

Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

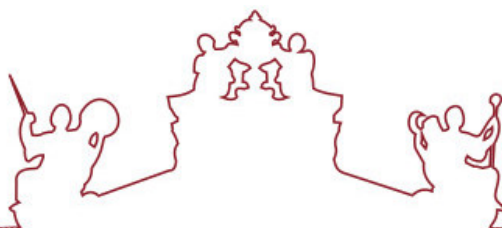
Relatório de Estágio

**Prática Psicomotora em Contexto Clínico-Terapêutico com
Crianças e Adolescentes**

Isabel Maria Azevedo Carneiro

Orientador(es) | Ana Morais
Gabriela Almeida

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

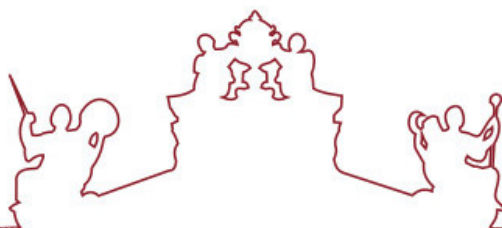
Relatório de Estágio

**Prática Psicomotora em Contexto Clínico-Terapêutico com
Crianças e Adolescentes**

Isabel Maria Azevedo Carneiro

Orientador(es) | Ana Morais
Gabriela Almeida

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano:

Presidente | Graça Duarte Santos (Universidade de Évora)

Vogais | Ana Morais (Universidade de Évora) (Orientador)
Ana Rita Matias (Universidade de Évora) (Arguente)

Agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas que fizeram parte desta etapa da minha vida, contribuindo para que fosse uma fase marcante, desafiante e enriquecedora.

Às minhas orientadoras de estágio, Prof.^a Dr.^a Ana Morais e Prof.^a Dr.^a Gabriela Almeida, pela orientação, pela constante disponibilidade demonstrada, tanto durante o estágio como na redação do relatório. A vossa dedicação foi incansável, e sinto-me mesmo grata por todo o apoio prestado.

À universidade de Évora e a todos os docentes que partilharam comigo conhecimentos e experiências fundamentais para a concretização deste percurso, o meu sincero obrigada.

Um agradecimento muito especial aos meus pais, que estiveram sempre ao meu lado nos melhores e piores momentos ao longo deste estágio, apoiaram-me sempre e abdicaram de muito para que eu chegasse aqui, um enorme obrigada por tudo.

Ao meu irmão e à Flavia que nunca me deixaram desistir e estiveram ao meu lado nesta fase. As vossas palavras significaram mais do que posso expressar.

Ao resto da família, que também estiveram ao meu lado nesta jornada, sempre me apoiaram em tudo. Obrigada.

Ao Vasco, por ter acreditado em mim mesmo quando eu duvidava das minhas capacidades. Obrigada por todas horas de estudo partilhadas, pelo incentivo que me davas todos os dias, pela força nos momentos menos bons. A tua presença foi fundamental.

À minha orientadora Maria Costa, um especial agradecimento, por toda a aprendizagem, pela paciência, pelas palavras de encorajamento e pelo apoio constante. Foste sem dúvida alguma, um grande apoio nesta fase. Um enorme obrigada.

Ao resto da equipa da clínica, que estiveram comigo e ajudaram-se em muito. Aprendi com cada uma de vós.

À Mariana, a amiga que estive comigo desde o início deste percurso. Sem ti, Évora não teria o mesmo significado. Compartilhamos risos, lágrimas e desabafos. Obrigada por teres sido o meu porto seguro longe de casa, por teres estado nesta grande aventura comigo e por termos partilhado os melhores momentos. Da Vila para Évora e de Évora para sempre.

Às amigas de Évora, um obrigado pelas palavras de apoio e pelos momentos únicos que vivemos. Terei sempre comigo as memórias mais bonitas juntas.

Às amigas do Norte, também sem vocês, não seria possível. Tinham sempre uma palavra de conforto para mim, e por isso agradeço imenso.

Por último, e não menos importante, quero agradecer às crianças que tive a

oportunidade de acompanhar ao longo do estágio. Obrigada pelas birras, pelas brincadeiras e pelos momentos bonitos que criamos juntos. Com cada uma delas aprendi a ser melhor, a olhar o mundo de forma diferente e a crescer como pessoa e profissional.

Prática Psicomotora em Contexto Clínico-Terapêutico com Crianças e Adolescentes

Resumo

O presente relatório surge no contexto do estágio curricular do Mestrado em Psicomotricidade e tem como objetivo apresentar a prática psicomotora desenvolvida em contexto clínico-terapêutico. A prática psicomotora em contexto clínico-terapêutico atua através da expressão corporal das emoções, afetos, sentimentos, vivências, fantasias e pensamentos, proporcionando um ambiente seguro e empático, para que favoreça o desenvolvimento da criança na sua globalidade. O relatório descreve a prática psicomotora desenvolvida com crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre 4 anos e 12 anos com perturbações do neurodesenvolvimento. O relatório aprofunda dois estudos de caso, ambos com perturbação do espectro do autismo, um com 4 anos e outro com 12 anos. Por fim, é apresentada uma reflexão sobre a experiência do estágio em Contexto Clínico-Terapêutico, a nível profissional e pessoal.

Palavra-chave: Infância; Adolescência; Psicomotricidade; Neurodesenvolvimento; Intervenção psicomotora

Psychomotor Practice in a Clinical-Therapeutic Context with Children and Adolescents

Abstract

This report arises in the context of the curricular internship for the master's degree in Psychomotricity and aims to present the psychomotor practice developed in a clinical-therapeutic setting. Psychomotor practice in a clinical-therapeutic context operates through the bodily expression of emotions, affections, feelings, experiences, fantasies, and thoughts, providing a safe and empathetic environment that fosters the child's overall development.

The report describes the psychomotor practice carried out with children and adolescents aged between 4 and 12 years, all presenting neurodevelopmental disorders. It includes an in-depth analysis of two case studies, both involving individuals with Autism Spectrum Disorder, one aged 4 and the other aged 12. Finally, the report presents a reflection on the internship experience in a Clinical-Therapeutic Context, both at a professional and personal level.

Key-words: Infancy; Adolescents; Psychomotricity; Neurodevelopmental; Intervention

Índice de Figuras

Figura 1: Avaliação Inicial do DAP – Mulher	47
Figura 2: Avaliação Inicial do DAP – Homem	47
Figura 3: Avaliação Inicial do DAP – desenho de si próprio.....	47
Figura 4: Avaliação Final do DAP – Mulher	63
Figura 5: Avaliação Final do DAP – Homem.....	63
Figura 6: Avaliação Final do DAP – desenho de si próprio.....	63

Índice de Tabelas

Tabela 1: Calendarização de Estágio.....	10
Tabela 2: Horário de Estágio.....	11
Tabela 3: Descrição da intervenção individual caso Bárbara.....	20
Tabela 4: Descrição da intervenção individual, caso Salvador.	24
Tabela 5: Descrição da intervenção individual caso Claúdio.....	28
Tabela 6: Descrição da intervenção individual caso Ana.....	30
Tabela 7: Descrição da intervenção individual caso André	33
Tabela 8: Resultados da avaliação inicial de Draw a Person do Caso I.....	47
Tabela 9: Resultados da avaliação inicial do BOT-2 do Caso I.....	48
Tabela 10: Perfil Intra-Individual do Caso I.....	54
Tabela 11: Objetivos Terapêuticos do Caso I.....	55
Tabela 12: Resultados da avaliação inicial vs. final do DAP do Caso I	62
Tabela 13: Resultados da avaliação inicial vs. final do BOT-2 do Caso I.....	64
Tabela 14: Perfil Intra-individual do Caso II	76
Tabela 15: Objetivos Terapêuticos do Caso II	77

Siglas

APP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade

AGD – Atraso Global do Desenvolvimento

BOT-2 – *Bruininks Oseretsky Test, second edition*

BPM – Bateria Psicomotora

DAP – *Draw a Person*

GOP- Grelha de Observação Psicomotora

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA – Perturbação Hiperatividade e Défice de Atenção

Índice

Agradecimentos	I
Resumo	III
Abstract.....	III
Índice de Figuras	IV
Índice de Tabelas.....	V
Siglas	VI
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento Teórico na Prática Profissional	3
1. Contextualização da psicomotricidade	3
1.1. Prática Psicomotora em contexto clínico-terapêutico	4
1.2. Metodologias de intervenção psicomotora e mediadores terapêuticos.....	5
1.3. Caraterização da Instituição.....	7
1.4. Descrição da população atendida	8
III. Organização das atividades de estágio	9
1. Descrição das atividades de estágio.....	9
1.1. Calendarização.....	10
1.2. Horário semanal.....	11
1.3. Progressão das atividades realizadas e nível de autonomia.....	12
1.4. Atividades complementares.....	12
2. Intervenção psicomotora no local de estágio.....	12
2.1. Etapas de intervenção	13
2.2. Descrição dos instrumentos utilizados	15
3. Breve descrição dos casos acompanhados.....	19
3.1. Descrição dos casos acompanhados individualmente	19
IV. Estudos de Caso.....	36
Revisão teórica de apoio de suporte ao Caso I e II.....	36

Estudo de Caso I.....	41
1. Breve identificação e descrição do caso.....	41
2. Motivo de Encaminhamento para Psicomotricidade.....	41
3. História Pessoal e Clínica.....	41
4. Plano de Avaliação Psicomotora.....	44
5. Resultados da Avaliação Inicial.....	44
5.1 Observação/avaliação psicomotora.....	44
5.2 Avaliação Psicomotora.....	46
5.3 Avaliação em meio aquático.....	49
6. Hipóteses Explicativas.....	52
7. Projeto Terapêutico.....	54
7.1 Perfil Intra Individual.....	54
7.2 Objetivos Terapêuticos.....	54
7.3 Diretrizes e fundamentação da intervenção.....	56
7.4 Estratégias e mediadores terapêuticos.....	57
8. Progressão terapêutica.....	57
9. Avaliação Inicial vs Avaliação Final.....	60
9.1 Observação psicomotora.....	60
9.2 Avaliação formal.....	62
9.3 Avaliação em meio aquático.....	65
10. Discussão dos Resultados.....	67
Estudo de Caso II.....	69
1. Breve identificação e descrição do caso.....	69
2. Motivo de Encaminhamento para Psicomotricidade.....	69
3. História Pessoal e Clínica.....	69
4. Plano de Avaliação Psicomotora.....	71
5. Resultados da Avaliação Inicial.....	71

5.1	Observação psicomotora.....	71
6.	Hipóteses Explicativas.....	74
7.	Projeto Terapêutico.....	76
7.1	Perfil Intra individual.....	76
7.2	Objetivos Terapêuticos.....	76
7.3	Diretrizes de intervenção psicomotora	77
7.4	Estratégias específicas e mediadores terapêuticos.....	79
8.	Progressão terapêutica	79
9.	Avaliação Inicial vs Avaliação Final.....	81
9.1	Observação Psicomotora Final.....	81
10.	Discussão.....	84
V.	Conclusão e Reflexão	87
VI.	Referências Bibliográficas.....	89
VII.	Anexos.....	IX
	Anexo A – Exemplo de Plano de Sessão do Caso I.....	IX
	Anexo B – Exemplo de Relatório de Sessão do Caso II	XI

I. Introdução

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do estágio curricular, do Mestrado em Psicomotricidade, da Universidade de Évora, nomeadamente no 2º ano, tendo sido realizado numa clínica, um centro médico e terapêutico, em contexto de sala-ginásio e meio aquático.

A psicomotricidade é uma prática terapêutica que integra corpo, emoção e relação (Branco, 2010). A psicomotricidade tem como foco a compreensão do “corpo em relação”, ou seja, a forma como a motricidade se manifesta no contacto e na interação com o outro (Fernandes & Filho, 2012). O corpo e o movimento são inseparáveis da pessoa como um todo, por serem o ponto de partida do desenvolvimento das estruturas emocional, psíquica, mental e espiritual (Branco, 2010). Assim, a psicomotricidade não se configura como uma teoria em si, mas como uma práxis que tem como principal referência o corpo na sua totalidade (existencial, expressiva, emocional e identitária), integrando-se nas teorias que procuram compreender o ser humano de forma global (Ciccone et al., 2007, cit por Fernandes et al., 2018).

A intervenção psicomotora assenta num conjunto de representações teóricas sobre a criança, do seu desenvolvimento e dos processos subjacentes ao desenvolvimento e às patologias (Miermon, et al., 2015). A prática psicomotora procura melhorar o desenvolvimento da criança por meio de experiências corporais que possibilitam (re)ajustar a sua personalidade às condições do meio, aumentando as suas possibilidades de adaptação (Fernandes & Filho, 2015). Na intervenção psicomotora, observa-se uma constante interação entre o motor e o psíquico, entre a mente e o corpo, a partir da qual se estrutura o desenvolvimento psicomotor (Fernandes et al., 2018).

A psicomotricidade é uma área de intervenção que se centra em abordagens orientadas no movimento corporal (Giromini et al., 2022). Em contexto clínico revela-se importante em casos de neurodesenvolvimento, baseando-se em abordagens mediadas pelo corpo, pela expressão e pelo jogo.

Este relatório tem como principais objetivos: contextualizar a prática psicomotora num contexto clínico, descrever e analisar os casos encaminhados para a Psicomotricidade, contextualizar a intervenção psicomotora nos casos individuais, analisar e compreender o resultado de uma intervenção psicomotora em dois estudos de caso, uma criança e um adolescente com Perturbação do Espectro do Autismo, refletir

sobre a pertinência da Prática Psicomotora em contexto Clínico com crianças e adolescentes.

Relativamente à organização estrutural, o relatório encontra-se dividido em seis temas principais, além da introdução. Estes incluem: o enquadramento teórico da prática profissional, a organização das atividades de estágio, a descrição de dois estudos de caso, a conclusão, uma reflexão pessoal sobre todo o processo de estágio e sobre a relevância da psicomotricidade no contexto abordado, e, por fim, as referências bibliográficas.

II. Enquadramento Teórico na Prática Profissional

1. Contextualização da psicomotricidade

A psicomotricidade é a ligação entre o movimento do corpo e as expressões simbólicas e imaginárias que atribuem significado ao corpo, na sua relação dinâmica com o outro (Fernandes et al., 2018). O corpo é o primeiro instrumento de exploração e conhecimento do ser humano sobre o mundo, expressando-se de diversas formas, pelo som, gestos, tonicidade, e revelando as suas necessidades emocionais, motoras e cognitivas. É através de vivências corporais, que nos vamos apropriando da realidade para pouco a pouco ir construindo progressivamente o nosso modo singular de estabelecer relações com o outro e com o mundo externo (Vieira, et al., 2005). Na Psicomotricidade, a linguagem é basicamente corporal, em que o indivíduo “fala” por meio da sua expressão corporal espontânea (Mastrascusa & Franch, 2016; Giromini et al., 2022).

As finalidades da psicomotricidade respondem à visão global que se tem do indivíduo. Estas finalidades incidem em três grandes áreas de desenvolvimento: a construção da consciência corporal, o desenvolvimento das capacidades de orientação e organização do espaço e do tempo e o desenvolvimento das capacidades de relação e comunicação (Mastrascusa & Franch, 2016).

Assim, a psicomotricidade pode ser compreendida numa perspetiva dinâmica de expressão e a comunicação, em que o movimento é sempre vivido em relação com o outro e com o meio. Esta perspetiva introduz uma distinção entre duas formas de intervenção (Branco, 2010): a reeducação psicomotora, que privilegia os aspetos instrumentais e funcionais do movimento, e a terapia psicomotora, que se centra no corpo na sua totalidade, reconhecendo-o como um espaço de expressão afetiva e emocional (Branco, 2010). As práticas de intervenção psicomotora são assim definidas como um conjunto de abordagens (re)educacionais e terapêuticas que abordam a expressão corporal do indivíduo relacionada com as dimensões sociais, emocionais e cognitivas, quando realizadas por um psicomotricista (Giromini et al., 2022). A principal abordagem do psicomotricista dá-se através do brincar e experiências baseadas no movimento, proporcionando à criança a oportunidade de explorar, vivenciar, aprender e sentir-se confiante no seu corpo em interação com o meio envolvente

(Frazão et al., 2021). O psicomotricista intervém em problemáticas que surgem na ligação entre o psiquismo e o somático. Procura equilibrar e reforçar as áreas que estão em déficit ou frágeis, intervindo através das diferentes manifestações e expressões do corpo, analisando o significado simbólico da ação (APP, s/d).

A terapia psicomotora observa e opera num corpo em movimento, que se desloca, constrói e conhece à medida que se movimenta, sente e se emociona. Esta abordagem está determinada por três dimensões nas quais o psicomotricista centra o olhar: instrumental, cognitivo e tónico-emocional (Branco, 2010).

A reeducação psicomotora envolve o corpo em ação, dirigida a casos em que as dinâmicas do desenvolvimento e da aprendizagem estão comprometidas, que estão frequentemente implicados problemas psico-afetivos, que comprometem a adaptabilidade do indivíduo, apresentando dificuldades em agir, expressar ou comunicar (APP, s/d; Rigal, 2009).

1.1. Prática Psicomotora em contexto clínico-terapêutico

A psicomotricidade de âmbito terapêutico e clínico apresenta um cariz relacional e terapêutico, dotando-a de uma identidade própria. Trata-se de uma prática que considera a criança na sua globalidade psicossomática, cruzando conhecimentos de neurofuncionamento e da neuromotricidade com conhecimentos psicodinâmicos. Assim, a intervenção assenta num conhecimento aprofundado da psicopatologia da criança, permitindo uma abordagem estruturada (Fernandes & Filho, 2015).

A psicomotricidade em contexto clínico tem como objetivo compreender e intervir sobre perturbações do desenvolvimento infantil nos aspetos motores, relacionais, afetivos e cognitivos. Também intervir para promover a expressão da criança na sua plenitude. O espaço terapêutico é assim, concebido como lugar de vivência afetiva e relacional, fundamental para a evolução da personalidade, para a interação social e para a construção de uma comunicação afetiva, autêntica e baseada no respeito (Vieira et al., 2005).

A intervenção psicomotora é uma área de intervenção específica que se centra em abordagens orientadas no movimento corporal (Giromini et al., 2022). A intervenção deve centrar-se na motivação da criança, valorizando os seus interesses e desejos, olhando para a mesma como se fosse única. As sessões devem ser realizadas de forma colaborativa entre a criança e o terapeuta, permitindo que a criança participe ativamente

na escolha das atividades. Promover a autoestima e a confiança é essencial para o processo terapêutico. O terapeuta deve assumir uma presença afetiva relacional, capaz de aceitar em pleno a maneira de ser da criança (Costa, 2017).

O primeiro encontro com a criança ou adolescente é determinante, uma vez que permite emergir as estratégias relacionais, cognitivas, motoras e funcionais que necessitam de ser potenciadas, ajustadas ao longo do processo terapêutico (Vieira et al., 2005). O objetivo é promover a vivência harmoniosa da criança no seu corpo, com os outros e como meio envolvente, estimulando e facilitando o desenvolvimento global da criança (APP, s/d).

Durante todo o percurso terapêutico, prioriza-se a afetividade e vivência de experiências prazerosas, reconhecendo o seu papel no desenvolvimento infantil. Contudo, a organização e a definição de limites não podem ser negligenciadas, uma vez que são fundamentais para que a criança esteja num ambiente de confiança e segurança (Vieira et al., 2005).

Na psicomotricidade os principais objetivos na intervenção em crianças e adolescentes são: facilitar a relação com o outro; aumentar a autoestima nas vivências prazerosas no corpo através do brincar e promover o equilíbrio, a coordenação e as praxias; estimular a autonomia no desempenho das tarefas; promover a reconstrução e organização nas ações e nas perceções da criança tendo em conta a sua estruturação espaço-temporal e na sua adaptação à realidade (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2022).

1.2. Metodologias de intervenção psicomotora e mediadores terapêuticos

A intervenção psicomotora é uma práxis de mediação corporal, pela sua especificidade, intervém com o corpo em relação, como se existisse um corpo entre dois, entre o adulto e a criança. O psicomotricista recorre a técnicas de mediação corporal, utilizando o corpo como principal instrumento de intervenção e mediador terapêutico (Fernandes & Filho, 2015).

O mediador é o intermediário entre um ou mais utentes e o terapeuta, e facilita a relação entre ambos. É através dele que se constrói a base do trabalho terapêutico. O mediador pode ser um desporto, um jogo, um animal, uma arte ou objetos. Na psicomotricidade, não devemos esquecer que o corpo do terapeuta é o principal mediador (European Forum of Psychomotricity, s/d).

A intervenção psicomotora pode utilizar diferentes mediadores, visando tanto a aquisição de comportamentos motores em fundo tónico-emocional e relacional como o desenvolvimento das capacidades simbólicas, emocionais e de interação, a partir de vivências motoras (Giromini et al., 2022).

Seguidamente, serão mencionados, de forma breve, as técnicas psicomotoras utilizadas ao longo do estágio, nomeadamente as técnicas percetivo-motoras, o jogo e as técnicas artístico-expressivos. A metodologia, as técnicas e os mediadores utilizados foram selecionados consoante as necessidades da criança e adolescente, tendo como base o projeto terapêutico e os objetivos delineados inicialmente. Posteriormente, será mencionado o meio aquático, tendo como principal mediador a água.

As técnicas percetivo-motoras atuam em conjunto no controlo corporal e na adaptação ao espaço e ao tempo. São eficazes nas perturbações posturais, do equilíbrio, da coordenação, da praxia, do movimento, bem como perturbações da lateralidade (Giromini et al., 2022).

O jogo é uma atividade livre e espontânea que têm como objetivo oferecer à criança uma estrutura que favorece o seu desenvolvimento. A criança observa, explora, imita e imagina. É através do jogo que a criança adquire todas as suas aprendizagens base, desde o controlo do seu próprio corpo ao domínio da linguagem e ao domínio do pensamento, isto devido à capacidade de se relacionar com os outros (Vachez-Gatecel, 2016). O jogo permite à criança desenvolver capacidades motoras, sensório-motoras, cognitivas, artísticas, pré-simbólicas ou simbólicas e ainda competências relacionais. A estrutura terapêutica proposta pelo psicomotricista é também um convite ao brincar: o espaço da sala e o material que ela contém facilitarão a construção de diferentes formas de brincadeira (Giromini et al., 2022).

O jogo implica confiança e envolve o corpo, uma vez que implica manipulação de objetos, situações, pessoas, entre outros. Mesmo quando a criança não tem plena consciência de que está a comunicar, as suas manifestações são observadas e interpretados pelo psicomotricista (Mastrascusa & Franch, 2016).

O jogo livre é utilizado para provocar a “fala espontânea”, libertados do constrangimento da realidade, comunicação que se dá por meio do gesto, do olhar, do toque, dos contrastes do espaço e tempo, da euforia e da quietude, da modulação tónica, das expressões, de toda ação e imobilidade presentes na sessão (Mastrascusa & Franch, 2016).

As técnicas artístico-expressivos promovem a autoconsciência, a criatividade, a

expressão gestual e a socialização. Destacando as possibilidades de expressão e comunicação numa perspetiva dinâmica, envolvendo todas as funções psicomotoras. Nas técnicas artístico-expressivos inclui-se a dança, a mímica, a voz e o canto e o jogo dramático (Giromini et al., 2022).

A psicomotricidade em meio aquático estimula as potencialidades do indivíduo, utilizando a água como um meio que favorece o movimento de forma ampla e integrada. Neste espaço, o corpo expressa-se e relaciona-se com o meio, com os objetos, com outro e consigo mesmo (Fernandes & Filho, 2012). A água pode ser entendida como um mediador. A água não é apenas considerada pela sua dimensão física, mas também pelo seu valor simbólico. Através do corpo em relação, procura-se promover segurança pessoal e relacional, apoiar a adaptação através da ação, reforçar a intenção no desempenho e abrir caminhos para diferentes formas de comunicação (Matias, 2018).

1.3. Caraterização da Instituição

A Clínica, situada na zona norte do País, onde foi realizado o estágio, é um centro médico e terapêutico fundado em dezembro de 2012. Os seus serviços abrangem uma ampla gama de disciplinas médicas e terapêuticas, desde cuidados preventivos até terapias complementares.

A Clínica tem como objetivos ser uma referência de confiança na sua jornada de saúde, valorizar cada pessoa que entra nas suas instalações e trabalhar para criar um ambiente acolhedor e inclusivo, onde as pessoas são ouvidas, respeitadas e compreendidas. Na clínica atendem-se pessoas de todas as idades, com dificuldades e patologias diversas. A equipa trabalha diariamente para garantir o sucesso de cada intervenção e celebrar todas as conquistas dos utentes. A população com maior enfoque da clínica é a pediátrica, mas também atende alguns jovens e adultos. A clínica dá resposta às especialidades de terapia da fala, terapia ocupacional, nutrição, psicologia, psicomotricidade e terapia aquática.

Para a realização das diferentes valências a clínica possui 6 salas, duas das quais se encontram equipadas para as especialidades de terapia ocupacional e psicomotricidade. As sessões de terapia aquática são realizadas num ginásio com qual tem uma parceria.

Entre os serviços prestados mencionados em cima, destaca-se a

Psicomotricidade. Esta valência tem atendido crianças e jovens com problemáticas nomeadamente, perturbação do espectro do autismo, perturbação de hiperatividade e défice de atenção, atraso global do desenvolvimento, entre outros.

1.4 Descrição da população atendida

Ao longo do estágio, a população que a estagiária interveio correspondeu a crianças e adolescente com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos de idade, em contexto individual em sala-ginásio e em meio aquático. Assim, foram acompanhadas crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, nomeadamente Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) e Atraso Global do Desenvolvimento (AGD).

As perturbações do neurodesenvolvimento manifestam-se precocemente no desenvolvimento da criança, muitas vezes antes de a criança iniciar a escola primária, sendo caracterizadas por défices do desenvolvimento que originam dificuldades no funcionamento a nível pessoal, social, académico e ocupacional. Os défices do desenvolvimento variam desde limitações na aprendizagem ou no controlo de funções executivas ou até défices globais de inteligência ou das capacidades sociais (APA, 2014).

O desenvolvimento psicomotor é um fenómeno complexo que deve ser compreendido para servir de referência, especialmente em casos atípicos e/ou problemáticos. É essencial garantir bases do desenvolvimento psicomotor da criança para futuras aquisições e desenvolvimento. Se as bases não forem sólidas, todo o percurso de desenvolvimento poderá ser comprometido (Vachez-Gatecel & Valentin-Lefranc, 2019).

A PEA é caracterizada por défices persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos, incluindo défices na reciprocidade social, nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social e na capacidade de desenvolver, manter e compreender relacionamentos interpessoais. Para além dos défices na interação social, o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo requer a presença de comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos (APA, 2014).

A PHDA é definida por níveis incapacitantes de desatenção, desorganização e/ou hiperatividade-impulsividade (APA, 2014). Esta perturbação interfere com a capacidade do indivíduo em regular e inibir o nível da atividade motora (hiperatividade), inibir comportamentos (impulsividade) e prestar atenção às tarefas

(desatenção). Estas alterações do comportamento são inapropriadas para o nível de desenvolvimento geral do indivíduo. As manifestações surgem em vários contextos (casa, escola, trabalho, atividades dos tempos livres) e interferem com o seu funcionamento adequado. A PHDA é uma problemática que começa a criar dificuldades na aprendizagem e na adaptação do indivíduo ao meio, nos primeiros anos de vida e que na maioria dos casos se prolonga até à idade adulta (Costa, 2017).

O AGD é diagnosticado quando os indivíduos falham em atingir os marcos de desenvolvimento em várias áreas do funcionamento intelectual (APA, 2014). As várias áreas do desenvolvimento afetadas podem ser a motricidade fina e global, a linguagem, a cognição, as competências sociais e pessoais e as atividades da vida diária (Ferreira, 2004).

Estas condições refletem-se em dificuldades no desenvolvimento e na maturação psicomotora. Neste contexto, o trabalho da psicomotricista centrou-se na mediação corporal e expressiva, procurando responder de forma ajustada às necessidades específicas de cada criança, tendo em conta as características associadas à sua perturbação. Através da observação e análise das condutas motoras inadequadas ou inadaptadas, a intervenção psicomotora foi orientada no sentido de compensar tais dificuldades, promovendo a autorregulação, a organização psicomotora e a expressão corporal (OIPR, Organização Internacional de Psicomotricidade e Relaxação, s.d.).

III. Organização das atividades de estágio

1. Descrição das atividades de estágio

O estágio curricular foi realizado em contexto clínico-pedagógico e teve duração de 9 meses, proporcionando à estagiária uma experiência prática no acompanhamento psicomotor de crianças e adolescentes com perturbações do neurodesenvolvimento com impacto na sua expressão psicomotora. Ao longo dos meses foram realizadas atividades que passaram pela observação e avaliação psicomotora, pela intervenção em contexto individual, em contexto de sala ou em contexto meio aquático, pela determinação do perfil intraindividual de cada caso acompanhado e pela elaboração dos respetivos projetos terapêuticos.

