nos anos escolares, esta perturbação é precedida por dificuldades que se observam em idade pré-escolar, tais como: dificuldades de atenção (American Psychiatric Association, 2014), atrasos na linguagem (American Psychiatric Association, 2014; Marcelli, 2005), dificuldades em reconhecer palavras que rimam, em rimar ou contar, atrasos na motricidade, falta de interesse em participar em jogos com sons da linguagem, fala caracterizada por ser “à bebé”, dificuldade em pronunciar corretamente as palavras, em recordar os nomes das

letras, números ou dias da semana. Pode também não conseguir reconhecer o próprio nome e escrevê-lo e não conseguir reconhecer e escrever letras. Também é possível que recorra a soletração inventada e que apresente dificuldades em decompor palavras em sílabas, associar letras aos sons e em reconhecer fonemas (American Psychiatric Association, 2014).

O diagnóstico é clínico e baseia-se na história individual médica, do desenvolvimento, educacional e familiar e nas dificuldades académicas, no desempenho ocupacional ou social e pode ocorrer com perturbações do neurodesenvolvimento, tais como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), perturbação do desenvolvimento da coordenação, entre outras (American Psychiatric Association, 2014).

3.8.2.1. Perturbação da Aprendizagem Específica com défice na leitura e escrita

A PAE com défice na leitura (dislexia) caracteriza-se pelas dificuldades em reconhecer palavras de forma precisa ou fluente (American Psychiatric Association, 2014), o que resulta numa leitura lenta, silabada ou com erros (Antunes & Cohen, 2019). Também são evidentes dificuldades na compreensão da leitura (American Psychiatric Association, 2014) sendo raro que apreenda totalmente a informação contida num texto (Marcelli, 2005). Ainda assim, a compreensão do texto lido, muitas vezes, é superior ao que a descodificação faria supor (Marcelli, 2005). Na PAE com défice na leitura evidenciam-se confusões entre grafemas com correspondência fonémica semelhante (*e.g.* ch – j; o - u; f - v) ou com forma de escrever semelhante (p – q; d – b); inversões (*e.g.* ai – ia; pre - per), omissões (*e.g.* cobra – coba), adições ou substituições e dificuldade em demarcar a pausa e o ritmo (Marcelli, 2005). É frequente que esta perturbação esteja associada a problemas na escrita (Antunes & Cohen, 2019).

Crianças com dislexia têm dificuldades no processamento fonológico (Antunes & Cohen, 2019; Cruz, 2009), estando afetada a consciência fonológica, a evocação rápida de palavras e a memória verbal (Antunes & Cohen, 2019). Para os indivíduos com esta perturbação, normalmente é difícil perceber que as palavras se dividem e são compostas por sons e que os sons são conjugados para formar novas palavras (Antunes & Cohen, 2019).

As crianças com dislexia não automatizam o processo de leitura, pelo que esta se caracteriza por ser lenta, inexpressiva e exaustiva. Por outro lado, as crianças não estão motivadas para a leitura e com o passar do tempo, esta dificuldade na leitura compromete

a aprendizagem escolar e prejudica o desenvolvimento das capacidades cognitivas, emocionais e sociais – a criança deixa de acreditar nas suas potencialidades e desinveste na área académica (Antunes & Cohen, 2019).

Por sua vez, a PAE com défice na escrita pode refletir-se na precisão ortográfica, na utilização da gramática e da pontuação e/ou na clareza e organização da escrita (American Psychiatric Association, 2014).

3.8.2.2. Perturbação da Aprendizagem Específica com défice na leitura e escrita: dificuldades

As dificuldades na consciência fonológica (Antunes & Cohen, 2019; Cruz, 2009) não representam todas as dificuldades das crianças com PAE na leitura. Destacam-se também dificuldades noutros domínios. No domínio psicomotor observam-se dificuldades na organização motora, nomeadamente, desarmonia nos movimentos, habitualmente um perfil hiperpráxico onde os movimentos são exagerados e descontrolados (Fonseca, 2014), comprometimento no controlo postural (Fonseca, 2014) (Gouleme et al., 2015) com reequilibrações exageradas, problemas ao nível do equilíbrio estático (Nunzi et al., 2018) que, conseqüentemente afetam a organização psicomotora. Esta desorganização psicomotora reflete-se nos problemas de lateralização (Fonseca, 2014), de orientação esquerda-direita (Marcelli, 2005; Fonseca, 2014), de noção corporal, de orientação, estruturação (Fonseca, 2014) e organização espaço-temporal (Marcelli, 2005), problemas de representação espacial, de coordenação de movimentos e dificuldades nas praxias (Fonseca, 2014).

Salientam-se ainda, nas crianças com dificuldades de aprendizagem, dificuldades de memória, de grafismo e de expressão oral e dificuldades em simbolizar a experiência motora (Fonseca, 2014),.

Por outro lado, ler e escrever são tarefas complexas que envolvem o reconhecimento e produção de palavras escritas (envolvendo processos de descodificação) e compreensão e produção de textos, que englobam processos visuo-auditivos (Cruz, 2009). Podem, assim, destacar-se dificuldades auditivas, tais como: dificuldades na compreensão de palavras, em seguir explicações e instruções, em discriminar sons familiares, em seguir orientações espaciais, dificuldades na articulação de sons, no uso da concordância gramatical, em memorizar (*e.g.* sequências de palavras), confusão de sílabas iniciais, intermédias e finais, problemas de atenção e de comunicação

verbal. A nível visual podem observar-se dificuldades em perceber imagens, em discriminar formas, tamanhos e cores, em copiar formas, dificuldades nas relações espaciais (diferenciação de perto-longe, alto-baixo, em cima-em baixo, à frente/atrás, à esquerda - à direita), na rotação de formas no espaço, na constância da forma, em identificar sequências visuais e discriminar figura-fundo, dificuldade na interpretação e diferenciação de palavras e dificuldades na grafomotricidade e na visuomotricidade que envolve não só atividades de papel e lápis (cópias, labirintos) mas também atividades mais globais como a receção e o lançamento de bolas. Estes problemas perceptivos, visuais e auditivos interferem na aprendizagem simbólica (Fonseca, 2014).

São ainda evidentes dificuldades ao nível do ritmo nestas crianças, quando comparadas com os seus pares sem dislexia (Overy et al., 2003) destacando-se dificuldades em reproduzir estruturas rítmicas (Marcelli, 2005). Assim, a intervenção neste âmbito é um aspeto a considerar na terapia com estas crianças (Overy et al., 2003; Habib et al., 2016).

A nível socioemocional, podem destacar-se: instabilidade emocional, dependência, insegurança e instabilidade afetiva, baixa tolerância à frustração, conduta social por vezes desajustada, dificuldades em ajustar-se à realidade, problemas de comunicação, reatividade exacerbada, impulsividade e subvalorização do “eu” que interfere no autoconceito. As crianças com dificuldades de aprendizagem passam também por situações nas quais vivenciam sentimentos de exclusão, rejeição, perseguição e insucesso o que contribui para a aversão a tarefas escolares sendo importante valorizar estas questões de forma prioritária aquando da intervenção (Fonseca, 2014).

3.8.3. Resultados da avaliação inicial

Na data da avaliação inicial, o “Salvador”, tinha 8 anos e 7 meses.

A classificação geral do instrumento MABC-2 (banda II) aponta para “dificuldades significativas de movimento” (percentil 2). Foram evidentes dificuldades nas áreas “atirar e agarrar” (percentil 0.5), “destreza manual” (percentil 1) e “equilíbrio” (percentil 37). Os resultados podem ser consultados, de forma mais pormenorizada, na tabela 14.

Tabela 14: Resultados da avaliação inicial de "Salvador"- MABC-2

Domínio	Item	Valor bruto	Resultado padronizado item	Resultado Área	Resultado padronizado área	Percentil
Destreza Manual	DM1*	Colocar os pinos (MP)	F	2	10	3
		Colocar os pinos (MnP)	F	2		
	DM2	Enfiamento	32	7		
	DM3	Desenhar percurso	14 Erros	1		
Atirar e Agarrar	A&A1	Agarrar com as duas mãos	0	4	7	2
	A&A2	Lançar o saco de feijões para o tapete	2	3		
Equilíbrio	Eq1	Equilibrar numa tábua (Melhor perna)	F	2	28	9
		Equilibrar numa tábua (Outra perna)	7	10		
	Eq2	Caminhar pé ante pé	15 passos	11		
	Eq3*	Saltar c/ apoio unipodal nos tapetes (PP)	5	11		
Saltar c/ apoio unipodal nos tapetes (PnP)		5	12			
Score total do teste		Resultado padronizado total do teste			Percentil total do teste	
45		4			2	
Classificação Total do Teste						
Dificuldades significativas de movimento						
Legenda:	F – Falha; DM – Destreza Manual; A&A – Atirar e Agarrar; Eq. – Equilíbrio; MP – Mão Preferencial; MnP – Mão não Preferencial.					

Relativamente aos resultados da BPM (anexo VIII), no fator tonicidade obteve cotação global de 2. No subfactor extensibilidade obteve cotação de 3 nos membros superiores e inferiores porque conseguiu uma amplitude articular razoável e porque apenas se verificaram ligeiros sinais de esforço. Nos subfactores passividade, paratonias, diadococinésias e sincinésias obteve cotação de 2, influenciada pela hipertonicidade e controlo do movimento. Observou-se movimento descoordenado e sem ritmo nas diadococinésias e presença de sincinésias bucais e contralaterais. No fator equilíbrio apenas foram avaliados a imobilidade e o equilíbrio estático. Obteve cotação de 3 na imobilidade porque se manteve imóvel durante 60 segundos, mas com movimentos faciais, oscilações laterais evidentes que se acentuaram a partir dos 45 segundos e fechou

os olhos com força. Nas restantes tarefas (apoio retilíneo, ponta dos pés e apoio num pé) obteve cotação de 1 devido ao tempo reduzido em que conseguiu manter o equilíbrio. Apresenta lateralidade ocular, auditiva, manual e podal definida à direita pelo que obteve cotação de 4. No fator noção do corpo obteve cotação de 3 nas atividades de sentido cinestésico porque afirmou que não sabia o nome de algumas partes do corpo onde tinha sido tocado. Nas tarefas de reconhecimento direita-esquerda e de autoimagem (tocar com o dedo indicador na ponta do nariz) obteve uma cotação de 4 porque as realizou corretamente sem dificuldades. No desenho do corpo decidiu desenhar-se “como se vê na sua imaginação”, o que prejudicou a cotação (desenho com pormenores irreais). Obteve cotação total de 3 neste fator. Na EET obteve cotação total do de 2. Nas tarefas organização, estruturação dinâmica e representação topográfica obteve cotação de 2, sendo que na organização verificou-se confusão na contagem e no cálculo e dificuldade de planificação motora; na estruturação dinâmica observou-se dificuldade na análise visual, memória a curto prazo e impulsividade; e na representação topográfica apresentou alguma desorientação, hesitação e dificuldade em realizar o percurso. Na estruturação rítmica obteve cotação de 3 por ter falhado uma estrutura rítmica. No fator praxia global a cotação total obtida foi 3. Na coordenação óculo-manual obteve cotação de 3 por ter acertado 2 em 4 lançamentos e na coordenação óculo podal obteve cotação de 2 por ter acertado 1 lançamento. Na dismetria obteve cotação de 3. Na dissociação dos membros superiores e inferiores obteve cotação de 4 e na agilidade cotação de 1 devido à dificuldade em dissociar os movimentos. No fator praxia fina obteve cotação total de 2. Na coordenação manual obteve cotação de 1 devido ao tempo que demorou a realizar a tarefa, demonstrando algumas dúvidas de como a deveria realizar. Na tarefa tamborilar obteve cotação de 2 devido ao fraco planeamento (a impulsividade também o prejudicou). Na tarefa velocidade-precisão também obteve cotação de 2 devido à impulsividade que o prejudicou na realização correta de pontos e cruces.

A cotação obtida no DAP indica classificação “acima da média” no desenho do homem (Anexo IX) e “na média” nos desenhos da mulher (Anexo X) e do próprio (Anexo XI). O total da classificação do teste enquadra-se “na média”. É de referir que a avaliação do mesmo é realizada “por partes” não permitindo avaliar formalmente o desenho globalmente, sendo importante ter em conta os aspetos referidos anteriormente relativamente ao desenho da figura humana (noção do corpo da BPM).

No que respeita às estruturas rítmicas de *Stambak*, foram aplicados dois protocolos (para 5-8 anos e para 9-12 anos) pois a idade na avaliação final enquadrar-se-ia no protocolo mais complexo. Foi avaliada a reprodução e o simbolismo. No primeiro protocolo reproduziu corretamente 14 estruturas em 21 e compreendeu o simbolismo de 17 estruturas, no total de 21. No segundo protocolo reproduziu 1 estrutura (sendo que o teste foi interrompido após dois itens errados consecutivamente) e na compreensão do simbolismo e reprodução acertou 13 estruturas em 17.

No instrumento VMI, verificou-se “baixo desempenho na integração visuomotora” no teste de cópia de figuras geométricas; “desempenho elevado” na percepção visual e “desempenho médio” na coordenação motora.

No teste da cópia das figuras complexas, nomeadamente na cópia da figura A (Anexo XII) observou-se um desenho do tipo 4 (percentil 75), onde há uma justaposição dos detalhes sem um traçado base. Desenho composto por linhas fragmentadas, onde as figuras não são vistas como “um todo”. Obteve uma cotação total de 17 (sendo a cotação máxima possível 36), o que corresponde ao percentil 30. Demorou 5 minutos a realizar a cópia, o que significa que está entre os percentis 25-50. Quanto à memorização da figura e posterior reprodução (Anexo XIII), conclui-se que também apresentou um desenho do tipo 4 (percentil 75). A cotação total foi 10.5/36, que se enquadra entre os percentis 75-80. Demorou 3 minutos a realizar a prova.

Na observação informal orientada pelo “guia de observação dos parâmetros psicomotores”, “modelo de observação individual” e jogo espontâneo é evidente que envolve a terapeuta nas atividades; apresenta desmotivação ao realizar atividades de mesa e interesse por atividades de pontaria. De um modo geral observa-se impulsividade e sobrevalorização das suas capacidades. Nas primeiras sessões demonstrou-se pouco enérgico, referindo estar cansado.

3.8.4. Elementos Critério

Os elementos critério permitem caracterizar o caso a partir da análise da história de vida da criança e da avaliação realizada. Para o “Salvador” salientam-se os seguintes elementos critério: PAE com défice na leitura e na escrita, medidas de apoio à aprendizagem adotadas tardiamente, impulsividade, sobrevalorização das suas capacidades, desmotivação e aparente falta de energia que mudou positivamente com o decorrer das sessões, assiduidade nas sessões de psicomotricidade (faltou poucas vezes e

sempre com aviso prévio), trabalhos de casa acumulados por não acompanhar o ritmo dos pares, estrutura familiar estável, pais preocupados com o excesso de trabalho de casa e que reconhecem as conquistas do filho.

3.8.5. Hipóteses Explicativas

Há alguns fatores de risco que podem contribuir para o diagnóstico de PAE, nomeadamente: fatores ambientais como a prematuridade (American Psychiatric Association, 2014; Marcelli, 2005), muito baixo peso à nascença, exposição à nicotina no período pré-natal (American Psychiatric Association, 2014), sofrimento cerebral causado por gravidez ou parto difícil e reanimação neonatal (Marcelli, 2005). Através da anamnese do “Salvador”, sabe-se que nasceu com baixo peso e que houve necessidade de reanimação neonatal devido ao baixo índice de Apgar. Apesar de não se ter informação se esteve exposto à nicotina no período pré-natal, sabe-se que os pais são fumadores.

Também há fatores de risco genéticos e fisiológicos, (American Psychiatric Association, 2014), tais como a influência da hereditariedade (American Psychiatric Association, 2014; Marcelli, 2005). Quando os familiares têm esta perturbação é mais provável que a mesma se manifeste nos seus descendentes (American Psychiatric Association, 2014; Antunes & Cohen, 2019). Na situação do “Salvador” não se tem informação sobre a situação clínica dos familiares, nomeadamente dos pais.

Existem algumas teorias explicativas da PAE com prejuízo na leitura.

A teoria magnocelular defende a existência de défices visuais (Teles, 2004).

Outra teoria defende a existência de um défice no processamento auditivo, nomeadamente: dificuldades no processamento de informações sensoriais básicas que entram no sistema nervoso numa sucessão rápida (em milissegundos). Estas dificuldades impedem o desenvolvimento normal do sistema fonológico que consequentemente comprometem a capacidade de aprender a falar e ler normalmente (Tallal et al., 1993).

No entanto, que se conheça, não há informação da história de vida do Salvador que se relacione com as teorias referidas anteriormente.

A teoria do défice de automatização é outra hipótese explicativa para a dislexia e assume que as dificuldades apresentadas pelos indivíduos com dislexia devem-se à dificuldade em automatizar determinados processos implicados na leitura (*e.g.*

descodificação de palavras, leitura fluente) (Teles, 2004). Importa referir que durante a intervenção psicomotora, foi evidente que o processo de leitura, por parte do “Salvador”, não estava automatizado (leitura silábica/fragmentada e lenta) pelo que, o défice de automatização pode ser uma hipótese a considerar.

Por sua vez, a hipótese cerebelar defende que existe comprometimento cerebelar nos indivíduos com dislexia (Fawcett et al., 1996). O cerebelo tem um papel importante no controlo motor e, conseqüentemente, na articulação da fala. Por sua vez, dificuldades na articulação comprometem a consciência fonológica. O cerebelo assume-se também como importante na automatização de competências tais como conduzir, ler e escrever. Se há dificuldades na automatização, também irão existir problemas, por exemplo, na correspondência grafema-fonema (Fawcett et al., 1996). Destacam-se ainda funções importantes desta estrutura cerebral (cerebelo), nomeadamente no que diz respeito ao controlo e precisão do movimento, ao tónus muscular e equilíbrio (Correia, 2010). Assim, considera-se que se houver, de facto, um comprometimento cerebelar na dislexia, indivíduos com esta perturbação também apresentam problemas no tónus muscular, alterações na postura, na marcha ou nos movimentos das extremidades (Fawcett et al., 1996). De facto, ao analisar os resultados que o “Salvador” obteve no decorrer da avaliação, verificam-se alterações nestes parâmetros, nomeadamente, no tónus muscular, uma vez que predomina a hipertonicidade. Ainda de salientar, o fraco desempenho nas tarefas de equilíbrio estático (apoio retilíneo, ponta dos pés e apoio num pé), onde obteve cotação de 1 (BPM). Nos instrumentos MABC-2 e BPM, observam-se dificuldades na destreza manual e na praxia fina, respetivamente, que são avaliadas através de atividades que envolvem o movimento das extremidades. Ainda na BPM também se verificaram algumas dificuldades na praxia global, nomeadamente na coordenação óculo-podal.

Outra teoria existente é a teoria do défice fonológico (Teles, 2004), a teoria que é mais aceite pelos investigadores (Castles & Friedmann, 2014). Esta defende que a dislexia é causada por um défice de linguagem, mais especificamente um défice no processamento fonológico (Castles & Friedmann, 2014) que dificulta a realização da associação grafema-fonema (Vellutino et al., 2004) e conseqüentemente a descodificação da mensagem escrita (Teles, 2004). Na maioria dos casos, os défices na capacidade de codificação fonológica podem estar na origem da dislexia (Vellutino et al., 2004; Castles & Friedmann, 2014), no entanto, os comprometimentos fonológicos, isoladamente, parecem não ser suficientes para explicar a complexidade e a heterogeneidade da dislexia (Castles

& Friedmann, 2014). A teoria do déficit fonológico parece ser a que melhor explica as dificuldades do “Salvador”, sobretudo pelas informações escritas no relatório de TF: dificuldades na consciência silábica (omissão, substituição, adição, identificação e evocação de palavras pela sílaba inicial) e fonémica; dificuldades de soletração; leitura sub-silábica e dificuldade em compreender o que lê.

