



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**A prática psicomotora na criança e na pessoa idosa –
reflexões da transversalidade e interdisciplinaridade da
psicomotricidade**

Maria Inês Mariano da Costa

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Ana Morais

Évora 2023



Universidade de Évora - Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano

Mestrado em Psicomotricidade

Relatório de Estágio

**A prática psicomotora na criança e na pessoa idosa –
reflexões da transversalidade e interdisciplinaridade da
psicomotricidade**

Maria Inês Mariano da Costa

Orientador(es) | Gabriela Almeida
Ana Morais

Évora 2023



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 | Maria da Graça Santos (Universidade de Évora)

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

Resumo

A prática psicomotora na criança e na pessoa idosa – reflexões da transversalidade e interdisciplinaridade da psicomotricidade

A psicomotricidade é uma prática transversal que se apoia em diferentes saberes interdisciplinares e que se destina a uma vasta faixa etária, desde crianças a pessoas idosas. Assim, em contexto de estágio, foi realizada uma intervenção com a população infantil, em contexto de jardim-de-infância, e com a população idosa, em contexto de Estrutura Residencial para a População Idosa. O presente documento tem como objetivo a descrição das práticas dinamizadas no estágio curricular, em dois estudos de caso: uma criança com Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação e da Relação e Comunicação e uma pessoa idosa com suspeita de Demência de Corpus de Lewy. Foram ainda realizadas intervenções individuais, a duas crianças e dois idosos, e intervenções em grupo, também em ambos os contextos. A intervenção realizada com a pessoa idosa teve ganhos ligeiros na componente cognitiva. Já o estudo de caso da criança demonstrou marcadas evoluções na componente socioemocional, cognitiva e psicomotora.

Palavras-chave: Práxis; Infância; População idosa; Prática Psicomotora

Abstract**“Psychomotor practice in children and elderly people – reflections on the transversality and interdisciplinarity of Psychomotricity”**

Psychomotricity is a transversal practice based on different interdisciplinary knowledge and is aimed at a wide age range, from children to older people. Thus, in the context of an internship, an intervention was carried out with the child population in a kindergarten context and with the elderly population in the context of a Residential Structure for the Elderly Population. This document describes the practices promoted in the curricular internship in two case studies: a child with Developmental Coordination Disorder and Relationship and Communication Disorder and an older person with suspected Lewy Body Dementia. Individual interventions were also carried out for two children and two older adults, and group interventions were also in both contexts. The intervention carried out with the older adult had slight gains in the cognitive component. The child demonstrated socio-emotional, cognitive, and psychomotor improvements.

Keywords: Praxis; Infancy; Elderly population; Psychomotor Practice

Agradecimentos

O meu maior agradecimento vai para a minha família, por me possibilitarem a progressão nos estudos, por me apoiarem e motivarem a continuar e por toda a paciência e amor que me envolveram durante toda a minha vida.

À Prof.^a Dr.^a Gabriela Almeida e Prof.^a Dr.^a Ana Morais, orientadoras da universidade, pela disponibilidade, ajuda e ensinamentos, que me fizeram evoluir tanto a nível pessoal como profissional.

À orientadora local, Rute Casimiro, pela forma calorosa como me recebeu, pelas conversas e partilhas que me motivaram a confiar nas minhas capacidades e por sempre se mostrar disponível para me ouvir e ajudar a crescer a nível pessoal e profissional.

À Dr.^a Sara Malaquias e Dr.^a Ana Monteiro por serem o meu pilar neste estágio e a quem recorria para partilhar experiências e dúvidas.

A todos os dirigentes, técnicos e colaboradores da Santa Casa da Misericórdia, em especial à Dr.^a Anabela Marçal e Dr.^a Sónia Daniel que me incluíram na equipa e demonstraram-se sempre disponíveis.

A todas as crianças e utentes que acompanhei, por aceitarem caminhar comigo neste processo e por me presentarem todos os dias com alegria e carinho.

À Cheila, Daniela e Mafalda por toda a paciência que tiveram, por serem família e me acolherem tão bem tanto em Évora, como nas suas vidas. Obrigada por me mostrarem que ainda existem amizades tão puras como as nossas.

À Marina, Carolina e Catarina por me acompanharam em todos estes anos, aprendemos e crescemos juntas e nos momentos mais difíceis estivemos lá para nos ajudarmos e dizermos que ia ficar tudo bem.

Por último, agradecer à Carina por ser uma figura presente, me apoiar em tudo e ser uma pessoa tão importante na minha vida. À minha Bia, agradecer a alegria, amor e carinho com que me recebe sempre que a vejo, por trazer luz à minha vida e por sempre me meter um sorriso na cara.

Índice geral	
Resumo	I
Abstract	II
Agradecimentos	III
Índice de tabelas	VI
Índice de figuras	VI
Lista de abreviaturas	VI
I. Introdução	1
I. Enquadramento teórico da prática psicomotora profissional	2
1. Psicomotricidade	2
Psicomotricidade na infância	3
Psicomotricidade na velhice	4
Metodologias de intervenção psicomotora em contexto de estágio	5
2. Caracterização da instituição	8
3. Caracterização da população e problemáticas atendidas	9
II. Descrição das atividades de estágio	11
1. Organização das atividades de Estágio	11
1.1 Calendarização e horário de estágio	12
1.2 Atividades complementares ao estágio	13
2. Intervenção Psicomotora no local de estágio	14
2.1 Etapas de intervenção	15
3. Descrição dos casos acompanhados	21
3.1 Descrição dos casos individuais	21
3.2. Descrição dos casos em grupo	32
III. Estudos de Casos	41
Caso I	41
1. História pessoal e clínica	41
2. Fundamentação teórica de suporte ao caso	41
3. Procedimentos de avaliação	44
4. Resultados de avaliação inicial	45
5. Compreensão e hipóteses explicativas	46
6. Projeto Terapêutico	47
Perfil Intraindividual	47
Objetivos terapêuticos	47
Diretrizes e fundamentação da intervenção psicomotora	48
Estratégias específicas	49