Nos primeiros meses a estagiária observou as sessões de psicomotricidade de forma a conhecer os casos, já acompanhados pela orientadora local, e assim familiarizarem com a presença da estagiária. A avaliação psicomotora inicial decorreu

nos meses de janeiro e fevereiro, para descrever e analisar os casos selecionados. Posteriormente, deu-se início à intervenção psicomotora de cada caso. A avaliação psicomotora final decorreu nos meses de junho e julho de forma a obter resultados após uma intervenção psicomotora e analisar os efeitos da prática psicomotora de cada caso. Neste estágio foram acompanhadas 7 crianças que beneficiaram de uma intervenção individual semanal, em contexto de sala ou em contexto de meio aquático. É importante referir que, durante o estágio, ocorreram alterações na frequência de algumas intervenções, sendo que uma das crianças interrompeu o processo terapêutico, enquanto a outra criança passou a ser acompanhada quinzenalmente.

1.1. Calendarização

De seguida é apresentada a tabela 1 com as diversas etapas de estágio que se realizaram durante o decorrer do mesmo.

Tabela 1: Calendarização de Estágio

Tarefas	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.	Ago.	Set.	Out.	Nov.
Pesquisa Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega da Proposta do Estudo		X												
Observação dos Estudos de Caso	X	X	X											
Avaliação Inicial				X	X									
Intervenção Terapêutica					X	X	X	X	X	X				
Avaliação Final									X	X				
Análise de Resultados											X			
Discussão dos resultados												X		
Redação do Relatório			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Entrega do Relatório														X

1.2. Horário semanal

O estágio decorreu às segundas, terças e sábados, sendo os sábados direcionados para a intervenção em contexto de meio aquático (Ver tabela 2).

Tabela 2: Horário de Estágio

Hora	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
10:45 – 11:30	Organização da Semana de Estágio					
11:30 – 12:15						
12:15 – 13:00	Observação de sessões de psicomotricidade					
13:00 – 13:45	Sessão individual Caso II					
13:15 – 14:00		Sessão individual				
14:00 – 14:45		Observação de sessões de Terapia da fala		Reunião de orientação de estágio		Trabalho de registos e leituras
14:45 – 15:30	Trabalho de registos e leituras	Sessão individual				
15:30 – 16:15	Observação de sessões de psicomotricidade	Observação de sessões de Terapia da fala		Trabalho de registos e leituras		Observação de sessões de psicomotricidade
16:15 – 17:00	Sessão individual	Observação de sessões de psicomotricidade				Sessão de grupo Meio Aquático Caso I
17:00 – 17:45	Observação de sessões de psicomotricidade	Sessão individual				Sessão individual Meio Aquático Caso I
17:45 – 18:30		Sessão individual Caso I				
18:30 – 19:15						
19:15 – 20:00						

1.3. Progressão das atividades realizadas e nível de autonomia

Ao longo do estágio, a estagiária foi adquirindo gradualmente maior autonomia nas atividades realizadas. Inicialmente, a estagiária assistiu às sessões de psicomotricidade de casos já acompanhados pela orientadora local. Com o decorrer das semanas, a estagiária passou a intervir em algumas atividades com os utentes. Nesse sentido, foi realizada uma pequena reunião com a orientadora local, com o objetivo de selecionar os casos a serem atribuídos à estagiária. Seguidamente, a estagiária procedeu à realização de entrevistas com os pais dos utentes, para recolher informação essencial para a anamnese de cada caso e completando com os dados existentes na clínica, de forma a garantir um quadro mais completo. Após esta fase, a estagiária passou a intervir em sessões individuais, em contexto de sala-ginásio e em contexto de meio aquático, assumindo total autonomia nas sessões.

1.4. Atividades complementares

No decorrer do estágio curricular foram elaboradas atividades complementares, de forma a proporcionar à estagiária um desenvolvimento das suas competências de formação, entre as quais reuniões com elementos que fazem parte da equipa multidisciplinar de cada um dos casos individuais, havendo pequenas reuniões entre terapeutas para perceber o progresso da criança e estratégias utilizadas.

Foi possível à estagiária observar algumas sessões de certas valências, nomeadamente terapia da fala e terapia ocupacional, compreendendo diferentes formas de intervenção terapêutica. A estagiária realizou uma formação certificada em suporte básico de vida na clínica.

2. Intervenção psicomotora no local de estágio

O estágio decorreu numa clínica situada na zona norte, onde a estagiária realizou uma intervenção psicomotora em sessões individuais, tanto em contexto de sala como em contexto de meio aquático. Na clínica, o encaminhamento para a psicomotricidade ocorre, na maioria dos casos, através das diferentes terapeutas da clínica, nomeadamente terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicólogas, entre outras. No entanto, este encaminhamento pode igualmente ser realizado por médicos pediatras ou, em determinadas situações, por professores que já possuam conhecimento sobre a área. Inicialmente, os casos encaminhados para a psicomotricidade são submetidos a uma avaliação psicomotora, com o objetivo de identificar eventuais dificuldades

apresentadas pela criança e determinar a pertinência da intervenção psicomotora. Posteriormente, procede-se a uma reunião multidisciplinar, que possibilita a análise conjunta e a compreensão mais aprofundada sobre o caso apresentado.

Os casos atribuídos à estagiária encontravam-se previamente sob acompanhamento da orientadora local. Através de uma reunião de articulação com a mesma, foi possível definir quais os casos a serem seguidos pela estagiária. No total, foram acompanhados 7 crianças com perturbações do neurodesenvolvimento, nomeadamente AGD, PEA e PHDA.

As sessões individuais decorreram com uma duração de 45 minutos, sendo realizadas na sala de psicomotricidade. O espaço era amplo e encontrava-se equipado com diferentes materiais destinados às sessões, nomeadamente colchões, arcos, bolas, trampolim, entre outros. Também existiam dois armários destinados a guardar materiais mais pequenos. Especificamente num dos casos individuais, a intervenção ocorreu também em contexto de meio aquático, realizado numa piscina de um ginásio, com o qual a clínica tem um acordo. O espaço encontrava-se equipado com diversos materiais de apoio destinados à sessão, nomeadamente bolas, rolos, arcos, flutuadores, entre outros. Além disso, dispunha de um armário destinado a guardar materiais mais pequenos.

As sessões foram realizadas de forma livre e/ou semi-dirigida, conforme a criança e as suas características. Para estas sessões foram utilizados materiais disponíveis na clínica e materiais criados pela estagiária. Em algumas situações, recorria-se a brinquedos trazidos pela própria criança, o que contribuía para tornar o ambiente mais facilitador da relação terapêutica.

De modo geral, as sessões iniciavam-se com um momento de acolhimento, no qual as crianças retiravam os sapatos e sentavam-se no colchão, dando início, em seguida, ao ritual inicial. Posto isso, eram iniciadas as atividades previstas no projeto terapêutico elaborado para cada caso. Contudo, em determinadas situações, permitia-se que a própria criança escolhesse a atividade, favorecendo assim sua participação nas sessões. Por fim, as sessões eram concluídas com o retorno à calma, permitindo que a criança se preparasse para sair da sala de forma tranquila.

2.1. Etapas de intervenção

O acompanhamento realizado durante o estágio ocorreu de forma individual, contudo, as suas etapas de intervenção foram transversais em todos os casos.

Inicialmente, a estagiária acompanhou a orientadora local na intervenção com casos já previamente presentes na clínica. Durante as sessões de psicomotricidade, a estagiária teve um papel de observadora, com o objetivo de conhecer os casos clínicos e iniciar uma relação terapêutica empática. Foi possível durante este período observar as características de cada caso e compreender as suas necessidades.

Posto isso, cada caso foi discutido com a orientadora, a fim de definir quais seriam os casos acompanhados pela estagiária. Após a recolha das informações já disponíveis na clínica, a estagiária entrou em contato com os pais para comunicar o início do processo de avaliação e, posteriormente, da intervenção. A recolha de informação para a anamnese é essencial e por isso foram realizadas entrevistas com os responsáveis, com o objetivo de obter dados da anamnese de cada criança. Nesta etapa, foram considerados elementos relevantes, como a data de nascimento, história médica da criança e dos familiares, os marcos de desenvolvimento, a gestão emocional, o contexto escolar, entre outros.

De seguida, deu-se início à avaliação informal e formal. Para dar início à intervenção é necessário passar pelas etapas da avaliação. A avaliação poderá ser dividida em dois métodos, a avaliação informal e a avaliação formal. A avaliação informal é referente à observação psicomotora que consiste na observação do movimento livre no espaço, perante condições estáticas e dinâmicas, através da expressão das capacidades, mas também das dificuldades psicomotoras (European Forum of Psychomotricity, s/d).

Na avaliação informal, realizou-se a observação psicomotora, com base em diferentes grelhas, nomeadamente a Grelha de observação psicomotora de João Costa (2008) adaptada e da Grelha de Observação Psicomotora (Wauters-Krings, 2009). De modo geral, estas grelhas permitiram analisar aspetos como o gesto espontâneo, a atividade espontânea, comunicação social, regulação emocional, relação com o próprio, com o espaço, com o tempo, com o objeto e com o outro.

Na avaliação formal foram utilizados diferentes instrumentos de avaliação, considerando as idades e as características de cada um. Para este efeito foram utilizados: o Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oseretsky (Bruininks & Bruininks, 2005), a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (Fonseca, 2021) e o Draw a Person (Naglieri, 1988).

Antes de iniciar a intervenção, foi possível, com a equipa multidisciplinar, conhecer cada criança sobre os comportamentos, a gestão emocional e as dificuldades

através das diferentes valências clínicas.

Feita a avaliação inicial, com os dados recolhidos, foi traçado um Projeto Terapêutico. Este projeto está integrado com um perfil intra-individual, objetos terapêuticos, diretrizes e fundamentação da intervenção e estratégias específicas. Na intervenção psicomotora recorreu-se a uma análise crítica reflexiva, de modo que haja uma melhor progressão para cada caso.

No final da intervenção, realizou-se uma avaliação final, utilizando os mesmos instrumentos aplicados na avaliação inicial, com o objetivo de comparar os resultados obtidos e assim perceber se houve uma evolução, considerando as estratégias e os objetivos delineados.

2.2. Descrição dos instrumentos utilizados

2.2.1 Avaliação informal

Grelha de observação psicomotora de João Costa

A Grelha de observação psicomotora de João Costa (2008) tem como objetivo avaliar a criança em sessão, em contexto de jogo espontâneo, onde se pode observar aspetos no seu desenvolvimento, como fatores psicomotores e aspetos emocionais e cognitivos. Nesta avaliação compreende o contacto estabelecido na criança, a aparência física, os seus interesses, a noção do esquema corporal, a imagem corporal, a qualidade dos gestos espontâneos, a linguagem, a expressão de afetos, o pensamento simbólico e a atividade espontânea. O domínio emocional pode ser avaliado nesta grelha onde se observa a inibição, a regulação emocional e a flexibilidade mental. Para este autor, é necessário que a criança se sinta livre de julgamentos e que haja atividade espontânea. Na sua espontaneidade torna-se possível observar a coordenação motora, o equilíbrio, a estruturação rítmica, a exploração espacial, a noção do corpo e outros fatores importantes para a entender o caso a ser estudado.

Grelha de Observação Psicomotora de Wauters-Krings

A grelha de observação psicomotora (Wauters-Krings, 2009) tem como objetivo observar e analisar o desenvolvimento psicomotor da criança. Na grelha apresenta domínios nomeadamente a relação consigo próprio, com o espaço, com o tempo, com o objeto e com o outro, bem como aspetos ligados à tonicidade, linguagem e gestualidade, exploração e mobilidade. A grelha também permite observar a relação com adultos e

com outras crianças, destacando comportamentos de cooperação, oposição, agressividade, submissão ou liderança. Por fim, inclui indicadores sobre o tipo de jogo, imitações simbólicas, reações ao toque e modos de expressão, oferecendo uma visão integrada do funcionamento psicomotor da criança. Este instrumento ajuda a interpretar o comportamento motor, relacional e simbólico, permitindo ao observador identificar competências, dificuldades e necessidades de intervenção.

2.2.2 Avaliação formal

Bateria psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM)

A BPM (Fonseca, 2021), tem como objetivo avaliar o perfil psicomotor que ajuda a compreender os problemas de comportamento e de aprendizagem. A BPM é considerada uma bateria de observação que permite ao terapeuta observar várias componentes do comportamento psicomotor das crianças/adolescentes com idades entre os 4 e os 12 anos.

A BPM consiste numa serie de simples tarefas distribuídas por setes fatores psicomotores: Tonicidade, Equilibração, Lateralidade, Noção de corpo, Estruturação espaço-temporal, Praxia global e Praxia fina. Os setes fatores psicomotores estão subdivididos em 26 subfatores. Nos fatores com pontuação de 1 (apraxia) indica uma ausência de resposta, realização imperfeita, incompleta, inadequada e descoordenada – muito fraco ou fraco; com pontuação 2 (dispraxia) indica uma realização fraca com dificuldade de controlo e sinais desviantes – satisfatório; com pontuação 3 (Eupraxia), indica uma realização completa, adequada e controlada - bom; com pontuação 4 (hiperpraxia) indica uma realização perfeita, precisa, económica e com facilidades de controlo – excelente.

O resultado total da BPM é obtido cotando todos os subfactores, sendo a cotação média de cada subfactor arredondando. A cotação assim obtida traduz de forma global cada fator. A cotação máxima da prova é de 28 pontos, a mínima é 7 pontos (Fonseca, 2021).

Pontuação entre 27-28 indica um perfil psicomotor superior (perfil hiperprático); pontuação entre 22-26 indica um perfil psicomotor bom (perfil hiperprático); com pontuação entre 14-21 indica um perfil psicomotor normal (perfil euprático); com pontuação 9-13 indica um perfil psicomotor disprático (perfil disprático); com pontuação entre 7-8 indica um perfil psicomotor deficitário (perfil aprático) (Fonseca, 2021).

Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency

Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency, second Edition (BOT-2; Bruininks & Bruininks, 2005), é um teste individual que é utilizado para avaliar diversas habilidades motoras em crianças e adolescentes com idades compreendidas entre os 4 e os 21 anos.

O BOT-2 apresenta duas versões, a versão completa e a versão reduzida. Neste relatório foi utilizado a versão reduzida. Esta versão foi criada para atender à necessidade de uma versão resumida do BOT-2, onde requer menos materiais e menos espaço físico. Todos os itens da forma reduzida foram selecionados por sua utilidade clínica e na facilidade de aplicação. A forma reduzida avalia oito áreas fundamentais, onde organizam-se em quatro domínios distintos, nomeadamente controlo manual fino (a precisão motora fina, integração motora fina); coordenação manual (destreza manual, coordenação dos membros superiores); coordenação corporal (coordenação bilateral, equilíbrio); força e agilidade (velocidade e agilidade e força) (Bruininks & Bruininks, 2005).

O controlo manual fino avalia as habilidades motoras envolvidas na escrita e no desenho, que exigem precisão. A coordenação manual avalia as habilidades motoras envolvidas em alcançar, agarrar e manipular objetos, com velocidade e destreza. A coordenação corporal avalia o equilíbrio e a coordenação dos membros superiores e inferiores. Por fim, a força e agilidade avaliam a força muscular de grandes músculos, a velocidade motora e as habilidades motoras envolvidas na manutenção de uma boa posição corporal ao caminhar (Bruininks & Bruininks, 2005).

A cotação é feita com a soma da pontuação obtida em cada subteste, obtendo assim uma pontuação total, sendo que a pontuação máxima equivale a 72 pontos. A pontuação final terá uma categoria descritiva, um valor de standard e um percentil associado, sendo que um percentil a 98 ou acima apresenta um perfil Bem acima da média, um percentil entre os 84 e os 97, indica um perfil Acima da média, um percentil entre os 18 e os 83 indica um perfil Média, um percentil entre os 3 e os 17, indica um perfil Abaixo da média, um percentil 2 ou abaixo indica um perfil Bem abaixo da média. (Bruininks & Bruininks, 2005).

Draw a Person Test

Draw a Person Test (DAP) (Naglieri, 1988), é uma ferramenta que permite avaliar o esquema corporal da criança assim como características psicológicas, como a

capacidade cognitiva, a criatividade, a personalidade e as emoções, através do desenho da figura humana (homem, mulher e a si próprio) em crianças e adolescentes entre os 5 e os 17 anos. O DAP é usado como uma medida não verbal e por isso as influências da linguagem verbal e outros fatores, como coordenação motora fina e trabalho sob pressão, são reduzidas. É pedido à criança que desenhe três figuras humanas (homem, mulher e a si próprio). Cada desenho deve ser realizado em 5 minutos, desenhando o máximo de pormenores possíveis. A cotação do DAP é organizada em três componentes principais: critérios, categorias e itens. Os critérios têm em conta as diferentes partes do corpo (braços, ligações, vestuário, orelhas, olhos, pés, dedos, cabelo, cabeça, pernas, boca, pescoço, nariz e tronco), tendo 14 critérios ao todo. Dentro de cada critério, existem itens de cotação, que incluem três a sete itens organizados de acordo com as quatro categorias (presença, detalhe, proporção e pontuação bónus) para qualquer um dos 14 critérios.

Relativamente à cotação final, crianças acima do percentil 98 estão ao nível Muito Superior. Se estiverem entre o percentil 91 e o percentil 97 estão ao nível Superior, se estiverem entre o percentil 75 e o percentil 90 estão ao nível Média Alta, se estiverem entre o percentil 25 e o percentil 74 estão ao nível Médio, se estiverem ao nível entre o percentil 9 e o percentil 24 estão ao nível Média Baixa, se estiverem no percentil entre 3 e o percentil 8 estão ao nível *Borderline*, se estiverem abaixo do percentil 2 estão ao nível *Deficient*.

Ficha de Avaliação do Comportamento em Meio Aquático

Este instrumento foi aplicado a um adolescente de 12 anos. A Ficha de Avaliação do Comportamento em Meio Aquático, versão para adolescentes e adultos (Matias & Vieira, 2022), foi selecionada para avaliar as competências e dificuldades dos indivíduos no meio aquático, de forma a possibilitar a definição de um plano de intervenção mais ajustado às suas necessidades.

No total, esta versão integra 86 itens, distribuídos por sete domínios, sendo a desinibição inicial no meio aquático (grupo A), entradas e saídas da piscina (grupo B), mobilizações articulares (grupo C), equilíbrio e flutuação, função respiratória (grupo D), movimentos ativos dentro de água (grupo E) e grau de interação (grupo F) (Matias & Vieira, 2022).

Na ficha de avaliação do comportamento em meio aquático, a cotação varia de acordo com os diferentes domínios avaliados. Nos grupos A, B, E, F e H, a classificação

tem como base o nível de autonomia e do tipo de apoio necessário na execução. A realização de forma espontânea e independente corresponde a 4 pontos, se precisar de ajuda verbal obtém 3 pontos, se combinar ajuda verbal com demonstração obtém 2 pontos, se a execução depende do uso de flutuadores ou de ajuda física direta, obtém 1 ponto. A ausência de execução, expressa através da passividade corresponde a 0 pontos e a oposição em -1 ponto. O grupo C corresponde às mobilizações articulares em que a passividade corresponde a 1 ponto, enquanto a oposição corresponde a -1 ponto. O grupo G avalia a interação com o técnico, com os colegas e com os objetos, o sucesso recebe 1 ponto e o insucesso obtém 0 pontos (Matias & Vieira, 2022).

3. Breve descrição dos casos acompanhados

Ao longo do estágio curricular foram acompanhadas 7 crianças em sessões individuais. Cinco dessas crianças serão brevemente descritas nas tabelas seguintes, enquanto as outras duas serão descritas de forma mais detalhada, como estudos de caso.

3.1. Descrição dos casos acompanhados individualmente

Durante o estágio curricular foram acompanhadas, em intervenção individual, 7 crianças/adolescentes, sendo duas do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Nas tabelas seguintes (ver tabelas 3, 4, 5, 6 e 7) encontram-se descritos os casos da Bárbara, do Salvador, do Cláudio, da Ana e do André (nomes fictícios). Para cada caso serão descritos os dados de enquadramento da criança, nomeadamente nome (fictício), idade, anos de escolaridade, diagnóstico médico e tipo de acompanhamentos, o motivo de encaminhamento, os dados de anamnese, a avaliação inicial e final de forma formal e informal, sendo utilizada a Bateria Psicomotora, o DAP e a observação psicomotora através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). Por fim serão também mencionados os objetivos terapêuticos, as técnicas terapêuticas aplicadas na intervenção e mediadores, e a progressão terapêutica.

Caso 1: Bárbara

Tabela 3: Descrição da intervenção individual caso Bárbara

Identificação	Nome: Bárbara (nome fictício); Idade: 7 anos e 5 meses (idade cronológica calculada no início do processo de avaliação); Ano de escolaridade: 2º Ano de escolaridade; Diagnóstico: Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor; Acompanhamento: Psicomotricidade, Terapia da fala e Educação especial
Motivo do Encaminhamento	Foi encaminhada para a psicomotricidade pela terapeuta da fala e pela pediatra do desenvolvimento por quedas recorrentes, insegurança gravitacional, descoordenação motora, baixa consciência corporal.
Dados da Anamnese	Vive com os pais e não tem irmãos. A Bárbara nasceu de cesariana por sofrimento fetal, com recurso a ventosa e epidural, e foi necessário reanimá-la. Nasceu com peso de 2,975 Kg. De acordo com os pais, a gravidez foi tranquila. A Bárbara não gatinhou, começou a dar os primeiros passos aos 2 e meio. A primeira palavra foi com 1 ano de idade. Usou botas ortopédicas aos 3 anos de idade, durante 2 anos, posteriormente foi até a uma podologista e foi a partir daí que retirou as botas e começou a usar as palmilhas, que continua a usar até aos dias de hoje. A Bárbara neste momento está a tomar um pro-fármaco farmacologicamente inativo para aumentar a capacidade de concentração, 1 vez por dia, de manhã. Relativamente ao comportamento e gestão emocional, a Bárbara já não faz com tanta frequência birras, chorava mais na fase em que não conseguia falar/expressar-se. Na entrada para a creche a Bárbara teve bastantes dificuldades, chorava muito por não querer ir para a escola. A fase mais difícil ocorreu na entrada para o ensino primário, marcada pela constante mudança de professores ao longo de dois anos. Essa instabilidade foi particularmente desafiante para a Bárbara, uma vez que cada novo professor exigia um processo de adaptação. Sempre que havia uma mudança, esse processo precisava de ser reiniciado, o que a afetava de forma significativa, tornando a transição mais difícil. A Bárbara transitou para o primeiro ano da escola por opção dos progenitores. É apoiada pela Equipa Local de Intervenção (ELI) desde maio de 2021, após referência sugerida pela educadora titular. No colégio expressa algumas necessidades e gostos. A Bárbara demonstra gosto pelas atividades físicas. Brinca ao faz-de-conta e participa em pequenas dramatizações simples utilizando mais os gestos. Demonstra interesse pelos sons e música. Movimenta-se ao som da música e imita coreografias. Em casa, gosta de puzzles e brincar ao faz de conta. Anteriormente, frequentou o ballet. Atualmente, utiliza algumas palavras para comunicar e vocalizações. Demonstra compreensão de diferentes temáticas, acenando afirmativamente ou negativamente. A Bárbara iniciou a terapia da fala em 2019 por não apresentar oralidade e pela história clínica já aqui descrita. Foi encaminhada para terapia ocupacional em 2022, para regular as questões sensórias, para trabalhar o equilíbrio e as praxias motoras, no entanto deixou a terapia passado algumas sessões. Posteriormente foi encaminhada para a psicomotricidade em 2022. Neste momento, está em terapia da fala, educação especial, hipoterapia e psicomotricidade.
Avaliação Inicial	Durante as primeiras sessões foi possível avaliar de forma formal através da Bateria Psicomotora e do DAP e de forma informal através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). BPM: Foram avaliados os 7 fatores psicomotores, a Bárbara obteve um Perfil Psicomotor quantitativo de 12, apresentando um perfil dispráxico . Apresenta um <u>perfil hipotónico</u> , uma vez que é uma criança mais extensível, calma em termos de atividade, apresenta um perfil postural hipotónico. Na <u>tonicidade</u> , obteve uma cotação de 3. Extensibilidade – 3/4; Passividade – 2/4; Paratonia - 3/4; Diadocínias - 4/4; Sincinesias – 3/4. No <u>Equilíbrio</u> obteve uma cotação de 1. Imobilidade – 1/4; Equilíbrio estático – 1/4; Equilíbrio dinâmico – 2/4. Na <u>Lateralidade</u> obteve uma cotação de 2. Na <u>Noção</u>

	do corpo obteve uma cotação de 2. Sentido cinestésico – 2/4; Reconhecimentos direita/esquerda – 2/4; Auto-imagem – 2/4; Imitação de gestos – 1/4; Desenho do corpo – 2/4. Na <u>Estruturação Espaciotemporal</u> obteve uma cotação de 1. Organização – 1/4; Estruturação dinâmica – 1/4; Representação topográfica – 2/4; Estruturação rítmica – 1/4. Na <u>Praxia Global</u> obteve uma cotação de 2. Coordenação oculo-manual – 1/4; coordenação oculo-pedal – 2/4; dismetria – 2/4; dissociação – 2/4. Na <u>Praxia fina</u> obteve uma cotação de 1. Coordenação dinâmica manual – 1/4; tamborilar – 1/4; Velocidade-precisão - 1/4. DAP: A Bárbara realizou os desenhos da figura humana com algumas dificuldades. Foi possível observar que a Bárbara durante a realização dispersou do objetivo, sendo que ainda faltavam elementos importantes na figura humana. Também é importante referir que a Bárbara distraiu-se muito facilmente, colocando sempre a mão no cabelo, algo que demonstra muito em momentos de avaliação e quando está em tarefa de mesa, e por isso não conseguia estar atenta ao seu desenho, o que levou no último desenho (Homem), faltarem alguns elementos importantes, nomeadamente o tronco. Mas apesar disso, a Bárbara demonstrou interesse e desenhou flores e corações, algo que gosta de ter na roupa e nos acessórios. Faz alguma pressão no lápis ao segurar com a sua mão direita. Movimentou bastante a folha durante a realização. Neste teste, a Bárbara obteve um total bruto de 81 pontos, correspondendo a um valor de standard de 84 pontos, revela um percentil 14 verificando assim uma classificação final de média baixa. Observação psicomotora: A Bárbara é uma menina pouco verbal, respondendo apenas sim ou não, embora de forma mais audível. Demonstra-se mais animada, reagindo com sorrisos nas atividades realizadas. A relação terapêutica foi crescendo, mostrando mais à vontade ao longo na intervenção. A sua postura melhorou significativamente na avaliação, demonstrando uma postura mais relaxada. No entanto, ainda necessita de alguns feedbacks positivos, e ainda revela bastante atenta às expressões faciais da terapeuta, o que poderá ainda estar associado à baixa autoestima. Explora mais o espaço envolvente e o movimento do corpo. Apesar disso, ainda apresenta dificuldades na estruturação rítmica, nomeadamente no tempo de reação. Ainda tende a distrair-se no espelho, mas foi possível observar uma menina com mais expressividade e mais à vontade nas sessões. E melhorou bastante na exploração de materiais e no jogo simbólico. Ao nível de compreensão de informação, tem demonstrado progressos, embora ainda apresente dificuldades em algumas situações.
Plano Terapêutico	O plano terapêutico foi elaborado com base na anamnese e na avaliação inicial realizada, tendo como objetivos terapêuticos: Adequar a tonicidade; Desenvolver o controlo do equilíbrio dinâmico, diminuindo a sua insegurança gravitacional; Desenvolver a consciência corporal; Desenvolver as noções espaciais e temporais; Promover a coordenação motora; Promover a regulação emocional; Promover a valorização pessoal.
Avaliação Final	Nas últimas sessões foi possível avaliar de forma formal através da Bateria Psicomotora e do DAP e de forma informal através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). BPM: Foram avaliados os 7 fatores psicomotores, a Bárbara obteve um Perfil Psicomotor quantitativo de 15, apresentando um perfil eupráxico. A Bárbara ainda apresenta um <u>perfil hipotónico</u>, uma vez que é uma criança extensível, calma em termos de atividade, apresenta um desenvolvimento postural mais lento. Na <u>tonicidade</u>, obteve uma cotação de 3. Extensibilidade – 3/4; Passividade – 3/4; Paratonia - 3/4; Diadocínias - 3/4; Sincinesias – 3/4. No <u>Equilíbrio</u> obteve uma cotação de 2. Imobilidade – 2/4; Equilíbrio estático – 1/4; Equilíbrio dinâmico – 2/4. Na <u>Lateralidade</u> obteve uma cotação de 3. Na <u>Noção do corpo</u> obteve uma cotação de 2. Sentido cinestésico – 3/4; Reconhecimentos direita/esquerda – 3/4; Auto-imagem – 2/4; Imitação de gestos – 1/4; Desenho do corpo – 2/4. Na <u>Estruturação Espaciotemporal</u> obteve uma cotação de 2. Organização – 1/4; Estruturação dinâmica – 3/4; Representação topográfica – 3/4; Estruturação rítmica – 1/4. Na <u>Praxia Global</u> obteve uma cotação de 2. Coordenação oculo-manual –