De acordo com Fonseca (2014) existem fatores internos e externos que contribuem para o aparecimento da dislexia, nomeadamente: orientação pedagógica inadequada, não frequência do ensino pré-escolar, oposição ao ambiente escolar, problemas de motivação causados pela cultura em que o indivíduo está inserido, falta de hábitos de trabalho e falta de aprendizagem mediatizada. Quanto a fatores intrínsecos ao indivíduo, salientam-se, por exemplo, dificuldades no processamento da informação visual e auditiva, imaturidade psicomotora - problemas na imagem corporal, na lateralidade e na orientação espaço-temporal; imaturidade linguística – *e.g.* vocabulário pobre e reduzido; problemas orgânicos e genéticos (*e.g.* diabetes, anomalias enzimáticas). Habitualmente, a dislexia surge pela conjugação de vários fatores tanto de natureza interna como externa (Fonseca, 2014).

No que respeita aos fatores referenciados anteriormente é evidente que, neste caso, existe desmotivação por parte da criança, pelo facto de por vezes não querer ir à escola e de não ter interesse em fazer os trabalhos académicos - situação que foi melhorando após a intervenção em Psicomotricidade e TF, visto que, a dado momento demonstrou interesse crescente em ler e verbalizava, em casa e nas sessões de psicomotricidade, “quero ler”. Salienta-se como fatores intrínsecos que caracterizam o “Salvador”, a imaturidade psicomotora que foi possível observar durante a avaliação psicomotora, nomeadamente dificuldades em regular o tónus e em manter o equilíbrio. Também foi evidente imaturidade linguística não só durante a observação das consultas de Pediatria do Desenvolvimento, mas também nas sessões de psicomotricidade, em que a sua linguagem se caracterizava por ser simples e discurso, por vezes, redundante.

Quanto à recusa em ir à escola e aos sintomas associados (cefaleias), coincidentes com os dias em que tinha aulas de Português, podem estar relacionados com o facto do “Salvador” não se querer confrontar com as suas dificuldades. Tal como refere Marcelli (2005) as cefaleias podem estar ligadas à escolaridade e muitas vezes estão associadas a um ganho secundário (*e.g.* ficar em casa, evitar a matéria temida).

3.8.6. Projeto terapêutico

Na tabela 15 encontram-se todos os dados referentes ao projeto terapêutico de “Salvador”.

3.8.7. Fundamentação e diretrizes da intervenção

Alguns autores norte americanos defendem que a aprendizagem resulta do desenvolvimento perceptivo-motor. Esta concepção assenta na importância que o desenvolvimento motor tem no desenvolvimento perceptivo e vice-versa (Fonseca, 2005).

Segundo Kephart (1960, cit in Fonseca, 2005) as dificuldades de aprendizagem, no âmbito da leitura, escrita e matemática resultam de uma integração disfuncional da somatognosia (noção do corpo), espaço e do tempo, pelo que a criança deve ser colocada em situações de vivência de experiências de espaço e de tempo para que desenvolva relações integradas de objetos e de situações.

Por sua vez, Cratty (1967, 1968a, 1968c, 1969, 1970a cit in Fonseca, 2005) preconiza o conceito de aprendizagem ativa, que se baseia sobretudo na motricidade. Esta autora considera que a motricidade é essencial para a promoção da inteligência, para desenvolver níveis de vigilância e de atenção, para aumentar o autocontrolo e a autorregulação, para promover a aprendizagem e o pensamento criativo e que o lúdico facilita a aquisição de noções simbólicas essenciais à aprendizagem escolar.

Ainda nesta linha de pensamento, Frostig também considera que as aquisições visuo-perceptivo-motoras são a base para o sucesso escolar (Frostig 1972b, 1968b cit in Fonseca, 2005).

Assim, é importante permitir a exploração do movimento em espaços agradáveis e livres, proporcionar situações-problema, uma vez que a expressão motora devidamente mediatizada promove a consciência corporal, competências como a concentração, autorregulação, atenção, processamento e planificação que favorecem a aprendizagem (Frostig, 1970 cit in Fonseca, 2005).

Em Psicomotricidade pretende-se que a criança se torne mais apta a aprender e o objetivo não é a realização de aquisições motoras por si só, pois, a motricidade como organizadora do pensamento pretende ensinar a criança a funcionar melhor a nível motor, emocional e cognitivo (Fonseca, 2010). De facto, aprender com e pelo corpo desenvolve

Tabela 15: Projeto Terapêutico de "Salvador"

Perfil Intra Individual			
Áreas de integridade		Áreas a desenvolver	
NC, Percepção Visual, Interação com a terapeuta, Ritmo		Tonicidade, Equilibração, Estruturação Espacial, PG/Atirar e agarrar; PF/Destreza manual, Integração Visuomotora, Autorregulação comportamental (controlo da impulsividade)	
Objetivos Terapêuticos			
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	
Psicomotor	Regular a tonicidade	- Diminuir tensões e resistências aquando da mobilização passiva - Ajustar o estado tónico à atividade	- Distinguir diferentes estados tónicos (descontração vs contração) - Melhorar a capacidade de aceder à passividade
	Melhorar o equilíbrio	- Melhorar o equilíbrio estático (em apoio unipodal)	- Melhorar o equilíbrio dinâmico
	Melhorar a EET	- Aperfeiçoar a estruturação e organização espacial - Melhorar a capacidade de memorização de sequências visuais - Identificar diferentes ritmos - Ajustar o deslocamento ao ritmo marcado	- Realizar ritmos após observar a respetiva simbolização - Reproduzir ritmos e simbolizá-los posteriormente - Simbolizar ritmos após reprodução dos mesmos - Identificar as diferenças entre vários ritmos (lento, rápido, forte, fraco, presença e ausência de pausas)
	Melhorar a PG	- Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-podal	- Melhorar a capacidade de planeamento das ações motoras
	Melhorar a PF	- Melhorar a destreza manual	
	Melhorar a integração visuomotora	- Copiar figuras	
	Cognitivo	Aumentar o tempo de atenção	- Ouvir as explicações até ao fim - Esperar pela indicação da terapeuta para começar as atividades
Desenvolver a memória		- Aumentar a capacidade de memorização a curto prazo	
Emocional	Regular o comportamento e emoções	- Diminuir a impulsividade - Identificar e expressar as suas emoções atribuindo-lhes um motivo	- Identificar atividades que lhe despertam sensações positivas e/ou negativas e justificar
Técnicas utilizadas na intervenção			
Técnicas gnoso-práticas.			
Modalidades de intervenção			
Tipo de intervenção: individual; Espaço onde decorreu a intervenção: gabinetes de pediatria; Frequência das sessões: semanal; Duração das sessões: 60 minutos.			
Legenda:	NC – Noção do Corpo; EET – Estruturação Espaço-Temporal; PG – Praxia Global; PF – Praxia Fina		

e harmoniza as competências motoras, instrumentais e relacionais necessárias para ler, escrever e contar (Lefrance, 2015).

Todas as dificuldades escolares resultam de uma deficiência na adaptação psicomotora que subentende problemas ao nível do desenvolvimento motor, dominância lateral, organização espacial, construção práxica e na estabilidade emocional e afetiva que podem refletir-se em alterações comportamentais por parte do indivíduo (Fonseca, 2012). Por isso, em psicomotricidade, as competências trabalhadas ao nível motor, ao nível da lateralização, função tónica, função postural, motricidade global e manual, grafismo, motricidade expressiva, competências instrumentais (resolução de problemas, competências sensoriais e perceptivas, perceção do corpo, espaço e tempo) e competências relacionais (*e.g.* confiança, competência, limites) são necessárias à aprendizagem (Lefrance, 2015).

Pode considerar-se que a intervenção com o “Salvador” se enquadrou, sobretudo, numa abordagem reeducativa com maior fundamentação de tipo cognitivo e neuropsicológico (Martins, 2001) na qual se deu ênfase maior ao corpo a nível motor e sensorial (Lacombe, 2012), uma vez que era evidente a existência de imaturidade psicomotora por parte da criança. Assim, as atividades propostas ao longo das sessões incidiram na componente corporal aliada à componente cognitiva, na qual a simbolização também esteve frequentemente presente enquanto pré-requisito para a aprendizagem da leitura e da escrita (De Lièvre & Staes, 2006).

As técnicas utilizadas foram, sobretudo, técnicas gnoso-práticas, pois as aprendizagens escolares necessitam de meios representativos espaciais e práticos (Lefrance, 2015) que assentam na postura e nas experiências sensoriomotoras (Bullinger, 2004 cit in Lefrance, 2015).

Ao longo da intervenção, procurou-se ir ao encontro das necessidades e interesses da criança, havendo sempre um planeamento prévio sujeito a alterações, de acordo com as iniciativas e sugestões por parte do “Salvador”. As sessões foram realizadas semanalmente, mas, como complemento à intervenção, foi sempre valorizado o diálogo com os pais e por vezes eram dadas algumas sugestões por parte da terapeuta para incentivar a criança a realizar atividades motoras em casa (*e.g.* foi incentivado a aprender a andar de bicicleta). Estes “desafios” eram encarados com otimismo por parte do “Salvador” que quando os cumpria, dizia orgulhoso que tinha conseguido e demonstrava

um interesse crescente nas sessões (andar de bicicleta foi uma das conquistas alcançadas, assim como atar os atacadores).

Em suma, como defendido pelos autores referidos anteriormente, se a base da aprendizagem é o desenvolvimento perceptivo-motor, caso a mesma não esteja consolidada, o sucesso escolar está comprometido. Assim, antes de se incidir nos conteúdos académicos propriamente ditos, há que garantir que os pré-requisitos estão adquiridos a nível postural e tónico, a nível do equilíbrio, da lateralização, do esquema e imagem corporal, da estruturação espacial e temporal e ao nível das praxias, i.e., ao nível dos fatores psicomotores. Através das experiências corporais, são também desenvolvidas as competências perceptivas essenciais à aprendizagem, daí as técnicas utilizadas serem, essencialmente, gnoso-práticas.

3.8.8. Estratégias específicas

A intervenção em psicomotricidade é pensada e organizada pelo psicomotricista de forma a favorecer a expressão corporal por parte do indivíduo e por isso deve encorajá-lo, reforçar positivamente as suas capacidades e favorecer as suas expressões espontâneas e orientadas (Alexandrine & Boscaini, 2012). No caso do “Salvador”, as atividades eram maioritariamente orientadas, no entanto, também era dado espaço para a sua espontaneidade, sendo que as suas iniciativas também eram valorizadas.

Para que as sessões fossem um espaço onde também se sentia capacitado, foram trabalhadas as áreas fortes em simultâneo com as áreas a desenvolver. De facto, na intervenção é importante utilizar as áreas fortes para aquisição de novos conhecimentos, mas melhorar também as áreas mais deficitárias, tendo sempre em conta as características individuais da criança, de forma a personalizar uma sessão adequada às suas necessidades (Cruz, 2009).

Sendo a psicomotricidade uma área de intervenção que valoriza a cognição, a emoção e o movimento (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2017), é imprescindível ter em conta que a intervenção nas questões emocionais deve preceder a intervenção nos problemas de aprendizagem (Fonseca, 2014), tendo sido uma preocupação da terapeuta perceber como é que a criança se sentia emocionalmente, não só durante as sessões mas também através do diálogo com os pais. Esta articulação com as figuras parentais permitia obter informações importantes (sobre a escola, sobre o

ambiente familiar, sobre como decorriam os trabalhos de casa, entre outros) e era um espaço onde os pais também manifestavam as suas preocupações, sendo, por vezes, transmitidas algumas estratégias. Os pais devem ser orientados pelo terapeuta, sendo importante explicar-lhes o que podem fazer para contribuir para a evolução da criança, nomeadamente, através de jogos. Todos os adultos envolvidos têm de cooperar com a criança e o mediador (terapeuta) deve sugerir e guiar um trabalho cooperativo com a criança de acordo com as suas necessidades, sendo que a sua postura e o diálogo tónico são fundamentais para o sucesso da intervenção (Fonseca, 2010). Por outro lado, é essencial que a criança aceite as dificuldades e esteja motivada (Marcelli, 2005), que seja respeitada e que sejam eliminados ambientes de *stress*, humilhação e ameaça (Fonseca, 2014). Neste sentido, nas sessões foi sempre promovido um espaço contentor, as atividades eram propostas com um grau crescente de complexidade e sempre foram valorizadas as conquistas da criança de forma a que se sentisse capaz e tivesse motivação para alcançar mais objetivos.

A intervenção e mediatização refletem-se na aprendizagem e a intervenção com base na simbolização também se salienta como fator importante nas dificuldades de aprendizagem (Fonseca, 2014). Assim, toda a intervenção e atividades foram adequadas ao caso específico do “Salvador” tendo como base o que a literatura refere como importante trabalhar nas crianças com dificuldades de aprendizagem - competências psicomotoras através de atividades gnoso-práticas, nas quais é valorizada a simbolização da ação.

3.8.9. Exemplos de atividades

A sessões decorreram com a seguinte estrutura: ritual de entrada, fase de ativação, fase fundamental, retorno à calma e ritual de saída. Na intervenção com o “Salvador” foram priorizadas as atividades gnoso-práticas, i.e., atividades que subentendem uma programação prévia que envolve componentes motoras e percetivas (Alexandrine & Boscaini, 2012) e que posteriormente são representadas (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

Uma atividade realizada consistiu em colocar arcos de diferentes cores no chão. O trajeto para cada arco era realizado de diferentes formas que foram definidas inicialmente (*e.g.* deslocar-se para o arco azul a saltar a pés juntos; deslocar-se para o arco amarelo a andar para trás...). Progressivamente foram solicitados trajetos mais

complexos (*e.g.* 1.º deslocar-se para o arco amarelo, 2.º deslocar-se para o arco verde e azul, 3.º deslocar-se para o arco vermelho, azul e verde) implicando a memorização das formas de deslocamento e a memorização do trajeto a realizar pelos arcos. Por fim, a criança tinha de simbolizar, numa folha de papel, o trajeto realizado pelos arcos (ordem realizada e simbolização do tipo de deslocamento). A disposição dos arcos também ia mudando. Para ver fotografias desta atividade, consultar anexo XIV.

Outra atividade realizada consistiu em ouvir um ritmo marcado por claves e andar ao som do mesmo e posteriormente representá-lo num quadro de ardósia (consultar anexo XV). Pode também ser consultado um exemplo de um planeamento de sessão no anexo XVI.

3.8.10. Progressão Terapêutica

O “Salvador” esteve presente em 17 sessões de psicomotricidade, sendo que 1 sessão, dia 30 de outubro de 2019, foi para realização de entrevista/anamnese com a criança e com os pais e 6 sessões foram destinadas à avaliação. A última sessão realizada decorreu dia 11 de março de 2020 e poucos dias depois foi dada a indicação, por parte da Universidade, para suspender o estágio devido à COVID-19, sendo que o acompanhamento presencial foi interrompido.

Nas primeiras sessões foi essencial perceber os interesses da criança para conseguir estabelecer a relação terapêutica, uma vez que se demonstrava desmotivado e cansado (referido pela própria criança que antes da sessão tinha Atividade Extracurricular – AEC de Educação Física). Nas observações iniciais foi possível verificar o desinteresse pelas atividades de mesa, pelo que perguntava com frequência se estava quase a terminar a sessão. No entanto, também foi evidente que tinha preferência por atividades de pontaria, o que permitiu uma conquista progressiva do seu interesse e, conseqüentemente, um contraste notável na sua postura e expressão facial ainda na sala de espera, antes de iniciar a sessão. Se inicialmente tinha os ombros descaídos e referia com frequência “estou cansado”, após algumas sessões, assim que via a terapeuta perguntava entusiasmadamente “vamos entrar?”. Eram evidentes dificuldades a nível dos fatores psicomotores, destacando-se sobretudo as dificuldades no equilíbrio, mas se algum elemento da atividade fosse do seu interesse, demonstrava-se motivado e pedia para repetir as vezes que fossem necessárias até conseguir alcançar o objetivo pretendido. Ao ser pedida a simbolização por parte da terapeuta, após a realização das atividades, dirigia-

se à mesa e concluía o que era pedido, sem o desinteresse inicial das atividades de mesa. O entusiasmo refletia-se nas sugestões que dava: “e se fizermos assim?”. Ficava felicíssimo com as suas conquistas e partilhava-as com orgulho. Em sessão, aprendeu a atar os sapatos e contou à mãe assim que saiu da sessão. Após ter aprendido a andar de bicicleta, em casa, contou à terapeuta o que tinha conseguido. Apesar das dificuldades na leitura, a mãe referia um interesse crescente em ler e uma melhoria da capacidade leitora, havendo sempre uma comunicação entre a família e a terapeuta sobre como estava a correr a escola, se já tinham sido adotadas as medidas de apoio à aprendizagem, etc. A mãe também referia que o “Salvador” tinha muitos trabalhos de casa, porque acumulava os trabalhos de casa de TF e os trabalhos da escola, que não terminava ao mesmo tempo das outras crianças. Dificuldades na escrita sempre bastante evidentes: escrita rasurada e letra pouco perceptível. Foram notáveis progressos, nomeadamente na motivação e envolvimento nas atividades, no equilíbrio (consegue fazer um trajeto pé ante pé sem se desequilibrar, permanecer de imóvel de olhos fechados), na coordenação óculo-manual e óculo-podal, na capacidade de representação e simbolização (cada vez mais autónomo na representação gráfica).

Apesar de não ter sido realizado uma avaliação final, se no momento da interrupção tivesse sido realizada uma avaliação, tendo em conta as conquistas que se estavam a verificar, acredita-se que haveria melhorias sobretudo nos fatores psicomotores equilíbrio, estruturação espaço-temporal e praxia global. Até ao momento estes eram os fatores que tinham sido mais trabalhados em contexto de sessão com a finalidade de posteriormente incidir em atividades mais minuciosas. Não havendo essa possibilidade, foi elaborado o jogo para crianças em idade escolar, que incide em pré-requisitos importantes para aprendizagem, tendo sido uma forma de incentivar a criança a realizar jogos psicomotores e ao mesmo tempo, tentar evitar a utilização exacerbada de dispositivos tecnológicos, que foram alternativas para dar continuidade às aulas no período pós COVID-19. O apoio presencial em TF também foi interrompido.

Fazendo uma análise às dificuldades escolares apresentadas pelo “Salvador”, as interrupções realizadas (não só das aulas, mas também dos apoios especializados e técnicos) certamente tiveram um impacto negativo nas suas aprendizagens e rendimento académico, o que pode ter causado alguns retrocessos ou condicionado novas aprendizagens.

Caso a intervenção psicomotora presencial não tivesse sido interrompida, as sessões continuariam a incidir nos pré-requisitos para a aprendizagem, tais como, a tonicidade, a coordenação, a lateralidade, a noção corporal, a estruturação espacial e temporal, as praxias, o simbolismo e a concentração (De Lièvre & Staes, 2006).

Uma vez que autores norte americanos como Kephart, Cratty, Frostig defendem que a percepção é fundamental na aprendizagem e tendo em conta que a percepção tem origem no desenvolvimento motor (Fonseca, 2010) as atividades propostas continuariam a ter como base o movimento (e.g. circuitos psicomotores, jogos) para posteriormente ser simbolizado.

Considerando a hierarquia dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010), pretendia-se, com o decorrer da intervenção e após serem mais trabalhados os fatores psicomotores de base, dar maior ênfase à praxia fina.

De acordo com Fonseca (2010), crianças com dificuldades de aprendizagem têm vários problemas de atenção, perceptivos, de memória, emocionais e de comportamento, por isso, continuaria a ser dada importância aos fatores emocionais e continuar-se-ia a promover momentos em que o “Salvador” se sentisse confiante, tivesse espaço para expressar as suas ideias, os seus sentimentos. Para isso, propor-se-iam atividades desafiantes nas quais obtivesse sucesso e proporcionar-se-iam momentos em que expressasse que estava a sentir. Como a organização estruturada das sessões combinada com liberdade é importante (Fonseca, 2010) seria incentivado a sugerir atividades e as suas sugestões espontâneas, desde que adequadas e seguras, continuariam a ser aceites e valorizadas.

Em suma, se é a partir da motricidade que se organizam as capacidades psiconeurológicas da aprendizagem (Fonseca, 2010), o movimento aliado à planificação e respetiva simbolização, sem esquecer os fatores emocionais, seriam imprescindíveis para a continuidade da intervenção.

No anexo XVII pode-se consultar um exemplo de um relatório de sessão e no anexo XVIII o exemplo de um relatório mensal.