Exemplo de atividades.....	49
7. Progressão terapêutica	49
IV. Caso II.....	51
Resumo	51
1. Introdução	52
2. História pessoal e clínica	54
3. Procedimentos de avaliação	56
Avaliação informal.....	57
Avaliação formal.....	57
Resultados da avaliação psicomotora	58
4. Compreensão e hipóteses explicativas.....	62
5. Projeto terapêutico	65
Perfil Intraindividual	65
Objetivos Terapêuticos.....	65
Diretrizes e fundamentação da intervenção psicomotora	66
6. Progressão terapêutica e discussão	69
7. Conclusão.....	71
8. Referências Bibliográficas.....	72
V. Conclusão.....	74
VI. Referências Bibliográficas	76
VII. Anexo	V

Índice de tabelas

Tabela 1- Calendarização das atividades de estágio	12
Tabela 2- Horário de estágio	13
Tabela 3- Intervenção individual I.....	22
Tabela 4- Resultados da EPP do caso individual I	23
Tabela 5- Resultados do NP-MOT do caso individual I.....	23
Tabela 6- Intervenção Individual II	25
Tabela 7- Resultados da EPP do caso individual II.....	26
Tabela 8-Intervenção individual III	28
Tabela 9-Intervenção individual IV	30
Tabela 10-Resultados obtidos na avaliação inicial e final	31
Tabela 11- Intervenção no grupo da infância.....	33
Tabela 12- Intervenção em grupo - Idosos.....	38
Tabela 13-Resultados obtidos pelo Armando na prova ACE-R.....	44
Tabela 14- Perfil intraindividual estudo de caso I.....	47
Tabela 15- Objetivos de intervenção	47
Tabela 16- Resultados obtidos pelo Ivan na NP-MOT	60
Tabela 17- Resultados do DAP	61
Tabela 18- Resultados obtidos no VMI	61
Tabela 19- Perfil intraindividual.....	65

Índice de figuras

Figura 1- Resultados Total EGP	40
Figura 2- Resultados Total MMSE.....	40

Lista de abreviaturas

- **APA-** Associação Americana de Psiquiatria
- **CNS-** Campus Neurológico Sénior
- **DAP-** Draw-a-person
- **DCL-** Demência por Corpos de Lewy
- **DP-** Doença de Parkinson
- **ERPI-** Estrutura Residencial para a População Idosa
- **EPP-** Escala de avaliação da psicomotricidade no pré-escolar
- **EGP-** Exame geronto-psicomotor
- **MMSE-** Exame do estado mental
- **NP-MOT-** Bateria das funções neuro-psicomotoras da criança
- **PDC-** Perturbação do desenvolvimento da coordenação
- **SNC-** Sistema nervoso Central
- **SCM-** Santa Casa da Misericórdia
- **VMI-** Teste de desenvolvimento da integração visuomotora

I. Introdução

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito do estágio curricular referente ao Mestrado em Psicomotricidade da Universidade de Évora. Desta forma, apresentam-se descritas as atividades realizadas numa Santa Casa da Misericórdia, na região centro de Portugal. O estágio decorreu com duas populações: população infantil em contexto de jardim-de-infância e população idosa em contexto institucional, ambos integrantes da instituição supracitada.

A prática psicomotora desenvolvida em contexto de estágio, teve como principais objetivos o aprofundamento das competências profissionais, maior compreensão sobre a transversalidade e interdisciplinaridade da Psicomotricidade, promover o desenvolvimento pessoal e social da criança e contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo. Assim, inicialmente será realizado um enquadramento teórico da prática profissional em ambos os contextos, descrição de todas as atividades desempenhadas no decorrer do estágio, descrição de todos os casos encaminhados e acompanhados em psicomotricidade, e ainda, descrição da intervenção psicomotora e progressão terapêutica, nos dois Estudos de Caso. O período de estágio decorreu ao longo de nove meses.

A Psicomotricidade é o campo de atuação transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e o corpo, e, entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2010). A prática psicomotora utiliza como principal mediador o corpo-movimento-relação, que permite maximizar e potenciar o funcionamento gnósico, prático, cognitivo, tónico e emocional (Fernandes et al., 2022).

Na infância, a Psicomotricidade procura assegurar a adequada aquisição de bases psicomotoras para um desenvolvimento harmonioso, seja através de um carácter preventivo/educativo, reeducativo ou terapêutico. Na reeducação psicomotora, procura-se restaurar o controlo motor, na educação psicomotora, garantir o desenvolvimento da inteligência através ação motora e na terapia psicomotora, procura-se vivenciar o corpo e as relações consigo mesmo, com os outros e com o meio (Rigal, 2009).

A Gerontopsicomotricidade utiliza o corpo e o movimento, permitindo manter e melhorar as capacidades psicomotoras do idoso, mas também a reconstrução da identidade e imagem corporal do sujeito idoso e ainda, a promoção de um envelhecimento ativo (Fernandes & Veiga, 2020). Também na pessoa idosa, a Gerontopsicomotricidade pode adquirir um carácter reabilitativo e terapêutico, quando estamos na presença de um envelhecimento patológico, e um carácter preventivo de modo a manter as capacidades e/ou reduzir o impacto da deterioração decorrente do processo de envelhecimento (Fernandes & Veiga, 2020).

Primeiramente, será realizado o enquadramento teórico da prática profissional, tanto na infância, como na pessoa idosa. Seguidamente, descrevem-se as metodologias de intervenção psicomotora e caracteriza-se a instituição e a população atendida. Depois, será feita a descrição das atividades de estágio, que inclui a organização das atividades realizadas, as etapas de intervenção e a descrição dos casos acompanhados individualmente e em grupo. Logo após, serão apresentados detalhadamente dois estudos de caso (um na infância e outro na população idosa, ambos em acompanhamento individual), que incluem a história pessoal e clínica, os resultados da avaliação inicial, a compreensão e hipóteses explicativas, o perfil intraindividual, os objetivos terapêuticos, o projeto terapêutico e a progressão terapêutica. Por fim, será feita uma breve conclusão e reflexão acerca das experiências vividas e dos conhecimentos adquiridos ao longo do estágio.