	2/4; coordenação oculo-pedal – 1/4; dismetria – 2/4; dissociação – 3/4. Na <u>Praxia fina</u> obteve uma cotação de 1. Coordenação dinâmica manual – 1/4; tamborilar – 1/4; Velocidade-precisão - 1/4. DAP A Bárbara realizou os desenhos da figura humana com algumas dificuldades. Foi possível observar melhorias na cotação final, mas ainda apresenta algumas dificuldades, baixou o valor no desenho de si próprio, mas melhorou o desenho da figura do homem. Durante a realização do desenho foram perguntadas algumas coisas sobre o mesmo e a mesma não conseguiu responder. A Bárbara encontrava-se bastante desconcentrada, parava muitas vezes para olhar à sua volta, e é importante referir que a compreensão da informação é limitada. No entanto é uma menina muito criativa, acrescentando elementos como brincos e uma bolsa a tira colo. Continua a fazer alguma pressão no lápis. Neste teste, a Bárbara obteve um total bruto de 89 pontos, correspondendo a um valor de standard de 86 pontos, revela um percentil 18 verificando assim uma classificação final de média baixa. Observação psicomotora: A Bárbara é uma menina pouco verbal, respondendo apenas sim ou não, embora de forma mais audível. Demonstra-se mais animada, reagindo com sorrisos nas atividades realizadas. A relação terapêutica foi crescendo, mostrando mais à vontade ao longo na intervenção. A sua postura melhorou significativamente na avaliação, não demonstrando uma postura tensa. No entanto, ainda necessita de alguns feedbacks positivos, e ainda revela bastante atenta às expressões faciais da terapeuta, o que poderá ainda estar associado à baixa autoestima. Explora mais o espaço envolvente e o movimento do corpo. Apesar disso, ainda apresenta dificuldades na estruturação rítmica, nomeadamente no tempo de reação. Ainda tende a distrair-se no espelho, mas foi possível observar uma menina com mais expressividade e mais à vontade nas sessões. E melhorou bastante na exploração de materiais e no jogo simbólico. Ao nível de compreensão de informação, tem demonstrado progressos, embora ainda apresente dificuldades em algumas situações.
Técnicas terapêuticas aplicadas na intervenção/mediadores (exemplos)	Jogo, técnicas percetivo-motoras, Mediadores artísticos-expressivos (dança, música)
Progressão Terapêutica	A intervenção teve duração de 7 meses. Das 25 sessões de intervenção previstas (3 sessões de avaliação inicial + 19 de intervenção + 3 sessões de avaliação final), a Bárbara compareceu a 24 sessões, demonstrando ser uma menina bastante pontual e assídua. Durante a intervenção observa-se uma ligeira progressão geral na Bárbara. Ao nível da relação terapêutica, foi visível uma maior à vontade na sala e com a terapeuta, embora o seu discurso continuasse pouco desenvolvido. Ao longo das sessões, a Bárbara notou-se mais confortável com o espaço envolvente, o que se refletiu em movimentos mais soltos e menos rigidez. Na comunicação verbal, apesar de continuar a apresentar algumas dificuldades, já começou a utilizar mais algum vocabulário, deixando de se limitar ao “sim” e “não”. Verificou-se assim, um ligeiro aumento na autoconfiança e autoestima, ainda que estas se mantenham em níveis baixos. Verificou-se também ligeiras melhorias no equilíbrio, na lateralidade, na organização espacial e na coordenação motor. A Bárbara demonstra mais uma vez criatividade no desenho, principalmente no desenho do corpo, mas apesar disso continua a apresentar uma pobre consciência corporal, demonstrando assim no desenho do DAP. Durante as sessões é capaz de desenhar e identificar todos os elementos em falta, mas na avaliação final demonstrou-se mais

	desconcentrada e com dificuldades em distinguir a figura masculina da feminina, algo que conseguiu realizar na avaliação inicial. Notou-se assim maiores dificuldades no desenho do corpo após a intervenção, contudo poderá estar associado à menor concentração observada neste momento de avaliação. Também importante referir que a Bárbara apresenta dificuldade na compreensão de informação mesmo em instruções simples. Apesar disso, Bárbara é uma menina muito doce, cooperativa e disponível para participar nas atividades. Quando encontra obstáculos, tende a insistir em tentar sozinha até conseguir completar a tarefa, e pede ajuda quando realmente sente que não consegue.
--	---

Caso 2: Salvador

Tabela 4: Descrição da intervenção individual, caso Salvador.

Identificação	Nome: Salvador (nome fictício); Idade: 7 anos e 10 meses (idade cronológica calculada no início do processo de avaliação); Ano de escolaridade: 1º Ano de escolaridade; Diagnóstico: Atraso Global Do Desenvolvimento Psicomotor; Acompanhamento: Psicomotricidade e Terapia da fala
Motivo do encaminhamento	Foi encaminhado pela terapeuta da fala e ocupacional para uma avaliação em psicomotricidade, onde se veio a verificar a real necessidade de intervenção da valência de forma a aumentar os ganhos nas restantes valências e aumento da qualidade de vida e autonomia do utente. É importante salientar que realiza psicomotricidade em meio aquático nos períodos entre abril/maio e setembro/outubro e psicomotricidade em contexto de sala-ginásio durante todo o ano.
Dados da Anamnese	Vive com os pais e frequenta muito tempo a casa dos avós. É filho único. O Salvador nasceu de cesariana de urgência por CTG irregular, às 41 semanas e 6 dias. Durante a gravidez, os pais referem que foi um período com bastante tensão e trabalho. Relativamente à história médica, sofreu um AVC neonatal arterial cerebral intrauterino, realizou uma ressonância magnética nos primeiros dias de vida relativo ao AVC. Neste momento, toma medicação para as convulsões. Veio encaminhado com diagnóstico de AVC neonatal e atraso global do desenvolvimento psicomotor. Relativamente às rotinas, o Salvador dorme cerca de 8 horas por noite, não apresentando dificuldades em adormecer. Consegue comer sozinho, mas por vezes gosta que os familiares ajudem, principalmente a mãe. Já tem autonomia a aplicar o creme no corpo, a lavar o corpo e a lavar o cabelo sozinho. Relativamente às atividades extracurriculares, já frequentou a música e os pais estão a considerar colocá-lo num ginásio para crianças. Na creche adaptou-se, sem grandes dificuldades. Contudo, a transição para o 1.º ano de escolaridade revelou-se desafiante sobretudo ao nível comportamental, apresentando várias birras, algo que acontece frequentemente em diferentes contextos. O Salvador apresenta dificuldades na comunicação, no comportamento e na motricidade dos membros superiores, principalmente no membro superior direito, devido ao AVC. No momento, é acompanhado na clínica nas valências de psicomotricidade em contexto de sala-ginásio e meio aquático (nos períodos entre abril/maio e setembro/outubro, fazendo os dois contextos) e terapia da fala. Também está a ser acompanhado em fisioterapia fora da clínica e está na APCB (Associação de Paralisia Cerebral) em equitação, terapia ocupacional e fisioterapia. Ao nível da psicomotricidade, apresentou dificuldades mais emergentes ao nível do controlo tónico, lateralidade, consciência corporal, tempo de permanência em tarefa e em sequência estruturação espacial (orientação e organização no espaço) e na gestão emocional. É uma criança que apresenta bastante agitação psicomotora, tendo dificuldades em permanecer em tarefa, assim como cumprir tarefas subdivididas em duas fases. O Salvador iniciou o contexto de psicomotricidade em sala-ginásio de forma individual, mas por reavaliação do plano terapêutico optou-se pela abordagem de trabalho a par, mas passadas 3 sessões, por incompatibilidade de horários, tiveram de cancelar a abordagem, retornando assim a sessão individual.
Avaliação Inicial	Durante as primeiras sessões foi possível avaliar de forma formal através da Bateria Psicomotora e do DAP e de forma informal através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). BPM: Foram avaliados os 7 fatores psicomotores, a Salvador obteve um Perfil Psicomotor quantitativo de 11, apresentando um perfil dispráxico. Apresenta um perfil hipotónico, uma vez que demonstrou tranquilo a nível da atividade e o seu desenvolvimento revela-se mais lento, mas é importante referir que o Salvador quando se apresenta frustrado e contrariado, o seu tónus torna-se mais tenso e rígido. Porém, durante a avaliação esteve bastante calmo e cooperativo, demonstrando uma predisposição para a marcha e para a exploração do espaço envolvente.

	Relativamente à <u>tonicidade</u>, obteve uma pontuação de 2. Extensibilidade – 2/4; Passividade – 3/4; Paratonia - 3/4; Diadocínias - 2/4; Sincínias – 2/4. No <u>Equilíbrio</u> obteve uma cotação de 1. Imobilidade – 1/4; Equilíbrio estático – 1/4; Equilíbrio dinâmico – 1/4. Na <u>Lateralidade</u> obteve uma cotação de 4. Na <u>Noção do corpo</u> obteve uma cotação de 1. Sentido cinestésico – 1/4; Reconhecimentos direita/esquerda – 2/4; Auto-imagem – 1/4; Imitação de gestos – 1/4; Desenho do corpo – 1/4. Na <u>Estruturação Espaciotemporal</u> obteve uma cotação de 1. Organização – 1/4; Estruturação dinâmica – 1/4; Representação topográfica – 1/4; Estruturação rítmica – 1/4. Na <u>Praxia Global</u> obteve uma cotação de 1. Coordenação óculo-manual – 1/4; coordenação oculo-pedal – 1/4; dismetria – 2/4; dissociação – 1/4. Na <u>Praxia fina</u> obteve uma cotação de 1. Coordenação dinâmica manual – 1/4; tamborilar – 1/4; Velocidade-precisão - 1/4. DAP: Relativamente ao DAP, o Salvador realizou os desenhos da figura humana com bastantes dificuldades. Conseguiu desenhar a cabeça, os olhos, a boca e o nariz e um bocado de cabelo, mas o resto não foi representado, limitou-se a fazer alguns rabiscos, o que demonstra que ainda não tem consciência do corpo da figura humana. Apenas na figura de si próprio é desenhado as pernas com os pés (pelo menos foi o que deu a entender durante a realização). Nas figuras seguintes apenas desenhado a cabeça e os restantes elementos mencionados em cima. O Salvador utilizou a mão esquerda para desenhar, uma vez que não tem muita mobilidade no braço direito. E por essa razão, movia a folha muitas vezes, não conseguindo mantê-la fixa, sendo necessário lembrá-lo várias vezes para utilizar o braço direito como apoio. Durante a realização foi possível observar alguma pressão no lápis ao segurar. É importante referir que o Salvador demonstrou muito entusiasmo ao ver a folha na mesa, sendo uma atividade que ele gosta. Apesar das limitações na mão direita, o Salvador foi melhorando no decorrer na tarefa, apresentando mais consciência desta mão. Neste teste, o Salvador obteve um total bruto de 22, correspondendo a um valor standard de 40 pontos, revela um percentil de 1 verificando assim uma classificação final de deficiente. Observação psicomotora: O Salvador é um menino comunicativo e curioso, mostrando interesse por tudo à sua volta. No entanto, quando é passado o feedback ao pai, demonstra desagrado e fuga, para não ouvir a informação. A relação terapêutica entre o Salvador e a psicomotricista era positiva, mostrando-se sempre à vontade e confiante durante as sessões. Relativamente ao jogo espontâneo e à exploração dos materiais, o Salvador revelava muita curiosidade e iniciativa. Gostava de explorar todo o espaço da sala, saltava no trampolim, pegava nas bolas e arcos, abria o armário para descobrir os diferentes materiais disponíveis. O Salvador mostrava, também, gosto em imitar os movimentos dos outros e estava sempre atento ao que acontecia à sua volta. Em termos comportamentais, apresentava bastante rigidez comportamental, e por vezes atitudes de desafio perante o adulto (terapeuta). Quando contrariado, reagia com gritos, preferindo fazer as coisas à sua maneira. Entre as suas preferências, destaca-se o gosto especial pela música e um fascínio particular por instrumentos de percussão, especialmente os tambores. Chegando muitas vezes a bater na mesa com as mãos apenas pelo prazer do som. Demonstra ainda uma boa memória, conseguindo decorar músicas muito rapidamente. Em termos de autônima, consegue descalçar as sapatilhas sozinho, mas não consegue calçar devido à sua dificuldade.
Plano Terapêutico	O plano terapêutico foi elaborado com base na anamnese e na avaliação inicial realizada, tendo como objetivos terapêuticos: Adequar a tonicidade (Consciencializar os estados de tensão e descontração, ao nível dos membros superiores e inferiores); Desenvolver o controlo do equilíbrio dinâmico, diminuindo a sua insegurança gravitacional; Desenvolver a consciência corporal; Desenvolver as noções espaciais e temporais; Desenvolver a coordenação motora; Desenvolver a regulação emocional; Promover a autorregulação e a linguagem; Promover a atenção e concentração.

Avaliação Final	Nas últimas sessões foi possível avaliar de forma formal através da Bateria Psicomotora e do DAP e de forma informal através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). BPM: Foram avaliados os 7 fatores psicomotores, a Salvador obteve um Perfil Psicomotor quantitativo de 11, apresentando um perfil dispráxico. O S. apresenta um perfil hipotónico, uma vez que demonstrou um desenvolvimento mais lento, mas é importante referir que o Salvador quando se apresenta frustrado e contrariado, o seu tónus torna-se mais tenso e rígido. Porém, durante a avaliação esteve bastante calmo e cooperativo, demonstrando uma predisposição para a marcha e para a exploração do espaço envolvente. Relativamente à <u>tonicidade</u>, obteve uma pontuação de 2. Extensibilidade – 2/4; Passividade – 3/4; Paratonia - 3/4; Diadocínésias - 2/4; Sincinesias – 2/4. No <u>Equilíbrio</u> obteve uma cotação de 1. Imobilidade – 2/4; Equilíbrio estático – 1/4; Equilíbrio dinâmico – 2/4. Na <u>Lateralidade</u> obteve uma cotação de 4. Na <u>Noção do corpo</u> obteve uma cotação de 1. Sentido cinestésico – 2/4; Reconhecimentos direita/esquerda – 2/4; Auto-imagem – 1/4; Imitação de gestos – 1/4; Desenho do corpo – 1/4. Na <u>Estruturação Espaciotemporal</u> obteve uma cotação de 1. Organização – 1/4; Estruturação dinâmica – 2/4; Representação topográfica – 1/4; Estruturação rítmica – 1/4. Na <u>Praxia Global</u> obteve uma cotação de 1. Coordenação óculo-manual – 1/4; coordenação oculo-pedal – 1/4; dismetria – 2/4; dissociação – 1/4. Na <u>Praxia fina</u> obteve uma cotação de 1. Coordenação dinâmica manual – 1/4; tamborilar – 1/4; Velocidade-precisão - 1/4. DAP: O Salvador continua com bastantes dificuldades nos desenhos da figura humana. Conseguiu desenhar a cabeça, os olhos, a boca e o nariz, um bocado de cabelo, mas o resto não foi representado, limitando-se mais uma vez a fazer rabiscos, quando é perguntado o que é, o mesmo não consegue responder. Apenas na figura humana de si próprio conseguiu desenhar o pescoço e o tronco e os braços. É importante referir a dificuldade que o Salvador tem na pega do lápis e o facto de não utilizar a outra mão para segurar a folha (havendo uma insistência para a utilizar). Utilizou a mãos esquerda, a mão dominante. O Salvador demonstra interesse quando é colocado uma folha à frente querendo sempre desenhar ou escrever números (pelo menos foi o que fez na folha depois da avaliação). Neste teste, o Salvador obteve um total bruto de 23, correspondendo um percentil de 1, verificando assim uma classificação final de deficiente. Observação psicomotora: O Salvador é um menino comunicativo e curioso, que mantém o gosto pela imitação de gestos. Durante as atividades musicais, continua a mostrar interesse pelos sons que produz ao bater com as mãos na mesa ou nas pernas, revelando grande entusiasmo. Relativamente ao jogo espontâneo e à exploração dos materiais, o Salvador demonstra sempre curiosidade e vontade de participar nas brincadeiras, questionando frequentemente durante as sessões. Continua a explorar o espaço, nomeadamente saltar no trampolim e explorar o armário. A Relação terapêutico tem sido positiva, com progressos visíveis, sobretudo nos momentos de oposição. O Salvador tem mostrado maior capacidade de reconhecer quando o seu comportamento não é adequado. Apesar de ainda demonstrar alguma rigidez e comportamentos de desafio perante o adulto, observa-se uma evolução favorável. Embora ainda ocorram episódios de fuga ou frustração, o Salvador pede desculpa com mais frequência e demonstra maior respeito pelas regras. Os momentos de birra e gritos têm diminuído gradualmente. Ao nível da autonomia, continua a ser uma área em que revela muitas dificuldades, ainda não conseguindo calçar-se sozinho.
Técnicas terapêuticas aplicadas na	Jogo (bolas, arcos, Uno, Jenga, animais, entre outros); Técnicas percetivo-motoras; Mediadores artísticos-expressivos (música e dança);

intervenção/mediadores (exemplos)	
Progressão Terapêutica	A intervenção teve duração de 7 meses. Das 22 sessões de intervenção previstas (3 sessões de avaliação inicial + 16 sessões de intervenção + 3 sessões de avaliação final) o Salvador compareceu a 21 sessões, demonstrando ser um menino bastante pontual e assíduo. Ao longo do estágio, observou-se ligeiras melhorias no Salvador, nomeadamente no comportamento e na relação terapeuta. Não apresenta tantas birras nem demonstra comportamento de desafio perante a terapeuta, durante as sessões. Chega bem-disposto, com um sorriso no rosto, e mostra entusiasmo ao perguntar pelo ritual inicial, que é algo que gosta bastante. Pede desculpa com mais frequência, mesmo em situações em que não seria necessário. Também tem mais momentos de brincar. Na comunicação verbal, o Salvador continua a apresentar dificuldades no discurso, especialmente na utilização de frases na primeira pessoa. Apesar disso, mantém-se muito comunicativo e curioso, sempre interessado em tudo o que o rodeia. Tem um interesse especial pelos animais, querendo frequentemente que as atividades envolvam este tema, o que por vezes existe uma resistência na mudança de tarefa, já que prefere continuar com os animais. No resultado na BPM se mantiveram com os valores semelhantes à avaliação inicial, embora notaram-se melhorias no equilíbrio dinâmico e na mobilidade. Já consegue permanecer mais tempo de olhos fechados e imóvel, o que representa uma evolução. Nos restantes fatores, também houve pequenas melhorias. No DAP, o Salvador voltou a apresentar dificuldades no desenho da figura humana, em parte devido a dificuldades na preensão do lápis. No entanto, nesta avaliação conseguiu representar o pescoço e os braços, o que não tinha acontecido anteriormente. É importante referir que a compreensão da informação e o facto de apresentar mais cansado na avaliação, pode ter influenciado os resultados obtidos. No entanto, o Salvador é um menino divertido e bastante curioso, bastante atento a tudo à sua volta. Tem entrado nas sessões de forma mais tranquila, mostrando que sabe que deve tirar as sapatilhas e começar o ritual inicial. Nas últimas sessões tem-se mostrado bem-disposto e entusiasmado com as atividades propostas.

Caso 3: Cláudio

Tabela 5: Descrição da intervenção individual caso Cláudio

Identificação	Nome: Cláudio (nome fictício); Idade: 6 anos e 11 meses (idade cronológica calculada no início do processo de avaliação); Ano de escolaridade: 1º Ano de escolaridade; Diagnóstico: Atraso Global do Desenvolvimento; Acompanhamento: Psicomotricidade, Terapia da fala e Terapia ocupacional
Motivo do encaminhamento	Foi encaminhado por parte da terapeuta da fala e da terapeuta ocupacional, por dificuldades na comunicação verbal e não verbal, pela baixa tolerância à frustração, cumprimento de regras, dificuldades na consciência corporal e no planeamento motor. Começou a psicomotricidade em 2024.
Dados da Anamnese	Vive com a mãe. Tem dois irmãos da parte do pai e 1 irmão da parte da mãe. A Cláudio nasceu de parto normal, com 38/40 semanas. Não foi necessária reanimação à nascença. De acordo com o pai os marcos de desenvolvimento, começaram dentro da norma, relativamente ao comportamento e gestão emocional, sempre foi sossegado. Durante a noite, nunca teve nenhum problema, sempre dormiu bem. Na escola sempre teve um bom comportamento e tem um bom relacionamento com os pares. O Cláudio atualmente frequenta um ginásio para crianças, um espaço de exploração para crianças. Também frequenta, quando consegue, o futsal. Em casa gosta de jogos de computador e tablet, também gosta de jogos de construção. Relativamente à autonomia o Cláudio é independente na Alimentação e na Higiene Sanitária. Quanto ao Vestir/Despir, necessita de ajuda leve a moderada, dependendo do tipo de vestuário, sendo capaz de calçar e descalçar os sapatos de forma independente. Realiza a Higiene Pessoal com supervisão. De acordo com a terapeuta ocupacional, o C. apresenta dificuldades nas competências motoras e práxis, bem como sensoriais, sociais e de comunicação/interação.
Avaliação Inicial	Durante as primeiras sessões foi possível avaliar de forma formal através da Bateria Psicomotora e do DAP e de forma informal através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). BPM: Foram avaliados os 7 fatores psicomotores, a Cláudio obteve um Perfil Psicomotor quantitativo de 13, apresentando um perfil dispráxico. O C. apresenta um perfil hipertónico, uma vez que é uma criança ativa, com um desenvolvimento postural mais precoce, daí a sua predisposição para a marcha e para a exploração do espaço envolvente. No entanto, os seus movimentos são frequentemente descoordenados e por vezes inadequados. Relativamente à <u>tonicidade</u>, obteve uma pontuação de 3. Extensibilidade – 3/4; Passividade – 3/4; Paratonia - 3/4; Diadocínias - 3/4; Sincinesias – 2/4. No <u>Equilíbrio</u> obteve uma cotação de 2. Imobilidade – 2/4; Equilíbrio estático – 1/4; Equilíbrio dinâmico – 2/4. Na <u>Lateralidade</u> obteve uma cotação de 2. Na <u>Noção do corpo</u> obteve uma cotação de 1. Sentido cinestésico – 1/4; Reconhecimentos direita/esquerda – 1/4; Auto-imagem – 2/4; Imitação de gestos – 1/4; Desenho do corpo – 2/4. Na <u>Estruturação Espaciotemporal</u> obteve uma cotação de 2. Organização – 2/4; Estruturação dinâmica – 3/4; Representação topográfica – 3/4; Estruturação rítmica – 1/4. Na <u>Praxia Global</u> obteve uma cotação de 2. Coordenação óculo-manual – 1/4; coordenação oculo-pedal – 2/4; dismetria – 2/4; dissociação – 3/4. Na <u>Praxia fina</u> obteve uma cotação de 1. Coordenação dinâmica manual – 2/4; tamborilar – 1/4; Velocidade-precisão - 1/4. DAP: o Cláudio realizou os desenhos da figura humana apresentando poucos elementos importantes. Não incluiu as orelhas nem a roupa, representou os braços e as pernas apenas com uma linha. As mãos tinham 3 dedos, também desenhados com uma linha. Foi possível observar que o Cláudio desenhou as três figuras iguais, não demonstrando nenhuma diferença entre menino e menina. Curiosamente, na figura do menino, afirmou que era o seu pai e acabou por desenhá-lo maior do que as outras figuras, com pernas mais compridas e uma cabeça também maior, mas de resto

	manteve o padrão dos outros desenhos. Durante o desenho, o Cláudio utilizou a mão esquerda para desenhar, e foi notório alguma força exercida no lápis, principalmente quando desenhava a zona do cabelo. O Cláudio encontrava-se entusiasmado com o desenho, o que levou posteriormente a desenhar um bebê, desenhando mais pequeno em relação aos restantes. Neste teste, o Cláudio obteve um total bruto de 56, correspondendo a um valor standard de 71 e revela um percentil de 3, verificando assim uma classificação final de <i>Borderline</i>. Breve observação psicomotora: O Cláudio é menino que revela dificuldades ao nível da comunicação, por vezes não consegue expressar. Demonstra interesse pelos materiais e na exploração da sala. No entanto, apresenta dificuldades na permanência em tarefa e em cumprir simples regras. Em determinados momentos, procura o toque do outro e beneficia do jogo espontâneo para expressar-se melhor. Quando perde num jogo apresenta uma postura tensa, podendo reagir com gritos ou apertar os dentes, libertando assim a sua raiva. É uma criança bastante insegura, com baixa autoestima, com autoimagem desadequada e com baixa tolerância à frustração. A relação terapêutica entre o Cláudio e a psicomotricista foi positiva, o Cláudio mostrava-se confortável durante as sessões.
Plano Terapêutico	O plano terapêutico foi elaborado com base na anamnese e na avaliação inicial realizada, tendo como objetivos terapêuticos: Adequar a tonicidade; Promover a noção do corpo; Promover a regulação emocional; Promover a atenção e concentração.
Avaliação Final	Não foi possível realizar a avaliação final do Cláudio, por ter interrompido a intervenção.
Técnicas terapêuticas aplicadas na intervenção/mediadores (exemplos)	Jogo (bolas, arcos, Jenga, puzzles entre outros); Técnicas perceptivo-motoras; Mediadores artísticos-expressivos (música e dança);
Progressão Terapêutica	Das 17 sessões previstas (3 sessões avaliação inicial + 11 sessões de intervenção + 3 sessões de avaliação final), apenas compareceu a 8 sessões. Durante as sessões de intervenção, que foram apenas 5 sessões, foi possível ver uma melhor relação terapêutica entre utente e terapeuta. Brincava mais e conseguia respeitar mais as regras. Mas em termos que autoestima e autoimagem continua baixa e a baixa tolerância à frustração. É uma criança que procurava o conforto do toque e a regulação do toque e pela proximidade corporal, pedindo como reforço os abraços e brincadeiras corporais como lutas, prender mãos e pés (sensação de aperto e pressão).

Caso 4: Ana (nome fictício)

Tabela 6: Descrição da intervenção individual caso Ana.