3.9. Estudo de caso: “Ana Maria”

3.9.1. Dados de anamnese de “Ana Maria”

A “Ana Maria” tem 10 anos de idade e é seguida em consulta de pediatria do desenvolvimento desde os 4 meses por atraso global no desenvolvimento psicomotor. Atualmente é seguida nessa mesma consulta para vigilância da evolução escolar. A situação familiar é delicada (pais separados e outros agravantes, tais como forte suspeita de abuso). Foi encaminhada para Psicomotricidade porque fatores emocionais poderiam estar a interferir com a aprendizagem e funções mentais superiores (memória e atenção). Apresenta maneirismos e um discurso com entoação muito peculiar.

A “Ana Maria” nasceu de cesariana às 38 semanas, de uma gravidez vigiada, mas com complicações: pré-eclâmpsia. O seu peso ao nascer foi de 3065 gr; o comprimento 48 cm e o índice de Apgar 8/10 ao 1º e 5º minuto, respetivamente. Aquando do nascimento da criança a mãe tinha 34 anos e o pai 42 anos. O sinal de alerta que preocupou a mãe foi o controlo cefálico tardio, pelo que foi encaminhada para a equipa de IPI. A primeira palavra que disse foi “mamã”, mas a mãe não sabe precisar com quantos meses (refere que a linguagem nunca foi preocupação, mas sim o desenvolvimento motor).

Quanto ao agregado familiar, a “Ana Maria” vive com a mãe. Não tem irmãos. Os pais estão separados, mas não se sabe há quanto tempo. A sua mãe foi vítima de violência física e psicológica por parte do marido, pelo que esteve numa casa abrigo com a filha, e há suspeita de abuso sexual da criança por parte do avô paterno, desconhecendo-se a idade da ocorrência do abuso.

A “Ana Maria” é autónoma no dia-a-dia e, segundo a mãe, dorme bem. Tem cama em quarto próprio, mas é frequente dormir com a mãe.

No primeiro ano de escolaridade tinha muitas dificuldades na identificação e reconhecimento das sílabas, o que dificultou a aquisição da leitura. Também apresentava dificuldades globais na matemática e estudo do meio. Atualmente frequenta o 5º ano de escolaridade, transitou para o mesmo com aproveitamento bom em todas as áreas curriculares. Tem apoio da Educação Especial (EE) e de Psicologia. A diretora de turma refere que é uma criança retraída, que se inibe de participar nas aulas e que passa os intervalos sozinha. Esta informação não corresponde ao discurso da “Ana Maria”, que refere ter muitos amigos e brincar no recreio com os mesmos. Gosta de ténis de mesa, de

basquetebol, de jogar à macaca, à apanhada, às escondidas e anda no teatro (na escola), que também gosta. Em casa gosta de ver televisão, estar no telemóvel a jogar (jogos de vestir) e canta e dança muito. Também gosta de brincar ao ar livre e às vezes brinca com a mãe (guerra de almofadas, jogo do loto).

A mãe caracteriza-a como sendo uma menina sorridente e alegre. Pondera o que a mãe lhe diz. Anteriormente fazia muitas birras, mas agora está melhor. Às vezes é uma criança ansiosa quando, por exemplo, há alguma surpresa na escola (*e.g.* mudança do dia de testes). É muito amável. A “Ana Maria” acrescentou à descrição realizada pela mãe: “sou muito bonita, fofinha, querida e meiguinha”.

Os sintomas corporais observados na “Ana Maria” enquadram-se na seguinte definição de maneirismo: o maneirismo traduz-se por um conjunto de manifestações motoras (expressões, gestos, atitudes) que dão a impressão de um comportamento artificial e teatral (André & Olivi, 2018); é parecer o que não se é (Henry et al, 2016 cit in André & Olivi, 2018). Considera-se que a “Ana Maria” tem uma expressão corporal muito peculiar: gesticula enquanto fala, sendo que os gestos apresentam pouca fluidez e aparentam ser ainda mais rígidos quando termina uma palavra ou frase (roda o tronco, coloca as mãos em supinação e os cotovelos em flexão). Habitualmente esta postura é evidente quando termina uma palavra na qual entoa com mais ênfase a sílaba final. Quando isto acontece remete para um comportamento teatral e artificial, conforme mencionado na definição de maneirismo.

Quanto às relações emocionais, em contexto de sessão, caracterizavam-se por ter um carácter artificial, sobretudo quando lhe era solicitado que realizasse a apreciação geral da sessão (habitualmente referia gostar muito de todas as atividades propostas e que todas elas eram espetaculares porque adorava determinado material ou determinada atividade como a dança). Este discurso transmitia artificialidade porque era muito difícil que conseguisse dizer algo que tivesse gostado menos na sessão e porque em algumas atividades a sua expressão verbal espontânea (*e.g.* “estou tão relaxada. Podemos repetir?”), envolvência corporal fluida e respiração profunda transmitiam muito mais sinceridade do que o discurso de apreciação da sessão quando questionada diretamente.

Sempre demonstrou interesse nas atividades e conseguia manter proximidade com a psicomotricista sem revelar desconforto ou incómodo por esta participar nas atividades ou estar mais próxima. Nas atividades de carácter expressivo demonstrou-se desinibida,

sobretudo nas atividades com dança. Não demonstrava estar incomodada com a presença da psicomotricista e sempre que possível procurava o espelho ou o reflexo na janela para se observar enquanto se movimentava. Ao longo das sessões esteve sempre disponível, mas após atividades mais dinâmicas, por vezes referia estar cansada, pedindo para descansar. O seu movimento era predominantemente hipertónico e com algum controlo o que contrastava apenas com os momentos em que pedia para descansar ou quando estava numa atividade mais passiva (habitualmente gostava de se deitar).

3.9.2. Revisão teórica de suporte: o ambiente como facilitador do desenvolvimento emocional

Ao analisar a situação clínica do indivíduo em acompanhamento, é importante considerar o sintoma como fator importante na dinâmica do equilíbrio pessoal. Este deve ser estudado de forma a decifrar a sua causa e significados. Normalmente, o seu aparecimento está relacionado com fatores holísticos da pessoa e por isso devem ser analisadas as características psicomotoras, a história pessoal e a sua situação relacional (Alexandrine & Boscaini, 2012).

Não havendo um diagnóstico, a revisão teórica irá assentar nos sintomas apresentados pela “Ana Maria”, tendo em conta alguns dados da sua história de vida e a observação psicomotora.

Segundo Monval (2019), a linguagem corporal, é a forma pela qual as crianças carenciadas (*e.g.* com falhas na relação pais-bebé) expressam o seu sofrimento. Podem também surgir sintomas somáticos como um atraso no desenvolvimento estado-ponderal, problemas de sono e problemas de comportamento que podem surgir como uma luta perante uma grande angústia ou afetos depressivos. Podem ainda evidenciar-se desarmonias tónicas e da motricidade global que afetam o desenvolvimento psicomotor e relacional. Por outro lado, fragilidades na identidade podem também causar problemas na imagem e no esquema corporal. A nível cognitivo, as carências relacionais precoces podem bloquear mecanismos intelectuais importantes para a progressão de capacidades cognitivas (Monval, 2019).

Assumindo que a carência é caracterizada por uma falta ou ausência, quando uma criança é confrontada com uma falha que é atribuída ao ambiente, a construção da identidade pode ficar comprometida (Monval, 2019). Para que a criança se aproprie do seu organismo, não é suficiente a integridade fisiológica dos sistemas (Dias, 2003;

Giromini & Coutolleau, 2015), é necessário que seja estimulada de forma adaptada, como postula Winnicott (1965), através dos conceitos de *holding*, *handling* e *object presenting* que resumem a função maternal. Neste sentido, as interações precoces são cruciais (Monval, 2019) para assegurar o amparo físico e psicológico (*holding*), as manipulações corporais como os cuidados de higiene, o vestir e as carícias (*handling*) e a apresentação do objeto perante o bebê, no momento preciso em que necessita dele (*object presenting*) (Winnicott, 1965; Marcelli, 2005).

O desenvolvimento é um processo maturacional que resulta da acumulação de experiências (Dias, 2003). Um ambiente facilitador (Winnicott, 1965), no qual são assegurados cuidados suficientemente bons (Dias, 2003), assume um papel primordial neste processo, nomeadamente através dos cuidados prestados pela mãe (Winnicott, 1965). Assim, a progressão regular dos processos de maturação só é possível se existir um ambiente favorável que o permita, pois, ainda que o ambiente não faça a criança, permite que esta concretize o seu potencial (Winnicott, 1963)

O processo de amadurecimento inicia após a concepção, continua ao longo de toda a vida e decorre por estágios (Dias, 2003) designados, por Winnicott (1963), da seguinte forma: dependência absoluta, dependência relativa e rumo à independência. Estes estágios são marcados por alterações na relação mãe-bebé e à medida que decorrem, devem suceder conquistas (Dias, 2003). Se as conquistas forem conseguidas nos estágios correspondentes, pode-se considerar que o indivíduo alcançou uma conquista do amadurecimento.

À medida que o tempo avança, as conquistas vão sendo cada vez mais complexas, mas se o indivíduo estiver saudável, conseguirá lidar com os desafios correspondentes à sua faixa etária. No entanto, as conquistas essenciais do amadurecimento ocorrem nas fases mais precoces de vida, uma vez que é neste período que se estabelecem os alicerces da personalidade e da saúde psíquica (Dias, 2003).

Logo após o nascimento, o bebê tem um sentimento de onipotência que pode ser “alimentado” ou não pela atitude materna. Assim, se este sentimento de onipotência for alimentado pela mãe através da satisfação das suas necessidades (Winnicott, 1983), o bebê também se encontra disponível para agir espontaneamente e progressivamente envolver-se na brincadeira. Assim, o *self* verdadeiro começa a emergir e nesta situação pode considerar-se que a mãe é suficientemente boa. Só o *self* verdadeiro permite a

criatividade e a sensação de se sentir real (Winnicott, 1983). Por outro lado, se a mãe não for suficientemente boa, i.e., se não alimentar este sentimento de onnipotência sentido pelo bebê, falhar várias vezes na satisfação do gesto do bebê, não conseguir sentir as necessidades do mesmo, provoca uma submissão no bebê que corresponde à emergência do falso *self* que conseqüentemente oculta a espontaneidade do bebê, a sua realidade interna e, por isso, o *self* verdadeiro. Este falso *self* reage às exigências do meio: o bebê aceita-as e a partir daqui constrói relacionamentos falsos. O falso *self* corresponde a uma sensação de irrealidade, sentimento de futilidade (Winnicott, 1983); é “uma espécie de ecrã artificial entre o verdadeiro self, oculto, protegido, e o ambiente, quando esse ambiente é de má qualidade” (Marcelli, 2005, p.55).

Em suma, todo o processo de desenvolvimento tem uma base relacional, implicando sempre a presença de outro ser humano, sobretudo nas fases precoces de vida (Dias, 2003). Por sua vez, a qualidade das experiências emocionais, sensoriais e motoras influenciam o equilíbrio e a funcionalidade da vida psíquica (Giromini & Coutolleau, 2015).

3.9.3. Resultados da avaliação inicial

A “Ana Maria” tinha 10 anos e 6 meses na data da avaliação inicial.

A classificação geral do M-ABC (banda II) aponta para “dificuldades significativas de movimento” (percentil 5). Observaram-se dificuldades nas áreas “atirar e agarrar” (percentil 0.5), “destreza manual” (percentil 5) e “equilíbrio” (percentil 25). Os resultados de forma mais pormenorizada podem ser consultados na tabela 16.

Relativamente aos resultados obtidos na BPM (Anexo XIX), relativamente à tonicidade, obteve cotação total de 2. Na extensibilidade obteve cotação de 3 nos MS e MI porque conseguiu uma amplitude articular razoável e porque apenas se verificaram ligeiros sinais de esforço. Durante a avaliação da passividade observou-se resistência para abandonar os MS e MI, pelo que obteve cotação de 2. Nas paratonias verificou-se uma diferença acentuada entre os MS e MI, sendo que nos MS houve abandono fácil e nos MI foram evidentes bloqueios e resistências às manipulações. Assim, obteve cotação de 4 nos membros superiores e cotação de 2 nos membros inferiores. Na tarefa das diadococinésias foram evidentes movimentos descoordenados e desajeitados acompanhados de sincinésias faciais.

Tabela 16: Resultados da avaliação inicial de "Maria Inês" - MABC-2

Domínio	Item	Valor bruto	Resultado padronizado item		Resultado Área	Resultado padronizado área	Percentil
Destreza Manual	DM1*	Colocar os pinos (MP)	47	3	15	5	5
		Colocar os pinos (MnP)	50	4			
	DM2	Enfiamento	28	6			
	DM3	Desenhar percurso	1 Erro	6			
Atirar e Agarrar	A&A1	Agarrar com as duas mãos	0	5	8	2	0.5
	A&A2	Lançar o saco de feijões para o tapete	1	3			
Equilíbrio (Eq)	Eq1	Equilibrar numa tábua (Melhor perna)	7	5	28	8	25
		Equilibrar numa tábua (Outra perna)	4	6			
	Eq2	Caminhar pé ante pé	15 Passos	11			
	Eq3*	Saltar c/ apoio unipodal nos tapetes (Melhor perna)	5	11	12		
Saltar c/ apoio unipodal nos tapetes (Outra perna)		5	12				
Score total do teste		Resultado padronizado total do teste			Percentil total do teste		
51		5			5		
Classificação Total do Teste							
Dificuldades significativas de movimento							
Legenda:	DM – Destreza Manual; A&A – Atirar e Agarrar; Eq. – Equilíbrio, MP – Mão Preferencial; MnP – Mão não Preferencial.						

Quando se pediu para aumentar a velocidade, realizou o movimento de sacudir as mãos e verbalizou estar cansada, pelo que obteve a cotação de 2 em ambas as mãos. Foram observadas sincinésias bucais e contralaterais tendo obtido uma cotação de 2 em ambas. No fator “equilíbrio” apenas foi avaliada a imobilidade e o equilíbrio estático. Verificaram-se dificuldades, sendo que na imobilidade obteve cotação de 3 porque apesar de ter concretizado a tarefa com sucesso verificaram-se risos iniciais e contração dos olhos. Nas tarefas de equilíbrio estático que englobam apoio retilíneo, equilíbrio na ponta dos pés e equilíbrio com apoio num pé obteve cotação de 1 em todas as atividades porque permaneceu nas mesmas durante poucos segundos, desistindo pouco tempo depois de iniciar as tarefas. Apresenta lateralidade ocular, manual e podal definida à esquerda. Não houve consistência na avaliação da lateralidade auditiva pelo que obteve cotação de 3 no fator lateralidade. No fator noção do obteve cotação de 3 na tarefa “sentido cinestésico”. Teve um bom desempenho nas tarefas de reconhecimento direita-esquerda e de autoimagem tendo obtido cotação de 4 em ambas as tarefas. Na imitação de gestos, obteve

cotação de 3, porque reproduziu corretamente 3 de 4 figuras. No desenho do corpo obteve cotação de 3, pois, fez um desenho completo, organizado, com pormenores faciais e extremidades. No entanto, é de salientar que é um desenho de pequenas dimensões. Obteve cotação total de 3 neste fator. Quanto à EET obteve cotação de 2 na organização espacial devido à desorganização espacial apresentada. Na estruturação dinâmica obteve pontuação de 3 porque em seis sequências com fósforos reproduziu 4 corretamente e na representação topográfica obteve cotação de 4. Na estruturação rítmica reproduziu 5 estruturas rítmicas corretamente, no total de 6, tendo obtido cotação de 3. Na EET obteve cotação total de 3. No que respeita à praxia global, o seu desempenho na coordenação óculo-manual (lançar bola para um cesto) correspondeu a uma cotação de 1 porque não acertou nenhum dos quatro lançamentos. Na tarefa de coordenação óculo-podal obteve cotação de 2 porque apenas acertou numa das quatro tentativas, tendo dificuldade em direcionar a bola corretamente. Na dismetria, obteve cotação de 2. Na dissociação dos membros superiores e inferiores obteve cotação de 4 nos membros superiores e inferiores e na tarefa de “agilidade” obteve cotação de 3 devido a ligeira descoordenação. Obteve cotação total de 3 neste fator. Por fim, relativamente à praxia fina, obteve cotação de 2 na coordenação dinâmica manual, porque compôs e decompôs a pulseira entre 3 e 5 minutos com dificuldades no planeamento e algumas hesitações. Na tarefa “tamborilar”, obteve cotação de 3, uma vez que a realizou corretamente e apenas com ligeiras hesitações e na tarefa “velocidade-precisão” obteve cotação de 3, apresentando adequado planeamento motor – realizou 38 pontos e 16 cruces. Neste fator obteve cotação global de 3.

A cotação obtida no DAP indica classificação “na média” nos desenhos do homem (Anexo XX), da mulher (Anexo XXI) e do próprio (Anexo XXII). O total da classificação do teste enquadra-se “na média”. É importante ter em conta os aspetos referidos anteriormente relativamente ao desenho da figura humana (noção do corpo da BPM).

Na observação informal orientada pelo “guia de observação dos parâmetros psicomotores”, “modelo de observação individual” e jogo espontâneo observou-se que o seu tónus muscular é tendencialmente caracterizado pela hipertonicidade (*e.g.* lança a bola com demasiada força, eleva os ombros, mexe-se constantemente). Assume uma marcha “rígida” na qual revela uma postura hipertónica. Facilmente refere estar cansada durante a realização das atividades (sobretudo em atividades gnósico-práticas dirigidas ou atividades que impliquem estar na posição bípede), demonstrando preferência por estar sentada ou deitada (hipoatividade). A persistência nas atividades depende do interesse

que tem nas mesmas. Cooperar e colaborar com a terapeuta, aceitando as propostas da mesma. Quando se movimenta ocupa todo o espaço ocasionalmente - gosta, preferencialmente, de ficar em frente ao espelho/janela para se observar, por exemplo, enquanto dança. Mantém-se próxima da terapeuta, sendo que predomina, entre ambas, o espaço corporal e próximo (por vezes encosta-se à terapeuta ou dá-lhe a mão). Ajusta-se aos tempos da sessão, respeitando os tempos da mesma e tem um ritmo lento – realiza as atividades com calma, sem revelar pressa para as concluir – o que é respeitado. Verifica-se, frequentemente, um riso exagerado, expressividade acentuada na voz e corporalmente. É muito empática e bem-disposta. Gosta muito de uma bola de picos que refere ser “a minha bolinha”. Fica entusiasmada em atividades que envolvam dança, referindo que adora dançar. Expressa o que sente espontaneamente e quando é questionada ainda que as respostas não pareçam tão sinceras quando questionada diretamente. Quando é questionada sobre como correu o dia, como se sente, refere sempre que correu tudo muito bem e que está muito feliz, que nunca se sente triste. Evita abordar emoções como a tristeza ou a raiva e faz questão de referir “eu gosto é da alegria”, sendo importante trabalhar a aceitação de todas as emoções. Apesar deste discurso, consegue, por exemplo, verbalizar situações que a deixam aborrecida, triste e com raiva.

3.9.4. Elementos critério

Sendo os elementos critério, os elementos que permitem caracterizar a situação do indivíduo, para o caso da “Ana Maria”, salientam-se os seguintes elementos critério: filha única, vive com a mãe que foi vítima de violência doméstica. Iniciou o seguimento em consulta de pediatria do Desenvolvimento por atraso no desenvolvimento e continuou a ser acompanhada para vigilância da evolução escolar. Frequenta o 5.º ano de escolaridade e tem apoio do professor de EE. Suspeita-se que tenha sofrido de abuso sexual por parte do avô paterno e apresenta um discurso de autovalorização caracterizado por uma entoação muito própria. Também apresenta expressividade muito peculiar, alguns maneirismos e refere ter muitos amigos, discurso que não coincide com a informação da professora que refere que a “Ana Maria” tem tendência a isolar-se. A mãe é preocupada e bastante presente.

3.9.5. Hipóteses Explicativas

Em Psicomotricidade, o sintoma pode ser visto de duas formas. Por um lado, pode ser analisado de acordo com as limitações que causam ao indivíduo, quer por deficiências,

atrasos ou falhas na construção psicomotora. Por outro lado, pode ser visto como uma criação do sujeito, às vezes com efeitos incapacitantes, mas que pode ter benefícios colaterais significativos e expressar algo da personalidade (Potel, 2012). Partindo desta última forma de análise, serão abordadas algumas hipóteses explicativas para os sintomas apresentados pela “Ana Maria”. Importa salvaguardar que são apenas hipóteses, baseadas nas informações que se sabem da história de vida da criança (que são restritas) e na avaliação e observação psicomotora.