I. Enquadramento teórico da prática psicomotora profissional

1. Psicomotricidade

A Psicomotricidade é o campo de atuação que associa as funções corporais ao estado psíquico do indivíduo e procura entender a ligação que se estabelece desde o nascimento entre o tônus muscular, as percepções, as emoções, os afetos e as representações. O psicomotricista procura cuidar de uma população muito vasta que vai desde o bebé até à pessoa idosa e pode ainda trabalhar em contexto hospitalar, clínico, escolar, entre outras (Giromini et al., 2022).

A intervenção psicomotora é especialista nas sinergias, expressão e regulação das funções sensoriais, motoras e mentais (Rigal, 2009; Giromini et al., 2022). A sua intervenção olha e escuta o ser humano de forma holística, utilizando o corpo como mediador, ajudando no cuidado à criança, adulto ou idoso, por meio de vivências corporais (Fernandes, 2015).

É a intervenção psicomotora que conduz a pessoa a ter consciência da sua capacidade de perceber, agir, ser e simbolizar, tendo por base o movimento, a ação, comunicação verbal e não verbal, as emoções e as representações (Giromini et al., 2022).

A psicomotricidade pode intervir em três grandes domínios: intervenção preventiva e/ou educativa, reeducativa e/ou reabilitativa e terapêutica (Rigal, 2009).

A intervenção preventiva e/ou educativa, pretende estimular um desenvolvimento harmonioso, promovendo o desenvolvimento psicomotor e estimulando o seu potencial de aprendizagem (Rigal, 2009).

A intervenção reeducativa e/ou reabilitativa acontece quando a dinâmica do desenvolvimento e da aprendizagem está comprometida a nível escolar, social e psicomotor (Rigal, 2009). No envelhecimento, assume-se como um método de reabilitação das perturbações psicomotoras, cognitivas e emocionais (Espadinha et al., 2021).

A Terapêutica ocorre quando é necessário ultrapassar problemas psicoafectivos que comprometem a adaptabilidade da pessoa (Rigal, 2009).

Neste relatório será focado, na população infantil, o âmbito terapêutico e reeducativo da psicomotricidade, e na população idosa, o âmbito reabilitativo.

Psicomotricidade na infância

A Psicomotricidade na sua vertente reeducativa vai atuar em crianças com alguma perturbação, seja ela psicomotora, orgânica, funcional ou socioafetiva, procurando potenciar o desenvolvimento de modo a ultrapassar as dificuldades. Nas *perturbações psicomotoras* dá-se o principal enfoque ao corpo real e não ao corpo imaginário. O corpo real é o corpo vivido, aquele que nos dá a individualidade e do qual gradualmente tomamos consciência, após o nascimento, através da integração de várias sensações somatossensoriais (táteis e proprioceptivas) e visuais, que conduzem à dissociação do eu e do não-eu. O segundo é um corpo imaginário, virtual, desenvolvido a partir de nossas repressões ou de nossos desejos e no qual o outro certamente desempenha um papel importante, tanto no seu desenvolvimento quanto na sua aceitação (Matias & Moraes, 2011; Rigal, 2009).

Na vertente terapêutica, a Psicomotricidade procura compensar os sintomas associados a défices a nível psicológico, perturbações do neurodesenvolvimento, entre outros. Desta forma, a Psicomotricidade atua sobre a funcionalidade e harmonia corporal e pessoal, procurando melhorar as estruturas psíquicas através do corpo e de um melhor reconhecimento espaciotemporal para uma integração mental do movimento (Matias & Moraes, 2011). A ajuda terapêutica tem como objetivos a restauração do elo psicossomático, de forma a diminuir os distúrbios da expressividade, da agitação, da impulsividade ou da passividade motora, que emergem da falha dos processos de asseguramento, provocado pelas angústias de perda que a criança não conseguiu assimilar e foram insuficientemente contidas. Assim, promove-se a capacidade de reasseguramento simbólico e transformação tonicoemocional e ajuda-se a ultrapassar as angústias e o sofrimento, pela mediação do corpo, em que o agir terá de estar associado ao prazer (Aucouturier, 2007, in Fernandes, 2012).

Na terapia psicomotora, por meio do contato direto que a criança estabelece com o psicomotricista, a criança reporta para ele e pela relação transferencial, a sua história familiar, exteriorizando, os seus fantasmas de ação. É, desta forma, que a criança liberta toda uma agressividade que pode representar os seus conteúdos internos maus. Cabe ao psicomotricista entender o significado dos seus comportamentos e permitir que a criança se liberte e afirme, para que no final se sinta aceite e compreendida (Fernandes, 2015). A intervenção deve basear-se em

situações que promovam o ultrapassar dos conflitos existentes, desenvolvendo a libertação e flexibilização gestual, criando uma atmosfera permissiva, segura e lúdica (Martins, 2001).

Tanto o caráter reeducativo como terapêutico, utilizou o jogo como principal metodologia de intervenção, uma vez que este proporciona à criança estímulos que têm um papel fundamental no processo de consciência do próprio corpo, na toma da consciência da noção do espaço interior e na descoberta progressiva do Eu, e ao mesmo tempo descobre a realidade do espaço exterior (Fernandes et al, 2018).

Psicomotricidade na velhice

O envelhecimento está prestes a tornar-se numa das transformações sociais mais significativas do século XXI (United Nations, 2020). Este é definido como um processo natural e individual, associado a fatores biológicos, psicológicos e sociais (Costa, 2018 in Espadinha et. al., 2021). Está muitas vezes associado a perdas ou alterações perceptivas, cognitivas, socioemocionais e psicomotoras (Espadinha, et. al., 2021).