Identificação	Nome: Ana (nome fictício); Idade: 7 anos e 9 meses (idade cronológica calculada no início do processo de avaliação); Ano de escolaridade: 1º Ano de escolaridade; Diagnóstico: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção; Acompanhamento: Psicomotricidade, Terapia da fala e Terapia Ocupacional
Motivo do encaminhamento	A Ana iniciou psicomotricidade no estrangeiro, encaminhado pela equipa médica do seu caso, dando seguimento posteriormente em Portugal.
Dados da Anamnese	Vive com os pais e com o irmão mais novo. A Ana nasceu no estrangeiro, voltando em 2021 com 4 anos de idade. De acordo com a mãe, voltaram para Portugal por causa do sistema de ensino. A Ana nasceu de parto eutócico de termo sem intercorrências pós-parto. Todavia, a mãe vivenciou, durante o parto, períodos de mais instabilidade emocional. Relativamente aos marcos de desenvolvimento, a Ana começou a andar sozinha e a dizer as primeiras palavras por volta dos 18 meses. Não gatinhou. A nível de autonomia, identificaram-se limitações na autonomia pessoal, nomeadamente dificuldades em adormecer sozinha, sendo que necessitou da figura de vinculação para se acalmar e adormecer, até aos 3 anos teve terrores noturnos. Neste momento apresenta-se mais autónoma, dorme com luz de presença. Ao nível familiar, é proveniente de uma família que acompanha e supervisiona o seu percurso de desenvolvimento, dando-lhe o apoio físico necessário, assim como proteção e assistência. A Ana está a ser acompanhada em terapia da fala, psicologia e psicomotricidade, bem como fisioterapia e terapia da fala em P1. É importante referir que a Ana já era acompanhada, no Luxemburgo, em terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade, durante o tempo que teve lá aprendia o inglês e o francês na escola, em casa aprendia o português, mas a Ana sempre apresentou dificuldades na comunicação e na linguagem, por isso foi muito difícil para a criança aprender as três línguas.
Avaliação Inicial	Durante as primeiras sessões foi possível avaliar de forma formal através da Bateria Psicomotora e do DAP e de forma informal através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). BPM: Foram avaliados os 7 fatores psicomotores, a Ana obteve um Perfil Psicomotor quantitativo de 22, apresentando um perfil bom. O A. apresenta um perfil hipertónico, uma vez que demonstrou ser uma criança ativa, menos extensível, com um desenvolvimento postural mais precoce, mostrando a predisposição para a marcha e para a exploração do espaço envolvente. Relativamente à <u>tonicidade</u>, obteve uma pontuação de 4. Extensibilidade – 4/4; Passividade – 4/4; Paratonia - 4/4; Diadocínias - 4/4; Sincinesias – 3/4. No <u>Equilíbrio</u> obteve uma cotação de 3. Imobilidade – 2/4; Equilíbrio estático – 2/4; Equilíbrio dinâmico – 4/4. Na <u>Lateralidade</u> obteve uma cotação de 3. Na <u>Noção do corpo</u> obteve uma cotação de 3. Sentido cinestésico – 3/4; Reconhecimentos direita/esquerda – 3/4; Auto-imagem – 3/4; Imitação de gestos – 3/4; Desenho do corpo – 4/4. Na <u>Estruturação Espaciotemporal</u> obteve uma cotação de 3. Organização – 2/4; Estruturação dinâmica – 3/4; Representação topográfica – 3/4; Estruturação rítmica – 2/4. Na <u>Praxia Global</u> obteve uma cotação de 2. Coordenação óculo-manual – 2/4; coordenação oculo-pedal – 2/4; dismetria – 2/4; dissociação – 3/4. Na <u>Praxia fina</u> obteve uma cotação de 3. Coordenação dinâmica manual – 3/4; tamborilar – 3/4; Velocidade-precisão - 2/4. DAP: Relativamente ao DAP, a Ana apresentou um bom desempenho na realização do desenho da figura humana de si, de uma mulher e de um homem. É importante referir que a Ana não obteve nenhuma pontuação no fator das mãos uma vez que foi perguntado à criança onde estavam as mãos

	e a sua resposta foi que estavam com as mãos nos bolsos, em todas as figuras e por isso não foi possível avaliar este mesmo fator, mas é perguntado à criança quantos dedos tem a figura humana e a criança resposta de forma correta. Por este motivo, penso que a Ana demonstra algum desagrado em desenhar mãos, principalmente os dedos. Na execução empenhou-se na tarefa, não faz muita pressão no lápis. Foi possível observar que a Ana gosta de desenhar e desenha todos os pormenores que são importantes para ela. Quando foi entregue o papel ficou logo entusiasmada por querer desenhar, mostrando assim um interesse pela pintura e desenho. Neste teste, a Ana obteve um total bruto de 122 pontos, correspondendo a um valor standard de 110, revela um percentil 75 verificando assim uma classificação final de <i>High Average</i>. Observação psicomotora: A Ana era uma menina bem-disposta, alegre e bastante comunicativa, demonstrando facilidade em interagir com os outros. No entanto, apresenta dificuldade em expressar verbalmente o que sente. Revela ainda alguma agitação psicomotora, procurando realizara várias atividades em simultâneo e tendo dificuldade em manter-se focada numa só tarefa durante muito tempo. Relativamente ao jogo espontâneo e a exploração dos materiais, a Ana demonstra bastante interesse pelos materiais disponíveis na sala. Gostava de explorar o espaço de forma ativa e criativa, inventando as suas próprias brincadeiras, muitas vezes envolvendo terapeuta nas suas ideias. Destaca-se pela sua imaginação e criatividade, especialmente no desenho, apresentando desenhos muito pormenorizados. A relação terapêutica estabelecida com a Ana foi bastante positiva. A Ana entrava na sala bastante animada para as sessões.
Plano Terapêutico	O plano terapêutico foi elaborado com base na anamnese e na avaliação inicial realizada, tendo como objetivos terapêuticos: Adequar a tonicidade; Promover a noção do corpo; Promover a estruturação espacial; Promover a regulação emocional; Promover a atenção e concentração.
Avaliação Final	A avaliação final não foi possível de ser realizada, uma vez que, nas últimas sessões, a Ana apresentou uma instabilidade emocional significativa. Recusava a participar nas atividades, o que impossibilitou a realização das tarefas previstas. Por esse motivo, considerou-se que não seria adequado submetê-la a um processo de avaliação, já que os resultados poderiam ficar enviesados, não demonstrando o seu verdadeiro potencial.
Técnicas terapêuticas aplicadas na intervenção/mediadores (exemplos)	Jogo espontâneo e livre; Técnicas percetivo-motoras; Mediadores artísticos-expressivos (música e dança);
Progressão Terapêutica	Ao longo do período de intervenção, o percurso da Ana foi marcado por diversas oscilações, o que levou à necessidade de ajustar o plano terapêutico inicialmente delineado. Foi possível realizar uma avaliação inicial, mas após esta fase, a intervenção teve de ser interrompida devido a alterações no seu horário. As sessões passaram de semanal para quinzenal, por começar a frequentar terapia ocupacional. Além disso, houve uma pausa de cerca de um mês das sessões de psicomotricidade. Quando regressou, de forma quinzenal, apresentava algumas regressões, nomeadamente a nível emocional. Também se verificou que, paralelamente, o seu percurso escolar não estava a correr da melhor forma, o que contribuiu para o seu estado emocional mais fragilizado. Ao retomar as sessões, notou-se uma maior recusa por parte da Ana e uma maior necessidade do jogo espontâneo. Por isso, optou-se por iniciar a intervenção com jogos espontâneos, permitindo assim um ambiente de maior conforto e segurança. Com o tempo, foi possível introduzir atividades mais estruturadas, que foram bem aceites. Aqui foi possível observar uma Ana mais alegre e bem-disposta. Contudo, após algum progresso, a

	Ana voltou a demonstrar sinais de instabilidade emocional, apresentando sinais de comportamentos autodestrutivos, que utiliza como forma de lidar com a ansiedade (beliscar, pele dos cotovelos, da palma das mãos, até criar ferida), fase ao seu descontrole emocional e baixa tolerância a frustração nas últimas sessões levando a recusa total em qualquer tarefas, chegando a chorar descontroladamente. Dado ao seu estado emocional mais frágil nesta fase, considerou-se que não estavam reunidas as condições para realização de uma avaliação, uma vez que não iria demonstrar o seu verdadeiro potencial. Em suma, os percursos da Ana durante estes meses foram marcados por momentos de evolução, mas também por retrocessos, sobretudo influenciados pelo seu estado emocional e pelas circunstâncias externas que afetaram a continuidade e regularidade da intervenção.
--	--

Caso 5: André (nome fictício)

Tabela 7: Descrição da intervenção individual caso André

Identificação	Nome: André (nome fictício); Idade: 5 anos e 11 meses (idade cronológica calculada no início do processo de avaliação); Escolaridade: frequenta o pré-escolar; Diagnóstico: Perturbação do Espectro do Autismo; Acompanhamento: Psicomotricidade, terapia ocupacional e terapia da fala
Motivo do encaminhamento	Foi encaminhado pela médica de pediatria de desenvolvimento, por precisar de estimulação psicomotora por apresentar algumas características de um possível diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.
Dados da Anamnese	Vive com os pais, a avó e as duas irmãs mais velhas. A André nasceu de parto normal, às 42 semanas de gestação, com 3,750kg e 49,5 cm de comprimento. O índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos foi de 10. Não se registaram nenhuma dificuldade, tendo tido alta de acordo com tempo de permanência no hospital habitual. Não são salientadas doenças ou outros problemas de desenvolvimento durante os primeiros tempos de vida. Nas etapas de desenvolvimento, a mãe refere que não se recorda a faixa etária em que o André começou a sentar e gatinhar. Contudo, salienta que estas etapas do desenvolvimento decorreram dentro do período normativo. Gatinhou durante pouco tempo. Começou a andar autonomamente por volta dos 12 meses. Relativamente às primeiras palavras, a mãe refere que começou a fazer vocalizações por volta dos 24 meses. Nunca verbalizou nenhuma palavra. Ainda não fez o desfralde. No que diz respeito ao sono, o André desde bebé que “só conseguia dormir o primeiro sono”. Por norma acordava às 2 da madrugada e só voltava a adormecer por volta das 5h. Já esteve medicado com um antipsicótico e um suplemento alimentar à base de melatonina. Numa consulta, em 2022, foi medicado com medicamento à base de melatonina. Atualmente não se registam despertares noturnos durante o sono. O André tem um quarto só para ele, mas dorme acompanhado pela mãe ou irmã. Ainda utiliza chupeta para dormir. Na alimentação foi amamentado exclusivamente por leite materno até aos 6 meses. Não se registaram dificuldades com a introdução das papas e sopas. O André apresenta seletividade alimentar, uma vez que não aceita comer diversos alimentos (ex. carne, peixe, ovo, ervilhas, pão...). Só aceita comer sopa passada. Nos antecedentes clínicos familiares, salienta-se que irmã de 14 anos, possui muitos medos e ansiedade, porém não tem um diagnóstico definitivo. Não há registo de outras doenças neurológicas, psiquiátricas ou de desenvolvimento na família. No percurso educativo, o André entrou no pré-escolar aos 3 anos, tendo estado anteriormente aos cuidados de uma ama. Não se registaram complicações na adaptação ao contexto educativo. Está sinalizado e em acompanhamento no contexto escolar, pela ELI (Equipa Local de Intervenção). No acompanhamento médico e terapêutico, o André desde bebé que usufruiu de acompanhamento pediátrico. Aos 2 anos iniciou acompanhamento terapêutico semanal em terapia da fala e terapia ocupacional. O André também frequenta a natação, semanalmente.
Avaliação Inicial	Observação Psicomotora: Durante as primeiras sessões foi possível avaliar de forma informal, através da grelha de observação psicomotora de João Costa (2008) adaptada e através da grelha de observação psicomotora de Wauters-Krings (2009). Nestas sessões conseguiu-se perceber que o André é uma criança feliz, alegre e bem-disposta. Apresenta um humor alegre e exuberante. Tem uma aparência física cuidada. Na interação com o outro, o seu contacto é indiferente, mas em algumas sessões é capaz de olhar nos olhos da terapeuta de repente, mas posteriormente deixa sem contacto ocular. Apresenta um comportamento muito instável, com momentos de agitação impulsiva e comportamentos repetitivos ou estereotipados. Apresenta movimentos rápidos, repetitivos e impulsivos, foge sempre que é realizado alguma atividade, apresenta uma recusa em trabalhar, fazendo sempre birra cada vez

	que é realizada uma tarefa. Relativamente à noção do corpo, a criança apresenta um esquema corporal imaturo, bem como a imagem corporal. O André realiza gestos bruscos e impulsivos e apresenta algumas sincinesias bucais. Demonstra uma intenção do movimento inoperante e imaturo. A resposta ao estímulo motor, o André apresenta uma resposta desadequada, precipitada uma vez que é capaz de pegar no objetivo sem ouvir a explicação da terapeuta. No que respeita a tonicidade, a criança apresenta um perfil hipertónico, é uma criança ativa, com uma predisposição à marcha e à exploração do espaço envolvente, observando assim movimentos descoordenados. Relativamente à lateralidade, o André não reconhece a direita e a esquerda em si e no outro. Na equilíbrio o André consegue movimentar numa plataforma instável, com alguns desequilíbrios. No equilíbrio dinâmico é não regulado com um descontrolo corporal. As percepções visual e auditiva são adequadas. No deslocamento no espaço, apresenta uma grande predisposição na exploração do espaço, mas a sua orientação encontra-se desorganizada uma vez que a criança apresenta uma postura bastante ativa, deslocando sem planeamento para qualquer movimento. As coordenações óculo-manual e oculo-pedal são insuficientes, pois a criança faz o lançamento da bola, mas não consegue acertar nos cones à sua frente, mas tenta atirar a bola com o objetivo de derrubar, pois esta criança adora no final de cada atividade “destruir”/”desarrumar” alguma coisa. Na interação com o adulto, reconhece as diferenças e as hierarquias durante a sessão, mas por vezes não aceita. Evita por vezes a relação com os adultos, principalmente com a terapeuta por saber que existe regras e tem de cumprir, algo que ele não gosta. Por vezes procura o toque, mas muitas das vezes recusa e evita esse toque. Relativamente à relação com os materiais, o André é indiferente e muitas vezes disruptivo, escolhe diversos objetos, pega e larga, mas é capaz de pegar num objeto e observar a peça perto dos seus olhos, rodando a peça, mas depois larga, atirando muitas vezes para longe. A utilização dos materiais é desadequada, por vezes não compreende a sua utilização e algumas vezes a sua utilização é disruptiva- Durante o jogo, o André não é cooperativo e apresenta muitas vezes o jogo da perseguição, uma vez que a terapeuta está sempre atrás dele para realizar as tarefas propostas, gosta de destruir e desarrumar os materiais dispostos. A criança apresenta uma atenção discordante, privilegia a atenção periférica. Manifesta intenção no desejo, antecipa, mas com indiferença. A atitude perante as tarefas, o André não participativa, faz muitas vezes por oposição. Relativamente às competências de regulação emocional, mostra dificuldades acrescidas, sobretudo quando as atividades propostas não correspondem aos seus interesses, apresentando baixa tolerância. Tem dificuldade em permanecer e o foco nas atividades, necessitando sempre do apoio da terapeuta. O André apresenta dificuldades na comunicação devido às condições de não verbalização, produz sons. Em termos de compreensão, parece compreender algumas questões simples referentes a necessidades básicas e ordens diretas e simples que lhe são dirigidas. Relativamente à sua linguagem e gestualidade, o André apresenta uma linguagem recetiva sem compreensão, apresenta algum vocabulário, mas ainda muito reduzido. A sua voz é adequada. O sorriso é concordante. Apresenta uma postura desafiante e por vezes impulsivo, quando demonstra atitudes de irritabilidade e frustração. Relativamente à comunicação social, a criança envolve-se na interação recíproca com a mãe, inicia uma tentativa de interação através de meios não verbais. O comportamento é dirigido para a mãe por proximidade, contacto físico e o olhar, este comportamento é iniciado pela criança, não é uma resposta ao comportamento da outra pessoa. O André protesta ações ou atividades indesejadas quando está frustrado, dirigindo sinais não verbais, nomeadamente, gritar, chorar, afastar, para que a terapeuta acabe com a atividade indesejada, mas em certas situações é capaz de solicitar ajuda utilizando sinais não verbais para que a terapeuta forneça ajuda na execução de uma ação ou tarefa que não consegue, nomeadamente o subir as escadas.
Plano Terapêutico	O plano terapêutico foi elaborado com base na anamnese e na avaliação inicial realizada, tendo como objetivos terapêuticos: Desenvolver orientação espacial, Promover a autorregulação, estimular o contacto ocular e a resposta aquando é chamado pelo nome, aumento da atenção, promover a comunicação intencional.

Avaliação Final	A avaliação final não foi possível realizar, uma vez que o André passou a ser acompanhado noutra clínica, devido à distância que a família tinha de percorrer. Por esse motivo, não foi possível concluir o processo terapêutico.
Técnicas terapêuticas aplicadas na intervenção/mediadores (exemplos)	Jogo Espontâneo e livre (bolas, arcos, boias, ...); Mediadores artísticos-expressivos (música e dança)
Progressão Terapêutica	O processo terapêutico não foi concluído e não se verificou uma progressão terapêutica significativa. No total foram realizadas sete sessões, duas realizadas em avaliação e cinco sessões de intervenção. Durante este período, apesar de pouco tempo, foi possível notar algumas melhorias, como maior capacidade de estabelecer contacto ocular com a terapeuta. O André era um menino que quando era contrariado, recusava-se a participar nas atividades propostas e apresentava episódios frequentes de “birra”. Mas no geral o André era um menino alegre e bem-disposto.

IV. Estudos de Caso

Considerando que ambos os casos se enquadram na mesma perturbação - PEA - a revisão teórica que se apresenta a seguir foi elaborada de forma a enquadrar ambos os casos.

Revisão teórica de apoio de suporte ao Caso I e II

A PEA é uma perturbação do neurodesenvolvimento caracterizada por dificuldades na comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Os sintomas têm um início precoce no desenvolvimento e afetam o funcionamento diário (APA, 2014).

De forma geral, os sintomas da PEA podem ser agrupados em cinco grandes domínios: défices no relacionamento, na fala e linguagem, no ritmo de desenvolvimento, na motricidade e na percepção (Fernandes, 2008). As dificuldades no relacionamento não se limitam às interações sociais, abrangendo também a forma como a criança se relaciona com os objetos e com o meio envolvente (Fernandes, 2008). De acordo com Brito e Misquiatti (2013), estas dificuldades comprometem a interação ativa com os objetos, os quais poderiam desempenhar um papel essencial na construção da percepção do próprio corpo e na compreensão do ambiente.

No domínio da fala e da linguagem, verifica-se frequentemente um atraso no desenvolvimento comunicativo, associado a ecolalias, inversão de pronomes pessoais e dificuldades na compreensão e uso pragmático da linguagem (Noterdaeme et al., 2010). Mesmo em casos de maior competência linguística, podem persistir alterações prosódicas, rigidez na comunicação e défices na compreensão inferencial e emocional da linguagem.

Relativamente ao ritmo de desenvolvimento, observa-se uma aquisição irregular das competências cognitivas, linguísticas e motoras, com períodos de avanços e retrocessos. Essa variabilidade pode refletir dificuldades na integração sensório-motora e na planificação das ações (Gowen & Hamilton, 2013).

Os défices na motricidade são amplamente documentados e manifestam-se tanto em dificuldades de coordenação global e equilíbrio, como em gestos finos e praxias (Berger, 2013; Gowen & Hamilton, 2013). As crianças com PEA tendem a apresentar maior variabilidade motora, dificuldades na execução e planificação dos movimentos, hipotonia, maneirismos e estereotipias corporais, que lhes conferem, por vezes, uma aparência motora rígida ou pouco natural, dificuldades estas relacionadas com

perturbações na integração sensorio-motora, responsáveis pela iniciação, inibição e manutenção do movimento (Berger, 2013).

Por fim, os défices de percepção caracterizam-se por alterações na forma como os estímulos sensoriais são processados e integrados. As crianças com PEA podem demonstrar hipersensibilidade ou hipossensibilidade a determinados estímulos, uma atenção pouco seletiva e dificuldade em integrar informações provenientes de diferentes modalidades sensoriais (Gowen & Hamilton, 2013). Essa desorganização sensorial contribui para comportamentos de evitamento, fixação em certos estímulos e dificuldades na autorregulação e na percepção corporal.

Os défices psicomotores bloqueiam o desenvolvimento harmonioso nos domínios psicoafectivos, cognitivo e instrumental (Brito & Misquiatti, 2013). O número de problemas motores experienciados pelas crianças com PEA pode prever a gravidade das competências emocionais e comportamentais. Estas dificuldades influenciam o número e o tipo de oportunidades de interação, com implicações ao nível do desenvolvimento social (Frazão, Santos & Lebre, 2021). Os sinais prevalecem nas idades mais precoces, apresentando no bebé de meses perturbação tónica como hipotonia ou hipertonia e gesticulação incessante, recusa de contacto físico e ausência de diálogo tónico-emocional. A ausência ou atípica gestualidade, mímica, interação com o envolvimento, simbolização e socialização são predominantes, não obstante um atraso do desenvolvimento psicomotor (Brito & Misquiatti, 2013). Ao nível das dificuldades na proficiência/desempenho motor podem ser observadas dificuldades de equilíbrio estático e dinâmico, défices de controlo postural, dificuldades de coordenação e planeamento motor fino e grosso, disfunções na lateralidade, dificuldades de imitação, orientação espacial e jogo simbólico (Frazão, Santos & Lebre, 2021).

A criança desenvolve e matura no contato com o mundo vivenciando e experienciando com as relações, via corpo, que é no início o seu único meio de comunicação (Fernandes, 2008).

Na PEA, o corpo da criança permanece muitas vezes mudo, silencioso, carente de gestualidade, sem expressão nem movimento, fechado em si mesmo e isolado do mundo (Fernandes, 2008). O corpo da criança movimenta-se num tempo eterno, sem pausas, num espaço sem limites, sem um lugar no qual possa orientar-se, navegando no vazio. As noções de tempo e de espaço constituem as bases essenciais do

desenvolvimento motor, cognitivo e social, mas para que possam emergir é necessário que as noções de esquema e imagem corporal estejam integradas.

As crianças com PEA revelam dificuldades em compreender o seu corpo na sua globalidade e em reconhecer a relação entre as partes corporais e as suas funções. Quando essa integração falha, surgem movimentos, ações e gestos pouco adaptados, muitas vezes desprovidos de intencionalidade comunicativa. O corpo pode, assim, tornar-se um objeto de angústia e de pânico, sobretudo quando não é suficientemente estimulado e compreendido. Torna-se, então, essencial que o corpo seja vivido como um porto seguro e estável, que proporcione à criança uma referência interna e externa de existência (Fernandes, 2008).

As perturbações da imagem corporal constituem uma dimensão central do autismo, refletindo uma falha na construção do “eu corporal”. A ausência de uma representação coerente do corpo compromete a diferenciação entre o eu e o outro, interferindo na organização da percepção e das relações interpessoais. A criança pode experimentar o seu corpo como um espaço fragmentado ou desorganizado, no qual as fronteiras entre o interno e o externo são difusas, o que gera insegurança, hipersensibilidade sensorial e reações de retraimento ou de autoestimulação (Tordjman & Maillhes, 2009). Muitas crianças com autismo parecem não habitar verdadeiramente o próprio corpo. As estereotipias, maneirismos e movimentos repetitivos funcionam como tentativas de reconstrução de uma unidade corporal perdida, como estratégias defensivas para lidar com as intensas angústias de desintegração e com a dificuldade de sentir-se “dentro” do próprio corpo (Boutinaud, 2007). Na ausência de um “corpo habitado”, o contacto com o outro pode ser sentido como invasivo ou doloroso. A criança oscila entre o desejo de fusão e a necessidade de afastamento, revelando uma frágil percepção dos limites corporais e emocionais. Essa falha na constituição da imagem corporal repercute-se em todo o desenvolvimento, dificultando a emergência da simbolização, do pensamento e da comunicação. Neste sentido, a intervenção psicomotora assume um papel fundamental, ao oferecer um espaço de reencontro com o corpo vivido e sentido. Através do jogo, do movimento e da relação, o psicomotricista ajuda a criança a reconectar-se com o seu corpo, a reconhecer os seus limites e a transformá-lo num meio de expressão e de ligação ao outro, reconstruindo, assim, a base corporal da sua identidade e da sua experiência no mundo (Boutinaud, 2007).

Algumas crianças com PEA tendem a repetir o final das frases que ouvem ou responder a uma pergunta com o enunciado da mesma. Surge como uma ecolalia, ou

repetição como de um eco se tratasse. Também acontece a referência a si mesmo não como “eu”, mas utilizando o nome próprio. Por vezes, as crianças incluem no seu discurso excertos de diálogos ouvidos em desenhos animados. As crianças também iniciam as conversas sem a necessária introdução ao tema. Um dos traços mais características do autismo é o desenvolvimento de interesses intensos por determinado tópico, que por um período ocupam uma fração excessiva da sua atividade mental. Os temas mais comuns que as crianças têm interesse são: dinossauros, retroescavadora e comboios são interesses frequentes. Os dinossauros são um dos interesses mais comuns (Antunes, 2019).

A intervenção psicomotora com PEA é uma prática especializada que tem como base o movimento corporal. Consiste num conjunto de abordagens educacionais ou terapêuticas que abordam a expressão do movimento corporal do indivíduo relacionada com o funcionamento social, emocional e cognitivo (Frazão et al., 2021). A intervenção propõe os seguintes objetivos: favorecer o aparecimento de sinalizadores sociais (contacto visual, olhar de referência, sorriso, entre outros), aumentar os tempos de atenção, facilitar o uso mais adequado de objetos, estimular a comunicação, enriquecer o vocabulário e reduzir determinados comportamentos menos adequados (agitação psicomotora, estereotipias motoras, comportamentos autolesivos, entre outros) (Caliendo et al., 2021). Na intervenção é importante aprender e compreender o significado do corpo partir da experiência conjunta entre a criança e o psicomotricista. Através do uso do espaço e dos objetos, permite-nos transformar as preocupações da criança em algo que possa ser partilhado e comunicado. Desta forma, promove-se a construção de um corpo organizado e apropriado (Latour, 2008).

Nas sessões é essencial realçar o envolvimento espontâneo e reflexivo do psicomotricista, onde se envolve tanto corporal como psicologicamente (Boutinaud, 2007). A experiência corporal é vivenciada nos jogos e experiências baseadas no movimento, proporcionando a cada criança a oportunidade de explorar, vivenciar, aprender e sentir-se competente no seu corpo em interação com o meio (Frazão et al., 2021). A partir destas experiências partilhadas, o psicomotricista observa e sente o que ocorre para estabelecer ligações entre afetos, as sensações corporais e as expressões simbólicas, como palavras, desenhos ou jogos. Esta intervenção requer também a capacidade de conter a ansiedade, procurando compreender e verbalizar o que a criança expressa, ajudando-a a lidar com as ideias e preocupações que desenvolve em relação ao seu próprio corpo (Boutinaud, 2007).

Todas as crianças com PEA apresentam modos próprios de interagir, bem como características específicas ao nível funcional, psicomotor e cognitivo. Por isso, a intervenção neuropsicomotora deve adaptar-se a estas diferentes necessidades, recorrendo a uma abordagem individualizada. A neuropsicomotricidade é uma abordagem que articula os saberes da psicomotricidade com os avanços das neurociências. Propondo uma leitura mais ampla e interdisciplinar do desenvolvimento infantil, considerando os circuitos neurológicos que sustentam as funções motoras, cognitivas e afetivas (Santana et al., 2025). Esta intervenção valoriza a ação espontânea e o brincar da criança nas suas diversas formas, pois são estes momentos que dão sentido às suas experiências. Além disso, a psicomotricidade é vista como uma terapia segura e eficaz para muitas perturbações do neurodesenvolvimento (Caliendo et al., 2021).

Estudo de Caso I

1. Breve identificação e descrição do caso

O Nuno (nome fictício) tem 12 anos e está diagnosticado com PEA, com um baixo nível de funcionamento adaptativo. Tem dificuldades na comunicação, na autonomia, tem pouco reportório motor e alterações do comportamento, tanto a nível social como familiar, evidenciando alguma agitação psicomotora, episódios de impulsividade, descontrolo alimentar, instabilidade emocional, entre outros.

2. Motivo de Encaminhamento para Psicomotricidade

O Nuno iniciou psicomotricidade em meio aquático numa associação desportiva aos 5 anos, tendo sido encaminhado pela terapeuta da fala por considerar que o meio aquático seria um desbloqueador da comunicação verbal e aumentaria o reportório motor. Iniciou posteriormente a psicomotricidade em contexto de sala/ginásio com 8 anos, na clínica, por necessidade de desenvolvimento das competências motoras, do controlo tónico e da consciência corporal. Este segundo encaminhamento foi realizado pela própria psicomotricista numa reunião com os pais, em que os mesmos relataram uma necessidade de trabalho psicomotor extra, ou fora do contexto aquático. O Nuno era acompanhado nas valências de psicomotricidade em meio aquático / natação adaptada, psicomotricidade em contexto de sala e terapia da fala.

3. História Pessoal e Clínica

Caraterização da Criança

O Nuno é um rapaz de 12 anos que frequenta o 6.º ano de escolaridade. Vive com os pais e tem um irmão nove anos mais velho, que vive no estrangeiro. O Nuno nasceu de cesariana às 38 semanas devido à falta de líquido amniótico. Pesava 2,980kg, media 50,5cm e tinha um perímetro cefálico de 34,5 cm. O índice de Apgar foi 10 ao 1.º e ao 5.º minuto. O Nuno foi diagnosticado com PEA aos 3 anos. Relativamente aos marcos de desenvolvimento, o Nuno gatinhou durante pouco tempo e começou a dar os primeiros passos antes de completar 1 ano. Sempre teve dificuldades na comunicação, mas as suas primeiras palavras, como “papá” e “mamã” surgiram por volta dos 2 anos de idade. Aos 4-5 anos, foi submetido a uma cirurgia para remover as amígdalas. Fez rastreio à visão e audição e não apresentou qualquer problema. Por volta dos 5-6 anos começou a tomar medicação em base ativa risperidona (*Risperdal*®), devido às

alterações de comportamento, aumentando a dosagem aos longos dos anos. Atualmente, toma todos os dias de manhã e à noite.

A sua autonomia foi adquirida tardiamente, era necessário sempre ajuda para comer. A motricidade fina sempre foi um desafio, e o uso da colher foi particularmente difícil. Só por volta dos 6-7 anos começou a comer com faca e garfo, mas neste momento ainda precisa de ajuda em algumas tarefas diárias, como tomar banho. Já se veste sozinho, mas às vezes precisa de ajuda extra para ajustar a roupa corretamente. Atualmente, dorme cerca de 11/12h por noite, deitando-se por volta 21/22h e acorda às 8h/9h. Quando era mais novo acordava a meio da noite, tendo vários despertares noturnos, apesar disso não ficava agitado ou em crise, nem fazia muito barulho. Iniciou posteriormente a medicação e conseguiu dormir melhor. Relativamente às rotinas, o Nuno frequenta a natação em grupo, às segundas e quartas. Em casa gosta de usar o tablet para realizar atividades de sequências, construção, como o jogo do Tetris. Em contexto escolar, o Nuno no início do pré-escolar apresentou algumas dificuldades a interagir com o resto dos colegas e a integrar as dinâmicas, por ainda usar fralda (teve um atraso no processo do desfralde, apresentava enurese diurna e noturna) mas posteriormente conseguiu-se adaptar-se bem com toda a comunidade escolar. Não chorava na entrada da escola, sempre demonstrou agrado pela permanência na escola. Na entrada para o 2.º ciclo, o Nuno ingressou no contexto de ATL. Na alimentação, nas saídas ao exterior, nos momentos de higiene e em contexto social de família, o Nuno apresenta um perfil ansioso que causa nele grande desorientação espacial, pouca atenção e concentração e dificuldade em permanecer em situações típicas do quotidiano.