A violência doméstica consiste em maus-tratos físicos e/ou psíquicos e qualquer pessoa pode ser vítima deste crime, inclusive as crianças. Estas podem ser consideradas vítimas de violência doméstica se testemunharem situações de violência sobre outrem; se forem instrumentos de abuso, i.e., se forem utilizados como forma de abuso e controlo e se forem abusadas diretamente. O abuso pode assumir diferentes formas de violência, entre as quais, a violência sexual, no qual o indivíduo é forçado a praticar atos sexuais indesejados (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2012).

Crianças abusadas sexualmente apresentam, frequentemente, sintomas psicológicos, tais como: queixas somáticas, fadiga, perturbação alimentar, perturbações do sono (*e.g.* ansiedade do deitar, terrores noturnos), perturbações afetivas (apatia, desinteresse pelas brincadeiras, rosto triste...), dificuldades escolares súbitas (ainda que possa acontecer o contrário como fuga à situação traumática), isolamento e fuga. Perturbações na organização do Eu são comuns, caracterizadas por um sentimento de humilhação e depreciação. Os traços depressivos também estão presentes, sendo evidente o sentimento de culpabilidade, vergonha e autodesvalorização (Marcelli, 2005). Assim, alguns sintomas apresentados pela “Ana Maria” poderão ser explicados pela situação de abuso, nomeadamente, o isolamento (referenciado sobretudo nos recreios escolares, em que não socializa com os outros colegas e se demonstra inibida, de acordo com a diretora de turma) e as dificuldades escolares que foram notadas desde o início da escolaridade. Não há referência a perturbações do sono, no entanto, sabe-se que dorme com a mãe, apesar de ter o seu quarto, o que poderá acontecer pelo facto de se sentir mais segura com a companhia materna. Apesar de não ser constante, nas sessões, por vezes referia estar cansada, sendo necessário fazer pausas ou diminuir os níveis de atividade. Contrariamente ao que é referido relativamente ao sentimento de autodesvalorização, a “Ana Maria” autovaloriza-se com frequência.

Em crianças que sofreram de maus-tratos, como violência sexual ou negligência, podem observar-se comportamentos distintos. Por um lado pode ser evidente timidez ou isolamento e, por outro, instabilidade, agitação e “hiperatividade” (Marcelli, 2005). Apesar de não se ter a certeza se a “Ana Maria” foi vítima de violência sexual considera-se que poderá ter havido situações de negligência e as características referenciadas anteriormente são evidentes no seu comportamento, em ambos os extremos. Quando estava com a psicomotricista era evidente desinibição e fácil relação/interação e, contrariamente, era referenciado pela diretora de turma que a “Ana Maria” assumia uma postura inibida e tímida na escola (pouco participativa nas aulas e não interagia com os pares no recreio).

Colocando outra hipótese, sabe-se que a existência de uma angústia muito grande ou afetos depressivos por parte da criança podem afetar o tónus muscular e a motricidade global e, conseqüentemente, o desenvolvimento psicomotor (Monval, 2019). No caso da “Ana Maria” não se sabem informações sobre o estado psicológico da mãe aquando do nascimento da filha, no entanto, colocando a hipótese que poderia estar num estado depressivo, pode ter comprometido a qualidade das interações precoces e dos afetos. Desta forma, o atraso no controlo cefálico, por parte da “Ana Maria” pode ter sido consequência de alterações nos afetos.

A situação clínica da “Ana Maria” pode também ser compreendida à luz da teoria do amadurecimento de Winnicott, que parte do princípio de que todos os seres humanos têm uma tendência inata ao amadurecimento desde que haja um ambiente facilitador que proporcione cuidados suficientemente bons (Dias, 2008). Ao longo do desenvolvimento, em cada estágio, são realizadas várias conquistas sendo que as conquistas dos estágios precedentes são fundamentais para a realização das conquistas dos estágios posteriores (Dias, 2008). Quando não é realizada determinada conquista de um estágio anterior, o indivíduo carece da maturidade necessária para as conquistas que se seguem. No entanto, pode resolvê-las mobilizando uma integração defensiva (*falso self*) (Dias, 2008), que se organiza de forma estável, subtil e permanente (Zimmerman, 2004) e o processo de amadurecimento pessoal fica paralisado podendo estabelecer-se uma perturbação emocional (Dias, 2008). A natureza desta perturbação pode estar relacionada com falhas maternas ou paternas (Dias, 2008). Neste sentido, Monval (2019) afirma que crianças carenciadas (*e.g.* carências relacionais precoces) constroem com frequência sistemas de compensação, mecanismos de defesa para se autoprotgerem. Assim, o *falso self* tem uma

finalidade defensiva, para ocultar e proteger o *self* verdadeiro (Winnicott, 1983) frágil. Os indivíduos que ficaram condicionados ao nível do desenvolvimento do *self* podem transparecer que aparentemente está tudo bem, no entanto, este “disfarce” pode diluir-se, sobretudo em momentos emocionalmente difíceis, como a perda, pois estas situações podem enfraquecer o falso *self* (Miura et al., 2011). Considera-se que esta teoria pode ser outra hipótese explicativa para os sintomas apresentados pela “Ana Maria”, nomeadamente, o facto de afirmar que está sempre tudo bem e que está sempre feliz. Assim, devido a falhas no ambiente nas fases precoces do desenvolvimento, nomeadamente, possível carência de cuidados (Monval, 2019), de *holding* e *handling* (Winnicott, 1965), devido à situação psicológica da mãe que poderia estar fragilizada, tendo em conta que era vítima de violência física e psicológica, poderão ter ficado condicionadas conquistas importantes dos estágios iniciais do bebé. Consequentemente, para se defender das falhas ambientais (Monval, 2019) que condicionaram o amadurecimento necessário para as conquistas posteriores, a “Ana Maria” pode ter desenvolvido um falso *self* para se defender (Dias, 2008), através do qual transparece uma realidade que não é totalmente sua. Tal situação pode confirmar-se pelo facto da “Ana Maria” referir estar sempre tudo bem e demonstrar ter uma excelente autoestima e muitos amigos.

Relativamente à ansiedade, esta pode surgir como uma reação somática, emocional, comportamental e cognitiva a uma situação stressante percebida pelo indivíduo como incontrolável ou inevitável (Giromini & Coutolleau, 2015). Este sintoma causa sofrimento e inibe o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e relacional (Étienne et al., 2015) e constitui um constrangimento e um desconforto psíquico e corporal que pode induzir comportamentos adaptativos muito variáveis (Giromini & Coutolleau, 2015). Na criança, que geralmente não é capaz de realizar um trabalho psíquico, no qual são recrutadas capacidades cognitivas para a sua resolução, a “hiperatividade” pode constituir uma fuga, pois permite que a mesma desvie a sua atenção para o exterior e, consequentemente, desligue do incómodo que sente (Giromini & Coutolleau, 2015). Apesar da “Ana Maria” estar numa fase de transição para a adolescência, pode-se colocar como hipótese que a ansiedade também pode estar por detrás dos maneirismos que possivelmente surgem como um comportamento adaptativo. Ao longo das sessões, a “Ana Maria” referia “estar sempre tudo bem, estar sempre muito feliz e nunca triste”, o que pode ser indicador de que, também apresenta dificuldades em elaborar

cognitivamente o que sente e em arranjar estratégias cognitivas para lidar com a ansiedade, arranizando comportamentos externos para tentar neutralizar o desconforto que sente internamente. Tendo em conta que o corpo é um lugar de expressão e a sua disfunção pode referir-se ao que a fala não pode dizer ou ao que não pode ser pensado (Étienne et al., 2015), as suas manifestações corporais podem surgir como expressão do que não consegue transmitir por outras vias de comunicação.

No que respeita à separação dos pais, segundo Marcelli (2005), a natureza do desentendimento que causa a separação e o lugar que a criança ocupa no mesmo, influenciam mais o aparecimento de eventuais sintomas psicopatológicos do que o próprio divórcio. Assim, os efeitos mais negativos observam-se mais quando à separação precede um conflito parental intenso. Podem surgir queixas hipocondríacas, perturbações do comportamento (*e.g.* fuga), insucesso ou desinteresse escolar, estado depressivo, entre outros. No caso da “Ana Maria” sabe-se que a separação foi consequência da violência física e psicológica da qual a mãe era vítima, mas não se sabem mais informações. A ansiedade e as dificuldades escolares podem, em parte, ser explicadas pela separação, mas há um fator que é indicador de um prognóstico favorável nestas situações, que é o facto da “Ana Maria”, (parecer) ter uma boa relação com um dos progenitores (Marcelli, 2005), nomeadamente, com a mãe.

Em suma, das várias hipóteses analisadas anteriormente, a compreensão do caso da “Ana Maria” teve como base, sobretudo, a teoria do amadurecimento de Winnicott. Assim, considera-se que os sintomas apresentados podem ser uma criação que fazem parte dos mecanismos de defesa da “Ana Maria” e que representam um sofrimento, um mal-estar ou podem evocar uma falta de ser, no sentido de ter dificuldades ser ela própria, de se investir como sujeito (Potel, 2012).

3.9.6. Projeto terapêutico

Na tabela 17 encontram-se todos os dados referentes ao projeto terapêutico de “Ana Maria”.

3.9.7. Fundamentação e diretrizes da intervenção

A teoria de Winnicott postula que a qualidade dos cuidados prestados ao corpo da criança pequena é uma condição essencial da construção psicocorporal (Giromini & Coutolleau, 2015). Assim, estímulos corporais inexistentes, inadequados ou mesmo

traumáticos, durante a infância (como se suspeita no caso da “Ana Maria”), são suficientes para enfraquecer a construção de toda a estrutura psíquica (Giromini & Coutolleau, 2015). Consequentemente, o investimento adequado no corpo fica comprometido, o que pode causar alterações na imagem corporal e na construção da identidade (Giromini & Coutolleau, 2015). Desta forma, em Psicomotricidade procura-se trabalhar o repertório corporal para permitir a reconstrução da identidade do sujeito (Monval, 2019) e, conseqüentemente, a integração psicossomática. Portanto, através de experiências que visem a descoberta do próprio corpo, a valorização da autoestima, a integração da temporalidade das experiências vividas, a consciência do espaço, a imagem corporal e a expressão pela linguagem corporal, pretende-se que o indivíduo construa uma identidade interna para que depois tenha o seu próprio registo numa identidade grupal (Monval, 2019).

O recurso às técnicas psicocorporais promovidas num ambiente de diálogo tónico-emocional entre terapeuta-indivíduo encorajam o abandono de comportamentos excessivos. Por outro lado, face à inibição, a mediação artística parece ser benéfica (Alexandrine & Boscaini, 2012).

Como mediadores artísticos utilizados na intervenção psicomotora com a “Ana Maria” pode destacar-se a expressão musical que engloba várias formas de expressão sonora, nomeadamente nas dimensões melódica, rítmica, vocal, corporal e instrumental. É adequada para todos os objetivos que visem a readaptação ou a socialização, sendo um recurso importante na prática psicomotora (Pijulet, 2015).

A dança também foi um recurso utilizado nas sessões de psicomotricidade, onde não importa saber dançar bem e corresponder a padrões de estética. A dança permite trabalhar através do corpo, que deve ser sentido, experienciado ou (re)apropriado. Este mediador permite também a exploração numa dimensão física e pessoal em que o sujeito experimenta os limites e diferencia o “eu” do “não eu”, o que é interno e o que é externo. Através do diálogo entre dois corpos mediados pela dança é possível acompanhar os estados tónicos do indivíduo e os estados emocionais (Hemelsdael et al., 2015). Habitualmente a dança improvisada é adaptada em contexto terapêutico e permite ao indivíduo a sua escuta e a escuta do outro, o reconhecimento dos seus próprios gestos, sensações e capacidades criativas. Assim, as indicações para o movimento improvisado devem ser curtas e precisas e tanto podem ser sugestivas em elementos objetivos

Tabela 17: Projeto terapêutico de "Ana Maria"

Perfil Intra Individual		
Áreas de integridade	Áreas a desenvolver	
Noção do Corpo (esquema corporal), Estruturação rítmica	Tonicidade, Noção do corpo (imagem corporal), Consciência emocional, Competências relacionais e sociais, Conhecimento do Eu	
Objetivos Terapêuticos		
Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	Regular a tonicidade	<ul style="list-style-type: none"> - Aceder à passividade - Consciencializar os diferentes estados tónicos - Diminuir tensões e resistências aquando da mobilização passiva - Diminuir as sincínias e reações tónico emocionais (ex. contração facial)
	Melhorar a noção do corpo	<ul style="list-style-type: none"> - Reajustar a perceção da imagem corporal
Emocional	Desenvolver a consciência emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar atividades/situações que lhe despertam sensações positivas e/ou negativas e justificar - Consciencializar os diferentes estados emocionais e como se repercutem corporalmente - Aumentar a capacidade de identificação e expressão emocional - Associar emoções a situações concretas do dia-a-dia
	Melhorar competências relacionais	<ul style="list-style-type: none"> - Reconhecer as sessões de psicomotricidade como um ambiente seguro e contentor onde pode partilhar experiências e sentimentos autênticos
Técnicas utilizadas na intervenção		
Técnicas expressivas e neuromotoras/de movimento (dança, expressão musical, relaxação).		
Modalidades de intervenção		
Tipo de intervenção: individual; Espaço onde decorreu a intervenção: gabinetes de pediatria; Frequência das sessões: semanal; Duração das sessões: 60 minutos.		

(corporais) ou em elementos imaginários, consoante os objetivos (Hemelsdael et al., 2015).

A utilização de tecidos, bastões, imagens ou a música estimulam o imaginário e o corpo de formas muito diversas. A improvisação promove a criatividade, a autonomia e a autoestima e o conteúdo resultante da improvisação estimula a memória, a capacidade de organização do gesto, a consciência do corpo no espaço e a afirmação do eu (Hemelsdael et al., 2015).

As técnicas teatrais são também importantes para fazer emergir elaborações verbais e gestuais e a relaxação também assume a sua relevância nos problemas de ansiedade e para melhorar o tónus (Étienne et al., 2015). Por outro lado, a relaxação também pode remeter para situações regressivas na medida em que o terapeuta pode assumir a função materna e criar um ambiente de *holding* favorecido pelo olhar, pela voz, pela palavra e pelo toque (Guiose, 2007).

Em suma, o psicomotricista pode utilizar diversas mediações desde que estas permitam que o sujeito experiencie e construa melhor o seu corpo e ao mesmo tempo, a sua identidade (Potel, 2012).

Pode considerar-se que a intervenção com a “Ana Maria” se enquadrrou, sobretudo, numa abordagem terapêutica (Liotard, 2000), influenciada pela corrente psicodinâmica (Martins, 2001), uma vez que, nesta abordagem o mediador é o corpo psíquico articulado com o corpo somático (Liotard, 2000). Assim, o corpo é visto como forma de expressão e de impressão. Expressão porque a psicomotricidade do indivíduo é valorizada como forma de se exprimir, i.e., de se mostrar, exteriorizar o estado interno e impressão porque o indivíduo também pode receber, integrar e assimilar (Liotard, 2000).

As técnicas utilizadas foram, sobretudo técnicas expressivas porque, como já referido, uma abordagem através da expressividade pretende permitir ao indivíduo (re)encontrar situações de prazer e bem estar através da redução de sintomas corporais associados à problemática (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, s.d.).

Com base na teoria de Winnicott e tendo em conta que o psicomotricista é um terapeuta de mediação corporal, o importante foi criar experiências corporais contidas na relação com a terapeuta, para promover, no indivíduo, a construção e apropriação de si próprio (Potel, 2015). É de salientar que estas experiências devem ser proporcionadas

num contexto onde sejam garantidas as condições ambientais necessárias e a presença consciente do terapeuta, para que o indivíduo tenha a oportunidade de desenvolver a sua própria criatividade e o seu próprio sentimento de Ser (Potel, 2015). Por isso, estes foram aspetos valorizados ao longo da intervenção, tal como o respeito pelo sujeito, a criação de um espaço seguro, onde a terapeuta se preocupou em assumir uma postura sensível e tranquilizadora de forma a atenuar possíveis angústias (Potel, 2015).

A Psicomotricidade oferece um espaço transicional onde o corpo é sentido, visto e pensado num processo de transformação, no “aqui” e no “agora” da sessão e na continuidade da relação de uma sessão para a outra (Paumel, 2019)

Em suma, a psicomotricista pretendeu assumir um papel de terapeuta suficientemente boa, onde “Ana Maria” tivesse oportunidade de se expressar autenticamente, num ambiente seguro, contentor e respeitador.

No decorrer da intervenção foram tidos em conta os interesses da “Ana Maria” e os seus gostos, apesar de habitualmente referir que tudo o que era proposto era do seu agrado. Por vezes pedia para manipular alguns objetos (*e.g.* objetos sensoriais) no momento de retorno à calma e, quando nessa sessão não havia esse material, era trazido para a sessão seguinte para que a “Ana Maria” sentisse que as suas necessidades e interesses eram tidos em conta. Sempre que pedia ajuda para determinadas tarefas (*e.g.* ajuda a manipular o compasso) ou para repetir uma atividade também lhe era concedida essa oportunidade, ainda que implicasse algumas alterações ao planeamento da sessão previamente realizado. Enquanto psicomotricista, o essencial é promover o bem-estar dos indivíduos em acompanhamento (Liotard, 2000) e este aspeto foi sempre tido em conta. A psicomotricista também se demonstrou sempre disponível para falar com a mãe, que frequentemente referia as suas preocupações e situações que aconteciam na escola.

3.9.8. Estratégias Específicas

Em psicomotricidade, o *setting* terapêutico (*e.g.* organização do espaço e do tempo da sessão, dinâmicas propostas) é ajustado com a finalidade de permitir a expressão psicocorporal do indivíduo tendo sempre em vista os objetivos definidos para cada indivíduo (Alexandrine & Boscaini, 2012). Desta forma, de acordo com as características da “Ana Maria” e com os objetivos definidos no plano terapêutico, todo o *setting* foi ajustado: considerou-se ser mais adequado privilegiar atividades de cariz expressivo, pelo que os gabinetes de terapia eram modificados de forma a haver mais espaço para a

expressão corporal e, quando possível, era escolhida uma sala com espelho, uma vez que este é um elemento que permite ao indivíduo observar-se, observar as suas expressões e perceber pormenores de si próprio (Costa, 2008).

É também fundamental garantir um ambiente relacional, tranquilo e contentor que permita ao indivíduo ter novas experiências corporais favorecidas pelo diálogo tónico-emocional e pela disponibilidade psicocorporal do psicomotricista (Alexandrine & Boscaini, 2012). Assim, foi preocupação da terapeuta criar um ambiente no qual a “Ana Maria” se sentisse segura, não julgada e conseqüentemente, desinibida para se expressar corporalmente sem medos. Como afirma Alexandrine e Boscaini (2012) faz parte do papel do psicomotricista respeitar o indivíduo, as suas características e os seus modos de expressão. Por outro lado, tendo em conta que em psicomotricidade se deve evitar o desconforto, promover o sucesso e a autossatisfação, reduzir os sintomas e desenvolver uma autoimagem positiva (Fonseca, 2010), sempre que foi oportuno e adequado, esteve presente o reforço positivo.

Salientam-se ainda como estratégias utilizadas, a envolvência e disponibilidade corporal, por parte da terapeuta, em determinadas atividades de modo a favorecer o diálogo tónico-emocional. E como a comunicação não é apenas corporal e está presente de diferentes formas também foram valorizados todos os canais de comunicação ao longo da intervenção (palavras, gestos, posturas, mímicas, prosódia, ocupação do espaço...), tal como defende Alexandrine e Boscaini (2012). Assim, a terapeuta esteve atenta a todas as formas de comunicação por parte da “Ana Maria”, mas também procurou garantir que a sua própria comunicação fosse adequada, clara, concisa e coincidente verbal e corporalmente.

Através das suas capacidades relacionais, de empatia e escuta aos sinais corporais da criança, tendo uma visão holística da mesma, o psicomotricista deve ser o pilar para que a criança se estruture como sujeito e como um ser psicomotor dotado de potencialidades. Da mesma forma, deve ser um apoio para as figuras parentais da criança (Monval, 2019).