Tendo por base estas alterações e declínios, torna-se importante a implementação de intervenções que objetivam minimizar do impacto do envelhecimento, potenciar um envelhecimento ativo e reabilitar ou manter as competências psicomotoras na presença de um quadro patológico, tal como a Gerontopsicomotricidade.

Assim sendo, a Gerontopsicomotricidade constitui uma intervenção psicomotora baseada numa vertente reabilitativa, sendo uma terapia não farmacológica e de mediação corporal, que permite manter ou atenuar as alterações inevitáveis do envelhecimento. É um método que recorre a técnicas psicocorporais com o intuito de promover a reeducação das perturbações psicomotoras, cognitivas e emocionais (Espadinha, et. al., 2021). Esta intervenção permite à pessoa idosa lidar melhor com as suas emoções e, ainda, promover fatores como a motricidade global, flexibilidade, orientação e estruturação espacial e temporal, questões sensoriais e cognitivas, e a linguagem verbal e não-verbal (Juhel, 2010).

Fernandes (2014) caracteriza a Gerontopsicomotricidade como uma terapia que tem como principal objetivo, aprimorar o corpo envelhecido, fazendo com que a pessoa idosa adquira novas percepções e representações do seu corpo real e imaginário, (re)valorizando a sua imagem corporal. O trabalho do psicomotricista objetiva ajudar o idoso a tomar consciência do corpo e reconhecê-lo como seu, através da criação de sensações ligadas à relaxação, aos movimentos, às relações e à presença e consciência das emoções, permitindo ao indivíduo vivenciar e sentir o seu corpo como um todo (Litord, 1999; Olalla, 2011).

Salienta-se ainda a importância de termos uma visão e compreensão holística da pessoa e das consequências adjacentes do envelhecimento, pois por detrás de um problema físico e dos

seus sintomas pode encontrar-se um problema psicológico (Fernandes, 2014; Aubert, & Albaret, 2001).

A Gerontopsicomotricidade abrange uma grande variedade de patologias possíveis de intervenção, desde patologias somáticas que influenciam as capacidades associadas à sensorialidade, locomoção e comunicação, problemas psiquiátricos, como a depressão, ou problemas neurológicos, onde se inserem doenças como a Doença de Alzheimer, a Doença de Parkinson, a Epilepsia, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Fernandes, 2014). A sua intervenção pode assumir três contextos: domicílio, comunitário e institucional. Neste estágio realizou-se a intervenção no contexto institucional, em que frequentemente, a pessoa já se encontra dependente de outrem e onde se podem observar situações e comportamentos relacionados com sentimentos de perda, abandono e solidão e a privação de hábitos e atividades de vida diária (AVD's) devido ao reduzido contato com os estímulos habituais que tinha no seu quotidiano (Espadinha et al., 2021).

Posto isto, o Psicomotricista terá um papel ativo na integração e manutenção da qualidade de vida do idoso, através da promoção da sua autonomia, contribuindo assim para um envelhecimento ativo (Aubert, & Albaret, 2001).

Metodologias de intervenção psicomotora em contexto de estágio

Na psicomotricidade existem várias metodologias de intervenção, que servem de base à intervenção, auxiliando o indivíduo na capacidade do agir, do ser e do simbolizar, utilizando vários mediadores, técnicas e modalidades expressivas, que vão de encontro às características e necessidades dos indivíduos, tendo em conta o plano de intervenção e os objetivos definidos (Rodriguez, 2019; Giromini et al., 2022).

Um mediador é algo que é intermediário e que favorece a relação, a comunicação com os outros e que serve de base no trabalho terapêutico (Giromini et al., 2022). Estes mediadores são objetos e muitas vezes, impulsionadores da representação do nosso pensamento (Giromini, 2017; Rodriguez, 2019). A técnica é caracterizada por ser uma conduta com um objetivo bem determinado, por forma a atingir um resultado específico (Rodriguez, 2019).

Na intervenção psicomotora são usadas duas técnicas fundamentais: a mediação e as técnicas de relaxação. Dentro da mediação podemos destacar a mediação corporal com e/ou sem objetos (ex.: brinquedos, plasticina, jogos, água, etc.) e a mediação expressiva (dança, teatro, música, pintura) (Rodriguez, 2019).

Na população infantil foram utilizados mediadores como o jogo e mediadores expressivos. Na população idosa foi utilizada uma intervenção multimodal e técnicas de relaxação.

Jogo

Na Psicomotricidade, um dos métodos privilegiados é o jogo. O jogo vai promover à criança situações de conflito, vivenciar as emoções e explorar as possibilidades, promovendo a regulação e resolução de conflitos, criando estratégias para o mesmo. O jogo também vai permitir vivenciar de forma livre e espontânea, o prazer de jogar, correr, saltar, gritar, desempenhar o papel de um outro enquanto pensa, espera, observa e explora (Fernandes et al., 2018).

O jogo pode assumir diferentes formas: (1) jogos sensório-motores, onde há uma repetição de gestos e movimentos simples, de forma a harmonizar o movimento e a sua eficácia; (2) jogos simbólicos ou faz-de-conta, que facilitam a passagem para o nível da representação e permitem ao EU representar e eliminar conflitos ou medos, recorrendo à ficção; (3) jogos de construção, que tendo por base os jogos simbólicos, evoluem para uma adaptação à realidade; e por último, (4) jogos de regras ou sociais, que desenvolvem a competência social, promovendo cumprimento de certas regras comuns e estimulando o desenvolvimento da cooperação e da descentração (Martins, 2001; Veiga et al., 2016).