História Clínica

O Nuno foi observado pela primeira vez na Unidade de Neurodesenvolvimento e Autismo aos 3 anos e 10 meses, por suspeita de PEA. A observação clínica e a avaliação realizada em contexto de consulta permitiram confirmar o quadro clínico desta perturbação. Tendo em conta o possível impacto do seu quadro clínico ao nível da aprendizagem, autonomia e adaptação social, manteve seguimento na consulta desde então, sendo monitorizada a sua evolução e permitindo uma resposta pedagógica e terapêutica adequada às suas necessidades.

Com idade cronológica de 6 anos e 5 meses, realizou uma reavaliação com a escala de desenvolvimento Ruth Griffiths, em contexto de consulta de Neurodesenvolvimento. No mesmo ano, realizou também uma avaliação com a escala

de comportamento adaptativo Vineland – forma sintética. Concluiu-se, a partir destas avaliações, que se tratava de uma criança com PEA, associado a um perfil cognitivo e nível funcional inferiores ao esperado para a sua idade cronológica.

Aos 10 anos, voltou a realizar a escala de comportamento adaptativo Vineland – Segunda Edição (Sparrow, Balla & Cicchetti, 2005), o que confirmou o diagnóstico de PEA, nível 3, com baixo nível de funcionamento adaptativo, dependendo permanentemente dos seus cuidadores para os cuidados gerais e de higiene, assim como para vigilância comportamental. Com a fase da adolescência, verificou-se ainda agravamento dos sintomas relacionados com alterações comportamentais. Foi descrito como um adolescente com necessidade de estimulação global e com intervenção específica dirigida às áreas de maior défice.

Aos 12 anos, foi observado em consulta especializada de psiquiatria da infância e adolescência, devido a alterações do comportamento. A avaliação incluiu o relato parental, a observação direta do jovem e a análise das diferentes avaliações previamente realizadas.

A Clínica alertou e indicou algumas medidas importantes a implementar, tendo em conta a fase de vida do utente e da sua família, devido à desregulação constante e contínua observada no contexto domiciliar. Nesse âmbito, foi solicitado um rastreio e acompanhamento na valência de nutrição, uma vez que a alimentação poderia estar a contribuir para a agitação e desregulação; verificou-se que o utente recorria com frequência à comida como forma de recompensa e para regular as suas emoções, o que aumentava a sua ansiedade.

A prática desportiva foi também mencionada, com o objetivo de preparar o corpo, aumentar a consciência corporal e favorecer a libertação da energia acumulada. A introdução de terapia ocupacional foi igualmente considerada benéfica, no sentido de orientar o trabalho e as estratégias relacionadas com as rotinas domiciliares e as atividades de vida diária.

Sugeriou-se ainda a realização de uma consulta de sexologia, atendendo à fase de desenvolvimento em que o paciente se encontrava. Nesta etapa da pré-adolescência, poderia não compreender plenamente as suas necessidades físicas, inerentes ao crescimento, ou até estar a vivenciar alterações decorrentes de uma possível desregulação hormonal.

Por fim, considerou-se que sessões de acompanhamento parental poderiam ser benéficas, tendo em conta o desgaste e o cansaço sentidos pelos pais.

4. Plano de Avaliação Psicomotora

No início do processo de avaliação psicomotora, ocorreu um período de observação em contexto de sessões de Psicomotricidade em sala-ginásio, onde foi possível recolher dados relevantes através da avaliação informal e estabelecer uma relação terapêutica com o adolescente. Depois de recolhidos os dados informais com a observação psicomotora e com a grelha de observação de João Costa, decorreu a avaliação formal, onde foram aplicados os instrumentos BOT-2 e DAP. Optou-se pela aplicação do BOT-2 (Bruininks & Bruininks, 2005) para avaliar as habilidades motoras, de modo a identificar o estado do desenvolvimento das capacidades de controlo fino e global. Para avaliar a noção do corpo, foi aplicado o *Draw a Person Test* (Naglieri, 1988), que avalia o esquema corporal.

Com os dados obtidos através da avaliação informal e com a aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação, foi possível realizar um perfil Intra individual e definir objetivos terapêuticos, objetivos gerais e específicos, e assim construir um projeto terapêutico.

5. Resultados da Avaliação Inicial

5.1 Observação/avaliação psicomotora

O primeiro contacto da psicomotricista com o Nuno ocorreu durante as sessões de observação, acompanhadas pela orientadora. Inicialmente, demonstrou uma postura retraída, evidenciando alguma tensão, sobretudo nos ombros, observando a psicomotricista durante algum tempo, devido à presença de uma pessoa desconhecida. Durante as primeiras sessões de observação, o Nuno demonstrou disponibilidade para a realização das atividades propostas, embora se distraísse e revelasse dificuldades na compreensão das instruções e demonstrasse pouco interesse em determinadas tarefas. Nestas atividades, o Nuno apresentava dificuldades no planeamento motor, não conseguindo arranjar estratégias para a resolução do problema.

Foi possível verificar que o Nuno estabelecia um contacto adequado e interativo e apresentava uma aparência física cuidada. Na tonicidade, o Nuno apresentou um perfil hipotónico. Contudo, foram observadas algumas estereotipias e ecolalias, que tendiam a manifestar-se quando estava mais ansioso. Nestas situações, o seu corpo ficava mais tenso e começava a realizar movimentos repetitivos e maneirismos. O Nuno começava a andar pela sala, de um lado para o outro, ficando com uma postura mais rígida. Como

tinha dificuldade em expressar o que sentia, acabava por manifestar-se através do corpo. As ecolalias eram mais frequentes, o Nuno repetia sons que ouviu anteriormente e costumava colocar a mão no ouvido, demonstrando prazer com a vibração quando falava. Além disso, o Nuno, por vezes, apresentava episódios de riso descontrolado, sendo difícil de conseguir parar. Verificaram-se, também, sincinésias ou paratonias, associadas a dificuldades na regulação do tônus muscular, manifestado tensão excessiva o que pode interferir na capacidade de aceder à passividade e no autocontrolo e acima de tudo dificuldades no tempo de espera e transição entre atividades.

Na equilibração, o Nuno apresentou dificuldades no equilíbrio estático e dinâmico, apresentando vários desequilíbrios, nomeadamente na permanência em apoio unipedal e no salto ao pé-coxinho. Na orientação espacial, o Nuno demonstrou reconhecimento da direita-esquerda apenas em si e não no outro, apresentando uma definição do seu lado dominante (direita). No que diz respeito à comunicação, o discurso revelou-se desorganizado, limitando-se a responder a perguntas diretas sem desenvolver uma conversa fluída. Por vezes, repetia as perguntas que lhe eram dirigidas ou repetia pequenas frases ou palavras, e frequentemente, era necessária a persistência da terapeuta para incentivar à comunicação. Apresentava um vocabulário incoerente. Foi notável a sua facilidade em memorizar e reproduzir frases de desenhos animados, que repetia frequentemente ao longo das sessões.

Relativamente ao jogo espontâneo, o Nuno demonstrou interesse na maioria dos materiais dispostos na sala, evidenciando curiosidade no armário da sala. Demonstrou principal interesse nas canas de pesca e os peixes, o tambor, os carrinhos, podendo ficar algum tempo a brincar com os mesmos. Também gostava do *tablet* de desenho, mas não explorava muito, apenas esperava que a psicomotricista dizia para escrever/desenhar algo. Durante as sessões foi evidente o interesse pela plasticina, podendo ficar os últimos tempos da sessão a mexer na plasticina com a tesoura, o rolo ou nas formas. No início das sessões, procurava sempre o trampolim, um dos seus elementos favoritos, fazendo disso um ritual inicial.

Ao nível da atenção e concentração, bem como na compreensão das instruções simples, o Nuno revelou dificuldades significativas. Além disso, evidenciou dificuldades no raciocínio prático, particularmente no cálculo matemático, como somas e subtrações. Apresentou ainda dificuldades na organização numérica crescente e decrescente, não conseguindo diferenciar entre números maiores e os menores. Relativamente à leitura, o Nuno lê alguns excertos, embora faça de forma lenta.

Compreendia o que era lido quando a informação era apresentada por partes e quando havia uma insistência por parte da terapeuta, uma vez que apresentava dificuldades em manter a concentração na mesma tarefa.

Na estruturação espacial, o Nuno demonstrou dificuldades em compreender, identificar e utilizar corretamente conceitos espaciais como perto/longe, à frente/atrás, dentro/fora, entre outros. Também foi identificado um desafio ao nível da motricidade fina, nomeadamente na autonomia para apertar as sapatilhas, uma área que necessitará de intervenção para promover a autonomia nas tarefas diárias. Consegue calçar e descalçar as sapatilhas. E consegue vestir e despir casaco.

No desenho da figura humana, verificou-se necessidade de orientação para identificar elementos em falta. Após receber esse apoio, conseguiu completar a figura, acrescentando detalhes importantes, nomeadamente o pescoço, o número correto dos dedos das mãos, ou distinção entre cabelo curto e comprido, diferenciando assim as figuras do menino e da menina. E por isso, demonstrou que, apesar das limitações inicialmente evidenciadas na avaliação do DAP, o Nuno possuiu capacidades que não conseguia expressar plenamente sem apoio, refletindo o seu potencial de desenvolvimento.

A relação terapêutica que foi estabelecida com o Nuno foi positiva, mostrando ser um adolescente disponível perante as tarefas propostas, evidenciando envolvimento e receptividade ao trabalho desenvolvido. Apesar disso, o Nuno é um adolescente que apresentou curtos momentos de atenção e concentração, ficando desmotivado nas atividades rapidamente, sendo frequentemente necessária uma insistência para a sua realização.

5.2 Avaliação Psicomotora

Para a avaliação formal inicial foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação: o DAP e o BOT-2. Os resultados serão apresentados de seguida.

Draw a Person (DAP)

Na tabela 8 serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do *Draw a Person*.

Tabela 8: Resultados da avaliação inicial de Draw a Person do Caso I

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Percentil
Homem (H)	21	58	1
Mulher (M)	21	58	1
O Próprio (P)	21	58	1
Totais (H+M+P)	63	50	1

Relativamente ao DAP, o Nuno realizou os desenhos da figura humana de si próprio, de uma mulher e de um homem, obtendo pontuações finais de 21, 21, 21, respetivamente. As cotações não diferiram entre os desenhos, refletindo a ausência de distinção significativa entre eles, nomeadamente na diferenciação entre a figura do homem e da mulher. A estrutura global dos desenhos manteve-se uniforme, com um formato semelhante em todas as representações. Os desenhos foram realizados no centro da folha, com uma dimensão reduzida, sem explorar significativamente o espaço disponível. O Nuno utilizou a mão direita, exercendo alguma pressão ao segurar no lápis, e posicionou a folha na vertical durante a sua execução. Ao longo da tarefa, demonstrou desinteresse e baixa motivação, realizando os desenhos de forma apressada. No total, obteve um total bruto de 63 pontos, correspondendo a um valor standard de 50 pontos, situando-se no percentil 1 verificando assim uma classificação final de “deficiente”. Estes resultados sugerem que a noção do corpo da criança se encontra pouco desenvolvida, sendo necessário um trabalho direcionado para melhorar a sua consciência e representação corporal.



Figura 1: Avaliação Inicial do DAP – Mulher

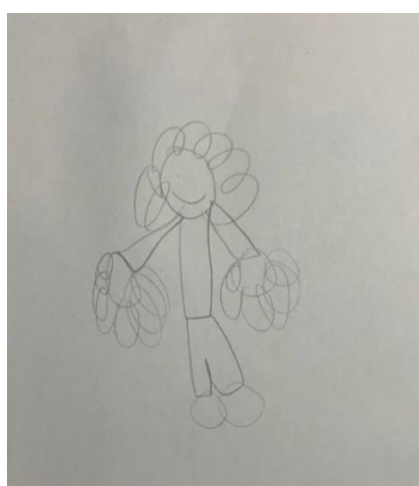


Figura 2: Avaliação Inicial do DAP – Homem

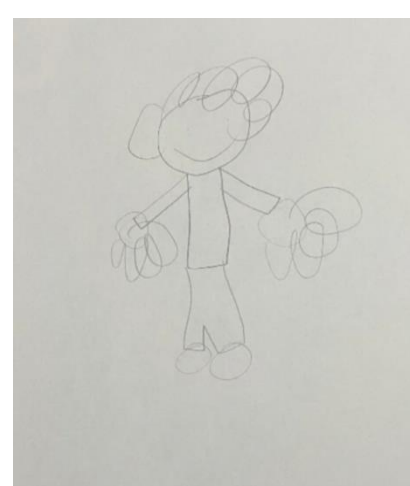


Figura 3: Avaliação Inicial do DAP – desenho de si próprio

Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oseretsky (BOT-2)

Na tabela 9, serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do BOT-2.

Tabela 9: Resultados da avaliação inicial do BOT-2 do Caso I

Dimensão	Subtarefa	Pontuação
Precisão Motora Fina	Colorir a estrela	2
	Traçar o caminho	4
Integração Motora Fina	Copiar círculos sobrepostos	6
	Copiar diamante	5
Destreza Manual	Enfiar Cubos	2
Coordenação Bilateral	Tocar no nariz	2
	Rodar os dedos	3
Equilíbrio	Andar sobre uma linha	2
Corrida de Velocidade e Agilidade	Saltar em apoio unipedal	0
Coordenação dos Membros Superiores	Apanhar a bola	2
	Driblar a bola	7
Força	Flexões de braços	0
TOTAL		35

Foi aplicado ao Nuno a forma reduzida, que avaliou o controlo manual fino, a coordenação manual, a coordenação corporal, força e agilidade. Nas subáreas do controlo manual fino, o Nuno foi avaliado na precisão motora fina e na integração motora fina, onde foram realizadas sem dificuldades aparentes. Na precisão motora fina, o Nuno conseguiu pintar a estrela permanecendo dentro das linhas, embora tenha deixado alguns espaços em branco, obtendo uma pontuação de 2. Na tarefa de desenhar uma linha no caminho do carro para casa, o Nuno conseguiu realizar a tarefa apresentando apenas 5 erros. Na integração motora fina, o Nuno demonstrou um bom desempenho ao copiar as figuras (dois círculos sobrepostos e um diamante) que se encontravam acima da caixa vazia, apresentando assim pontuação máxima nas duas tarefas. Na destreza manual, o Nuno apresentou dificuldades, conseguindo apenas enfiar 3 blocos, revelando assim dificuldades no controlo e planeamento motor, na manipulação de objetos e na motricidade fina, realizando de forma lenta não conseguindo durante 15 segundos realizar a tarefa. Na coordenação bilateral, o Nuno conseguiu tocar duas vezes no nariz, mas levou a tarefa de forma lúdica, apresentando algumas hesitações e dificuldades em manter os olhos fechados. Na tarefa de rotação dos polegares e indicadores, após demonstração inicial, conseguiu realizar 5 rotações

corretamente de forma independente. Relativamente à prova do equilíbrio, foi possível observar que o Nuno apresentou algumas dificuldades no equilíbrio dinâmico, uma vez que durante a tarefa demonstrou reequilibrações e insegurança gravitacional, conseguindo apenas 3 passos de pé ante pé. Nas provas de corrida de velocidade e agilidade, o Nuno apresentou bastante dificuldade nas tarefas propostas. Na tarefa de saltos em apoio unipedal, o Nuno não conseguiu realizar a mesma, devido à incapacidade de manter o equilíbrio em apoio unipedal durante muito tempo, reforçando as dificuldades tanto no equilíbrio dinâmico como no estático. Nas provas de coordenação dos membros superiores, a tarefa de apanhar a bola, o Nuno apresentou dificuldades na compreensão da informação da atividade, uma vez que inicialmente apanhava a bola com as duas mãos. Após várias repetições e instruções, o Nuno conseguiu apanhar 2 bolas lançadas pela terapeuta. Na tarefa do driblar, o Nuno apresentou algumas dificuldades iniciais, mas posteriormente conseguiu realizar a tarefa conseguindo realizar 10 dribles, alternando a mão. Por fim, na prova da força, o Nuno não conseguiu realizar a tarefa, demonstrando sempre uma postura incorreta ao baixar o seu tronco e braços, com isso não realizou nenhuma flexão por falta de força nos braços. O Nuno obteve uma pontuação final de 35. Esta pontuação equivale a um standard score de 26 e a um percentil 1.

É de salientar que o Nuno apresentou dificuldades na compreensão das instruções dadas e por esse motivo foi necessária demonstração e repetir várias vezes as instruções. Nas atividades propostas foi dada a instrução para realizar mais rápido, sempre que pertinente, e mesmo assim não o fez, realizando de forma lenta.

5.3 Avaliação em meio aquático

A avaliação realizou-se no ginásio que a clínica tem contrato, e teve como objetivo avaliar o comportamento da criança no meio aquático. Para tal, recorreu-se à ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático (versão para adolescentes e adultos) (Matias & Vieira, 2022) que é composta por diferentes componentes. O utente foi avaliado durante algumas sessões, considerando a natação adaptada em grupo quinzenalmente e em terapia de meio aquático também quinzenalmente, intercalando as duas sessões para que o Nuno tenha oportunidade em todas as semanas de estar em meio aquático, permitindo uma observação continua e detalhada do desempenho aquático do utente, especialmente em contexto de grupo.

Com isso, durante as observações feitas, foi possível perceber alguns aspetos

nomeadamente a desinibição inicial no meio aquático, entrada e saídas da piscina, mobilizações articulares, equilíbrio e flutuação, função respiratória, movimentos ativos dentro de água e grau de interação.

Na desinibição inicial no meio aquático o utente demonstrou uma resposta positiva ao ambiente aquático, evidenciando comportamentos como entra na água, tolerar salpicos, esfregar o rosto com água, altera a sua posição corporal no meio aquático, imersão total da cabeça, sem sinais de desconforto ou hesitação.

Na entrada e saída da piscina, foi observado que o utente realizou esses movimentos autonomamente, sendo que a piscina não tem as escadas padrão, descendo pelos degraus sem demonstrar dificuldades motoras ou insegurança. O Nuno apresentou uma boa amplitude e coordenação dos movimentos na água, conseguindo nadar em três estilos distintos: bruços, crol e costas. No entanto, foi identificada uma dificuldade específica na execução do movimento das pernas, o que, em alguns momentos, requer assistência para sua correção e execução adequada.

No equilíbrio e flutuação, o utente mantém o equilíbrio na posição de decúbito ventral e decúbito dorsal, mantém o equilíbrio vertical com apoio plantar. Contudo, a impossibilidade de avaliar a sustentação vertical sem apoio plantar deve-se à profundidade reduzida da piscina utilizada. Apesar disso, o Nuno frequenta, durante a semana, piscina de natação com medidas semiolímpicas de 25m com profundidade de 2 a 3 metros, em grupo e nunca apresentou receios pela profundidade.

Conseguiu flutuar em decúbito dorsal e ventral, mas por curtos períodos, pelo facto de ter baixa permanência na tarefa e não por não conseguir flutuar.

Na função respiratória, o Nuno realizou 12 respirações na água antes de começar cada sessão, o que podemos observar que o utente fecha os lábios quando coloca a cara na água, imerge na água em apneia, mergulha sem auxílio, e durante atividades como apanhar arcos ou brinquedos no fundo da piscina, o Nuno conseguiu sem qualquer dificuldade.

Nos movimentos ativos dentro de água, o Nuno não apresentou muitas dificuldades, conseguiu andar e correr dentro de água, movimentou os braços dentro de água. O utente deslizou o seu corpo em posição de decúbito dorsal e ventral com impulso na parede, mas não executa de forma consistente e continua. Realizou pontapés à superfície da água, alternando os dois pés, em decúbito dorsal e ventral, mas é importante referir que o Nuno por preferência opta por fuga às tarefas, nadando livremente e fazendo longos períodos de apneia debaixo de água, por isso muitas vezes

é necessário acompanhamento da terapeuta para a realização. O Nuno apresentou algumas dificuldades em coordenar os movimentos dos membros superiores com os movimentos dos membros inferiores em decúbito dorsal e ventral, e por isso é necessário auxílio da terapeuta, insistindo em movimentar principalmente os membros inferiores. Executou um movimento propulsivo coordenado em decúbito dorsal e ventral, desloca-se debaixo de água com facilidade pois é uma das suas atividades preferidas, realizando golfinhos.

No grau de interação, reconhece o técnico e sabe o nome, por vezes aceita as sugestões, mas é capaz de se distrair e não as realizar. Tem dificuldades em esperar pela sua vez, e quando obedece fica bastante tempo a olhar para a sua sombra, fazendo movimentos para a parede para observar a sombra, começando por vezes a rir. Durante as sessões de grupo, foi possível observar uma boa interação com a criança perto da sua idade, havendo por vezes competições entre eles os dois.

5.4 Compreensão dos resultados da avaliação psicomotora

O Nuno foi avaliado com o BOT-2, para avaliar as habilidades motoras, de modo a identificar o estado do desenvolvimento das capacidades de controlo fino e global. Para avaliar a noção do corpo, foi aplicado o DAP, que avalia o esquema corporal. Foi possível recolher dados relevantes através da avaliação informal, com a grelha de observação psicomotora de João Costa. Em meio aquático, foi utilizada a ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático.

Entre as avaliações formais e informais, foi possível verificar algumas incoerências, principalmente no DAP. No DAP, o Nuno apresentou dificuldades em desenhar todos os elementos necessários para completar a figura humana e não conseguiu diferenciar a figura feminina e masculina. No entanto, na observação informal, foi possível observar competências que não ficaram evidentes na avaliação, nomeadamente, a desenhar o número de dedos, desenhar o cabelo da mulher. Com algum apoio, o Nuno conseguiu desenhar a figura humana com mais detalhe e distinguir o homem da mulher através de características como o comprimento do cabelo. O facto de estar mais focado e de ter alguém ao seu lado, favoreceu o seu desempenho.

No meio aquático, o Nuno mostrou-se mais à vontade e explorou mais o espaço envolvente do que na sala/ginásio, provavelmente por se tratar de um contexto mais livre. É um meio que deixa o seu corpo mais descontraído, não apresenta tantos momentos de ecolalias e estereotípias e ansiedade. Contudo, foi possível observar

comportamentos semelhantes na sala/ginásio, nomeadamente nos momentos de espera e momentos de desconcentração.

6. Hipóteses Explicativas

As hipóteses explicativas foram desenvolvidas de acordo com a recolha de informação da anamnese, com a observação psicomotora e a avaliação formal e com a literatura sobre o diagnóstico do utente, existindo assim uma melhor compreensão do caso e uma melhor intervenção.

No Nuno foram observadas alterações ao nível da regulação tónica e no reportório motor, evidenciando momentos de impulsividade e dificuldades em ajustar o tónus às exigências da tarefa. O tónus muscular é essencial nas competências psicomotoras, pois reflete a ligação entre os aspetos motores, emocionais e relacionais. Embora tenha como função principal sustentar a postura e permitir o movimento, o tónus também é fundamental na comunicação e na interação com os outros (Giromini et al., 2022). O equilíbrio ou desequilíbrio do tónus muscular, as variações ou bloqueios irão traduzir a maneira de ser da criança, as suas emoções, as suas vivências psíquicas, além de participar também como elemento na comunicação não-verbal (Fernandes, 2008). A instabilidade tónica pode estar associada à dificuldade em manter o controlo corporal face a estímulos externos.

Foi visível nas avaliações formal e informal dificuldades no equilíbrio, na coordenação motora e no planeamento. As crianças com PEA apresentam dificuldades psicomotoras como hipotonia, dificuldades de equilíbrio estático e dinâmico, défices de controlo postural, dificuldades de coordenação e planeamento motor fino e global, disfunções na lateralidade, dificuldades de imitação, orientação espacial e jogo simbólico (Frazão, Santos & Lebre, 2021). Apresentam maior rigidez (movimentos rígidos e repetitivos) e desorganização corporal nas tarefas motoras (Berger, 2013). Também estas crianças podem apresentar dificuldades em encontrar estratégias alternativas para a resolução de problemas (Antunes, 2019).

O Nuno apresenta um perfil ansioso que causa nele grande desorientação espacial, pouca atenção e concentração e dificuldade em aguardar em situações típicas do quotidiano. Crianças com PEA podem apresentar rigidez cognitiva, ansiedade em situações inesperadas e fora do controlo, hipersensibilidade a estímulos motores e atrasos motores (Frazão, Santos & Lebre, 2021). Quando algo escapa à rotina, é comum surgir momentos de inquietação, que frequentemente escala até gerar uma reação

ansiosa, muitas vezes, acompanhadas de reações de grande irritabilidade e agitação (Antunes, 2019).

A criança com PEA têm perturbações na integração da imagem corporal, nas quais a experiência sensorial e emocional é confusa e desorganizada. As estereotipas e os maneirismos são interpretados como uma forma que a criança encontra para lidar com o desconforto e desorganização corporal que sente. Quando o “eu corporal” primitivo falha, surge uma ansiedade intensa que afeta o pensamento e o equilíbrio emocional, a criança sente-se invadida por sensações internas e estímulos externos que não consegue organizar. É importante ir além da observação dos sintomas e compreender o problema de forma mais ampla, considerando a imagem corporal como essencial no desenvolvimento da personalidade (Boutinaud, 2007). A perturbação do desenvolvimento da imagem corporal afeta a autoconsciência corporal e a capacidade de distinguir entre o *self/non-self*. Esta dificuldades compromete o desenvolvimento da comunicação social (Tordjman & Maillhes, 2009).

Na PEA podem surgir dificuldades na compreensão das instruções e a realização das ações pode ser interrompida, devido a falhas na organização do gesto. Estas dificuldades não se devem apenas a problemas em pensar e construir o movimento, mas também em viver e habitar o próprio corpo, o que influencia o esquema e a imagem corporal (Boutinaud, 2013). O Nuno revela défices na compreensão verbal necessitando frequentemente de estratégias de demonstração nas tarefas para que compreendesse.

A puberdade nos adolescentes com PEA manifesta-se de forma semelhante aos indivíduos com desenvolvimento típico, no que diz respeito ao desenvolvimento corporal, embora apresente diferenças ao nível sensorial e cognitivo. Observa-se que o modo de pensar e de sentir está muito associado às perceções corporais, o que influencia a forma como o adolescente se relaciona com os outros (Boisseuil, et al., 2019). As alterações físicas e emocionais na puberdade podem afetar a autoconsciência e identidade (Tordjman & Maillhes, 2009). A adolescência pode ser vista como um período de profunda reorganização (Miermon, et al, 2015). É marcada pela redefinição da identidade corporal, sendo que em crianças com perturbações do neurodesenvolvimento pode apresentar dificuldades na autorregulação (Marcelli, 1998). A fase da adolescência que o Nuno se encontra, um período que ocorre intensas alterações biológicas e hormonais que pode afetar a instabilidade emocional.

7. Projeto Terapêutico

7.1 Perfil Intra Individual

Através da informação recolhida e a avaliação realizada permitiram delinear o Perfil Intra Individual onde são apresentadas as suas áreas fortes (possibilidades psicomotoras) e as áreas a desenvolver (dificuldades psicomotoras) para possibilitar a elaboração do projeto terapêutico.

Tabela 10: Perfil Intra-Individual do Caso I

Áreas/comportamentos Fortes	Áreas/comportamentos Intermédias	Áreas/comportamentos a Desenvolver
- Cooperação - Disponibilidade para o outro e para as tarefas	- Tonicidade - Lateralidade - Praxia global - Motricidade fina - Relacionamento interpessoal - Comunicação verbal	- Equilíbrio - Noção do corpo - Organização espacial - Autonomia (pessoal e cognitiva) - Regulação emocional - Atenção e Concentração

7.2 Objetivos Terapêuticos

Tendo em conta as dificuldades apresentadas pelo Nuno, os objetivos terapêuticos foram delineados de forma a responder às suas necessidades específicas, promovendo a melhoria das áreas mais comprometidas e potenciando o seu desenvolvimento global. Estes objetivos foram trabalhados tanto em contexto de sala/ginásio como em meio aquático, permitindo uma intervenção complementar.