Para finalizar, importa referir que, se, em Psicomotricidade, o movimento por si só não é o mais importante, mas sim a sua planificação, simbolização e/ou mediatização através da linguagem (Fonseca, 2010). Numa perspetiva terapêutica, é importante fazer a

ligação entre o somático e o psíquico, pelo que é fundamental favorecer um espaço para a elaboração simbólica da experiência, seja através de um gesto, de um desenho, de uma modelagem, de imagem, de um percurso pelo espaço, de uma construção com objetos ou de uma palavra (Lesage, 2015). Assim, após a realização das atividades a “Ana Maria” foi sempre incentivada exteriorizar o que tinha significado, para ela, cada vivência (através da verbalização, do desenho ou da escrita) e, no final de cada sessão era-lhe pedido que realizasse, por escrito, uma apreciação da mesma.

3.9.9. Exemplos de atividades

A sessões de psicomotricidade foram divididas em diferentes etapas: ritual de entrada, fase de ativação, fase fundamental, retorno à calma e ritual de saída. Na intervenção com a “Ana Maria” foram priorizadas as atividades expressivas. Uma das atividades realizadas consistiu em dançar ao som de várias músicas como se estivesse a sentir determinada emoção (alegria, tristeza, raiva, medo), sendo que utilizava uma máscara enquanto dançava, para dar ênfase à expressão corporal e não tanto à expressão facial. De seguida, foi pedido que descrevesse o que cada emoção despertava nela e que exemplificasse situações em que já tivesse sentido aquela emoção. Outra atividade similar consistiu em dançar ao som da música como se sentisse determinada emoção e posteriormente tinha de representar numa silhueta, as zonas corporais onde essa emoção se refletia (*e.g.* quando estamos tristes choramos, os ombros estão caídos...). Outra atividade consistiu em ouvir uma música e dançar ao som da mesma imaginando que era um animal. De seguida, foi solicitado que desenhasse, numa folha de papel, esse animal e escrevesse as características do mesmo (ver anexo XXIII). Posteriormente, em dois dados de papel, foram escritas algumas características desse animal para que fossem lançados, uma vez pela “Ana Maria” e outra vez pela terapeuta, de modo a construir uma história em conjunto (Anexo XIV). Pode também ser consultado um exemplo de um planeamento de sessão no anexo XV.

3.9.10. Progressão Terapêutica

A “Ana Maria” esteve presente em 16 sessões de psicomotricidade, sendo que 1 sessão, dia 29 de outubro de 2019, foi para realização de entrevista/anamnese com a criança e com a mãe e 5 sessões foram destinadas à avaliação. A última sessão realizada decorreu dia 10 de março de 2020 e poucos dias depois foi dada a indicação, por parte da

universidade, para suspender o estágio devido à COVID-19, sendo que o acompanhamento presencial foi interrompido.

As sessões foram de carácter semi-dirigido, havendo sempre um planeamento prévio, no entanto, as atividades eram ajustadas de acordo com a disponibilidade ou solicitações da “Ana Maria”. Habitualmente as atividades propostas davam lugar à expressão livre e criatividade. Ao longo da intervenção a “Ana Maria” sempre se demonstrou participativa e interessada nas atividades propostas. Manteve sempre um discurso, gestos e postura peculiares. No final das sessões era-lhe pedido que fizesse um pequeno texto sobre o que mais e menos gostou na sessão e porquê. Referia sempre gostar de tudo. Aparentemente demonstrava estar sempre tudo bem, estar muito feliz e que tinha brincado muito com os amigos na escola, ainda que esta informação não coincidissem com a informação da diretora de turma.

Considera-se que ao longo a intervenção teve sempre um desempenho e envolvimento muito semelhantes, no entanto, a interrupção das sessões presenciais ocorreu exatamente quando as atividades estavam a direccionar-se de forma mais evidente para o “eu” (estava a ser desenvolvida a atividade do desenho real do corpo e respetivo preenchimento com cores e/ou palavras que a caracterizassem). Até à data tinham sido propostas atividades, tais como, dinamização com fantoches, onde não tinha de falar na primeira pessoa, mas por vezes era evidente a existência de projeções, quando falava na primeira pessoa e corrigia de imediato para a terceira pessoa do singular.

É difícil quantificar e caracterizar a evolução da “Ana Maria”, uma vez que desde início esteve bastante receptiva às propostas realizadas e rapidamente construiu uma relação terapêutica. Assim, desde as primeiras sessões que manteve um registo muito semelhante, no que respeita à participação, envolvimento e entusiasmo. A nível da diminuição do controlo de movimento aquando da mobilização passiva, verificaram-se melhorias, o que foi possível verificar nos momentos de retorno à calma. Relativamente à identificação das emoções, apesar de referir que estava sempre feliz e nunca se sentia triste, nalgumas atividades propostas, referia situações que contribuíam para que as pessoas se sentissem tristes, verificando-se também algumas projeções, o que poderá ter ajudado na consciência emocional. Importa referir que, quando era abordada a tristeza, demonstrava algum aborrecimento e desinteresse, referindo que gostava era da alegria e da felicidade. Quanto aos maneirismos, discurso com entoação peculiares, mantiveram-

se sempre sem alterações. A elevada autoestima aparente também se manteve, atribuindo sempre adjetivos positivos a si própria.

Em suma, o tempo de intervenção não foi insuficiente para trabalhar os objetivos definidos no plano terapêutico. Tendo em conta a situação pessoal e clínica, seria importante dar continuidade às sessões de psicomotricidade, uma vez que a “Ana Maria” tem bastante facilidade em expressar-se corporalmente e demonstra gosto em fazê-lo. Por outro lado, seria imprescindível continuar a terapia psicológica, pois, apesar da psicomotricidade defender o princípio da globalidade, não substitui outras especialidades e por isso pode decorrer em co-terapia com outros tipos de intervenções de acordo com a situação clínica do indivíduo (Alexandrine & Boscaini, 2012).

Caso não tivesse havido interrupção da terapia presencial dar-se-ia continuidade à intervenção nos moldes que estava a decorrer tendo em atenção que não se deve intervir diretamente sobre o sintoma e que o papel do psicomotricista é, através de diversas mediações, criar espaços nos quais o sintoma possa ser ouvido e talvez neutralizado (Potel, 2012). Continuará a ser providenciado um espaço de vivência corporal, através de atividades expressivas, na qual seriam valorizadas a improvisação e a espontaneidade, pois o psicomotricista deve permitir que o indivíduo implemente os seus próprios meios para viver melhor o seu corpo (Potel, 2012). Por outro lado, em complementaridade, também continuariam a ser propostas atividades mais dirigidas com a finalidade de fazer a ponte entre a vivência corporal e a vivência interna. Tal como refere Potel (2012) o psicomotricista deve propor experiências psicomotoras a partir de mediações diversificadas que terão efeito na construção do corpo, nos seus fundamentos mais básicos, e também na construção psíquica e na construção identitária, uma vez que mente e corpo são indissociáveis.

No anexo XVI pode-se consultar um exemplo de um relatório de sessão e no anexo XVII o exemplo de um relatório mensal.

3.10. Reflexão sobre intervenção psicomotora à distância

O trabalho do psicomotricista incide nas manifestações corporais e nas suas significações. Na intervenção psicomotora, o corpo é utilizado como veículo para entrar em relação com o outro e como veículo de comunicação, uma vez que, por vezes, a linguagem é insuficiente para a pessoa se exprimir (Ballouard, 2006). O corpo como um

lugar de comunicação e vida psíquica é, então, o foco de intervenção em psicomotricidade (Ballouard, 2008a).

Ao refletir sobre a intervenção psicomotora à distância, considera-se que a comunicação corpo a corpo fica condicionada pelo ecrã, onde o campo de visão é mais reduzido e por isso se podem perder aspetos importantes do movimento e da comunicação não verbal (*e.g.* pormenores da expressão facial). Por outro lado, o toque, tão característico do psicomotricista, enquanto profissional que trabalha através do corpo, não pode acontecer, condicionando a contenção física que nalgumas situações é fundamental para o bem-estar do sujeito.

Apesar disto, sabe-se que a relação, que implica o entendimento e a compatibilidade entre o terapeuta e o cliente influenciam a aliança terapêutica e o desenvolvimento de todo o processo terapêutico (Corbella & Botella, 2003). A aliança terapêutica não é por si só um elemento curativo, mas é um pré-requisito para o sucesso da terapia. A força da aliança assenta em três aspetos fundamentais: a adesão ao que é proposto pelo terapeuta (atividades), o cumprimento dos objetivos e do contrato terapêutico e a ligação terapeuta-cliente (vínculo, relação, confiança) (Bordin, 1979). Desta forma, se a aliança terapêutica estiver bem consolidada, será que se pode considerar que a intervenção à distância mantém a eficácia terapêutica? Será que a eficácia reduz? Será que é inexistente? Há falta de estudos neste domínio, pelo que refletir sobre a prática psicomotora à distância leva a questionamentos constantes para os quais ainda não há uma resposta concreta.

Pensando na experiência durante o estágio e nalgumas reflexões realizadas entre psicomotricistas, em tempo de confinamento devido à COVID-19, há várias questões que se colocam: não há igualdade de oportunidades. As famílias pertencem a diferentes estratos sociais, nem todas têm acesso às tecnologias nem à internet. Há famílias que têm acesso às tecnologias, mas não sabem como funcionam, têm dificuldade em utilizar as plataformas digitais. As dificuldades económicas levam a que os pais suspendam a terapia. As sessões online implicam que haja cuidados ao nível da privacidade, segurança online e implicam ainda uma gestão familiar, sobretudo quando as tecnologias são reduzidas para o número de filhos. No caso de crianças mais novas implicam que os pais sejam mediadores da terapia, que ajudem a fazer o levantamento de materiais existentes em casa para que as atividades sejam planeadas de acordo com os recursos existentes.

Coloca-se outra questão: e a presença dos pais na sessão? Condiciona a forma como a criança se expressa? A criança inibe a sua espontaneidade e conseqüentemente, a terapia assume um rumo diferente do que seguiria se fosse presencial? Não havendo respostas para estas questões, é fundamental que o psicomotricista continue a ser disponível, empático (Alexandrine & Boscaini, 2012), competente, criativo, que tenha capacidade de observação e de escuta, capacidade de utilizar diferentes estratégias, capacidade de comunicação com a família e com outros profissionais e capacidade de se olhar a si próprio (*e.g.* a forma como está a decorrer o seu trabalho) e à criança (*e.g.* as suas evoluções, reações...) (Rodríguez & Llinares, 2001) mantendo sempre o foco na aliança terapêutica, indispensável para a intervenção (Alexandrine & Boscaini, 2012).

Considera-se que a intervenção psicomotora à distância é um desafio e um processo de adaptação. É um desafio constante, onde é necessário reinventar formas de intervenção e ainda que não seja possível fazer um apoio direto com a criança, é necessário aconselhar e capacitar as famílias pelo que o terapeuta deve estar sempre disponível para as escutar, informar e transmitir estratégias. É também um processo de adaptação a novas formas de intervenção por parte dos terapeutas e um processo de adaptação para as famílias. Relembrando a importância do psicomotricista saber olhar-se a si próprio (Rodríguez & Llinares, 2001), é fundamental que procure superar dificuldades que possam surgir neste período de adaptação, pelo que a formação, a partilha com outros profissionais e a supervisão poderão ser recursos importantes (Almeida, 2020).

Numa perspetiva pessoal, havendo a possibilidade de existir intervenção psicomotora à distância é uma alternativa viável à suspensão da terapia, no entanto, sendo a psicomotricidade uma terapia cujo instrumento de intervenção é o corpo, talvez nada supere o potencial de uma intervenção presencial. Contudo, só com a realização de estudos se poderão obter conclusões fidedignas.

4. Conclusão

A escolha de integrar o estágio curricular no HESE, nomeadamente no serviço de Pediatria, deveu-se ao facto de querer conhecer um contexto diferente, partilhar saberes com outros profissionais e de querer contribuir, enquanto psicomotricista, para a divulgação da psicomotricidade junto da comunidade médica. É certo que já existem psicomotricistas a integrar equipas em hospitais, no entanto, ainda há um caminho a ser percorrido neste sentido. Por outro lado, é importante que os médicos (re)conheçam o trabalho do psicomotricista para que, aquando da necessidade de encaminhar um caso para terapia, possam ponderar a prática psicomotora como hipótese viável.

Em psicomotricidade, pretende-se ajudar o indivíduo a encontrar uma experiência harmoniosa para que este consiga ter uma melhor relação com o meio e melhores possibilidades de adaptação (Ballouard, 2008a). Este foi o propósito que esteve sempre presente, no acompanhamento das crianças ao longo do estágio. Como foi especificado no relatório, as crianças acompanhadas apresentavam dificuldades heterogéneas e por isso a intervenção foi diferenciada e decorreu de acordo com modelos teóricos diferentes. As técnicas também se diferenciaram, no entanto, apesar das suas variedades e especificidades, todas têm um denominador comum: o corpo em movimento e em expressão. É esta a ferramenta do psicomotricista: o corpo que age e reage, o corpo como meio de comunicação e de vida psíquica (Ballouard, 2008a).

Inesperadamente, a pandemia COVID-19, condicionou o contacto com a ferramenta “corpo”, condicionou intervenções presenciais que estavam previstas terminar após três meses e duas semanas. Com a interrupção presencial do estágio, foram realizadas atividades complementares e não foi possível realizar a avaliação final das crianças para perceber os efeitos da intervenção psicomotora. No entanto, o propósito das atividades complementares foi conseguir ajudar as crianças a trabalhar competências psicomotoras de forma lúdica e conseguir capacitar os pais para ajudarem os seus filhos em situações específicas, através da realização de um jogo para crianças em idade escolar e de panfletos em parceria com a médica fisiatra, respetivamente.

Apesar de tudo, o estágio foi uma experiência enriquecedora, onde houve partilha conjunta de dúvidas, ideias e saberes. Como psicomotricista, enriqueci o saber-saber, o saber-fazer e o saber-ser. Foi uma oportunidade de crescimento pessoal, profissional e

uma oportunidade para confirmar que a Psicomotricidade foi o caminho certo. Ser psicomotricista é uma profissão de amor.

“Não é o quanto fazemos, mas quanto amor colocamos naquilo que fazemos”.

(Madre Teresa de Calcutá)

5. Referências Bibliográficas

- Alexandrine, S. C., & Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 24(95), 1–60. https://www.researchgate.net/publication/323280120_Glossaire_International_de_Psychomotricite_Psychomotor_International_Glossary_Glosario_Internacional_de_Psicomotricidad
- Almeida, G. (2020, 8 de maio). *As tecnologias da comunicação na práxis psicomotora: uma reflexão face à contemporaneidade*. [Apresentação em power point]. Aula aberta, Universidade de Évora, Évora.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5* (5th ed.). Climepsi.
- André, P., & Olivi, V. (2018). Manifestations psychomotrices dans les troubles psychiatriques. In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Sémiologie et nosographies psychomotrices*. (1st ed., pp. 569–583). De Boeck Supérieur.
- Antunes, N. L., & Cohen, C. (2019). Dislexia e outras Dificuldades de Aprendizagem Específicas. In *Sentidos: o grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (2nd ed.). Lua de Papel.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012). *Violência doméstica*. <https://apav.pt/vd/index.php/features2>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (s.d.). *Psicomotricidade - práticas profissionais*. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Total.pdf>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. <https://www.appsicomotricidade.pt/wp-content/uploads/2017/07/Regulamento-Profissional-dos-Psicomotricistas.pdf>
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade. (2017). *Psicomotricidade*. <https://www.appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>

- Baird, S. M. (1996). Book Review: Developmental Observation Checklist System. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 14(2), 187–189. <https://doi.org/10.1177/073428299601400211>
- Ballouard, C. (2006). *Le travail du psychomotricien* (2nd ed.). Dunod.
- Ballouard, C. (2008a). *L'aide memoire psychomotricité: 25 notions clés* (1st ed.). Dunod.
- Ballouard, C. (2008b). Les fondements historiques de la psychomotricité. *Contraste*, 17–26. <https://www.cairn.info/revue-contraste-2008-1-page-17.htm>
- Bénavidès, T. (2015). Méthodes à dominante sensorielle. In F. Giromini, J. M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed., pp. 289–318). De boeck solal.
- Berry, E. K. (1997). *VMI: Prueba Berry-Buktenica del desarrollo de la Integración Visomotriz* (4th ed.). Manual Moderno.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05450-X>
- Bourger, P. (2008). De l'appropriation de concepts à l'individualisation de la prise en charge en psychomotricité. In Serge & F. Perrot (Eds.), *Psychomotricité: Entre Théorie et Pratique* (2nd ed.). Edições In Press.
- Carvalho, J. J. (2012). Terapia psicomotora em contexto hospitalar - uma possível abordagem. *A Psicomotricidade*, 85–94.
- Castles, A., & Friedmann, N. (2014). Developmental Dyslexia and the Phonological Deficit Hypothesis. *Mind & Language*, 29(3), 270–285. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/mila.12050>
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica : Historia , investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221. https://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/40219901_La_Alianza_Terapeutica_Historia_investigacion_y_evaluacion/links/02e7e52604be89f88f00000/La-Alianza-Terapeutica-Historia-investigacion-y-evaluacion.pdf

- Cornot, A. (2018). Synthèse des éléments de l'examen psychomoteur, conclusions, ébauche du projet thérapeutique et nature du projet. In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: examen psychomoteur et tests* (1st ed., pp. 32–36). De Boeck Supérieur.
- Correia, P. P. (2010). Encéfalo. In *Aparelho locomotor* (1st ed., pp. 87–92). Edições FMH.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança - Psicomotricidade Relacional* (1st ed.). Trilhos Editora.
- Costa, J. (2017). *Hiperativos - psicomotricidade relacional com crianças hiperativas* (1st ed.). Trilhos Editora.
- Cruz, V. (2009). *Dificuldades de Aprendizagem Específicas* (1st ed.). Lidel.
- De Lièvre, B., & Staes, L. (2006). *La psychomotricité au service de l'enfant: notions et applications pédagogiques* (4th ed.). De Boeck & Belin.
- Dias, E. O. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (1st ed.). Imago.
- Dias, E. O. (2008). A teoria winnicottiana do amadurecimento como guia da prática clínica. *Natureza Humana*, *10*(1), 29–46. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302008000100002
- Domínguez, D. M. (2008). *Psicomotricidad e Intervención Educativa* (1st ed.). Edições Pirâmide.
- Étienne, M., Jacquet, S., & Scialom, P. (2015). Pathologie psychomotrice associée aux troubles anxieux chez l'enfant. In F. Giromini, J. M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Clinique et Thérapeutiques*. (1st ed., pp. 169–181). De boeck solal.
- European Forum of Psychomotricity. (2012). *Psychomotrician professional competences in Europe*. https://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf

- Fawcett, A. J., Nicolson, R. I., & Dean, P. (1996). Impaired performance of children with Dyslexia on a range of cerebellar tasks. *Annals of Dyslexia*, 46, 259–283. <https://doi.org/10.1007/bf02648179>
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade, perspectivas multidisciplinares*. (1st ed.). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem* (1st ed.). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatores* (3rd ed.). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2012). *Terapia Psicomotora: estudo de casos* (6th ed.). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2014). *Dificuldades de Aprendizagem* (5th ed.). Âncora Editora.
- Giromini, F., & Coutolleau, M. (2015). Discussion Finale: histoire de la psychomotricité et actualité de ses concepts. In É. Pireyre (Ed.), *Cas pratiques en Psychomotricité*. Dunod.
- Giromini, F., & Lesage, B. (2015). Méthodes à médiation artistique. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De boeck solal.
- Gobertiere, H. (2015). Expression Picturale. In De boeck solal (Ed.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1ª edição, pp. 449–451).
- Gouleme, N., Loic, C., Bui-quoc, E., & Pia, M. (2015). Clinical Neurophysiology Spatial and temporal analysis of postural control in dyslexic children. *Clinical Neurophysiology*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.clinph.2014.10.016>
- Guiose, M. (2007). *Relaxations Thérapeutiques* (2nd ed.). Heures de France.
- Guiose, M. (2015). Méthodes de relaxation et de gestion du stress. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De boeck solal.