Fernandes e colegas, fazem referência ao jogo-em-relação, como um dos mediadores da terapia psicomotora. Neste caso, o jogo promove um espaço para explorar, imaginar e comunicar através do corpo-em-relação (Fernandes et al., 2018). O jogo-em-relação vai permitir adquirir a consciência e identificação do seu próprio corpo e do corpo do outro, consciência da noção do seu EU interior e na descoberta progressiva do mesmo e ao mesmo tempo a realidade exterior, promovendo um desenvolvimento psíquico, cognitivo e psicomotor (Fernandes et al. 2018).

Mediadores expressivos

Os mediadores expressivos surgem como facilitadores na manifestação psicomotora, na interpretação, na expressão e na liberdade dos movimentos corporais, permitindo enriquecer as funções de percepção e representação do corpo, a autodescoberta por meio da improvisação e contribui ainda para a compreensão das percepções emocionais e afetivas de si mesmo (Giromini et al., 2022; Pereira, 2014). Estes mediadores permitem ao indivíduo ser trabalhado num todo e de forma integrada, por meio do reconhecimento de movimentos, sentimentos e expressões (Pereira, 2014).

Técnicas de relaxação

A relaxação é uma técnica de mediação corporal, que funciona como instrumento na regulação tónico-emocional, nas representações psicocorporais e organiza a relação entre a ação e a sua expressão emocional e cognitiva. Assume um papel de relação entre o que é sentido e vivido na experiência, não só num campo do não-verbal como também no tónico-emocional, facilitando a interiorização e a atribuição de um significado através da expressão verbal (Giromini et al., 2022; Martins, 2001).

É uma técnica muito utilizada para minorar as dificuldades impostas pela vida, como o stress, ansiedade, entre outras e para aliviar as perturbações da regulação tónica em crianças, adultos e população idosa (Giromini et al., 2022).

Esta técnica promove a consciencialização corporal, permitindo a reelaboração do esquema e da imagem corporal, contribuindo para a renovação das relações entre o conhecimento do seu corpo e a ação sobre o mesmo (Bergès & Bounes, 1985 in Martins, 2001).

A relaxação vai promover a descontração muscular, proporcionando um reequilíbrio emocional. Além disso, promove a regulação do tónus muscular, fazendo com que o sistema nervoso autónomo produza hormonas como a endorfina, hormona responsável por sentimentos como bem-estar, felicidade e prazer (Norelli & Kreeps, 2019).

Um dos principais métodos utilizados foi a Relaxação Progressiva de Jacobson. Segundo Jacobson, através da descontração muscular, alcança-se uma alteração no estado emocional, aumentando o grau de auto-observação e consciência corporal, com o intuito de obter a sensação de bem-estar. Inicialmente, os terapeutas devem ensinar os indivíduos sobre como realizar a técnica, trabalhando um grupo muscular de cada vez, contraindo-o e relaxando-o. Uma vez aprendida a técnica, os indivíduos podem tornar este comportamento numa estratégia futura nas situações do dia-a-dia (Bezerra et al., 2020). Esta técnica é considerada como um método terapêutico que proporciona a redução de sintomas físicos e psicológicos, como ansiedade, depressão e stress, podendo ser realizada em ambientes domiciliares e de saúde (Norelli & Kreeps, 2019).

Intervenção multimodal

Apesar de não ser considerada uma técnica que, do nosso conhecimento, os livros de psicomotricidade se refiram como pertencente da mesma, foram utilizadas atividades multimodais na intervenção com a pessoa idosa. De acordo com o artigo realizado por Pereira e colegas (2018), foi possível verificar a eficácia de um programa multimodal em idosos institucionalizados. Este programa promoveu uma melhoria clínica significativa nas variáveis de funcionamento executivo, com melhorias na capacidade de planeamento, na atenção seletiva e

sustentada e no funcionamento físico, com melhorias na resistência aeróbica, força, agilidade, marcha, equilíbrio e mobilidade.

Assim sendo, as atividades multimodais caracterizam-se por promover a estimulação cognitiva e motora em simultâneo. Por norma, na estimulação motora realizam-se atividades que promovem a resistência, força e aptidão motora (equilíbrio, coordenação, flexibilidade e agilidade) alternadas com atividades focadas principalmente na estimulação cognitiva, como o planeamento, atenção e memória, tudo isto utilizando o próprio corpo dos participantes e explorando o espaço da sala de aula (Pereira et al, 2018).

2. Caracterização da instituição

O presente estágio decorreu numa Santa Casa da Misericórdia, situada na região centro e que dá resposta a nível social e da saúde, em duas valências, população idosa e população infantil.

No que se refere à população idosa, existe o centro de dia alargado, o centro de dia da cidade, a Estrutura Residencial para a População Idosa (ERPI), residência geriátrica e o serviço de apoio domiciliário. O centro de dia alargado e o centro de dia da cidade, possibilita o acompanhamento da pessoa idosa durante o horário laboral dos seus familiares, possibilitando que exerçam o seu papel de cuidadores sem ter de abdicar a sua vida profissional. A estrutura residencial para a população idosa tem como objetivo proporcionar serviços permanentes e adequados à pessoa idosa. A residência geriátrica é constituída por 24 apartamentos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos utentes e respetiva família. O serviço de apoio domiciliário consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no próprio domicílio, sempre que idosos, adultos ou famílias, por motivo de doença, deficiência ou outros impedimentos, não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ ou da vida diária.

O contexto de ERPI é composto por uma equipa multidisciplinar composta por clínica geral, serviço social, animadora sociocultural, enfermagem, nutrição, psicologia clínica e fisioterapia.

O salão de festas foi utilizado para a realização das sessões de psicomotricidade, situado no piso -1 e disponibiliza materiais como: mesas, cadeiras e rádio.