Tabela 11: Objetivos Terapêuticos do Caso I

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Adequar a Tonicidade	- Promover a regulação do tônus
Promover o equilíbrio	- Promover o equilíbrio estático e dinâmico - Promover o deslocamento em posição de decúbito dorsal e ventral*
Promover a noção do corpo	- Promover a consciência corporal; - Promover o conhecimento do seu esquema corporal.
Promover a organização espacial	- Desenvolver noções espaciais básicas (dentro/fora, frente/trás, direita/esquerda) em relação a si e ao espaço envolvente.
Promover a praxia global	- Melhorar a coordenação óculo-manual; - Promover a coordenação de movimento entre os membros superiores e inferiores
Promover a praxia fina	- Promover a manipulação adequada de objetos pequenos
Desenvolver a comunicação verbal e interação social	- Promover a comunicação verbal e maximizar as competências linguísticas - Promover a comunicação funcional e a cooperação em grupo*
Promover a atenção e autorregulação	- Aumentar o tempo de atenção e reduzir comportamentos de fuga.
Promover a autonomia	- Realizar tarefas de forma autónoma.
Promover a consciência emocional	- Promover a expressão emocional por via corporal

*Objetivos trabalhados unicamente em meio aquático

7.3 Diretrizes e fundamentação da intervenção

O plano de intervenção desenvolvido para o Nuno previu um acompanhamento individual semanal, em contexto de sala-ginásio e de meio aquático. Em contexto de sala-ginásio foi realizado com regularidade, uma vez por semana, à terça-feira, com duração média de 45 minutos. Em contexto de meio aquático foi realizado de 15 em 15 dias com outro menino e de 15 em 15 dias individual, ao sábado, com duração média de 45 minutos.

A relação terapêutica é essencial na intervenção, segundo Costa (2008), é fundamental que exista empatia, sintonia afetiva, simpatia e responsividade, para que haja uma boa relação terapêutica.

A intervenção psicomotora visa a reabilitação de alterações em áreas específicas do desenvolvimento psicomotor (défices práticos, sensoriais, défices nas funções executivas, dificuldade de orientação espaço-temporal, representação corporal, sinais de ansiedade, entre outros). Nestes casos, a intervenção psicomotora reside especificamente nestas áreas abordadas. Estas áreas podem ser abordadas por meio de técnicas percetivo-motoras, técnicas de remediação cognitiva ou por meio de atividades mediadas (meio aquático) (Giromini, Albaret & Scialom, 2015).

De acordo com as dificuldades do Nuno e os objetivos terapêuticos delineados, recorreu-se a técnicas percetivo-motoras que atuam em conjunto no controlo corporal e na adaptação ao espaço e ao tempo. São eficazes nas perturbações posturais, do equilíbrio, da coordenação, da praxia, do movimento, bem como perturbações da lateralidade (Giromini et al., 2022).

O jogo é uma atividade livre e espontânea, que se desenvolve num espaço e tempo próprio. O jogo constitui uma forma de expressão, funcionando como um espaço de comunicação (Mastrascusa & Franch, 2016). O jogo permite à criança desenvolver capacidades motoras, sensório-motoras, cognitivos, artísticos, pré-simbólicos ou simbólicos e ainda competências relacionais (Giromini et al., 2022). Durante a sessão a criança assume o controlo e se apropria subjetivamente dos conteúdos e contextos do jogo. A criança começa a direcioná-los na direção que deseja, explorando os temas e atividades que despertam fortemente seu interesse. Os tempos de concentração aumentam quando a criança está imersa em brincadeiras, testemunhando um autêntico trabalho psíquico no movimento (Boutinaud, 2013). No jogo a criança sente-se livre para ser criativa. É através da criatividade que o indivíduo se descobre não apenas a si

mesmo, mas também em relação aos outros (Vachez-Gatecel, 2016).

7.4 Estratégias e mediadores terapêuticos

As estratégias específicas foram estabelecidas de acordo com as características da criança, de forma a facilitar a aquisição dos objetivos estabelecidos e garantir da melhor forma uma boa progressão terapêutica.

A relação terapêutica é importante na intervenção para que a criança se sinta confortável e segura, devendo ser orientada pela escuta ativa, empatia, autenticidade e confiança (Frazão et al., 2022). O espaço é essencial ser seguro, onde deve ser num espaço simbólico permissivo, continente e desculpabilizante em que se valoriza a importância da organização do espaço e do tempo, garantindo assim a segurança e confiabilidade na situação do jogo espontâneo (Vieira, Batista & Lapierre, 2005).

Os suportes visuais são muito utilizados para crianças com PEA, ajudando a compreender o que é pretendido. Existem vários tipos de suportes visuais, tendo sido utilizado no Nuno a demonstração da tarefa sempre que necessário (Meadan et al., 2011). A instrução verbal deve ser clara, simples/curta e diretiva, do tipo associado aos gestos ou às demonstrações (Frazão et al., 2022), facilitando assim ao Nuno a compreensão durante as tarefas realizadas.

Definir limites e regras no espaço terapêutico, favorecer e incentivar a participação durante as atividades, proporcionando consciencialização das emoções vivenciadas e próprias competências (Fonseca, 2013). Também foram promovidos o diálogo e a utilização de reforço positivo, verbal e não verbal para favorecer e incentivar a participação do Nuno durante as atividades.

8. Progressão terapêutica

A intervenção durou 7 meses. Foram realizadas 23 sessões com o Nuno, onde estão incluídas 2 sessões de avaliação inicial e 2 sessões de avaliação final. O Nuno foi sempre um menino assíduo e sempre que faltava a estagiária era avisada antecipadamente.

O primeiro contacto do Nuno com a estagiária foi nos meses de observação, onde o mesmo, inicialmente, demonstrou uma postura retraída, devido à presença de uma pessoa desconhecida. No entanto, à medida que as sessões avançaram, foi possível notar uma progressiva adaptação, tornando-se recetivo e cooperativo, aceitando

gradualmente a terapeuta na dinâmica das sessões, evidenciando um aumento da interação, ainda que a sua comunicação verbal fosse reduzida.

No início da intervenção foi realizado uma entrevista ao pai, com o objetivo de compreender a história pessoal e clínica do Nuno, bem como as preocupações da família.

Nas primeiras sessões de avaliação, o Nuno apresentava dificuldades na concentração, sendo necessário chamar a atenção várias vezes. A compreensão das instruções era limitada, sendo necessário na avaliação do BOT-2, a demonstração para que conseguisse realizar as tarefas. Verificavam-se ainda momentos de fuga e alguma impulsividade, tentando realizar as atividades de forma apressada e sem grande envolvimento. Ao longo das sessões, os momentos de concentração foram melhorando, embora de forma pouco consistente. A demonstração das tarefas manteve-se essencial ao longo de toda a intervenção, uma vez que o Nuno continuava a demonstrar dificuldades em compreender instruções simples.

Relativamente à exploração da sala, o Nuno, inicialmente demonstrava interesse pelo trampolim, explorando livremente nas primeiras sessões. A estagiária utilizou o trampolim nas sessões, propondo diferentes formas de salto, nomeadamente saltar com um pé, levantando a mão indicada ou tocando no trampolim após o salto. Progressivamente, esta atividade passou a fazer parte do ritual inicial permitindo promover a organização espacial, a coordenação e planeamento motor.

A meio da intervenção, as sessões envolviam mais o jogo livre e espontâneo, onde o Nuno foi progressivamente explorando a sala. Com o decorrer das sessões, o Nuno começou a demonstrar interesse por diferentes materiais e jogos de cognição. E por isso, a estagiária começou a deixar o Nuno escolher um jogo. Inicialmente demonstrou maior interesse pelas canas de pesca, o que levou a estagiária a integrar essa preferência em circuitos psicomotores, com o objetivo de promovendo o equilíbrio, a coordenação e o planeamento motor. Outro material que despertou bastante interesse foi a plasticina. Começou a utilizá-la com frequência nas sessões, quer para escrever o seu nome, quer para construir a figura humana, recorrendo aos diferentes utensílios disponíveis, como o rolo, a tesoura e várias formas. Nas últimas sessões, foi possível observar um Nuno mais concentrado e persistente nas atividades que explorava. Mostrava vontade em repetir o mesmo jogo até o conseguir terminar sem ajuda. Conseguiu concluir o jogo quase de forma autónoma, demonstrando satisfação e iniciativa para arrumar o material no final da tarefa.

Relativamente à comunicação, por solicitação dos pais e da médica do desenvolvimento, foram introduzidos momentos mais direcionados para a promover a comunicação com o outro. Assim, no início de cada sessão, passou a existir um pequeno diálogo sobre o seu dia, criando um ritual inicial. Com o tempo, o Nuno melhorou na comunicação com o outro, expressando o que queria e o que tinha acontecido na escola. Apesar ainda de necessitar de incentivo e persistência por parte da terapeuta, foi possível observar uma melhoria gradual na sua interação verbal e disponibilidade para comunicar.

O Nuno encontrava-se na fase da adolescência e, a meio da intervenção, revelou várias dificuldades ao nível da autorregulação, pelas alterações físicas e emocionais próprias da puberdade. Demonstrou algumas dificuldades em compreender as mudanças no seu corpo. Nesta fase, o Nuno encontrava-se bastante agitado e por vezes não completava a tarefa, sendo necessário insistir para demonstrar as competências que não se conseguia observar nas avaliações. Nestas situações apresentava várias estereotípias e maneirismos, especialmente nas últimas sessões, tendo dificuldade em controlar o riso, ficando visivelmente desorganizado.

Mas apesar disso, nas avaliações conseguiu melhorar em alguns aspetos, nomeadamente no BOT-2 a colocar cubos no fio ou no desenho da figura humana teve em atenção ao número de dedos de cada mão.

No meio aquático, o Nuno demonstrou algumas melhorias, especialmente no que diz respeito à interação com o outro durante as sessões de grupo. Foi possível observar uma boa interação com o colega, fazendo pequenas competições entre os dois. Ao longo das sessões desenvolveu-se uma dinâmica positiva, particularmente em atividades como apanhar objetos no fundo da piscina, nas quais se desafiavam mutuamente. Relativamente à coordenação motora, o Nuno apresentou ligeiras melhorias nos movimentos dos membros superiores e inferiores, no entanto, continuava a ter dificuldades em manter a coordenação e a regularidade dos movimentos. Apresentou ainda movimentos de fuga, uma vez que é um ambiente que gosta, e por isso explorava o mesmo, nadando muitas piscinas de “golfinho”. É importante referir que, nas últimas sessões, o Nuno apresentou-se mais desorganizado durante as atividades na piscina, com episódios de riso descontrolado, várias tentativas de fuga e uma certa desorientação no espaço envolvente.

9. Avaliação Inicial vs Avaliação Final

A avaliação final ocorreu entre junho e julho, e incluiu os mesmos instrumentos formais e informais aplicados na avaliação inicial. Seguidamente irão ser apresentados os resultados referentes às avaliações finais.

9.1 Observação psicomotora

Durante as sessões ao longo dos meses, foi possível observar que o Nuno demonstrou gradualmente mais recetivo à presença da psicomotricista estagiária, embora a sua comunicação verbal ainda se mantenha bastante limitada. Inicialmente, era muito difícil obter qualquer partilha por parte do Nuno, apesar de ainda ser complicado conversar com o Nuno sobre o seu dia, observou-se uma ligeira melhoria na sua comunicação. Foi notório que o Nuno, por vezes, apresentava-se mais ansioso, por acontecimentos fora do contexto clínico, mas não conseguia verbalizar o que sentia. Demonstrava-se mais agitado, as ecolalias aumentavam, encontrava-se mais tenso.

Durante a intervenção, foi evidente o aumento de ecolalias, especialmente em momentos de maior tensão ou ansioso. O Nuno tende a repetir frases de desenhos animados, ou palavras em inglês que memorizava, repetindo ao longo de toda a sessão. Quando era questionado sobre a origem dessas expressões, não conseguia responder e continuava com o mesmo vocabulário repetitivo.

O Nuno apresentou um perfil hipotónico, contudo, é um adolescente que ao longo das sessões foi apresentando momentos de bastante tensão, não conseguindo, muitas vezes, expressar o que estava a sentir. Foi evidente o aumento de ecolalias, especialmente em momentos de maior tensão ou ansioso. O Nuno tendia a repetir frases de desenhos animados, ou palavras em inglês que memorizava, repetindo ao longo de toda a sessão. Quando era questionado sobre a origem dessas expressões, não conseguia responder e continuava com o mesmo vocabulário repetitivo. Observou-se também a presença de sincinésias ou paratonias, que poderão estar associadas a dificuldades na regulação do tônus muscular, manifestado tensão excessiva o que pode interferir na passividade e no autocontrolo e acima de tudo dificuldades no tempo de espera e transição entre atividades.

Na comunicação, o seu discurso permanece desorganizado, limitando-se a responder a perguntas diretas sem desenvolver uma conversa espontânea. Por vezes repete as perguntas que lhe são dirigidas ou repete pequenas frases ou palavras, exigindo insistência parte da terapeuta para manter o diálogo. No entanto, registou-se uma evolução na forma como comunica, respondendo mais vezes. No início de cada

sessão, continuou a colocar-se questões sobre o seu dia ou o fim de semana, de forma a estimular a comunicação verbal.

No jogo espontâneo, manteve o interesse por materiais disponíveis na sala, com especial preferência em jogos ou atividades já realizadas anteriormente. É importante destacar que um dos jogos, o Nuno demonstrava vontade em repetir sempre que possível e fazia questão de tentar realizá-lo sozinho, mostrando-se motivado a conseguir sem ajuda, embora por vezes ainda necessitava de apoio.

Apesar de algumas melhorias, o Nuno continuava a evidenciar dificuldades marcadas na atenção, concentração e na compreensão de instruções. Além disso, também continuou a evidenciar dificuldades no raciocínio prático, particularmente no cálculo matemático, como somas e subtrações. Apresentou ainda dificuldades na organização numérica crescente e decrescente, não conseguindo diferenciar entre números maiores e os menores.

Na orientação espacial, o Nuno continuou com dificuldades em compreender, identificar e utilizar corretamente conceitos espaciais como perto/longe, à frente/atrás, dentro/fora, entre outros. Contudo, conseguiu evoluir na distinção entre conceitos dentro e fora. O Nuno demonstrou reconhecimento da direita-esquerda apenas em si, no outro o Nuno continuou com dificuldades em identificar. Apresentou uma definição do seu lado dominante (direita).

No desenho da figura humana, persistiu dificuldades significativas. O Nuno ainda necessitou de orientação para identificar elementos em falta. Quando questionado sobre o que está em falta, o Nuno conseguiu acrescentar os detalhes em falta, mas quando é pedido para desenhar sozinho, revelou dificuldades e tendia a realizar o desenho de forma rápida, mais uma vez. Isso demonstrou que, embora tenha capacidades, ainda não consegue demonstrá-las por completo sem apoio.

O Nuno ainda apresentou algumas dificuldades na compreensão da informação, sendo necessário recorrer à demonstração para que compreendesse e conseguisse executar as tarefas propostas. Também se encontrava facilmente distraído, procurando constantemente estímulos novos ou atividades já realizadas anteriormente, o que compromete a sua capacidade de se manter focado e concluir as tarefas. Havendo por isso, uma insistência por parte da terapeuta para a realização da mesma.

O Nuno ao longo da intervenção, começou a apresentar dificuldades ao nível da autorregulação, pelas alterações físicas e emocionais próprias da puberdade. Demonstrou algumas dificuldades em compreender as mudanças que ocorrem no seu

corpo. Com as mudanças, o Nuno tornou-se mais agitado, apresentou mais episódios de riso descontrolado e com dificuldades na concentração nas atividades realizadas. Mantendo, assim, momentos curtos de atenção e concentração, e por vezes, desmotivava-se facilmente, sendo necessário muitas vezes haver uma insistência na realização.

9.2 Avaliação formal

Na avaliação formal foram utilizados os mesmos instrumentos da avaliação inicial, nomeadamente o DAP e o BOT-2. Os resultados serão apresentados de seguida.

Drawn a person

Serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação do *Draw a Person*.

Tabela 12: Resultados da avaliação inicial vs. final do DAP do Caso I

Desenho	Valores Brutos		Valores Standard		Percentil	
	Inicial	Final	Inicial	Final	Inicial	Final
Homem (H)	21	26	58	67	1	1
Mulher (M)	21	26	58	67	1	1
O Próprio (P)	21	26	58	67	1	1
Totais (H+M+P)	63	78	50	60	1	1

Relativamente ao DAP, o Nuno realizou os desenhos da figura humana de si próprio, de uma mulher e de um homem, obtendo pontuações finais de 26, 26, 26, respetivamente. As cotações não diferiram mais uma vez entre os desenhos, não conseguindo identificar a diferença entre a figura humana homem e a figura humana mulher. Houve pequenas melhorias nos desenhos, nomeadamente o número de dedos nas mãos, colocando os 5 dedos em cada mão, mas no geral a figura continuou igual à avaliação inicial, não acrescentando partes importantes na figura, como o pescoço, o nariz, as orelhas, entre outros. Desenhou as três figuras na mesma folha, com uma dimensão reduzida, sem explorar significativamente o espaço disponível.

O Nuno utilizou a mão direita, exercendo alguma pressão ao segurar no lápis. Mais uma vez demonstrou desinteresse, realizando os desenhos de forma apressada, sem olhar para o desenho que tinha feito. No total, obteve um total bruto de 78 pontos,

correspondendo a um valor de standard de 60 pontos, situando-se no percentil 1. Os valores aumentaram comparativamente à avaliação inicial, mas continuou no percentil 1, correspondendo assim a uma classificação final de deficiente. Apesar de ter melhorando em alguns aspetos, o Nuno ainda continuou com dificuldades na diferença entre a figura do homem e da figura da mulher e na construção da figura humana. É importante referir que o Nuno durante a avaliação estava bastante agitado e desconcentrado, com dificuldades na compreensão da informação que lhe é dada, e por isso nestas situações foi necessário informar com instruções simples e claras.

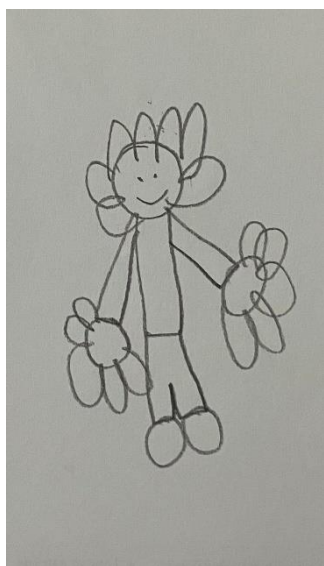


Figura 4: Avaliação Final do DAP – Mulher



Figura 5: Avaliação Final do DAP – Homem



Figura 6: Avaliação Final do DAP – desenho de si próprio

Teste de Proficiência Motora de Bruininks Oseretsky (BOT-2)

Serão, agora, apresentados os resultados obtidos através da aplicação do BOT-2.

Tabela 13: Resultados da avaliação inicial vs. final do BOT-2 do Caso I

Dimensão	Subtarefa	Pontuação Inicial	Pontuação Final
Precisão Motora Fina	Colorir a estrela	2	2
	Traçar o caminho	4	1
Integração Motora Fina	Copiar círculos sobrepostos	6	6
	Copiar diamante	5	5
Destreza Manual	Enfiar Cubos	2	3
Coordenação Bilateral	Tocar no nariz	2	2
	Rodar os dedos	3	3
Equilíbrio	Andar sobre uma linha	2	2
Corrida de Velocidade e Agilidade	Saltar em apoio unipedal	0	1
Coordenação dos Membros Superiores	Apanhar a bola	2	2
	Driblar a bola	7	7
Força	Flexões de braços	0	0
	TOTAL	35	34

Relativamente ao BOT-2, o desempenho do adolescente nas tarefas referentes à precisão Motora fina, houve alterações no traçar o caminho, o Nuno encontrava-se bastante desconcentrado. Na integração motora fina, mantiveram-se inalteradas em comparação à avaliação inicial. Na destreza manual, o Nuno conseguiu acrescentar mais um bloco no fio, contudo é de salientar a dificuldade na manipulação e enfiamento dos blocos, levando assim ao comprometimento na motricidade fina. Na coordenação bilateral, o Nuno teve dificuldades em fechar os olhos, obtendo a mesma pontuação. Contudo, relativamente à rotação dos dedos evidenciou uma adequada coordenação bilateral, tal como realizou na avaliação inicial. No equilíbrio, apesar de que apresentou a mesma cotação na avaliação inicial, o Nuno demonstrou melhorias na postura e com menos reequilibrações. Na prova de corrida de velocidade e agilidade, o Nuno conseguiu melhorar, conseguindo saltar pelo menos 2 vezes em apoio unipedal, algo que não tinha realizado na avaliação inicial. Nas provas de coordenação dos membros superiores, manteve-se com a mesma cotação, apenas foi possível observar que Nuno esteve mais distraído e por isso inicialmente não estava a conseguir apanhar nem driblar a bola, mas depois da demonstração assim o fez sem dificuldades. Por fim, na prova da força, mais uma vez o Nuno não conseguiu realizar a tarefa, demonstrando uma postura

incorreta, contudo é de salientar o esforço que fez, e conseguiu permanecer em cima na posição correta, apenas não conseguia realizar a flexão.

O Nuno obteve uma pontuação final de 34. Esta pontuação equivale a um valor de standard de 24 e a um percentil 1, o que significa que se encontrou bastante abaixo da média.

9.3 Avaliação em meio aquático

A avaliação realizou-se no ginásio que a clínica tem contrato, e teve como objetivo avaliar o comportamento da criança no meio aquático. Para tal, recorreu-se à ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático (versão para adolescentes e adultos), que é composta por diferentes componentes. O utente foi avaliado nas últimas sessões, observando nas sessões individuais e nas sessões em grupo, permitindo assim uma observação contínua e detalhada do desempenho aquático do utente.

Com isso, durante as observações feitas, foi possível perceber alguns aspetos nomeadamente a desinibição inicial no meio aquático, entrada e saídas da piscina, mobilizações articulares, equilíbrio e flutuação, função respiratória, movimentos ativos dentro de água e grau de interação.

Na desinibição inicial no meio aquático, o Nuno demonstrou uma resposta positiva ao ambiente aquático, evidenciando comportamentos como entra na água, tolerar salpicos, esfregar o rosto com água, alterou a sua posição corporal no meio aquático, imersão total da cabeça, sem sinais de desconforto ou hesitação.

Na entrada e saída da piscina, foi observado que o Nuno entra e sai da piscina autonomamente, apesar de não ter escadas padrão. O Nuno apresentou uma boa amplitude e coordenação dos movimentos na água, conseguindo nadar em três estilos distintos: bruços, crol e costas. No entanto, o Nuno demonstrou uma dificuldade no movimento dos braços, em estilo costas, não realizando uma boa amplitude para ajudar no movimento. Na execução das pernas também apresentou algumas dificuldades, mas houve algumas melhorias, apesar de necessitar ainda de assistência para a sua correção e execução adequada.

No Equilíbrio e flutuação, o utente manteve o equilíbrio na posição de decúbito ventral e decúbito dorsal e o equilíbrio vertical com apoio plantar. Contudo, a impossibilidade de avaliar a sustentação vertical sem apoio plantar deveu-se à profundidade reduzida da piscina utilizada. Conseguiu flutuar em decúbito dorsal e ventral, mas por curtos períodos, pelo facto de ter baixa permanência na tarefa e não por

não conseguir flutuar.

Na função respiratória, o Nuno realizou 12 respirações na água antes de começar cada sessão, o que foi possível observar que o utente fecha a boca quando coloca a cara na água, imerge na água em apneia, mergulha sem auxílio, e durante atividades como apanhar arcos ou brinquedos no fundo da piscina, o Nuno conseguiu sem qualquer dificuldade.

Nos movimentos ativos dentro de água, o Nuno não apresentou muitas dificuldades, conseguiu andar e correr dentro de água, movimentou os braços dentro de água. O utente deslizou o seu corpo em posição de decúbito dorsal e ventral com impulso na parede, mas não executou de forma consistente e continua. Realizou pontapés à superfície da água, alternando os dois pés, em decúbito dorsal e ventral, mas o Nuno continuou a optar por momentos de fuga às tarefas, nadando livremente e fazendo longos períodos de apneia debaixo de água, por isso foi necessário acompanhamento da terapeuta para a realização. O Nuno ainda apresentou algumas dificuldades em coordenar os movimentos dos membros superiores com os movimentos dos membros inferiores em decúbito dorsal e ventral, e por isso foi necessário auxílio da terapeuta, insistindo em movimentar principalmente os membros inferiores. Executou um movimento propulsivo coordenado em decúbito dorsal e ventral, deslocou-se debaixo de água com facilidade pois é uma das suas atividades preferidas, realizando golfinhos, sendo que por vezes gosta de explorar mais a piscina e sai do espaço que é suposto para ele.

No grau de interação, reconhece o técnico e sabe o nome, por vezes aceita as sugestões, mas é capaz de se distrair e não as realizar. Tem dificuldades em esperar pela sua vez. O Nuno continuou a olhar para a sua sombra fazendo movimentos para parede, começando por vezes a rir. Durante as sessões de grupo, foi possível observar uma boa interação com o menino perto da sua idade e com o mesmo diagnóstico, havendo ainda competições entre eles os dois. É importante referir, que ao longo das sessões foi possível observar uma dinâmica entre os dois muito interessante. Nas atividades como apanhar objetos no fundo da piscina, os dois são capazes de desafiar um ao outro e começar a rir, algo que é bastante positivo para os dois.

É importante destacar que, nas últimas sessões, o Nuno apresentou-se mais desorganizado durante as atividades na piscina, com episódios de riso descontrolado, várias tentativas de fuga e uma certa desorientação no espaço aquático.

10. Discussão dos Resultados

Nos 7 meses de intervenção foram evidentes algumas melhorias, contudo nos resultados da avaliação final não foram visíveis, uma vez que o Nuno encontrava-se bastante agitado e desconcentrado na avaliação e por isso os resultados obtidos não refletem o seu progresso.

Relativamente ao DAP, o Nuno apresentou algumas melhorias, nomeadamente na representação das mãos. No entanto, de modo geral, manteve-se no mesmo percentil que na avaliação inicial. Diferenciar entre a figura da mulher e do homem, também foi uma grande dificuldade do Nuno, apenas conseguiu desenhar quando tem ajuda por parte da psicomotricista. Em ambas as avaliações, o Nuno obteve um percentil 1, verificando pequenas diferenças nos valores brutos e standard em comparação com a primeira avaliação. Ainda assim, o Nuno demonstrou mais uma vez um desinteresse pela tarefa, uma vez que concluiu a atividade muito rápida e sem prestar grande atenção ao desenho.

Relativamente ao BOT-2, o Nuno, durante a avaliação final, demonstrou-se bastante desconcentrado e agitado, o que influenciou alguns resultados. Contudo, foi possível observar progressos em determinadas subtarefas, nomeadamente enfiar os cubos, que conseguiu realizar a tarefa mais facilmente em relação à avaliação inicial, e nos saltos em apoio unipedal, conseguiu saltar com maior consistência, em relação à avaliação inicial. Estas melhorias observadas poderão estar relacionadas com a insistência da psicomotricista ao longo das sessões, que procurou incentivar o Nuno, utilizando mais feedbacks positivos e da demonstração nas tarefas, o que contribuiu para a evolução. Na avaliação inicial obteve uma pontuação de 35 pontos, enquanto na avaliação final obteve uma pontuação de 34, o que demonstra que, no geral, não se registaram melhorias significativas.

No meio aquático, o Nuno demonstrou-se ser um adolescente muito ativo e entusiasmado neste meio. O Nuno explorou bastante o meio, demonstrando uma boa adaptação. Contudo, quando foi necessário cumprir tarefas específicas, tem alguma dificuldade em cumprir. Teve dificuldades nos momentos de espera, ocorrendo por vezes momentos de fuga. Por esse motivo, os estilos (crol, costas e bruços) acabaram por ser menos consistentes e os seus movimentos tornam-se mais descoordenados. Ainda assim, foi um adolescente que demonstrou prazer em estar na água, adora apanhar os objetos no fundo da piscina e adora nadar piscinas de “golfinho”. A interação social foi bastante positiva, nas sessões de grupo, havendo melhorias neste

sentido. O meio aquático pode favorecer uma relação mais próxima e um diálogo corporal mais intenso (Boato et al., 2020). É importante referir que o Nuno nas últimas sessões de meio aquático, tanto nas sessões individuais como nas sessões de grupo, apresentou-se mais agitado e com episódios de riso descontrolado.

Na observação psicomotora, foi possível observar algumas melhorias no Nuno, sobretudo na motricidade fina, no equilíbrio, na comunicação verbal e no desenvolvimento social e interação com os pares, durante as sessões em grupo realizadas no contexto meio aquático. A comunicação com a psicomotricista também melhorou, bem como o interesse pelos materiais, principalmente atividades cognitivas que interessava, como sopa de letras, jogo das cores, entre outros. Estas melhorias podem estar relacionadas com o empenho demonstrado nas sessões, principalmente na interação social e na comunicação. Na intervenção com PEA, há evidências que apontam para possíveis progressos ao nível da regulação tónica, equilíbrio, consciência corporal, motricidade fina, orientação espacial, desenvolvimento social e interação com os pares, e comunicação verbal (Frazão et al., 2022). O psicomotricista intervém na sala utilizando materiais, espaço, linguagem e corpo, para complementar ou evoluir a brincadeira da criança, por vezes também para conter ou remeter para a realidade (Rodríguez & Llinares, 2008).