- Habib, M., Lardy, C., Desiles, T., Commeiras, C., Chobert, J., & Besson, M. (2016). Music and dyslexia: A new musical training method to improve reading and related disorders. *Frontiers in Psychology*, 7(26). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00026>
- Hemelsdael, M., Amaoreau, A., & Vennat, T. (2015). Danse. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De boeck solal.
- Henderson, S. E., Sugden, D. A., & Barnett, A. L. (2007). *Movement Assessment Battery for Children-2* (2nd ed.). Pearson.
- Hermant, G. (2003). História, realidade e futuro da profissão específica de psicomotricidade, abordagem da escola francesa. *A Psicomotricidade*, 47–55.
- Hermant, G. (2008). La psychomotricité dans le monde. Origines, évolutions, actualités et perspectives. *Contraste*, 27–40. <https://www.cairn.info/revue-interdisciplinaire-d-etudes-juridiques-2015-1-page-91.htm>
- HESE. (s.d.). *Identificação da Empresa*. http://www.hevora.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/16/2019/12/caracterizacao_empresa.pdf
- Johnson-Martin, N. M., Attermeire, S. M., & Hacker, B. J. (2005). *Currículo Carolina para bebês e crianças pequenas com necessidades educativas especiais*. Cegoc.
- Lacombe, J. (2012). *Le développement de l'enfant de la naissance à 7 ans: approche théorique et activités corporelles* (4th ed.). De Boeck Éducation.
- Lefrance, A. V. (2015). En psychomotricité, on apprend d'abord avec le corps. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De boeck solal.
- Lesage, B. (2015). Approches corporelles transversales et intégratives. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De Boeck Supérieur.
- Liotard, D. (2000). Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur. In C. Potel (Ed.), *Psychomotricité: Entre Théorie et Pratique* (1st ed.). In Press Éditions.
- Lopes, V. G. (2010). *Fundamentos da educação psicomotora* (1st ed.). Fael Editora.
- Marcelli, D. (2005). *Infância e psicopatologia* (1st ed.). Climepsi Editores.

- Martínez, M. J. B. (1998). *Elaboración de una guía de observación de los parámetros psicomotores* [Tese de Doutoramento. Universidade de Murcia, Murcia, Espanha]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/10772#page=1>
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade - as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade*. Edições FMH.
- Miermon, A., Benois-Marouani, & Jover, M. (2015). Le développement psychomoteur. In P. Scialom, F. Giromini, & J.-M. Albaret (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Concepts fondamentaux*. (1st ed.). De Boeck Supérieur.
- Ministério da Saúde. (2017a). *Centro de Referência*. <https://www.sns.gov.pt/institucional/centros-de-referencia/>
- Ministério da Saúde. (2017b). *Hospital Espírito Santo, EPE – Évora*. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/hospital-espírito-santo-epe-evora/>
- Ministério da Saúde. (2020). *Serviços*. <http://www.hevora.min-saude.pt/category/servicos/servicos-clinicos/>
- Miura, P. O., Neto, A. N., João, A., & Redondo, L. (2011). A constituição do self a partir das relações familiares abusivas: um enfoque winnicottiano. *Psicologia Revista*, 20(1), 43–66. <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/6792/4915>
- Monval, A. (2019). La thérapie psychomotrice comme soutien de construction identitaire chez l'enfant carencé. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Eds.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (1st ed.). Dunod.
- Naglieri, J. A. (1988). *DAP - Draw a Person: a quantitative scoring system* (1st ed.). The psychological corporation. Harcourt Brace Jovanovich.
- Nunzi, M., Sylos Labini, F., Meli, A., Baldi, S., Tufarelli, D., & Di Brina, C. (2018). Static balance performance and sensory integration abilities of children with dyslexia and developmental coordination disorder. 2° *International Conference on Computer-Human Interaction Research and Application*. Sevilha, Espanha., 150–155. <https://doi.org/10.5220/0006930601500155>

- Overy, K., Nicolson, R. I., Fawcett, A. J., & Clarke, E. F. (2003). Dyslexia and music: Measuring musical timing skills. *Dyslexia*, 9, 18–36. <https://doi.org/10.1002/dys.233>
- Paumel, C. (2019). La traversée adolescente: problématiques psychocorporelles et interventions psychomotrices. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Eds.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (1st ed.). Dunod.
- Paz, I. (2011). O pediatra e a psicomotricidade: experiência do HSFX. *A Psicomotricidade*, 14, 107–113.
- Pijulet, A. (2015). Expression musicale et rythmique. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De Boeck Supérieur.
- Pireyre, E. (2000). Epreuve de tempo spontané et de reproduction de structures rythmiques de Mira Stambak: nouvel étalonnage. *Evolutions Psychomotrices*, 12(47), 32–43.
- Potel, C. (2012). *Être psychomotricien: un métier du présent, un métier d'avenir* (2nd ed.). Érès.
- Potel, C. (2015). Du contre-transfert corporel: une clinique psychothérapique du corps. In *Du contre-transfert corporel* (1st ed.). Érès.
- Psychologie interculturelle et Psychothérapie. (2003). *Pratique du bilan psychomoteur methode soubiran*. http://www.geopsy.com/cours_psycho/bilan_psycomoteur.pdf
- Puyjarinet, F. (2018). Épreuves rythmiques de Stambak. In J.-M. Albaret, P. Scialom, & F. Giromini (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité: examen psychomoteur et tests* (1st ed.). De Boeck Supérieur.
- Rey, A. (2002). *REY: teste de cópia de figuras complexas* (2nd ed.). CEGOC-TEA.
- Rigal, R. (2010). *Éducation motrice et l'éducation psychomotrice au préscolaire et au primaire* (1st ed.). Québec: Presses de l'université du Québec.
- Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2001). El rol del psicomotricista. *Revista Ibero-Americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3, 57–75.

- Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. In A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (Eds.), *Le grand livre des pratiques psychomotrices* (1st ed.). Dunod.
- Sánchez, P. A., & Martínez, M. J. B. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicómotores. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 37, 63–85. https://www.researchgate.net/publication/39138079_Guia_para_la_observacion_de_los_parametros_psicomotores
- Sánchez, P. A., Martínez, M. R., & Peñalver, I. V. (2003). *A psicomotricidade na educação infantil: uma prática preventiva e educativa* (1st ed.). Artmed.
- Scialom, P. (2015a). Spécificités de l'approche psychomotrice et pluridisciplinarité des méthodes. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De Boeck Supérieur.
- Scialom, P. (2015b). Utilisation du jeu. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed.). De Boeck Supérieur.
- Soppelsa, R., & Albaret, J.-M. (2015). Méthodes perceptivomotrices. In F. Giromini, J.-M. Albaret, & P. Scialom (Eds.), *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Méthodes et techniques* (1st ed., pp. 329–342). De Boeck Supérieur.
- Tallal, P., Miller, S., & Fitch, R. H. (1993). Neurobiological basis of speech: A case for the preeminence of temporal processing. *Annals New York Academy of Sciences*, 16(3), 27–47. <https://doi.org/10.1080/03033910.1995.10558057>
- Teles, P. (2004). Dislexia: Como identificar? Como intervir? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(7), 713–730. <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10097/9834>
- Vachez-Gatecel, A. (2016). *L'enfant et l'imaginaire* (1st ed.). Dunod.

- Vellutino, F. R., Fletcher, J. M., Snowling, M. J., & Scanlon, D. M. (2004). Specific reading disability (dyslexia): what have we learned in the past four decades? - Vellutino - 2004 - Journal of Child Psychology and Psychiatry - Wiley Online Library. *Onlinelibrary.Wiley.Com*, 45(1), 2–40. <https://doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00305.x>
- Winnicott, D. (1963). From Dependence Towards Independence in the Development of the Individual. In L. Caldwell & H. T. Robinson (Eds.), *The Collected Works of D. W. Winnicott: volume 6 1960-1963* (p. 469). Oxford University Press. <https://doi.org/0.1093/med:psych/9780190271381.003.0076>
- Winnicott, D. (1965). *The Family and Individual Development* (1st ed.). Routledge.
- Winnicott, D. (1983). *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Artmed Editora.
- Zimerman, D. E. (2004). *Manual de Técnica Psicanalítica: Uma re-visão*. (1st ed.). Artmed Editora.

6. Anexos

6.2. Anexo II: Panfleto

Posições Alternativas

Sentar-se com as pernas em extensão viradas para a frente⁽¹⁾⁽²⁾



Imagem: Autism Alliance⁽³⁾



Imagem: Autism Alliance⁽³⁾

Sentar-se com as pernas fletidas e os membros inferiores direcionados para o mesmo lado⁽¹⁾⁽²⁾

Sentar-se com as pernas cruzadas⁽¹⁾⁽¹⁾⁽⁴⁾. Posição conhecida como "pernas à chinês".



Imagem: Autism Alliance⁽³⁾

Bibliografia

1. Pathways. What is W-Sitting? [Internet]. Pathways. 2020 [cited 2020 Mar 13]. Available from: <https://pathways.org/what-is-w-sitting/>
2. Askins K. W sitting: what is and why should I correct it? [Internet]. Childs Play Therapy Center. 2014 [cited 2020 Mar 13]. Available from: <https://www.childsplaytherapycenter.com/w-sitting-correct/>
3. McNamara J. What's wrong with W-sitting? [Internet]. 1995. Available from: <https://www.aspringbeginnings.co.nz/w-sitting-and-the-effects-on-your-childs-growth/>
4. Teixeira J, Almeida E. Sentar-se com as pernas em "W"...uma epidemia! [Internet]. Educare. 2014 [cited 2020 Mar 13]. Available from: <https://www.educare.pt/opiniaio/artigo/ver/?id=32562&langid=1>
5. Alves C. Ortopedia, variantes da normalidade e problemas frequentes. In: Lições de Pediatria. 2017; p. 67-86.
6. Boyd SAB. Torção femoral (rotação) [Internet]. MSD. 2018 [cited 2020 Mar 16]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/anormalidades-craniofaciais-e-musculosqueléticas/congênitas/torção-femoral-rotação>
7. Folgado AC. Por qué los niños no deben sentarse en W [Internet]. Guia Infantil. 2016 [cited 2020 Mar 13]. Available from: <https://www.guiainfantil.com/blog/salud/trastornos/por-que-los-ninos-no-deben-sentarse-en-w/>
8. Pathways. Parent's Guide to What is W-Sitting and Why it Matters [Internet]. Pathways. 2020 [cited 2020 Mar 13]. Available from: <https://pathways.org/watch/parents-guide-to-what-is-w-sitting-and-why-it-matters/>
9. Child Development Center. The truth about W-sitting [Internet]. Child Development Center. 2019 [cited 2020 Mar 16]. Available from: <https://www.cdch.org/parent-tips/truth-about-w-sitting>
10. Autism Alliance. W sitting [Internet]. [cited 2020 Apr 7]. Available from: <http://www.autismalliance.com.au/w-sitting/>

Elaborado por: Liliane Pereira (Psicomotricista)
Dr^a. Sandra Claro (Fisiatra)
E-mail: lilianepereira.pm@gmail.com

W-sitting



- O que é
- Porque deve ser evitado
- Estratégias a adotar
- Posições alternativas

W-sitting: o que é?



- Quando a criança se senta com as pernas fletidas e a zona interna dos membros inferiores em contacto com o chão (ou outra superfície), conforme está representado na imagem acima⁽¹⁾.
 - Se olharmos para a criança numa perspetiva superior, a posição dos membros inferiores assemelha-se à letra "W"⁽¹⁾.
- Porque é que as crianças adotam esta posição?**
- Conferir mais estabilidade⁽²⁾ do tronco e da anca⁽¹⁾⁽⁴⁾ e, por isso, permite que a preocupação em manter o equilíbrio seja menor.⁽²⁾⁽⁴⁾
 - Nesta posição, a criança tem mais facilidade em brincar⁽³⁾⁽⁴⁾, mudar de posição e em manipular os brinquedos.⁽¹⁾⁽⁴⁾

Sentar em "W": porque deve ser evitado?

1. Pode levar a problemas ortopédicos futuros⁽³⁾⁽⁴⁾.
- agravamento da torção femoral interna (pernas rodadas para dentro)⁽⁶⁾;
 - Maior predisposição para ter pés planos⁽⁷⁾;
 - Possível luxação da anca⁽¹⁾⁽¹⁾⁽¹⁾⁽⁴⁾;
 - Problemas posturais⁽⁸⁾/desvios da coluna vertebral;

- Lombalgias⁽⁹⁾;
 - Os músculos do tronco não se desenvolvem como esperado⁽¹⁾⁽⁴⁾, o que se traduz em menor coordenação e equilíbrio⁽²⁾⁽⁴⁾.
 - Se a criança é propensa à hipertonía, sentar em "W" pode acentuar a rigidez muscular⁽¹⁾⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁸⁾.
 - Encurtamento dos músculos⁽⁸⁾.
2. Pode causar alterações no padrão da marcha: joelhos valgus (para dentro)⁽⁶⁾ e marcha com os pés para dentro⁽⁶⁾.
 3. Restringe o movimento, nomeadamente a rotação do tronco⁽⁴⁾ e, consequentemente:
 - Limita as transferências de peso lateral⁽²⁾⁽¹⁾⁽³⁾;
 - Desencoraja o cruzamento da linha média⁽¹⁾;
 - Causa limitação para alcançar ambos os lados com um ou com os dois membros superiores⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽⁹⁾, condicionando a coordenação entre os lados esquerdo e direito do corpo. Isto pode afetar a capacidade de usar os dois lados do corpo ao mesmo tempo (coordenação bilateral), o que é importante para as atividades de vida diária: escrever, cortar, abotoar ou usar os talheres⁽⁶⁾.
 - Pode desencorajar a preferência manual⁽²⁾⁽³⁾⁽¹⁾⁽⁸⁾ importante para competências de motricidade fina⁽³⁾ e para a aprendizagem da escrita⁽⁸⁾.



Sentar em W é desaconselhado!

Estratégias a adotar

- Evitar que se torne um hábito⁽¹⁾⁽⁴⁾;
- Estimular a criança a alternar de posição⁽⁴⁾;
- Pedir à criança para corrigir a posição das pernas, sempre que esta se sente com as pernas em W⁽⁴⁾ (ajudá-la quando necessário);
- Ser consistente⁽¹⁾ e persistente na correção da postura;
- Mostrar à criança outras formas de se sentar⁽⁸⁾;
- Quando exemplificar uma posição alternativa à criança, permaneça também nessa posição e brinque juntos;
- Arranjar uma mesa e cadeira adequadas à altura da criança⁽⁴⁾⁽¹⁰⁾ (sem esquecer a importância de brincar no chão);
- Sentar a criança num local onde haja um suporte atrás (junto à parede ou outra superfície segura) de forma a que não tenha espaço para se sentar em W.



6.3. Anexo III: Jogo de tabuleiro



6.4. Anexo IV: Áreas de desenvolvimento avaliadas através do CCBCPNE. Adaptado de Johnson-Martin et al. (2005).

Pessoal-Social
1. Auto-regulação e Responsabilidade 2. Competências Interpessoais 3. Auto-conceito 4. Autonomia Pessoal 4.1. Autonomia Pessoal: Comer 4.2. Autonomia Pessoal: Vestir 4.3. Autonomia Pessoal: Higiene – Lavar e secar as mãos, lavar os dentes, assoar-se 4.4. Autonomia Pessoal: Higiene – Controlo dos esfíncteres
Cognição
5. Atenção e Memória: Visual/Espacial 6. Percepção Visual 6.1. Percepção Visual: blocos e puzzles 6.2. Percepção Visual: emparelhar e classificar 7. Utilização Funcional de objetos e jogo simbólico 8. Resolução de problemas/raciocínio 9. Conceitos numéricos
Cognição/Comunicação
10. Conceitos/Vocabulário: Recetivo 11. Conceitos/Vocabulário: Expressivo 12. Atenção e Memória: Auditiva
Comunicação
13. Compreensão verbal 14. Competências de Conversação 15. Estrutura gramatical 16. Imitação: Vocal
Motricidade Fina
17. Imitação: motora 18. Preensão e Manipulação 19. Competências bilaterais 20. Uso de utensílios 21. Competências visuo-motoras
Motricidade Grosseira
22. Posições Erguidas 22.1. Posições Erguidas: Postura e Locomoção 22.2. Posição de pé: equilíbrio 22.3. Posição de pé: jogar à bola 22.4. Posição de pé: brincar no exterior 23. Decúbito ventral (de barriga para baixo) 24. Decúbito dorsal (de barriga para cima)

6.5. Anexo V: Parâmetros de observação do guia para a observação de parâmetros psicomotores. Adaptado de Sánchez e Martínez (2000).


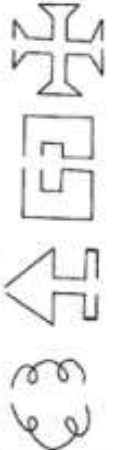
Parâmetros Psicomotores
1. O sujeito e o movimento
A. Movimento
A.1. Tipos de movimentos que faz a criança
A.2. Qualidade dos movimentos (habilidade)
A.3. Nível de mobilidade das diferentes partes do corpo
B. Postura e tônus muscular
B.1. Tipos de posturas mais frequentes
B.2. Qualidade do tônus
2. O sujeito em relação com os objetos
A. Objetos que utiliza
B. Como utiliza os objetos
C. Como os emprega em relação aos outros
3. O sujeito em relação com o espaço
A. Ocupação do espaço
A.1. Tipos de espaço que ocupa
A.2. Ocupação (investimento) do espaço
4. O sujeito em relação com o tempo
A. Quanto tempo realiza cada tipo de atividades
5. O sujeito em relação com o outro
A. O sujeito em relação aos companheiros
A.1. Atitude antes do jogo
A.2. A sua relação no jogo
B. O sujeito em relação com o adulto

6.6. Anexo VI: grelha de observação psicomotora

Grelha de Observação Psicomotora			
Nome:	Data da avaliação:	Idade:	Responsável pela avaliação:
Modo de preenchimento: Assinalar com um X os itens observados. Escrever "NA" quando "Não se Aplica" e "NO" (Não Observado).			
Tonidade	Itens a Observar		Observações/Outros aspetos qualitativos
Tónus	De repouso	Hipotonia	
		Hipertonía	
	Eutonia		
De ação	Hipotonia		
	Hipertonía		
	Eutonia		
Paratonías (mobilização passiva e quedas)	Parcialmente		
	Totalmente		
Passividade (observar o balanceamento dos membros superiores e inferiores)	Accede à passividade		
	Não accede à passividade		
	Membros superiores	Bloqueia e controla o movimento	
		Movimenta-os voluntariamente	
		Abandono parcial	
		Abandono total	
	Membros inferiores	Bloqueia o movimento	
		Controla o movimento	
		Abandono parcial	
		Abandono total	
Posturas mais frequentes	Nível baixo (deitado)		
	Nível médio (quadrupedia, cócoras)		
	Nível alto (de pé)		
Sincínésias (observar em situação de jogo, enquanto faz construções, enquanto desinha... Pode pedir-se para apertar uma bola de espuma com uma mão)	Homolaterais		
	Contralaterais		
	Axiais (ex. bucais, linguais)		
	Generalizadas		
Diadococínésias (pronação e supinação das mãos com cotovelos apoiados)	Movimento coordenado e harmonioso		
	Movimento descoordenado	Parcial	
		Total	

Itens a Observar		Observações/Outros aspetos qualitativos		
Equilíbrio	Imobilidade de olhos fechados (permanecer na posição ortostática durante 1 minuto de olhos fechados)	Consegue	Observar reações tónico emocionais como piscar os olhos, mexer os dedos. Apontar tempo conseguido se inferior a 1 minuto.	
		Não consegue		
	Imobilidade de olhos abertos (permanecer na posição ortostática durante 1 minuto de olhos abertos)	Tempo conseguido		
		Consegue		
	Estático	Apio unipodal durante 20 segundos (a partir dos 6 anos realizar a tarefa de olhos fechados)		Consegue
				Não consegue
		Pé direito		Tempo conseguido
				Consegue
	Pé esquerdo	Tempo conseguido		
		Consegue		
Dinâmico	Anda pé ante pé numa linha	Consegue		
	Anda em bicos dos pés	Não consegue		
Marcha em calcanhares		Consegue		
		Não consegue		
Ocular	Olhar através de um canudo que é entregue na linha média e observar o olho pelo qual espreita	Olho		
	Espreitar por um buraco de uma folha de papel que é entregue na linha média e observar o olho pelo qual espreita	Olho		
Auditiva	Auscultar um relógio de corda entregue na linha média. Observar ouvido com que ouve.	Ouvido		
	Simular o atendimento de um telefone. Observar ouvido com o qual simula o atendimento.	Ouvido		
Manual	Podre ser observada em tarefas de coordenação óculo manual. Observar com que mão lança a bola, com que mão desenha.	Mão		
	Dar passo à gigante. Observar perna que avança.	Perna		
Podal	Simular que vai vestir as calças – registar a perna que veste primeiro.	Perna		
		Perna		
Lateralização		Direito		
		Esquerdo		
		Direito		
		Esquerdo		
		Direito		
		Esquerdo		
		Direito		
		Esquerdo		
		Direito		
		Esquerdo		
		Direita		
		Esquerda		
		Direita		
		Esquerda		