Relativamente à população infantil, as respostas sociais são o Centro de Atividades de Tempos Livres (CATL), a creche e o jardim de infância e pré-escolar. O CATL é um estabelecimento de apoio social que pretende acolher crianças e jovens a partir dos 6 anos, dinamizando atividades específicas ao desenvolvimento da personalidade das crianças num ambiente de respeito e aceitação. A creche proporciona o bem-estar e desenvolvimento integral de crianças dos 4 meses aos 3 anos, num clima de segurança afetiva e física, durante o afastamento

parcial do seu meio familiar através de um atendimento individualizado e personalizado. O jardim de infância e pré-escolar promove o desenvolvimento pessoal e social de crianças dos 3 aos 6 anos, proporcionando-lhes condições de bem-estar e segurança, contribuindo para a igualdade de oportunidades no acesso à escola, para o sucesso na aprendizagem e desenvolvimento da expressão e comunicação. Assim, as instalações da infância possuem um berçário, uma sala de 1 ano, uma sala de 2 anos, uma sala de 3 anos, uma sala de 2 e 3 anos, uma sala de 4 anos, uma sala dos 3 aos 5 anos e uma sala de 5 anos.

O equipamento da infância é composto por uma equipa multidisciplinar que integra a Diretora Técnico-Pedagógica, educadoras de creche e jardim-de-infância e psicóloga. Também têm o apoio da Equipa Local de Intervenção Precoce (ELI).

As sessões de Psicomotricidade decorreram na sala de estimulação e no ginásio. Nestes espaços encontram-se os seguintes materiais: dois baloiços, uma parede de escalada, uma coluna de som, uma piscina de bolas, uma casinha de brincar, uma tenda, discos sensoriais, bolas grandes lisas e de picos, blocos de esponja, mesas, cadeiras, espelho, jogos de tabuleiro, instrumentos musicais e materiais de escrita. A sala de estimulação disponibiliza ainda materiais de Snoezelen, nomeadamente uma coluna de água, fibras óticas e um colchão de água.

O estágio curricular decorreu especificamente, na ERPI e nas instalações da infância, com crianças do pré-escolar.

3. Caracterização da população e problemáticas atendidas

O **equipamento de apoio à infância**, atende um total de 130 crianças em contexto de creche e jardim-de-infância. Em contexto de estágio foram acompanhadas 6 crianças, 3 em contexto de grupo, 2 em contexto individual e 1 estudo de caso, com idades compreendidas entre os 4 e 5 anos. Apresentavam sintomatologia de instabilidade psicomotora, inibição psicomotora e Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação e Perturbação da Comunicação e da Relação.

A instabilidade psicomotora é caracterizada pela Classificação Francesa de Perturbações Mentais em crianças e adolescentes, por um conjunto de sintomas psíquicos e motores. No que se refere ao nível psíquico, é frequente uma dificuldade em focar a atenção, falta de consistência nas atividades e uma grande impulsividade. A nível motor, está presente uma hiperatividade ou inquietação motora incessante. Estes défices, estão claramente descompassados com a idade e o nível de desenvolvimento mental da criança, são mais visíveis em situações que requerem aplicação, por exemplo, em contexto de sala de aula. Também podem desaparecer temporariamente em determinadas situações, por exemplo, em atividades que requerem atenção conjunta ou numa nova situação (Delion & Golse, 2004; Misès & Quemada, 2012).

A inibição psicomotora pode ser expressa de duas formas distintas: inibição por hipercontrolo ou inibição por suspensão de iniciativa motora. Na inibição por hipercontrolo é comum uma postura hipertónica, em que o movimento é contido por medo de não ser apresentável aos olhos do outro. Este intervém como uma solução contra as fantasias de desmembramento, sendo a única forma de manter o corpo unificado. Já na inibição por suspensão da iniciativa motora, é comum encontrar-se um corpo hipotónico, em que a execução do movimento não é o problema, mas sim iniciá-lo. Está associado à falta de investimento no espaço e também são descritos sintomas motores como lentidão e contenção. A criança apresenta, por norma, frequentes alterações a nível da atenção devido à ansiedade evidente, podendo resultar em timidez, isolamento e recusa em atividades de grupo (Ballouard, 2011).

A Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação (ver no cap.IV) caracteriza-se por um atraso significativo nas habilidades motoras globais e finas e incapacidade na execução de habilidades motoras coordenadas, manifestando um desajeitamento, lentidão, ou reduzida exatidão no desempenho motor (APA, 2014). Esta perturbação será mais desenvolvida no caso II.

A Perturbação da Comunicação e da Relação (ver no cap.IV) caracteriza-se por uma extrema dificuldade em se relacionar e comunicar com os outros (Zero to three, 2005). Também esta perturbação será mais desenvolvida no caso II.

O equipamento de apoio aos idosos, atendidos em contexto de ERPI, atende um total de 56 idosos, com idades compreendidas entre os 62 e os 98 anos. Em contexto de estágio foram acompanhados 7 idosos, 4 em contexto de grupo, 2 em contexto individual e um estudo de caso, com idades entre os 62 e os 87 anos. Abrangeu patologias do foro da saúde mental, presentes no envelhecimento patológico, utentes com sintomatologia depressiva e ainda, utentes sem sintomatologia, mas com défices adjacentes ao processo de envelhecimento fisiológico. De seguida, descrevem-se sucintamente as problemáticas abordadas.

O envelhecimento fisiológico diz respeito às alterações comuns a todos os indivíduos consequente do avançar da idade, sendo que qualquer doença ou influência ambiental não representam condicionantes a este processo evolutivo (Fechine & Trompieri, 2012).

As principais alterações verificadas nas pessoas idosas centram-se na componente cognitiva e na psicomotora. Observou-se assim, na componente cognitiva um défice na memória a curto e longo prazo e diminuição da capacidade e velocidade de pensamento. Na componente psicomotora, verificaram-se dificuldades ao nível do equilíbrio, estruturação espacial e temporal e motricidade final e global. Estas perdas acabaram por afetar a componente socio-afetiva, levando a uma diminuição da identidade psicorporal, uma diminuição da autoconfiança e autoestima, diminuindo a qualidade de vida (Espadinha, et. al., 2021).