É importante referir que o Nuno se encontrava na adolescência. Apresentou ao longo da intervenção dificuldades ao nível da autorregulação, pelas alterações físicas, hormonais e emocionais próprias da puberdade. Apresentou dificuldades em compreender o seu próprio corpo e com estas mudanças. Em crianças com PEA observa-se que o modo de pensar e de sentir está muito associado às perceções corporais, o que influencia a forma como o adolescente se relaciona com os outros (Boisseuil, et al., 2019). Com estas mudanças, o Nuno tornou-se mais agitado, mais tenso e os episódios de riso descontrolado aumentaram mais. Estas dificuldades que o Nuno apresentou ao longo da intervenção, interferiu nas avaliações finais, uma vez que se encontrava-se mais desconcentrado e o seu corpo apresentava-se mais tenso, dificultando assim a realização das tarefas.

Estudo de Caso II

1. Breve identificação e descrição do caso

O Miguel (nome fictício) tem 4 anos e está diagnosticado com PEA. Na altura da avaliação psicomotora, o Miguel frequentava o pré-escolar. Apresentava elevada agitação psicomotora, dificuldades na comunicação e reportório motor pobre.

2. Motivo de Encaminhamento para Psicomotricidade

O Miguel foi encaminhado para a psicomotricidade com 4 anos pela terapeuta ocupacional, por apresentar agitação psicomotora, não manter o contacto ocular e apresentar de permanência em tarefa.

3. História Pessoal e Clínica

Caraterização da Criança

O Miguel é um menino de 4 anos e frequenta o pré-escolar. Vive com os pais e com o irmão mais novo de 1 ano de idade. O Miguel nasceu de parto normal, induzido, com epidural, às 40 semanas e dois dias. Ao nascer, pesava 3,750kg e media 49 cm. O Índice de *Apgar* foi 10 ao 1.º e ao 5.º minuto. Durante a gravidez, a mãe sentia-se bem, embora a criança tenha nascido durante o período de confinamento causado pela pandemia de Covid-19. Segundo os pais, o Miguel começou a gatinhar aos 9 meses e deu os primeiros passos aos 15 meses. Entre os 11 meses e os 16/17 meses começou a falar as primeiras palavras, nomeadamente, “Papá”, “Mamã”, “Minó” (gato), “Luz”, “Água”, “Olá” e “Tchau”. Relativamente à história clínica, aos 9 meses sofreu 4 convulsões sem febre e ficou internado durante uma semana. Está diagnosticado com perturbação do espectro do autismo. Em termos de comportamento e gestão emocional, o Miguel apresenta alguns episódios de irritação quando contrariado, necessitando, nestes momentos de isolamento, pouca luz e redução de estímulos para autorregular. Apresenta um perfil ansioso, de acordo com o pai.

Relativamente à relação com o irmão, o Miguel demonstra uma interação crescente com o irmão em comparação com anos anteriores. Embora partilhem momentos de brincadeira, há situações em que o Miguel evita essa interação, recorrendo a comportamentos como bater no irmão e tende a afastar-se para brincar sozinho. O pai refere que o irmão do Miguel tende a ser mais insistente na busca por companhia e, por vezes, o Miguel responde positivamente, participando na brincadeira, mas noutras

ocasiões recusa e manifesta dificuldades em partilhar os brinquedos. O pai também identifica sinais de ciúmes por parte do Miguel, o que pode contribuir para um aumento da sua irritabilidade em determinadas situações.

O Miguel nos seus tempos livres gosta de assistir a desenhos animados, especialmente o “*Bluey*”. Também se interessa por carrinhos, dinossauros e comida, conforme relatado pelos pais. Relativamente à linguagem, o Miguel ainda não comunica ou fala.

A sua rotina diária rege-se pelo horário de deitar entre as 21h30/22h e acorda entre as 7h30 e as 8h. Pela manhã, vai à casa de banho, lava os dentes e a cara e veste-se. Às 9h vai para a escola e retorna para casa às 17h, onde lancha e brinca até às 19h30. Após isso, toma banho, janta e segue uma rotina para dormir que inclui ir à varanda dizer “tchau” à noite, lavar os dentes, ouvir uma história e dormir.

Relativamente ao sono, o Miguel apresenta dificuldades significativas, caracterizada por episódios de insónias, agitação noturna e choro, que podem ter origem em fatores fisiológicos ou comportamentais. Quando são fatores comportamentais, o pai consegue intervir de forma a tranquilizar a criança.

História clínica

O Miguel está diagnosticado com PEA. Neste momento está medicado para questões relacionadas com o sono e a síndrome das pernas inquietas, tendo esta abordagem sido recomendada por uma especialista do sono. Recebe acompanhamento pela especialidade do desenvolvimento, pela pediatria geral, pela médica especialista do sono e está a ser acompanhado na especialidade de doenças metabólicas. Aos 2 anos, foi recomendado por dois pedopsiquiatras a introdução de base ativa risperidona (*Risperdal*®), pela sua agitação e dificuldades de sono, mas por opção dos pais, não foi administrada na criança e por isso os pais foram à médica especialista do sono. De acordo com o pai, o Miguel manifesta hipersensibilidade a estímulos sensoriais, particularmente à luz e ao som, e apresenta reações intensas a determinados estímulos auditivos, como o som das vacas, que lhe provoca medo. Além disso demonstra recusa em utilizar o bacio, reagindo com gritos e fuga.

Atualmente, beneficia de um acompanhamento em hipoterapia e na clínica está a ser acompanhado nas valências de psicomotricidade desde outubro de 2024, em contexto de sala-ginásio, em terapia ocupacional e em terapia da fala.

4. Plano de Avaliação Psicomotora

A avaliação psicomotora da criança, ocorreu um período de observação em contexto de sessões de Psicomotricidade, durante o mês de janeiro, onde foi possível recolher dados pertinentes à avaliação informal e estabelecer uma relação terapêutica. Durante este tempo, foi possível recolher dados informais com a grelha de observação psicomotora de João costa (2008) adaptada e da Grelha De Observação Psicomotora (Wauters-Krings, 2009).

Foi utilizada esta grelha com o objetivo de observar a criança em contexto espontâneo, onde se pode observar aspetos do seu desenvolvimento, como fatores psicomotores, aspetos emocionais e cognitivos.

Depois de recolher os dados necessários da avaliação informal, foi possível realizar um perfil Intra individual e definir objetivos terapêuticos, objetivos gerais e específicos, assim um projeto terapêutico. O plano de avaliação psicomotora desta criança contemplou apenas a observação em contexto de atividade psicomotora espontânea, complementada, pontualmente, com algumas sugestões de atividades ou mediadores que permitissem observar aspetos específicos previstos na grelha. Esta opção metodológica baseou-se nas características individuais da criança, nomeadamente a sua idade, nível de interação, capacidade de compreensão e diagnóstico, fatores que tornaram a observação espontânea o meio mais adequado e fidedigno para avaliar o seu funcionamento psicomotor.

5. Resultados da Avaliação Inicial

5.1 Observação psicomotora

Durante as primeiras sessões foi possível avaliar de forma informal através da Grelha de observação psicomotora de João Costa (2008) adaptada e da Grelha de Observação Psicomotora (Wauters-Krings, 2009). Verificou-se que o Miguel é um menino bem-disposto, carinhoso e afetuoso. Apresentou um humor alegre e exuberante e apresentou uma aparência física cuidada. Na interação com o outro, o Miguel não tem contacto ocular, o seu contacto é evitante, a criança evita o olhar diretamente nos olhos da terapeuta, reconhece as diferenças e as hierarquias durante a sessão, mas tem dificuldades em cumprir ordens simples. Quando era chamado, o Miguel não se reconhecia. Foi possível observar a agitação psicomotora, apresentando-se sempre inquieto perante as atividades propostas. Relativamente à noção do corpo, a criança

apresentou um esquema corporal imaturo, não se observava ao espelho, não demonstrava interesse. O Miguel realizava gestos bruscos e impulsivos durante o movimento, tendo uma intenção ao movimento inoperante, imaturo sem planeamento do mesmo. A resposta ao estímulo motor, era deficitária e de pouco sucesso, uma vez que demorava a executar o movimento depois de ser transmitida a informação da atividade/movimento. Isto acontecia, principalmente, pelo reportório motor pobre.

No que respeita a tonicidade, a criança apresentou um perfil hipotónico e por vezes um perfil hipertónico, uma vez que era uma criança ativa, com uma predisposição à marcha e à exploração do espaço envolvente, observando assim movimentos descoordenados. Relativamente à lateralidade, o Miguel não reconhecia a direita e a esquerda em si e no outro. A equilibração revelou-se limitada, uma vez que, durante as sessões, a criança encontrava-se bastante inquieta. Nas atividades que exigiam controlo postural e equilíbrio, como o uso das boias, das pedras do rio e da “montanha” azul, a criança não demonstrava intenção em equilibrar-se. As perceções visual e auditiva eram adequadas. Na orientação espacial, verificou-se uma desorganização nos deslocamentos, o que pode estar relacionado com a impulsividade motora da criança. A criança apresentou uma postura bastante ativa, apresentado um deslocamento desorganizado, sem planeamento para qualquer movimento. As coordenações óculo-manual e óculo-pedal foram insuficientes, uma vez que a criança não fazia com a intenção de acertar ou derrubar o objeto, apenas atirava.

Durante as sessões foi possível observar que a criança observava os movimentos, por vezes com alguma indiferença, mas posteriormente, espontaneamente, era capaz de imitar o mesmo movimento que a terapeuta realizou, o que parece indicar que o Miguel mesmo não fazendo de seguida, foi capaz de fazer de forma livre e espontânea, posteriormente. Contudo, é importante referir que as imitações de gestos não ocorriam de forma consistente, verificando-se apenas ocasionalmente.

Relativamente à relação com os materiais, o Miguel mostrou-se indiferente aos materiais. Pegava nos objetos e largava-os sem exploração aparente. A forma como utilizava os materiais nem sempre foi adequada, evidenciando alguma dificuldade em compreender a sua utilização. A criança apresentou uma atenção reduzida, embora por vezes manifestou interesse por determinado material, acabando depois por abandonar sem mostrar continuidade ou envolvimento. Consequentemente demonstrou alguma indiferença em relação ao que acontecia à sua volta.

Contudo, é importante referir a sua curiosidade relativamente ao armário da sala,

onde a criança pegava nos diferentes materiais, como bolas, arcos, boias, carrinhos, bolas com barulho entre outros. A criança examinou e explorou os objetos através de manipulação indiscriminada, segurava no objeto e abanava ou batia com ele na superfície. A criança pegava na mão da psicomotricista para levar a um objeto, apenas ocasionalmente. Nos materiais, o Miguel não deu nenhuma funcionalidade para o objeto apenas abanava ou atirava para o chão. Mas é importante referir que evidenciou criatividade ao atribuir novas funções a determinados brinquedos, como, por exemplo, utilizou uma mola de crocodilo de brincar imitando o som e o movimento de um carro. No entanto, não partilhava os objetos/brinquedos que utilizava, uma vez que a terapeuta se aproximava da criança e este fugia com os seus objetos novos. No papel, não conseguiu desenhar algo concreto, apenas fazia rabiscos no papel.

O Miguel compartilhou intenções de interação social, solicita conforto, a criança dirige sinais não-verbais para conseguir a atenção da terapeuta para conforto, devido à angústia, frustração ou medo/cautela, levantando os braços para pegar. Quando recusa o conforto, reage com irritabilidade, manifestando sinais corporais de tensão, ou até mesmo ferrar. Também foi possível ver estes momentos de irritabilidade nos momentos de frustração, quando algo não ocorre como devia, ou como ele quer. Nesses momentos, estratégias sensoriais, como o balançar na prancha ou no trampolim, parecem contribuir para a sua autorregulação.

A criança apresentou algumas dificuldades (pouca consistência) na realização de gestos intencionais para expressar necessidades, como o “dá”, “igual” ou “mais. A imitação destes gestos ocorreu ocasionalmente de forma espontânea, mas é inconsistente, sendo que quando lhe é pedido para reproduzir determinados gestos, não realizava.

Relativamente à sua linguagem, o Miguel apresentou uma linguagem recetiva sem compreensão, não apresentando um vocabulário compatível com a sua faixa etária. Estava em terapia da fala para potenciar o desenvolvimento comunicativo. A sua voz era adequada. O seu sorriso era concordante. Foi possível observar um menino bastante alegre, quando estava a explorar o espaço envolvente. No entanto, evidenciou uma postura desafiante e por vezes impulsiva, quando demonstrava atitudes de irritabilidade.

Relativamente à questão sensorial, o Miguel procurou muitos materiais sensoriais, como a questão do balançar, o Miguel colocava-se de barriga para baixo na prancha e balançava, ajudando a acalmar. Demonstrou preferência por texturas específicas, como os picos das boias sensoriais e o contacto das meias antiderrapantes

na pele. Além disso, tinha o hábito de puxar as calças para cima ou de retirar as meias, o que pode estar relacionado com a sua sensibilidade tátil.

No início da sessão, o Miguel tirava as sapatilhas, autonomamente, no meio da sala e não arrumava num canto, apenas ficavam espalhadas. Para calçar, não conseguia sozinho, necessitava de ajuda para o mesmo.

O Miguel ainda se encontrava numa fase inicial do trabalho psicomotor, ainda tinha um reportório psicomotor muito pobre e uma interação social fraca.

6. Hipóteses Explicativas

As hipóteses explicativas foram desenvolvidas de acordo com a recolha de informação da anamnese, com a observação psicomotora e a avaliação formal e com a literatura sobre o diagnóstico do utente, existindo assim uma melhor compreensão do caso e uma melhor intervenção.

Nos critérios de diagnóstico do DSM-5 (APA, 2014), podemos observar que os sintomas apresentados pela Miguel se classificam nos critérios definidos num diagnóstico de PEA, nomeadamente dificuldades na interação social e com os materiais, dificuldades na linguagem, dificuldade na motricidade. A PEA é caracterizada por dificuldades na comunicação e interação social, padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Os sintomas têm um início precoce no desenvolvimento e afetam o funcionamento diário (APA, 2014).

Durante a avaliação foi possível observar dificuldades na interação com os materiais e uma imaturidade no esquema e imagem corporal. O esquema corporal de uma criança com PEA encontra-se comprometido. A criança tem dificuldades na organização da imagem corporal. Ficam presas numa vivência corporal concreta e fragmentada. E por isso, não integra de forma estável a estrutura, as perceções e as funções do seu próprio corpo (Latour, 2008). O esquema corporal imaturo resulta da ausência do “outro” que lhe atribui significado e reconhecimento enquanto sujeito. É através do olhar e do desejo desse “outro” que a criança pode construir a sua imagem e esquema corporal, refletindo-se nesse reconhecimento (Fernandes, 2008).

As funções psicomotoras, como a coordenação motora, a organização das atividades motoras com o nível de atividade, a capacidade de atenção e a estabilidade emocional, têm a sua origem na representação da imagem corporal. As crianças com PEA apresentam uma organização corporal particular. As crianças tendem a utilizar as sensações mais básicas do que as representações mais complexas (Kloeckner, 2009).

As crianças com PEA podem demonstrar hipersensibilidade ou hipossensibilidade a determinados estímulos, uma atenção pouco seletiva e dificuldade em integrar informações provenientes de diferentes modalidades sensoriais (Gowen & Hamilton, 2013).

O Miguel demonstra uma elevada sensibilidade à luz e a certos sons. Nas crianças com PEA, é comum observar uma dificuldade na integração sensório-motora, o que se manifesta através de respostas atípicas aos estímulos do meio. Estas crianças podem parecer indiferentes ou, pelo contrário, extremamente sensíveis a determinados estímulos, como se o input sensorial não estivesse corretamente registado a nível cerebral (Kloeckner, et al., 2009). As respostas auditivas em crianças com PEA são por vezes irregulares, podem reagir intensamente a certos estímulos sonoros, mas não respondem ao seu nome. O processamento auditivo tende a limitar-se à função de alerta, sem gerar comportamentos de orientação para fonte sonora ou comportamentos de exploração (Kloeckner, et al., 2009).

Nas crianças com PEA, as alterações a nível sensorial, a variabilidade motora e as dificuldades na organização do conhecimento motor, podem influenciar significativamente as capacidades motoras das crianças com autismo (Gowen & Hamilton, 2013).

Na história clínica foi mencionado dificuldades ao nível do sono, havendo alterações durante a noite, motivo pelo qual o Miguel foi encaminhado para uma médica especialista do sono. Nas crianças com PEA, o distúrbio do sono pode manifestar-se de diferentes formas. É frequente que as crianças mais novas com PEA podem apresentar mais resistência à hora de dormir, maior ansiedade, despertares noturnos e parassónias (comportamentos anormais durante o sono, como caminhar, falar e ter pesadelos) (Verhoeff et al., 2018).

7. Projeto Terapêutico

7.1 Perfil Intra individual

A informação recolhida e a avaliação realizada permitiram delinear o Perfil Intraindividual, no qual foram identificadas as áreas de maior competência (possibilidades psicomotoras) e as áreas a desenvolver (dificuldades psicomotoras), servindo de base para a elaboração do projeto terapêutico.

Tabela 14: Perfil Intra-individual do Caso II

Áreas/comportamentos Fortes	Áreas/comportamentos Intermédias	Áreas/comportamentos a Desenvolver
- Procura do toque corporal - Relação com a terapeuta	- Equilíbrio - Compreensão de instruções simples	- Tonicidade - Esquema corporal - Exploração do espaço e dos materiais - Controlo postural - Regulação emocional - Comunicação verbal e não verbal - Permanência em tarefas

7.2 Objetivos Terapêuticos

Tendo em conta às dificuldades apresentadas pelo Miguel, foi possível definir os objetivos terapêuticos que foram desenvolvidos ao longo da intervenção. Os objetivos encontram-se na tabela seguinte.

Tabela 15: Objetivos Terapêuticos do Caso II

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Adequar a Tonicidade	- Promover experiências corporais favorecendo o tônus
Promover o equilíbrio	- Promover a exploração de diversos materiais (boias, ponte, pedras do rio, entre outros) que permitam o equilíbrio estático e dinâmico
Desenvolver a noção do corpo	- Desenvolver a percepção do próprio corpo;
Promover orientação espacial	- Promover o (re)conhecimento do espaço e das tarefas a executar nos mesmos (ex: zona do ovo, tirar calçado retirar casaco) - Promover a exploração no espaço (com o seu corpo, com o corpo do outro e com os objetos)
Promover a motricidade global	- Promover o controlo e ajustar os movimentos corporais - Promover a coordenação motora
Promover a regulação emocional	- Promover o prazer relacional através do corpo e do movimento - Promover a integração de estímulos sensoriais. - Promover a tolerância à frustração
Promover a comunicação, a interação social e a expressão emocional	- Promover o surgimento de sinais sociais (contacto visual, o olhar, o sorriso) e outras manifestações de intenção comunicativa
Promover a capacidade de atenção	- Manter o foco de atenção nas atividades propostas; - Aumentar a capacidade de permanência nas atividades;
Desenvolver a autonomia	- Executar as tarefas de rotinas diárias (calçar, descalçar, vestir casaco, entre outros) autonomamente.

7.3 Diretrizes de intervenção psicomotora

O plano de intervenção desenvolvido para o Miguel previu um acompanhamento em psicomotricidade em contexto de sala-ginásio. Foram realizadas sessões semanais, individuais, com duração média de 45 minutos à segunda-feira.

A relação terapêutica é essencial na intervenção, segundo Costa (2008), é fundamental que exista empatia, sintonia afetiva, simpatia e responsividade, para que haja uma boa relação terapêutica. Através da dimensão afetiva, determina a dinâmica e o sucesso do tratamento, assim é sublinhada a importância criativa e não diretiva (Rigal, 2009).

As mediações corporais propõem ao sujeito momentos relacionais que envolvem o corpo (carregar, empurrar, tocar, agarrar, balançar, vibrar, palpar, mover, fazer rolar uma bola nas costas, entre outros) de forma a estimular estímulos táteis e propriocetivos que vão dar ao corpo a sua existência, os limites corporais, sendo um ponto de partida para a aceitação do toque terapêutico do outro (Rigal, 2009).

O corpo e as expressões têm um papel fundamental nas crianças com PEA, revela a forma como percebem e expressam no mundo. Cada manifestação corporal é única e constitui uma via de compreensão do seu “eu” interno. A abordagem sensório-motora é essencial para entender os comportamentos sensoriais e o desenvolvimento psicomotor. Esta perspectiva valoriza a relação entre o corpo e o meio, destacando os processos de integração e representação construídos através das experiências sensório-motoras (Kloeckner, et al., 2009).

Nas sessões terapêuticas está envolvido o brincar livre e espontâneo, expressão e comunicação, interação com o terapeuta. Apresenta uma abordagem permissiva, centrada na escuta atenta, na observação, no diálogo com a criança, no contacto visual e na criação de uma relação através do contacto direto ou através de bolas ou outros materiais (Rigal, 2009).

O desenvolvimento do brincar desenvolve-se numa experiência partilhada, onde o corpo e a mente atuam de forma integrada. É por meio do brincar que a linguagem se torna fluida. No contexto terapêutico, há um convite para brincar, onde o espaço e os materiais que nela contem irão facilitar a construção de formas de interação lúdica (Giromini, et al., 2022). Os jogos estruturados e expressivos apelam à imaginação e à simbolização (Giromini, et al., 2022).

O jogo em relação permite à criança estímulos fundamentais que desempenham um papel essencial na consciência do seu próprio corpo. Através do jogo, a criança adquire a noção de verticalidade, essencial para reconhecer o seu espaço interno, e construir a percepção do seu “Eu” e compreensão do espaço exterior que a rodeia (Fernandes et al., 2018).

O espelho desempenha um papel fundamental na formação da imagem corporal da criança. O gesto diante o espelho convoca o olhar do outro, que valida e confirma essa imagem de si própria. Esse movimento envolve uma postura que afasta a criança do espelho e liga novamente ao outro, num processo de identificação. O fascínio pela imagem refletida ajuda a criança a organizar e construir a percepção do seu corpo. Este processo envolve dois momentos principais: reconhecer a imagem e relacioná-la consigo própria (Fernandes, 2008).

As técnicas artístico-expressivos promovem a autoconsciência, a criatividade, a expressão gestual e a socialização. Destacando as possibilidades de expressão e comunicação numa perspectiva dinâmica, envolvendo todas as funções psicomotoras (Giromini et al., 2022).

7.4 Estratégias específicas e mediadores terapêuticos

As estratégias específicas foram estabelecidas de acordo com as características da criança, de forma a facilitar a aquisição dos objetivos estabelecidos e garantir da melhor forma uma boa progressão terapêutica.

A relação terapêutica é importante na intervenção para que a criança se sinta confortável e segura, devendo ser orientada pela escuta ativa, empatia, autenticidade e confiança (Frazão et al., 2022). A empatia desempenha um papel fundamental, permitindo partilhar, compreender e representar as emoções e experiências dos outros (Alexandrine & Boscaini, 2012). O espaço é essencial ser seguro, onde deve ser um espaço simbólico permissivo, continente e desculpabilizante em que se valoriza a importância da organização do espaço e do tempo, garantindo assim a segurança e confiabilidade na situação do jogo espontâneo (Vieira, Batista & Lapierre, 2005).

Os suportes visuais são muito utilizados para crianças com PEA, ajudando a compreender o que é pretendido e torná-las mais autónomas (Meadan et al., 2011). Existem vários tipos de suportes visuais, desde a demonstração e imagens, onde foram muito utilizadas durante as sessões com o Miguel.

A instrução verbal deve ser clara, simples/curta e diretiva, do tipo associado aos gestos ou às demonstrações (Frazão et al., 2022). Definir limites e regras no espaço terapêutico (Fonseca, 2013). Também foram utilizados o reforço positivo, verbal e não verbal para favorecer e incentivar a participação do Miguel durante as atividades.

8. Progressão terapêutica

A intervenção durou 7 meses. Foram realizadas 25 sessões com o Miguel onde estão incluídas 2 sessões de avaliação inicial e 2 sessões de avaliação final. O Miguel foi sempre um menino assíduo e sempre que faltava encontrava-se doente, a estagiária era avisada antecipadamente.

A avaliação inicial foi realizada no mês de janeiro, permitindo observar o Miguel e estabelecer uma relação terapêutica. Posteriormente, foi realizada uma entrevista ao pai, com o objetivo de recolher informações sobre a história clínica da criança.

No início de cada sessão era pedido ao Miguel que se senta no “ovo” (cadeira), para descalçar sapatilhas e arrumar num canto. No início da intervenção, o Miguel tinha muitos momentos de fuga e não tirava as sapatilhas, ou até tirava, mas deixava as

sapatilhas espalhadas pela sala, e por isso, antes do início da sessão o Miguel sentava-se na cadeira e tirava as sapatilhas. Ao longo das sessões, o Miguel teve melhorias significativas, até que nas últimas sessões, o Miguel já sabia que tinha de tirar as sapatilhas no “ovo” e arrumar num canto da sala.

No início da intervenção, o Miguel encontrava-se bastante agitado e tinha dificuldade em cumprir as instruções dadas, tendo vários momentos de fuga. Perante isso, tornou-se necessário adaptar as atividades aos seus interesses, recorrendo a materiais sensoriais que ajudasse a criança a acalmar-se e a retomar às atividades propostas. Foram utilizados animais, carros, bolas de animais, entre outros, o que também contribuiu para fortalecer a relação terapêutica.

No início de cada sessão era realizado um ritual inicial, com o objetivo de explorar o espaço envolvente e a consciência corporal. O Miguel tinha de correr, saltar e rebolar, parando quando ouvia a palavra “stop”. Ao longo do tempo, observou-se uma evolução positiva neste ritual, sendo notória uma redução dos momentos de fuga e frustração. Foi utilizado muito o espelho neste ritual, para desenvolver a perceção do próprio corpo.

Ao longo da intervenção, o Miguel foi um menino que teve bastantes evoluções positivas. A agitação psicomotora que apresentava no início foi diminuindo, ficando mais calmo. A procura de estímulos sensoriais, foi algo bastante presente nas sessões, pelo que foram integrados materiais como a prancha para balançar, a bola de *pilates* ou o paraquedas. Os momentos de fuga foram diminuindo, cumprindo mais as tarefas propostas.

Os circuitos psicomotores foram utilizados em muitas das atividades para promover o equilíbrio dinâmico, a orientação espacial, desenvolver o planeamento e a sequencialização de percursos. Durante esta atividade, o Miguel diminuiu bastante os momentos de fuga, permanecendo no colchão à espera da psicomotricista. Por vezes deslocava-se até ao trampolim ou procurava a bola de *pilates*, mas, de modo geral, apresentava uma postura mais calma e controlada em comparação com o início da intervenção.

O espelho foi essencial ao longo das sessões com o Miguel, demonstrando uma melhoria significativa no interesse e na procura por este objeto. Ao longo da intervenção, foi utilizada a música para promover a consciência corporal, o Miguel ficava em frente ao espelho, enquanto dançava ao som da música. E por esse motivo, o Miguel, em diversos momentos, dirigia-se espontaneamente ao espelho, observando as

suas expressões faciais, um comportamento que não se observava no início da intervenção.

Foi possível observar nas últimas sessões um maior envolvimento do Miguel nas atividades, nomeadamente ao demonstrar interesse em colocar ou guardar as pedras do rio no percurso psicomotor, um comportamento que antes não acontecia. O gesto do “dá” passou a ser utilizado com intenção, revelando vontade de participar e interagir com o material.

Os momentos de frustração também diminuíram. Inicialmente, apresentava dificuldades em realizar determinadas tarefas, como apanhar peixes com uma cana de pesca, necessitando de ajuda da psicomotricista. Contudo, nas sessões finais, conseguiu realizar a atividade autonomamente, com maior concentração e menos sinais de frustração.

Ao nível sensorial, o Miguel foi demonstrando maior sensibilidade visual, pelas luzes da sala, e por isso, durante as sessões, foi diminuindo a quantidade de luz, para que o Miguel sentisse mais confortável. O Miguel, também, procurava muitas matérias sensoriais, como a questão do balançar na prancha ou colar em cima da bola de *pilates*. Mas estímulos táteis foi algo introduzido nas sessões, mas o Miguel não interagiu tanto.

Verificou-se um aumento do contacto ocular, principalmente quando queria pedir algo. O Miguel melhorou na utilização dos gestos intencionais para expressar necessidades, utilizando com maior consistência no “dá” e no “mais”. O Miguel demonstrou, também, ao longo das sessões, mais momentos de afeto, procurando o toque corporal. Em algumas situações, pedia esse toque por não querer realizar alguma atividade, levantava os braços para pedir colo.

O Miguel também apresentou uma melhoria significativa ao ser chamado pelo nome, demonstrando capacidade de reação a esse estímulo, comportamento que não estava presente anteriormente.

9. Avaliação Inicial vs Avaliação Final

9.1 Observação Psicomotora Final

Durante as últimas sessões foi possível avaliar de forma informal através da Grelha de observação psicomotora de João Costa (2008) adaptada, da grelha de observação de competências sociais para crianças pré-escolares e da Grelha De Observação Psicomotora (Wauters-Krings, 2009).