Itens a Observar		Observações/Outros aspetos qualitativos		
		Sim	Não	
Noção do corpo	Somatognosia	Cabeça		
		Barriga		
		Ombros		
		Nariz		
		Queixo		
		Olhos		
		Orelha		
		Ombro		
		Cotovelo		
		Mão		
		Pé		
		Testa		
		Boca ou lábios		
		Olho direito		
		Orelha esquerda		
		Nuca ou pescoço		
		Ombro esquerdo		
Cotovelo direito				
Joelho esquerdo				
Pé direito				
Pé esquerdo				
Mão esquerda				
Polegar				
Indicador				
Médio				
Anelar				
Mímimo direito				
Reconhecimento direita-esquerda	Realiza as seguintes indicações (pré-escolar e escolar):	Sim	Não	
	Mostra-me a tua mão direita			
	Mostra-me o teu olho esquerdo			
	Mostra-me o teu pé direito			
	Mostra-me a tua mão esquerda			

Itens a Observar		Observações/Outros aspetos qualitativos	
Reconhecimento direita-esquerda	Realiza corretamente as seguintes indicações (idade escolar):	Sim	Não
	"Cruza a tua perna direita por cima do teu joelho esquerdo"		
Autoimagem	"Toca na tua orelha esquerda com a tua mão direita"		
	"Aponta o meu olho direito com a tua mão esquerda"		
	"Aponta a minha orelha esquerda com a tua mão direita"		
	De olhos fechados, com os braços em extensão lateral, as mãos fletidas e os polegares estendidos. Realizar um movimento lento de flexão do braço até tocar com o indicador na ponta do nariz. A tarefa deve ser realizada 4 vezes, 2 para cada mão. Demonstrar.	Sucesso	Insucesso
Imitação de Gestos	4-5 anos. Imita os seguintes gestos	Realiza	Não Realiza
		Círculo	
		Cruz	
		Quadrado	
		Triângulo	
Desenho do corpo	Idade Escolar: imita os seguintes gestos	Realiza	Não Realiza
		Copa	
		Pinheiro	
		Forma	
Cruz			
Estruturação Espaço-Temporal	Solicitar o desenho da figura humana. Apontar pormenores, proporção, partes constituintes, organização, simetria).		
	Identifica corretamente as noções:	Sim	Não
Noções espaciais	Em cima		
	Em baixo		
	Dentro		
	Debaixo		
	Ao lado		
Teste da casa	Colocar um arco no meio da sala que simboliza a casa. A criança encontra-se no centro. Antes dela há o jardim, atrás há uma estrada, à direita a escola e à esquerda a padaria. Pedir-lhe para realizar algumas indicações. Apontar se realiza com sucesso ou não.		
	"Podes-me mostrar a rua da padaria?"	Sucesso	Insucesso

Estruturação Espaço-Temporal		Itens a Observar		Observações/Outros aspectos qualitativos	
		Item	Resultado	Sucesso	Insucesso
Teste da casa	"Podes ir para a escola e antes passar pelo jardim?"				
	"Como se vai para casa pela estrada?"				
	"Podes ir até à padaria passando pela estrada e depois ir ao jardim?"				
Representação Topográfica	Crianças em idade escolar: desenhar a representação da sala. Numerar os elementos da sala e com o lápis desenhar um trajeto. Pedir à criança que realize esse trajeto (espaço representado para o espaço vivido)				
	Realiza corretamente as seguintes estruturas:		Sim		Não
Estruturação Rítmica	• • • •				
	• • • • •				
	• • • • • •				
	• • • • • • •				
	• • • • • • • •				
	• • • • • • • • •				
Praxia Global	Realiza as seguintes ações:		Sim		Não
	Marcha autónoma				
	Anda para trás				
	Corre				
	Salta a pés juntos				
	Salto em tesoura				
	Galopa				
	Salta ao pé coxinho com o pé direito (5-6 anos)				
	Salta ao pé coxinho com o pé esquerdo (5-6 anos)				
	Trepa				
	Desliza				
	Quadrupedia/Gatinha				
	Rola				
	Faz cambalhotas				
	Lança a bola				
Coordenação óculo-manual	Acerta num alvo com a bola				
	Lança e recebe uma bola sem a deixar cair				

Praxia Global		Itens a Observar		Observações/Outros aspectos qualitativos	
		Realiza as seguintes ações:	Sim	Não	
Coordenação óculo-manual	Realiza passe picado com a bola				
	Chuta a bola e acerta numa baliza (ex.cadeira)				
Coordenação óculo-podal	Contorna obstáculos com a bola				
	Reproduz os seguintes batimentos realizados pelo adulto:		Sim	Não	Verificar planeamento motor, autocontrolo, sinais disfuncionais
Dissociação membros superiores	2 mão direita, 2 mão esquerda				
	2 mão direita, 1 mão esquerda				
	1 mão direita, 2 mão esquerda				
	2 mão direita, 3 mão esquerda				
Dissociação membros inferiores	2 pé direito, 2 pé esquerdo				
	2 pé direito, 1 pé esquerdo				
	1 pé direito, 2 pé esquerdo				
	2 pé direito, 3 pé esquerdo				
Dissociação membros superiores e inferiores	1 mão direita, 2 mão esquerda, 1 pé direito, 2 pé esquerdo				
	2 mão direita, 1 mão esquerda, 2 pé direito, 1 pé esquerdo				
	2 mão direita, 3 mão esquerda, 1 pé direito, 2 pé esquerdo				
Agilidade	Saltitar, afastando e juntando as pernas, ao mesmo tempo que bate uma palma no momento em que afasta as pernas, sem interromper a sequência do saltitar.	Sucesso	Insucesso		
		Sim	Não		Apontar outros movimentos observados que não estejam referidos.
Movimento	Continuidade do movimento				
	Descontinuidade do movimento				
	Rupturas do movimento				
	Repetições do movimento				
	Movimento rápido				
	Movimento lento				
	Desajustamento motor e dificuldade na coordenação dinâmica geral				
	Movimentos coordenados de uma forma global Estereotípias do movimento Movimentos circulares				

		Itens a Observar			Sucesso		Insucesso		Observações/Outros aspetos qualitativos
		Olhos fechados a partir da idade escolar. Realizar círculos na transição de dedo para dedo, começando com pinça digital e percorrendo todos os outros dedos. Fazer o inverso. Demonstrar. Permitir ensaio.	Mão direita	Mão esq.					
Praxia Fina	Tamborilar			Ambas					
	Prova digital de Rey	A criança coloca as mãos sobre a mesa levanta os polegares e os indicadores e os restantes (elevação digital simultânea dupla ou elevação digital simples). Se a criança não conhecer os pelo adulto.			Sucesso		Insucesso		
	Habilidade manual	Recorta			Sim		Não		
		Realiza enfiamentos							
		Escreve números							
	Escreve letras								
	Faz construções em plastilina								
	Desenho livre	Pedir um desenho livre e observar alguns aspetos que devem ser descritos na coluna ao lado: realista, abstrato, organizado/estruturado, desestruturado/desorganizado. Repetitivo. Ocupa toda a folha, uma parte da folha (lado direito, esquerdo, superior, inferior, centro). Conteúdo do desenho. Qualidade do traço: contínuo, descontinuo, leve, carregado (pressão em demasia), normal, traços sobrepostos, desenho "sujo".							
Funções executivas	Atenção	Mantém-se focada			Sim		Não		
		Dispensa a atenção com facilidade							
	Memória	Retém a informação que lhe é dada							
		Esquece-se com frequência do que é para fazer							
	Controlo Inibitório	É impulsivo							Complementar com dados observados nas praxias (planeamento do movimento, dupla tarefa, etc.)
		Aguarda pela sua vez/ouve as explicações até ao fim							
		Mantém a atenção seletiva							
		Qualquer ruído a distrai							
	Competência sócio-emocional	Coopera							
		É independente (resolve os problemas de forma independente)							
Pede ajuda									
	É responsável (escolhe os materiais, organiza-os, escolhe o espaço apropriado de trabalho, completa as tarefas.								

Itens a Observar		Sim	Não	Observações/Outros aspetos qualitativos
Jogo e os outros				
	É capaz de partilhar o jogo			
	Tolera o contacto corporal			
	Flexível às novas propostas de jogo			
	Toma iniciativa de propor jogos/é criativo			
	Líder nos jogos			
	Aceita o jogo do outro			
	Rejeita o jogo do outro			
	É competitivo com os outros			
	Joga sozinho			
	Joga com o outro			
	Joga em pequenos grupos			
	É agressivo ou impulsivo durante o jogo			
	Persistente no jogo que está a fazer			
	Desiste com facilidade			
	Aceita quedas			
	Aceita rolar			
	Aceita balancelos			
	Aceita arrastar-se			
	Aceita gritos			
	Aceita lançamentos			
	Utiliza material com diferentes características sensoriais			
	Grita			
	Salta			
	Cal			
	Busca o equilíbrio			
	Busca perder o equilíbrio			
	Escala/trepa			
	Corre			
	Caminha			
	Desliza			
	Oposição verbal			
	Destroi			
Atitude perante o jogo				
J. Oposição	Oposição verbal			
	Destroi			

Itens a Observar		Observações/Outros aspetos qualitativos	
		Sim	Não
Atitude perante o jogo	Disputa		
	J. Oposição		
	Empurra		
	Briga		
	Aparecer-desaparecer		
	Jogos de perseguição		
	Jogos de destruição		
	Jogos de encher e esvaziar		
	Construir/destruir		
	De imitação e adaptação social		
	Estruturados		
	Jogos simbólicos		
	Não estruturados		
	Com princípio e fim		
	Repetições		
Fixações			
Jogos de precisão			
Precisão no salto			
Precisão no equilíbrio			
Precisão no lançamento			
Jogos de regras			
Relação com os outros	Verbal		
	Representação		
	Através do desenho		
Relaciona-se com os outros	Construções com tábuas alinhadas		
Relaciona-se com os outros			
Começa a relação			
Espera que o outro inicie o contacto para estabelecer relação			
Tenta criar relação com os objetos			
Tenta criar relação através do contacto ocular			
Tenta criar relação pela postura corporal (aberta)			
Tenta criar relação com a palavra			
Tenta criar relação com ruído			
Olhar: intrusivo			
Olhar: fixo			
Olhar: interessado nos objetos			

Itens a Observar		Sim		Não		Observações/Outros aspectos qualitativos
Relação com os outros						
Relação com os companheiros:						
Espera						
Escuta						
Oposição						
Aceitação						
Colaboração						
Imitação						
Proposição						
Passividade						
Indiferença						
Acordo						
Ausência						
Presença						
Prazer						
Investimento						
Relação com o adulto:						
Aceita-o						
Procura-o						
Provoca-o						
Agradece-lhe						
Espera aprovação						
Ignora-o						
Escuta-o						
Espera ordens/instruções						
Colaboração						
Envolve-os nas atividades						
É agressivo						
Dependência						
Escolhe os objetos pelas suas características:						
		Duro				Descrever reação perante objetos sensoriais com diferentes texturas
		Mole				
		Macio				
		Quente				
Int.o c/ objet						

Itens a Observar		Observações/Outros aspetos qualitativos		
Escolhe os objetos pelas suas características:	Frio			
	Caract. Visuais			
	Caract. Auditivas			
	Balões		Referir outros objetos que prefira.	
	Tecidos			
	Bolas			
	Arcos			
	Jornais			
	Cordas			
	Outros			
Escolhe os objetos	Livremente			
	Por iniciativa própria			
	Por indicação do adulto			
	Por imitação			
Como utiliza os objetos	De forma funcional	Sim	Não	
	De forma simbólica/criativa			
	Agressivamente			
	Obsessivamente			
	Difícil abandono			
	De forma estereotipada			
	Utiliza-os para estabelecer relação			
	Utiliza-os como barreira			
	Utiliza-os para explorar o espaço			
	Explora o objeto afetivamente			
Ocupação do Espaço	Todo o espaço			
	Espaço central			
	Junto às portas			
	Junto às janelas			
	Outros			
Investimento no espaço	Com o corpo			
	Com a voz			
Interação com objetos				
Espaço				

Itens a Observar		Observações/Outros aspectos qualitativos	
		Sim	Não
Espaço	Investimento no espaço	Com a visão	
		Com os objetos	
		Delimita-o	
	Exploração do espaço	Próximo do adulto	
		Espaço Corporal	
		Distante	
		Próximo dos objetos	
	Relação que estabelece entre o seu espaço e o dos outros	Defende o seu espaço	
		Abre o seu espaço ao outro/É capaz de partilhar o espaço	
		Invade o espaço dos outros	
Indiferente com o espaço dos outros			
busca diferentes formas de relação através do espaço			
Hipoatividade			
Hiperatividade/Agitação Normal			
Tempo	Expressão psicomotora no espaço	Capacidade de se ajustar ao tempo da sessão	
		Incapacidade de se ajustar ao tempo da sessão	
		Incapacidade de se ajustar ao tempo nalgum espaço concreto	
	Relação com o tempo	Aceita ruturas	
		Tem dificuldade na aceitação das ruturas	
		É necessário antecipar para não se desorganizar	
		Inicia ruturas	
		Acompanha o ritmo do grupo	
		Tem um ritmo mais lento em relação ao grupo	
		Tem um ritmo mais rápido em relação ao grupo	
Respeita os tempos de escutar, fazer, dizer...			

Itens a Observar		Sim	Não	Observações/Outros aspectos qualitativos	
Comunicação/Linguagem	Expressão Facial	Expressiva			
		Inexpressiva			
	Linguagem receptiva	Compreende o que lhe é dito	Emergente		
			Parcialmente		
			Totalmente		
	Linguagem não verbal	Como se expressa	Gestos		
			Puxa o adulto		
			Aponta		
			Olha fixamente		
	Linguagem verbal	Ausente			
Emergente (palavras, holo frases ou frases simples)					
Fluente (mantém discurso)					
Simples					
Elaborada					
Descritiva					
Narrativa/declarativa					
Interrogativa					
Imperativa					
Exclamativa					
Tipo de linguagem verbal utilizada	Pede ajuda				
	Ecolália				
	Ajusta-se à conversa				
	Impõe as suas ideias				
	Empática				
	Outro				
	Expressão emocional	Diz o que sente espontaneamente			
		Diz o que sente quando lhe perguntam			
		Recusa-se a dizer o que sente			
		Não sabe exprimir o que sente			
Baixa resistência à frustração					
Outro					

Grelha de Observação Psicomotora

Grelha elaborada com base nos seguintes instrumentos/documentos:

- Bateria Psicomotora de Fonseca (2010)
- Guia para a observação de parâmetros psicomotores de Sánchez & Martínez (2000)
- Pratique du bilan psychomoteur – Méthode Soubiran (Psychologie interculturelle et Psychothérapie, 2003)
- Modelo de Observação individual e protocolos para a observação de parâmetros psicomotores de Sánchez, Martínez, & Peñalver (2003)
- Grelha de observação psicomotora de Costa (2017)

Bibliografia:

- Costa, J. (2017). Hiperativos - psicomotricidade relacional com crianças hiperativas. (Trilhos Editora, Ed.) (1a edição).
- Fonseca, V. (2010). Manual de Observação Psicomotora: significação psiconeurológica dos seus fatores. (Âncora Editora, Ed.) (3a edição). Lisboa.
- Psychologie interculturelle et Psychothérapie. (2003). Pratique du bilan psychomoteur methode soubiran. Retrieved from http://www.geopsy.com/cours_psycho/bilan_psychomoteur.pdf
- Sánchez, P. A., & Martínez, M. J. B. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado, 63–85. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/39138079_Guia_para_la_observacion_de_los_parametros_psicomotores
- Sánchez, P. A., Martínez, M. R., & Peñalver, I. V. (2003). A psicomotricidade na educação infantil: uma prática preventiva e educativa. (Artmed, Ed.). Porto Alegre.

6.7. Anexo VII: Declaração de consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

O presente projeto de estágio intitula-se "intervenção psicomotora em contexto de consulta hospitalar de pediatria" e decorrerá no âmbito do Mestrado em Psicomotricidade, lecionado na Universidade de Évora, sob orientação da médica Pediatra Dr^a Graça Mira (orientadora local) e pela Professora Doutora Gabriela Almeida (docente do Departamento de Desporto e Saúde da Universidade de Évora).

Durante o estágio pretende-se realizar intervenção psicomotora, em bebés e crianças seguidas em pediatria, no hospital do Espírito Santo, em Évora. Assim, venho por este meio solicitar que o seu educando participe nas sessões de psicomotricidade que decorrerão individualmente, no hospital do Espírito Santo, uma vez por semana e terão a duração de uma hora. Estas realizar-se-ão entre Outubro de 2019 e Junho de 2020, data em que cessará a intervenção. Serão realizadas duas avaliações psicomotoras (pré e pós intervenção) ao seu educando para perceber os efeitos da intervenção. Poderão ser recolhidos registos audiovisuais (fotografias, vídeos) ao longo da intervenção sendo que será assegurada a confidencialidade dos dados e salvaguardada a identidade da criança.

A cada participante será atribuído um código alfanumérico e não será utilizado o nome do mesmo. Todos os dados e registos realizados ao longo do estágio são confidenciais e será mantido o anonimato dos mesmos. Os participantes podem desistir a qualquer momento sem que isso os prejudique. Caso não pretenda participar, não existirão prejuízos assistenciais ou outros. Este projeto seguirá os princípios da declaração Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia no que se refere à pesquisa com seres humanos, de forma a assegurar o cumprimento de todas as condutas e procedimentos éticos.

Os dados recolhidos serão usados apenas para fins académicos e/ou científicos. Agradeço a colaboração.

(Liliane Oliveira Pereira – Mestranda em Psicomotricidade – Tlm. _____)

Declaro que estou suficientemente informado(a) acerca da forma como este projeto vai decorrer e que compreendi toda a informação que me foi transmitida. Fui informado e compreendi os riscos e benefícios da intervenção e dou o meu consentimento para a utilização dos dados recolhidos para fins académicos/de investigação desde que sejam cumpridos os princípios éticos referidos anteriormente. Também tive a oportunidade de esclarecer todas as questões relacionadas com a intervenção, em qualquer fase do processo.