No entanto, também se realizou a intervenção no envelhecimento patológico. Este está presente quando há o surgimento de doenças que não estão presentes num processo de envelhecimento dito normal (Fechine & Trompieri, 2012). Neste tipo de envelhecimento, as doenças mais comuns são as do foro da saúde mental. Irei descrever de seguida, patologias como a Demência, Demência por Corpos de Lewy e a Perturbação depressiva, patologias atendidas no estágio.

A Demência é descrita no DSM-5 como uma perturbação neurocognitiva que demonstra uma evidência de declínio cognitivo significativo em um ou mais domínios cognitivos, como por exemplo, atenção complexa, funções executivas, aprendizagem e memória, linguagem, capacidade perceptivo-motora ou cognição social (APA, 2014). A pessoa idosa com demência também tem um comprometimento psicomotor, no qual se observa dispraxias, dificuldades de manipulação, construção e simbolização de movimentos, e disgnosias (dificuldades de reconhecer objetos, figuras, sons, cheiros, texturas, pessoas) (Francisco et al., 2019). Tudo isto vai alterar o esquema corporal, influenciando a identidade de tal modo que, a pessoa deixa de se reconhecer a si própria como indivíduo e deixa de reconhecer o envolvimento onde está inserido (Morais, 2007). Estes défices interferem significativamente nas atividades da vida diária e na qualidade da mesma.

A Demência por Corpos de Lewy (ver no cap. III) é caracterizada por flutuações na atenção e estado de alerta, bem como recorrentes alucinações visuais e características motoras e não motoras (como a depressão, estado sonolento) parkinsonianas (da Silveira, 2021). Esta perturbação será mais desenvolvida no caso I.

A Perturbação Depressiva é caracterizada pela presença de sintomas como humor deprimido persistente, com sentimento de vazio e de tristeza constante; a diminuição do interesse ou prazer em atividades diárias; perda ou ganho significativo de peso sem antecedentes; insónia ou hipersónia; pensamentos recorrentes de morte; entre outros (APA, 2014). No entanto, a expressão somática na pessoa idosa pode diferir dos sintomas observados na pessoa adulta. No diagnóstico de depressão no idoso podemos observar sintomas como: sensação de fraqueza e falta de energia generalizada (astenia), perda de memória, dor física, expressão de experiência de solidão, incapacidade de sentir prazer nas atividades (anedonia), lentidão psicomotora, entre outras (Tayaa et al., 2020).

II. Descrição das atividades de estágio

1. Organização das atividades de Estágio

Como referido anteriormente, o presente estágio decorreu num Santa Casa da Misericórdia, com duração de nove meses. Este objetiva o aprofundamento de competências profissionais, mas

também enquadrar a prática psicomotora neste contexto; analisar e retratar os casos encaminhados para a Psicomotricidade; investigar e contextualizar a intervenção psicomotora de todos os casos (individuais ou de grupo) e refletir sobre a transversalidade e interdisciplinaridade da Psicomotricidade.

Desta forma, realizou-se a avaliação psicomotora, elaboração do perfil intraindividual e do plano terapêutico dos casos acompanhados. Para além da terapia psicomotora, tanto individual como em grupo, foi possível assistir a uma reunião de equipa, reuniões dirigidas pela psicóloga de acompanhamentos de casos com os respetivos pais, reuniões de supervisão com a orientadora local e psicóloga e ainda, planificação das sessões, redação descritiva e reflexiva dos relatórios de sessão, pesquisa, revisão da literatura, entre outros.

1.1 Calendarização e horário de estágio

O cronograma seguinte (ver tabela 1) apresenta a calendarização das atividades realizadas ao longo do estágio.

Tabela 1- Calendarização das atividades de estágio

Atividades realizadas	2022			2023						
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.	Jul.
Integração na equipa										
Reuniões de orientação										
Avaliação Inicial										
Intervenção										
Avaliação final										
Análise dos resultados										
Redação do relatório de estágio										

Relativamente ao horário semanal (ver tabela 2), este foi delineado tendo em conta a organização horária da restante equipa, tanto na infância como na ERPI, de forma a não haver sobreposição de sessões. É importante salientar que, o horário nas instalações da infância por vezes sofria alterações devido à existência de atividades escolares no horário estipulado para as sessões, sendo necessário repor noutra hora.

Tabela 2- Horário de estágio

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
9h00-10h00			Sessão Individual criança Fábio	
10h00-11h00	Preparação do material e do espaço para a sessão de grupo	Preparação do material e do espaço para a sessão de grupo	Preparação da sessão e registros	Sessão individual pessoa idosa José
11h00-12h00	Sessão de grupo crianças	Sessão de grupo idosos	Sessão individual estudo de caso 1	Sessão individual pessoa idosa M
12h00-13h00	Registos	Preparação da sessão e registros	Preparação da sessão e registros	Preparação da sessão e registros
14h00-15h00	Preparação da sessão e registros	Sessão individual estudo de caso 2	Reunião de acompanhamento	Reuniões de orientação de estágio
15h00-16h00	Sessão individual criança Jaime	Preparação da sessão e registros	Preparação da sessão e registros	
16h00-17h00	Preparação da sessão e registros	Preparação da sessão e registros		

Na primeira semana foi-me dada a conhecer a instituição e a equipa técnica, na infância e nos idosos. O primeiro mês de estágio foi dedicado à integração na equipa e observação psicomotora de sessões dinamizadas pela orientadora local. Em novembro, deu-se continuidade à observação das sessões e iniciou-se a recolha de dados anamnésicos, através da realização de entrevistas aos pais/utentes e consulta de processos. Durante o mês de dezembro, ocorreram as avaliações iniciais. Em janeiro iniciaram-se as sessões de intervenção e decorreram até junho, cumprindo maioritariamente o horário descrito na tabela 2. A orientadora local esteve presente nas primeiras sessões de intervenção na infância e nos idosos, dando de seguida total liberdade e autonomia na preparação e dinamização das sessões.