O Miguel demonstrou ser um menino bem-disposto, carinhoso e afetuoso ao longo das sessões. Apresentou um humor alegre e uma imagem física cuidada. O contacto ocular melhorou significativamente. Reconhecia as diferenças e as hierarquias durante a sessão, e melhorou no cumprimento de tarefas pedidas de forma autónoma, já compreendia o significado do “não” e reagia a essa orientação. Embora ainda apresentava alguma agitação psicomotora, foi conseguindo controlá-la, sendo capaz de esperar sentado no colchão pela sua vez ou enquanto a terapeuta ia buscar algum material.

Relativamente à noção corpo, o Miguel apresentou um esquema e imagem corporal imaturo, mas começou a demonstrar maior interesse em observar-se ao espelho, explorando mais o objeto. Principalmente observando as suas expressões faciais, quando está a chorar ou a rir-se. O que pode indicar uma melhoria na sua consciência corporal.

O Miguel continuou a realizar movimentos bruscos e impulsivos durante o movimento, maioritariamente quando estava irritado ou frustrado. A resposta ao estímulo motor continuou a ser baixa e de pouco sucesso, mas havia momentos em que, após a explicação da atividade, conseguia executá-la, como passar pelas pedras do rio. Mas o seu repertório motor continuava pobre.

Na tonicidade, a criança apresentou um perfil hipotónico e/ou hipertónico. O Miguel nas últimas sessões tem demonstrado menos momentos de agitação, uma vez que se encontrava bastantes vezes deitado, procurando estímulos sensoriais. Na lateralidade, o Miguel ainda não reconhecia a direita e a esquerda em si e no outro. Na equilibração, o Miguel demonstrou melhorias significativas no equilíbrio dinâmico. Nas atividades de controlo postural e equilíbrio, como na utilização das pedras do rio, a trave, as boias, entre outros, a criança conseguiu atravessar, com alguma insegurança gravitacional e alguns desequilíbrios, mas conseguia atravessar com menos ajuda e sem fugas. No equilíbrio estático continuou limitado uma vez que a criança não conseguia permanecer durante muito tempo. As perceções visual e auditiva eram adequadas, embora tenha sido necessário ajustar a luz durante as sessões devido à sua sensibilidade visual, manifestada pelo piscar frequente dos olhos e sinais de desconforto perante estímulos luminosos intensos. A orientação espacial, continuava a verificar-se uma desorganização espacial nos deslocamentos, mas, durante os circuitos psicomotores, o Miguel conseguia completar as tarefas e transitar entre elas com menos momentos de fuga ou desorganização, demonstrando maior capacidade de seguir sequências.

O Miguel continuou com uma postura ativa, que por vezes não apresentava um planeamento para qualquer movimento. Quando era orientado, a criança era capaz de seguir a sequência corretamente. As coordenações óculo-manual e óculo-pedal são insuficientes, uma vez que a criança não demonstrava intenção de acertar ou derrubar o objeto.

Relativamente à relação com os materiais, o Miguel ao longo das sessões foi possível observar um aumento do interesse por determinados materiais, nomeadamente animais, carros, bolas, entre outros. Em algumas situações, utilizou os materiais de forma mais intencional e com valor simbólico atribuído, por exemplo ao movimentar a tartaruga como se nadasse ou ao empurrar o carro reproduzindo o som do motor. Mas existiam outros materiais que era capaz de pegar e largar, sem exploração.

Continuou a demonstrar interesse pelo armário da sala, a criança pegava em bolas, arcos, boias, chouriços, entre outros. A criança explorava, mas perdia rapidamente o interesse, deixando no chão todos os materiais. Durante as sessões, continuava a achar as molas em formato de crocodilos, serem carros e fazia o som dos mesmo durante o movimento. Tinha uma preferência pela cor vermelha, procurando sempre objetos dessa cor, o que por vezes gerava alguma resistência quando era contrariado a arrumar. Não partilhava os brinquedos, embora já permitia a aproximação da terapeuta, no entanto, continuava a mostrar resistência em partilhar com outras pessoas.

O Miguel, nas últimas sessões, têm solicitado mais conforto, dirigia sinais não-verbais para conseguir a atenção da terapeuta para o seu conforto, devido à angústia, frustração ou medo/cautela, levantando os braços para pegar. No entanto, em algumas situações, recorria a esses gestos como forma de evitar tarefas, pedindo colo ou abraços quando não queria realizar determinada atividade. Apesar disso, os momentos de irritação e de fuga foram diminuindo. Quando estava desconfortável, ainda manifestava sinais corporais de tensão.

Relativamente à linguagem, o Miguel apresentava uma comunicação não verbal, uma linguagem recetiva sem compreensão, não apresentando um vocabulário compatível com a sua faixa etária. A sua voz era adequada. O seu sorriso era concordante, foi possível observar um menino bastante alegre e bem-disposto. Na realização gestos intencionais, o Miguel melhorou bastante na realização para expressar necessidades, o “dá” e o “mais”, têm sido mais utilizados, até em casa. A imitação de gestos, por vezes ocorria de forma espontânea em alguns momentos, embora, quando

solicitada, nem sempre respondia de forma consistente.

Relativamente à questão sensorial, o Miguel procurava muitas matérias sensoriais, como a questão do balançar, o Miguel colocava-se de barriga para baixo na prancha e balançava, ajudando-o a acalmar. Gostava da bola de *pilates* para saltitar em cima dela. Também gostava do paraquedas, em cima dele, querendo sempre ficar por baixo e sentir o paraquedas a tocar na pele e sentir o vento do mesmo. Tinha o hábito de retirar as meias, quando tirava as sapatilhas. A sensibilidade da luz também foi observada ao longo das sessões, e por isso foi necessário diminuir a quantidade de luzes na sala. Tirar sapatilhas antes da sessão começar, melhorou bastante. O Miguel começou, nas últimas sessões, a tirar as sapatilhas sozinho, sem momentos de fuga ou espalhar no meio da sala.

10. Discussão

De forma geral, foram observadas melhorias significativas no Miguel, nomeadamente ao nível da agitação psicomotora, da exploração dos materiais e do reconhecimento do próprio corpo, entre outros aspetos do seu desenvolvimento.

No que respeita à observação informal, verificou-se uma evolução expressiva na forma como o Miguel interage com os materiais. Demonstrou maior interesse e começou a atribuir um valor a cada material, como ao reproduzir o som dos carros ou ao movimentar a tartaruga a nadar, comportamentos que não se observavam no início da intervenção.

Os momentos de frustração foram diminuindo. Inicialmente, apresentava dificuldades em realizar determinadas tarefas, como apanhar peixes com uma cana de pesca, necessitando de ajuda da psicomotricista. Contudo, nas sessões finais, conseguiu realizar a atividade autonomamente, com maior concentração e menos sinais de frustração. Os momentos de fuga também foram diminuindo, conseguindo estar mais envolvido nas atividades, conseguiu esperar pela sua vez, algo que não acontecia anteriormente.

A exploração do espelho também revelou progressos relevantes, uma vez que o Miguel começou a demonstrar interesse em observar as suas próprias expressões faciais, sobre tudo quando chorava ou ria, evidenciando uma maior consciência corporal e emocional. Na comunicação não verbal, os gestos intencionais tornaram-se mais frequentes e consistentes, sendo essa evolução igualmente observada no contexto familiar, de acordo com os pais.

Verificou-se ainda uma melhoria expressiva no contacto ocular e na resposta ao ser chamado pelo nome, aspetos que não estavam presentes nas fases iniciais da intervenção.

A intervenção psicomotora centra-se no desenvolvimento da forma como as crianças processam a informação através do movimento, promovendo a integração entre corpo, emoção e cognição durante as sessões lúdicas e numa atmosfera permissiva e contentora. Na intervenção psicomotora com o Miguel pretendeu-se favorecer o aparecimento de sinais sociais (como o contacto visual, o olhar de referência, o sorriso e outras manifestações de intenção comunicativa), aumentar a capacidade de atenção e concentração, incentivar o uso adequado dos materiais, estimular a comunicação verbal e não verbal, e reduzir determinados comportamentos desajustados, como a agitação psicomotora. Estes objetivos vão ao encontro do que é defendido por Caliendo et al. (2021), que destacam a importância da intervenção psicomotora no desenvolvimento das competências sociais, comunicativas e regulatórias em crianças com PEA.

O brincar adquiriu um importante significado terapêutico, representando uma ferramenta privilegiada na intervenção com crianças com PEA. Através do jogo simbólico e do movimento espontâneo, a criança é convidada a participar ativamente num contexto relacional, potenciando, de forma natural, o seu desenvolvimento cognitivo, comunicativo e emocional (Caliendo et al., 2021; Morgenthal, 2015). Os autores reforçam que o jogo permite à criança reorganizar experiências internas, desenvolver competências sociais e construir novas formas de interação com o outro, constituindo-se como uma via essencial para a mediação terapêutica.

De igual modo, a intervenção corporal e expressiva tem demonstrado eficácia na promoção da consciência do corpo e na autorregulação emocional de crianças com autismo. Boato (2020) destaca que as abordagens baseadas no movimento favorecem a emergência da expressividade e da comunicação não verbal, criando um espaço onde o corpo pode ser vivido de forma mais integrada e significativa. Esta perspetiva é coerente com a prática observada no estudo de caso, onde o corpo foi o mediador principal da relação terapêutica e o veículo através do qual Miguel pôde explorar o ambiente, comunicar e desenvolver novas formas de interação.

Com base nos resultados da observação, é possível concluir que o Miguel apresentou uma evolução positiva, refletindo o impacto favorável da intervenção psicomotora. Verificaram-se progressos na capacidade de atenção, na regulação do comportamento e na interação com o outro, aspetos que evidenciam a eficácia de uma

abordagem centrada no corpo e no jogo. Ainda assim, reconhece-se que há potencial para continuidade e aprofundamento deste trabalho, sendo recomendada a manutenção da intervenção psicomotora como forma de consolidar e ampliar as aquisições já alcançadas.

V. Conclusão e Reflexão

O estágio curricular foi uma experiência enriquecedora, que proporcionou um crescimento tanto a nível profissional como pessoal. Esta experiência permitiu à estagiária o contacto com diversas realidades, nomeadamente o trabalho com populações do neurodesenvolvimento em contexto clínico, uma área com a qual ainda não tinha tido a oportunidade de trabalhar. Proporcionou ainda conhecimentos teóricos e experiências práticas que irá levar para a vida profissional e pessoal.

A intervenção psicomotora em contexto clínico revelou-se essencial nos casos acompanhados, sustentando-se em abordagens mediadas pelo corpo, pela expressão e pelo jogo, em dois contextos distintos: sala e piscina. A intervenção psicomotora, apoiada por diferentes mediadores e técnicas, foi desenvolvida num espaço terapêutico de descoberta e transformação, onde a comunicação e o vínculo se construíram através da experiência corporal e relacional. O meio aquático surgiu como um mediador complementar de grande riqueza sensorial e emocional. A água proporcionou um ambiente envolvente e continente, que favoreceu o relaxamento muscular, a exploração corporal e o prazer do movimento. Nesse contexto, o corpo pôde ser vivido de forma mais integrada, promovendo a confiança, a autorregulação e o bem-estar global. O jogo, enquanto mediador privilegiado da relação, constituiu-se como a linguagem principal da intervenção psicomotora. Através dele, foi possível promover um espaço simbólico de encontro e comunicação, onde a criança com PEA pôde expressar-se livremente, experimentar papéis, reorganizar vivências e desenvolver novas formas de interação. O jogo tornou-se, assim, não apenas uma técnica de intervenção, mas uma via de acesso ao mundo interno da criança, possibilitando a relação terapêutica.

Ao longo da intervenção, a estagiária, como psicomotricista foi um facilitador de experiências, ajustando o olhar e o cuidado às necessidades a cada criança. A escuta ao corpo e a leitura das suas expressões tornaram-se, instrumentos fundamentais do processo terapêutico, permitindo compreender o modo singular como cada criança se organizava e comunicava. A relação terapêutica revelou-se um elemento essencial neste processo, uma vez que é através do corpo em relação com o outro e das experiências partilhadas que se constrói uma relação significativa, que é sustentada pela empatia e pela escuta, tornando-se essencial numa intervenção. Também, neste estágio, a estagiária foi compreendendo que a capacidade de observar e escutar é fundamental para compreender o indivíduo na sua totalidade. A observação psicomotora revelou-se fundamental na intervenção dos casos acompanhados, uma vez que a criança expressa

as suas vontades, necessidades e desejos através do movimento e do brincar. Durante as sessões de observação, foram observados comportamentos espontâneos e a personalidade de cada criança, o que permitiu uma melhor compreensão de cada caso, bem como o conhecimento dos seus interesses, competências e dificuldades. Foi uma experiência bastante desafiante, uma vez que colocou a estagiária diante situações com a qual teve de responder da melhor forma possível, promovendo o seu crescimento, e que atualmente, sente que já consegue lidar com essas situações de forma mais segura e tranquila.

Por vezes, a estagiária constatou que as sessões não decorriam exatamente como inicialmente planeado ou que os objetivos definidos exigiam um reajuste. Essas situações tornaram-se, contudo, oportunidades de reflexão e de crescimento profissional, permitindo-lhe compreender a importância da flexibilidade e adaptabilidade na intervenção psicomotora. A estagiária aprendeu a adaptar-se às necessidades e ritmos de cada criança, reorganizando as sessões de forma a promover o seu desenvolvimento e a alcançar, de modo progressivo, os objetivos delineados.

Como conclusão, a intervenção psicomotora em contexto clínico-terapêutico constituiu uma experiência profundamente enriquecedora, que a estagiária levará para a sua vida pessoal e profissional. A PEA é uma perturbação em crescente prevalência, o que reforça a importância da prática psicomotora neste contexto. A intervenção psicomotora revela-se essencial no apoio a estas crianças, promovendo o desenvolvimento de competências sociais, da consciência corporal, da regulação emocional e das capacidades motoras, bem como a observação e valorização da expressão corporal de cada indivíduo na sua singularidade.

VI. Referências Bibliográficas

- Alexandrine, S. C., & Boscaini, F. (2012). Glossaire International de Psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 24(95), 1-60.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5th ed.). Climepsi Editores.
- Antunes, N. L. (2019). *Sentidos*. (3rd). Lua de Papel.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP). (s/d). *Psicomotricidade Práticas Profissionais*.
- Baltazar, B. F. F., Rabello, E. C., & Souza, G. A. D. B. de. (2014). A psicomotricidade no processo de aprendizagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, 12(1), 983-985.
- Berger, K. A. (2013). Praxis and autism: the psychomotor regulation sensory processing dimension—a report from the field. *Frontiers in integrative neuroscience*, 6, 129. <https://doi.org/10.3389/fnint.2012.00129>
- Boato, E. M., Albuquerque, A. P., Diniz, S. V., & Rodrigues, G. M. (2020). The methodology of body approach for autists-a case study. *Motriz: Revista de Educação Física*, 26(3), e10200076. <https://doi.org/10.1590/S1980-6574202000030076>
- Boisseuil, A., Berenguier, M., & Burtey, A. (2019). D'autiste à adolescente, parcours de Laïs. *Corps & Psychisme*, 74(1), 97-110.
- Boutinaud, J. (2007). Les troubles de l'image du corps chez les enfants atteints de psychose et d'autisme infantiles. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 55(2), 102-107. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.03.001>
- Boutinaud, J., (2013). *Psychomotricité, psychoses et autismes infantiles*. In Press.
- Branco, M. E. C. (2010). *João dos Santos Saúde Mental e Educação*. Coisas de Ler.
- Brito, M. C. & Misquiatti, A. R. N. (2013). *Transtornos do Espetro do autismo e fonoaudiologia: atualização multiprofissional em saúde e educação*. (pp. 165-170). Editora CRV.
- Bruininks, R. H. & Bruininks, B.D. (2005). *Bruininks Oseretsky Test of Motor Proficiency, second Edition. Brief Form Manual*. Pearson
- Caliendo, M., Di Sessa, A., D'Alterio, E., Frolli, A., Verde, D., Iacono, D., ... & Carotenuto, M. (2021). Efficacy of neuro-psychomotor approach in children affected by autism spectrum disorders: A multicenter study in Italian pediatric

- population. *Brain sciences*, 11(9), 1210.
<https://doi.org/10.3390/brainsci11091210>
- Costa, J. (2017). *Hiperativos: Psicomotricidade Relacional com Crianças Hiperativas*. Lisboa: Trilhos.
- European Forum of Psychomotricity. (s/d). Glossário. Retirado de <https://european-forum-of-psychomotricity.eu/psychomotricity/psychomotricity-glossary/>
- Fernandes, F. S. (2008). O corpo no autismo. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9, 109-114.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142008000100013
- Fernandes, J. & Filho, P. (2012). *Psicomotricidade: Abordagens emergentes* (1ª Edição). Manole.
- Fernandes, J. & Filho, P. (2015). *Atualidades da prática psicomotora*. Wak Editora.
- Fernandes, J., Gutierrez Filho, P., & Rezende, A. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 702-709. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoEN1232>
- Ferreira, C. J. (2004). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712.
- Fonseca, V. (2013). *A Organização Prática e a Dispraxia na Criança*. (1ª edição). Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2021). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Neuropsicológica dos seus Fatores* (4ª ed.). Âncora Editores.
- Frazão, A., Santos, S. & Lebre, P. (2021). Psychomotor intervention practices for children with autism spectrum disorder: A scoping review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 10, 319-336.
<https://doi.org/10.1007/s40489-021-00295-2>
- Frazão, A., Santos, S., Rodrigues, A., Brandão, T., Simões, C., & Lebre, P. (2022). Consensus on the best practice guidelines for psychomotor intervention in preschool children with autism spectrum disorder. *Children*, 9(11), 1778.
<https://doi.org/10.3390/children9111778>
- Giromini, F., Albaret, J. & Scialom, P., (2015). *Manuel d'enseignement de psychomotricité. Tome 3. Clinique et thérapeutiques*. De Boeck Supérieur.

- Giromini, F., Pavot-Lemoine, C., Robert-Ouvray, S., & Vachez-Gatecel, A. (2022). *La psychomotricité*. Presses Universitaires de France.
- Gowen, E., & Hamilton, A. (2013). Motor abilities in autism: a review using a computational context. *Journal of autism and developmental disorders*, (43), 323-344. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1574-0>
- Kloeckner, A., Jutard, C., Bullinger, A., Nicoulaud, L., Tordjman, S., & Cohen, D. (2009). Intérêt de l'abord sensorimoteur dans les pathologies autistiques sévères I: introduction aux travaux d'André Bullinger. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57(2), 154-159. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.12.002>
- Latour, A. M. (2008). Processus autistiques et psychomotricité. «Apprendre de l'expérience». *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 56(1), 39-43. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2007.11.008>
- Marcelli, D. (1998). *Infância e Psicopatologia*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Mastrascusa, C., & Franch, N. (2016). *Corpo em movimento, corpo em relação: Psicomotricidade relacional no ambiente educativo*. Conquista / Evangraf.
- Matias, A. R. (2018). Psicomotricidade em meio aquático. *RIAA. Revista de Investigación en Actividades Acuáticas*, 2(4), 68-69. <https://doi.org/10.21134/riaa.v2i4.1539>
- Matias, A. R. e Vieira, C. (2022). Ficha de avaliação do comportamento no meio aquático, versão para adolescentes e adultos. AIDEA. <http://asociacionaidea.com/recursos/recursos-pedagogicos/>
- Meadan, H., Ostrosky, M. M., Triplett, B., Michna, A., & Fettig, A. (2011). Using Visual Supports with Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Teaching Exceptional Children*, 43(6), 28-35. <https://doi.org/10.1177/004005991104300603>
- 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.
- Morgenthal, A. H. (2015). *Child-centered play therapy for children with autism: A case study* (Doctoral dissertation, Antioch University). <https://aura.antioch.edu/etds/223>
- Naglieri, J. A. (1988). *Draw a person. A Quantitative Scoring System. Manual*. The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, inc.

- Noterdaeme, M., Wriedt, E. & Höhne, C. (2010). Asperger's syndrome and high-functioning autism: language, motor and cognitive profiles. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, (19), 475–481 (2010). <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0057-0>
- OIPR. Organização Internacional de Psicomotricidade e de Relaxação. (s/d). <https://www.oipr.org>
- Rigal, R. (2009). *Éducation motrice et l'éducation psychomotrice au préscolaire et au primaire*. Capítulo 6 (197-220). Editora PUQ
- Rodríguez, J. S. & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, (62), 35-60.
- Santana, G., Araujo, E., de Souza, A., Lima, Á., Valadares, W. R. C., & Moysés, F. B. S. (2025). Neuropsicomotricidade e dificuldades de aprendizagem: uma revisão bibliográfica sobre os pilares fundamentais para a prática educacional. *Cuadernos de Educación y Desarrollo*, 17(5), 01-18. <https://doi.org/10.55905/cuadv17n5-071>
- Santos, M. E. A., Quintão, N. T., & Almeida, R. X. D. (2010). Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Escola Anna Nery*, 14 (3), 591-598. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000300022>
- Silva, F., & Souza, M.. (2018). Psicomotricidade: Um Caminho Para Intervenção Com Crianças Autistas. *Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, 3(5), 500–519.
- Souza, N., Pereira, L., Silva, S. V., & Paula, W. (2019). Vigilância e estímulo do crescimento e desenvolvimento infantil. *Rev. enferm. UFPE on line*, 13(3), 680-689.
- Tordjman, S., & Maillhes, A. S. (2009). Les troubles du développement de l'image du corps dans la petite enfance: une dimension commune partagée par la schizophrénie et l'autisme? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 57(1), 6-13. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.09.005>
- Vachez-Gatecel, A. (2016). *L'enfant et l'imaginaire* (1st ed.). Dunod.
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2019). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. Paris: Dunod.
- Vachez-Gatecel, A., & Valentin-Lefranc, A. (2022). *Le grand livre des pratiques psychomotrices*. (2ª ed.) Paris: Dunod.

- Verhoeff, M. E., Blanken, L. M., Kocevskaja, D., Mileva-Seitz, V. R., Jaddoe, V. W., White, T., ... & Tiemeier, H. (2018). The bidirectional association between sleep problems and autism spectrum disorder: a population-based cohort study. *Molecular Autism*, 9(1), 8.
- Vieira, J. L., Batista, M. I. B. & Lapierre, A. (2005). *A Psicomotricidade Relacional: a teoria de uma prática*. Curitiba: Filosofart/Ciar.
- Wauters-Krings (2009). Psychomotricité à l'école maternelle. *De Boeck*.

VII. Anexos

Anexo A – Exemplo de Plano de Sessão do Caso I

LOCAL: SALA DE PSICOMOTRICIDADE	DATA: 11 DE MARÇO
PÚBLICO-ALVO: NUNO	
OBJETIVOS GERAIS: PROMOVER EQUILÍBRIO; PROMOVER A NOÇÃO DO CORPO; PROMOVER A ORGANIZAÇÃO ESPACIAL; PROMOVER A PRAXIA GLOBAL; PROMOVER A PRAXIA FINA	
ESTRATÉGIAS¹: DAR INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS E CLARAS, POR ETAPAS; TRANSMITIR FEEDBACK POSITIVO E INTERROGATIVO; REALIZAR DEMONSTRAÇÃO, SEMPRE QUE NECESSÁRIO; DAR AUXÍLIO, QUANDO NECESSÁRIO NA ORGANIZAÇÃO DO PENSAMENTO. RESPEITAR O RITMO DO ADOLESCENTE	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE	MATERIAL	DURAÇÃO
Ritual de Entrada: - Desenvolver noções espaciais básicas - Promover o equilíbrio dinâmico - Promover o conhecimento do seu esquema corporal 1ª Atividade: - Promover a consciência corporal - Promover o conhecimento do seu esquema corporal - Desenvolver noções espaciais básicas 2ª Atividade: - Desenvolver noções espaciais básicas	Ritual de Entrada: - É solicitado à criança que retire os sapatos e que explore a sala, espontaneamente. Posteriormente, é pedido à criança que realize saltos no trampolim, variando entre saltos a pé juntos, a pé-coxinho ou colocar a mão (por exemplo à frente, do lado direito) no trampolim, de acordo com as indicações dadas pela psicomotricista. 1ª Atividade: - É solicitado à criança que lance o balão com as diferentes partes do corpo (mão direita, mão esquerda, pé direito, pé esquerdo, cabeça), indicadas pela psicomotricista. 2ª Atividade: - É solicitado à criança que realize um jogo, que consiste em indicar ou localizar o animal consoante a imagem que aparece (cima, baixo, dentro fora, lado).	Ritual de Entrada: - Trampolim 1ª Atividade: - Balão 2ª Atividade: - Jogo	Tempo de sessão: 45 minutos Ritual de Entrada: 5 minutos 1ª Atividade: 7 minutos 2ª Atividade: 10 minutos

¹ As estratégias poderão estar junto de cada atividade se forem específicas da mesma.

3ª Atividade: - Melhorar a coordenação óculo-manual 4ª Atividade: - Promover a consciência corporal - Promover a manipulação adequada Ritual de saída: - Promover a praxia fina - Realizar tarefas de forma autónoma (apertar cordões)	3ª Atividade: - É solicitado à criança realize uma tarefa com raquete e bola, devendo lançar a bola contra a parede e, em seguida, manter toques controlados com a raquete. De seguida, é pedido que jogue com a psicomotricista lançando a bola para a mesma. 4ª Atividade: - É solicitado à criança que explore a plasticina, livre e de forma espontânea. Depois, é pedido que a criança represente o seu corpo, deve cortar a plasticina em diferentes partes, dando forma às diversas partes do seu corpo. Ritual de saída: - Para terminar a sessão, é solicitado à criança a calçar as sapatilhas, de forma autónoma. Assinalando assim o encerramento da atividade.	3ª Atividade: - Bola - Raquete 4ª Atividade: - Plasticina Ritual de saída:	3ª Atividade: 10 minutos 4ª Atividade: - 10 minutos Ritual de saída: 3 minutos
--	---	---	---

Anexo B – Exemplo de Relatório de Sessão do Caso II

Sessão individual - Miguel

Nesta sessão, na entrada, o Miguel mostrou-se bem-disposto, sorridente e entusiasmado. Retirou as sapatilhas sem dificuldades quando lhe foi solicitado e, de seguida, iniciou a exploração da sala. Observou o espaço com curiosidade, abriu o armário e, ao encontrar o material, pegou na mão da psicomotricista para lhe pedir que abrisse uma das caixas, demonstrando interesse momentâneo, embora rapidamente se distraiu, voltando a circular pela sala.

Posto isso, pegou na bola de *pilates* e, novamente, levou a mão da psicomotricista para que o ajudasse a subir à bola e balançar sobre ela. Após esta fase de exploração, iniciou-se o ritual inicial. O Miguel realizou a atividade do “stop”, onde a criança tinha que correr, saltar e rebolar, e quando ouvisse a palavra “stop” a criança parava. Nesta fase de intervenção, o Miguel já conseguia correr de mãos dadas com a psicomotricista, mostrando boa adesão à atividade. No entanto, para saltar, ainda necessitava de apoio físico e verbal, pois não fazia de forma espontânea quando era solicitado. No rebolar, já executava o movimento de forma autónoma, apenas precisava de incentivo para começar a tarefa.

De seguida, iniciou-se a seguinte atividade, o Miguel tinha de realizar um percurso psicomotor, onde inicialmente passou pelas pedras do rio de forma autónoma, conseguindo por vezes manter o equilíbrio quando se encontrava concentrado. Posteriormente, foi mostrado ao Miguel imagens de animais, sendo-lhe solicitado que procurasse no chão o animal correspondente à imagem. Posto isso, tinha de retirar a fita-cola presa ao animal. O Miguel identificou e escolheu com facilidade os animais com que tem mais familiaridade, como o leão, o cão, o crocodilo e a vaca. No entanto, mostrou maiores dificuldades com os outros animais, optando por não selecionar os da imagem, mas sim outros do seu agrado. Retirou a fita-cola com facilidade. De seguida, realizou o percurso das pegadas, conseguindo fazê-lo sozinho quando se mostrava mais atento. Na fase seguinte, foi lhe pedido que conduzisse os animais até à “casa”. Aqui, observou-se um bom desenvolvimento do jogo simbólico, uma vez que o Miguel reproduziu os movimentos característicos de cada animal, como saltar ao representar o sapo ou imitar o nadar da tartaruga. Além disso, também reproduziu espontaneamente os sons dos animais, nomeadamente do cão, do leão e da vaca.

Por fim, foi colocada música através de uma coluna com luzes sensoriais, algo que o Miguel aprecia particularmente e que contribuiu para o relaxamento. Introduziu-

se a “dança das cores”, atividade que exigiu apoio e orientação da psicomotricista, uma vez que o Miguel se mostrou mais focado nas luzes, sem seguir os movimentos da dança sugerida na música. E por isso, foi retirada as luzes e foi colocada a música, o Miguel estava em frente ao espelho a seguir os movimentos da música, embora necessitando da psicomotricista para a realização. Após isso, foi colocado outra vez as luzes.

Como já se encontrava no final da sessão, o Miguel foi calçar as sapatilhas e vestir o casaco, precisando de ajuda para o mesmo.