Nome do encarregado de educação: _____

Assinatura: _____ Évora, ____ de _____ de 2019

6.8. Anexo VIII: Resultados obtidos na BPM, pelo “Salvador”

Fator Psicomotor	Item	Cotação	Perfil		
Tonicidade	Extensibilidade	Membros inferiores	3	2	
		Membros superiores	3		
	Passividade		2		
	Paratonia	Membros inferiores	2		
		Membros superiores	2		
	Diadococinésias	Mão direita	2		
		Mão esquerda	2		
	Sincinésias	Buciais	2		
Contralaterais		2			
Equilibração	Imobilidade		3	1	
	Equilíbrio Estático	Apoio retilíneo	1		
		Ponta dos pés	1		
		Apoio num pé	1		
Lateralização	Olho		D	4	
	Ouvido		D		
	Mão		D		
	Pé		D		
Noção do corpo	Sentido cinestésico		3	3	
	Reconhecimento (d-e)		4		
	Autoimagem (face)		4		
	Imitação de gestos		2		
	Desenho do corpo		2		
Estruturação espaço-temporal	Organização		2	2	
	Estruturação dinâmica		2		
	Representação topográfica		2		
	Estruturação rítmica		3		
Praxia Global	Coordenação óculo-manual		3	3	
	Coordenação óculo-podal		2		
	Dismetria		3		
	Dissociação	Membros superiores			4
		Membros inferiores			4
		Agilidade			1
Praxia Fina	Coordenação dinâmica manual		1	2	
	Tamborilar		2		
	Velocidade-precisão		2		
Legenda	D - Direito				

6.9. Anexo IX: DAP – desenho do homem realizado pelo “Salvador”

HOMEM



**6.10. Anexo X: DAP – desenho da mulher realizado pelo
“Salvador”**

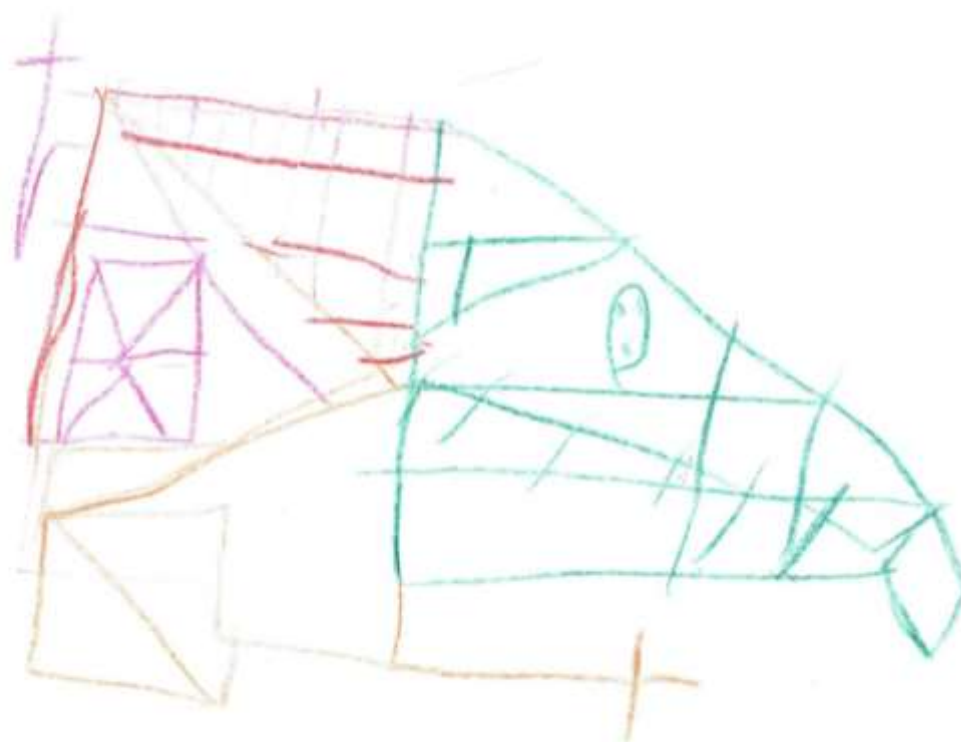


6.11. Anexo XI: DAP – desenho do próprio realizado pelo “Salvador”

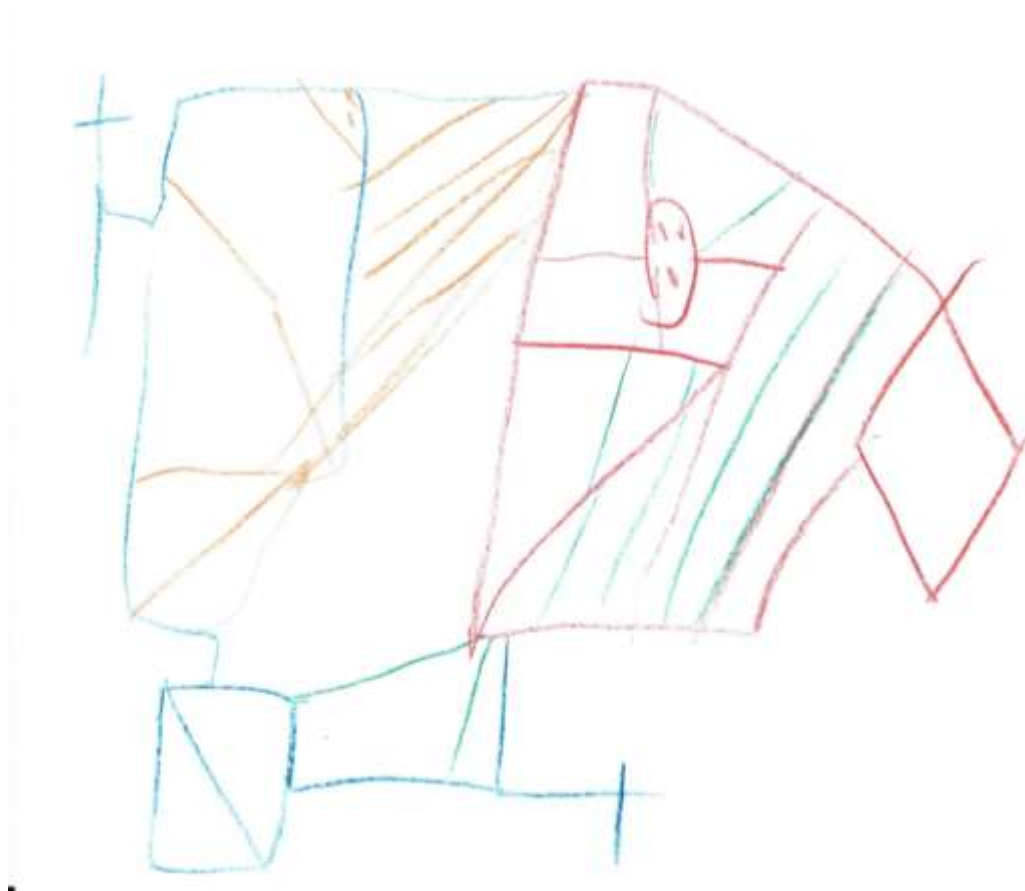
O PRÓPRIO



**6.12. Anexo XI: cópia da figura A realizada pelo “Salvador”
no teste cópia de figuras complexas**



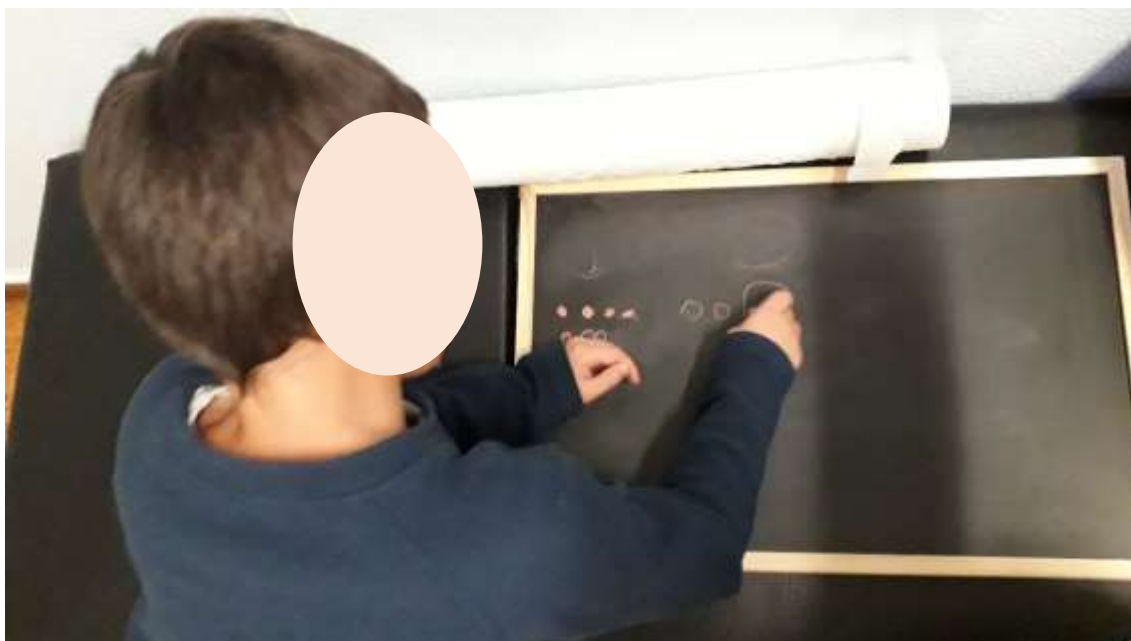
6.13. Anexo XIII: reprodução de memória, da figura A, realizada pelo “Salvador” no teste cópia de figuras complexas



6.14. Anexo XIV: Atividade com arcos proposta ao “Salvador”



6.15. Anexo XV: Atividade de ritmo proposta ao “Salvador”



6.16. Anexo XVI: Exemplo de um planeamento de sessão (“Salvador”)

Sessão nº 14					
Fase	Descrição da Atividade	Materiais	Objetivos Específicos	Estratégias Específicas	
Ritual de Entrada	<ul style="list-style-type: none"> * Descalçar * Identificar, através de imagens a forma como se sente hoje e justificar 	Cartão com expressões faciais	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar e expressar as suas emoções atribuindo-lhes um motivo 	<ul style="list-style-type: none"> * Recurso a cartões com expressões faciais 	
Fase de ativação	<ul style="list-style-type: none"> * Deslocar-se pelo espaço ao som do ritmo marcado pelas claves e ir mudando as formas de deslocamento quando lhe é pedido. 	Claves	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar diferentes ritmos * Ajustar o deslocamento ao ritmo marcado * Melhorar o equilíbrio dinâmico 	<ul style="list-style-type: none"> * Solicitar, verbalmente, outras formas de deslocamento específicas caso a criança adote formas pouco diversificadas de se deslocar 	
Fase Fundamental	<ul style="list-style-type: none"> ** Realizar ritmos com sons fortes e fracos e nos sons fortes solicitar que salte a pés juntos, que salte ao pé coxinho, que faça uma pausa, que bata uma palma... *** Pedir à criança para simbolizar os ritmos no quadro de ardósia. **** Inverter os papéis: a criança marca o ritmo com as claves e depois simboliza e vice-versa. * Espalhar arcos pelo chão, marcar um ritmo e solicitar à criança que se desloque para determinado arco deslocando-se naquele ritmo e com o mesmo número de passos que o número de batimentos. ** Simbolizar o percurso realizado pelos arcos. 	Claves Quadro de ardósia Giz Arcos	<ul style="list-style-type: none"> * Reproduzir ritmos e simbolizá-los posteriormente * Simbolizar ritmos após reprodução dos mesmos * Melhorar o equilíbrio dinâmico * Aperfeiçoar a organização espacial 	<ul style="list-style-type: none"> * Recurso à simbolização * Inversão de papéis para a criança experimentar simbolizar o ritmo marcado e posteriormente criar ritmos para simbolizá-los * Pistas verbais/questionamento à criança 	
Retorno à Calma	<ul style="list-style-type: none"> * Soprar a bola de ping pong para a terapeuta a diferentes velocidades. 	Bola de ping pong	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar diferentes ritmos 	<ul style="list-style-type: none"> * Realizar a atividade em parceria com a criança 	
Ritual de Saída	<ul style="list-style-type: none"> * Conversar sobre a sessão, atividades que mais gostou ou não e porquê, o que sentiu * Calçar os sapatos 		<ul style="list-style-type: none"> * Identificar atividades que lhe despertam sensações positivas e/ou negativas e justificar * Identificar e expressar as suas emoções atribuindo-lhes um motivo 	<ul style="list-style-type: none"> * Dar pistas verbais quando a criança não se recorda de alguma atividade realizada 	

6.17. Anexo XVII: Exemplo de um relatório de sessão ("Salvador")

Sessão nº 16 (4/03/2020)

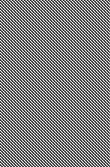
Nesta sessão o Salvador demonstrou-se muito entusiasmado a realizar letras com cordas, pedindo com frequência "diz-me outra letra". Houve algum investimento nesta atividade devido ao interesse da criança. Na atividade de movimento livre nota-se que o movimento é contido. Apreciou a atividade com a bola de ténis, tendo-se observado que apresentou melhor manipulação da mesma (mais facilidade em agarrá-la após a lançar). Teve algumas dificuldades a escrever as palavras ditas pela terapeuta: não tinha a certeza de como se escreviam, rasurando frequentemente as palavras. No entanto, foi uma sessão na qual se trabalharam áreas de dificuldade, através de atividades do seu interesse, pelo que se conseguiu notar motivação e envolvimento nas mesmas, querendo fazer mais e melhor.

6.18. Anexo XVIII: Exemplo de um relatório mensal ("Salvador")

Fevereiro de 2020

Ao longo do tempo tem vindo a verificar-se uma motivação crescente por parte do Salvador. Contrastando com o mês inicial, está mais envolvido nas atividades, não pede para ir embora nem pergunta se a sessão está quase a terminar. Por vezes ainda quer ficar mais tempo na sessão, ou experimentar a realizar a atividade mais uma vez antes de avançar para o retorno à calma. Esforça-se por fazer melhor e toma iniciativa de propor atividades. Ainda que se continuem a verificar dificuldades, já se nota um maior controlo do movimento, mais vontade de aprender e a sua expressão facial e corporal é mais enérgica, frequentemente dá *feedbacks* positivos das sessões e refere sair das mesmas muito feliz.

6.19. Anexo XIX: Resultados obtidos na BPM, pela “Ana Maria”

Fator Psicomotor	Item		Cotação		Perfil
Tonicidade	Extensibilidade	Membros inferiores	3		2
		Membros superiores	3		
	Passividade		2		
	Paratonia	Membros inferiores	2		
		Membros superiores	4		
	Diadococinésias	Mão direita	2		
		Mão esquerda	2		
	Sincinésias	Bucais	2		
Contralaterais		2			
Equilibração	Imobilidade		3		
	Equilíbrio Estático	Apoio retilíneo	1	1	
		Ponta dos pés	1		
		Apoio num pé	1		
Lateralização	Olho		E		3
	Ouvido		D-E		
	Mão		E		
	Pé		E		
Noção do corpo	Sentido cinestésico		3		3
	Reconhecimento (d-e)		4		
	Autoimagem (face)		4		
	Imitação de gestos		3		
	Desenho do corpo		3		
Estruturação espaço-temporal	Organização		2		3
	Estruturação dinâmica		3		
	Representação topográfica		4		
	Estruturação rítmica		3		
Praxia Global	Coordenação óculo-manual		1		3
	Coordenação óculo-podal		2		
	Dismetria		2		
	Dissociação	Membros superiores	4		
		Membros inferiores	4		
		Agilidade	3		
Praxia Fina	Coordenação dinâmica manual		2		3
	Tamborilar		3		
	Velocidade-precisão		3		
Legenda	D – Direito, E - Esquerdo				

**6.20. Anexo XX: DAP – desenho do homem realizado pela
“Ana Maria”**

HOMEM



**6.21. Anexo XXI: DAP – desenho da mulher realizado pela
“Ana Maria”**

MULHER

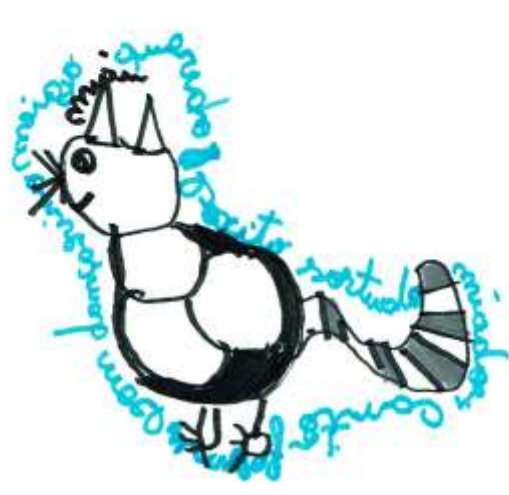


6.22. Anexo XXII: Desenho do próprio realizado pela “Ana Maria”

O PRÓPRIO



6.23. Anexo XXIII: Desenho de um animal realizado pela “Ana Maria” no âmbito de uma atividade



6.24. Anexo XXIV: História elaborada pela “Ana Maria” e pela psicomotricista no âmbito de uma atividade

Era uma vez, uma mulher, muito triste que começou a chorar porque ela gostava de ser mais bonita. Na verdade, ela tinha dificuldade em confiar que era realmente bonita por fora e por dentro e também era corajosa. Ela queria ter amigos com quem conversar sobre o que sentia. então ela decidiu passear para fazer amigos. Durante o passeio encontrou uma pessoa que parecia a ser sua amiga. Essa amiga era engravidada porém muito insegura. A única forma de se acalmar era sentir um abraço sincero de uma amiga sincera. mas a sua amiga também não parava de saltitar da também era um bebaço saltitona

6.25. Anexo XXV: exemplo de um planeamento de sessão (“Ana Maria”)

Sessão nº 15					
Fase	Descrição da Atividade	Materiais	Objetivos Específicos	Estratégias Específicas	
Ritual de Entrada	<ul style="list-style-type: none"> * Descalçar * Conversa inicial * Identificar, através de imagens a forma como se sente hoje e justificar 	Cartão com expressões faciais	* Aumentar a capacidade de identificação e expressão emocional	* Recurso a cartões com expressões faciais	
Fase de ativação	* Andar ao som de diferentes ritmos. Introduzir pausas nos ritmos, nas quais deve permanecer em diferentes posições: pés juntos de olhos fechados, apoio unipodal.	Claves	* Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico	* A terapeuta participa na atividade	
Fase Fundamental	<ul style="list-style-type: none"> * Desenho do corpo em papel cenário ** Pintura do desenho tintas, lápis e/ou caneta, representando quem é/ás suas características (escrever ou desenhar). 	Papel cenário Tintas/digitintas Lápis Canetas de feltro	* Identificar e expressar as suas emoções	<ul style="list-style-type: none"> * Recurso a materiais do interesse da criança * Presença da terapeuta pouco intrusiva (mas cooperante quando a criança solicita ajuda) 	
Retorno à Calma	* Sentir o contorno do corpo delineado por uma bola	Bola sensorial	* Aceder à passividade	<ul style="list-style-type: none"> * Recurso a bola sensorial * Dar a possibilidade de fechar os olhos ou não 	
Ritual de Saída	<ul style="list-style-type: none"> * Conversar sobre a sessão, atividades que mais gostou ou não e porquê, o que sentiu. Registrar numa folha. * Calçar os sapatos 	Folha Caneta	<ul style="list-style-type: none"> * Identificar atividades que lhe despertam sensações positivas e/ou negativas e justificar * Aumentar a capacidade de identificação e expressão emocional 	<ul style="list-style-type: none"> * Dar pistas verbais quando a criança não se recorda de alguma atividade realizada * Recurso a cartões com expressões faciais 	

6.26. Anexo XXVI: Exemplo de um relatório de sessão (“Ana Maria”)

Sessão nº8

Data: 7/01/2020

As atividades da sessão foram sobretudo relacionadas com música/dança. Quando foi dito à Ana Maria que na sessão iriam ser promovidas atividades de música e dança referiu que adora dançar. Explorou o espaço sobretudo de pé, rodopiou e saltou. Dançou desinibida e no final da dança referiu “tão bom”. O mesmo aconteceu na atividade de desenho livre ao som da música. Durante esta atividade cantarolou e verbalizou espontaneamente que se estava a sentir relaxada, que estava a gostar muito da atividade e pediu para repeti-la. Foi a primeira vez que se observou uma expressão tão sincera e natural. Num dos desenhos referiu que desenhou a natureza porque era como se tivesse no meio da mesma e por isso estava relaxada. Ao mesmo tempo que desenhava envolvia todo o corpo no movimento (todo o corpo dançava). Tem mais dificuldade em responder perante perguntas mais concretas (*e.g.* diferenças de velocidade e intensidade na música, referiu não ter notado diferença). No retorno à calma, com o massajador vibratório, riu-se muito, referindo que eram cócegas. Foi-lhe perguntado se queria terminar a atividade, mas pediu para continuar. Manipulou também um “gato anti-*stress*” ao qual deu o nome de “Konshai”. De um modo geral referiu ter gostado da sessão.

6.27. Anexo XXVII: Exemplo de um relatório mensal (“Ana Maria”)

Janeiro de 2020

Continua a haver uma boa adesão às sessões, pelo interesse que as atividades lhe despoletam, no entanto, é difícil que tenha uma opinião crítica para referir o que menos gostou. Continua a referir estar sempre tudo bem, no entanto, por vezes, de forma indireta é possível que descreva situações onde se sentem emoções como a tristeza e a raiva. Parece haver alguma dificuldade em reconhecer que todas as emoções são válidas e que não é errado sentir-se triste, aborrecida, zangada... Aparentemente só aceita a alegria como uma emoção que deve sentir a toda a hora. Pretende-se que reconheça o espaço de sessão como um local seguro onde pode expressar qualquer emoção sem ser julgada.