1.2 Atividades complementares ao estágio

Para além das atividades inerentes ao estágio curricular, realizaram-se atividades complementares que contribuiriam igualmente para a formação da estagiária.

- Reuniões de supervisão de casos - foram realizadas reuniões com a psicóloga da creche e orientadora local, de forma a discutir casos e fornecer algumas informações e estratégias para utilizar no futuro.
- Sessão de Psicomotricidade no projeto intergeracional – Foi realizada uma sessão de demonstração da Psicomotricidade, num projeto intergeracional, que está a decorrer na instituição e que conta com as crianças do jardim-de infância e os idosos da ERPI. O planeamento, preparação e dinamização da sessão foi realizado em conjunto com a orientadora local.

- Sessão de Psicomotricidade na Residência geriátrica - Foi realizada uma sessão de demonstração da Psicomotricidade, num pequeno grupo de idosos pertencentes à residência geriátrica. Esta sessão foi realizada no ginásio da mesma.
- Observação e Avaliação - Para além dos casos acompanhados, foi realizada uma observação e avaliação do desenvolvimento de uma criança que posteriormente realizei o seu acompanhamento. Nesta avaliação foi utilizada a *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – 3ª edição*, tendo sido aplicada pela psicóloga.
- Formação adicional – no dia 4 de maio, foi possível participar no 1º Encontro de bons tratos a crianças e jovens. Esta formação abordou assuntos como por exemplo, o acolhimento familiar, acolhimento residencial, apadrinhamento civil e adoção, família e educação: um olhar positivo na criança e jovem e por fim, medicar as crianças e jovens: uma abordagem multidisciplinar. No dia 9 de fevereiro, 9 de março e 11 de maio, participou nos webinars “*Integração de cuidados a pessoas idosas*”, “*Boas práticas intergeracionais e educação informal*” e “*Envelhecimento, depressão e declínio cognitivo*” respetivamente, organizados pela universidade de Évora.

2. Intervenção Psicomotora no local de estágio

No equipamento de apoio à infância, os casos acompanhados foram referenciados pelas educadoras e encaminhados para a Psicomotricidade pela psicóloga da creche e pela Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, após discussão em equipa. No equipamento de apoio à pessoa idosa, foi sugerido pela psicóloga da ERPI e diretora técnica da mesma, o seguimento da intervenção realizada pela estagiária anterior, a um grupo de idosos. Foram ainda encaminhados mais três casos individuais, sinalizados pelas mesmas. Assim, na infância foram acompanhadas um total de 6 crianças, constituindo um grupo de 3 crianças e três casos individuais. Nos idosos, foram acompanhados 7 utentes, sendo que 4 deles formaram o grupo e os restantes três foram acompanhados individualmente. Feito o encaminhamento, procedeu-se à entrevista de anamnese e/ou recolha de informação junto da equipa, observação e avaliação psicomotora de forma a delinear o projeto terapêutico.

As sessões de Psicomotricidade ocorreram uma vez por semana e tinham a duração de 45 minutos. Na infância, as sessões individuais realizaram-se na sala de estimulação e as sessões em grupo realizaram-se no ginásio. Já na ERPI, as sessões de grupo realizaram-se no salão de festas,

situado no piso -1 da instituição e as sessões individuais realizaram-se no gabinete da psicóloga, disponibilizado pela mesma.

Relativamente à estrutura das sessões, quer seja em acompanhamento individual ou grupo, estas apresentam características adaptadas aos interesses e necessidades de cada indivíduo. No entanto, todas as sessões iniciavam-se com um diálogo inicial, em que era perguntado como tinha corrido a semana/fim-de-semana e perguntado algo positivo sobre a mesma, em seguida, realizava-se a parte fundamental da sessão em que são realizadas as atividades psicomotoras, terminando com o diálogo final.

2.1 Etapas de intervenção

A intervenção psicomotora deve ter em conta uma visão holística do indivíduo, e por este motivo, antes de iniciar a terapia foi necessário recolher informações. Estas informações podem ser recolhidas através de entrevistas, aplicação de instrumentos e consulta de processos. Desta forma, foram realizadas quatro etapas de intervenção: (1) entrevista de anamnese, (2) observação psicomotora informal, (3) avaliação inicial, (4) projeto terapêutico e (5) avaliação final.

(1) Entrevista de anamnese

A avaliação deve iniciar com uma reunião com a família de modo a recolher a informação pessoal e clínica e as principais preocupações da família.

A entrevista deverá ser conduzida pelo psicomotricista que vai permitir orientar a anamnese do sujeito em causa, reconstruindo a história do seu desenvolvimento, tomando ao mesmo tempo em conta, acontecimentos que podem permitir compreender melhor a organização eventual das disfunções ou problemáticas (Almeida, 2008).

Existem diferentes tipos de entrevistas. Em Psicomotricidade é possível adotar três tipos de entrevistas: entrevista estruturada ou diretiva, entrevista semiestruturada ou semidiretiva e entrevista aberta ou não diretiva (Almeida, 2008; Batista et al., 2017). A *entrevista estruturada* é desenvolvida a partir de um conjunto de perguntas fixas e precisas, em que a família apenas responde às questões realizadas pelo psicomotricista. Na *entrevista semiestruturada*, o psicomotricista orienta-se por um guião composto por perguntas fechadas e abertas, sem ordem para as colocar, realizando-as no momento oportuno. Neste tipo de entrevista, o psicomotricista pode adotar uma atitude de questionamento, particularmente no início, uma atitude de exploração, quando encontrar um conteúdo importante, compreendendo e o incentivando os entrevistados a explicar e analisar o que disseram. Na *entrevista não diretiva*, o entrevistado é convidado a falar livremente de si e/ou da criança. O psicomotricista apenas faz perguntas para aprofundar um tema

ou reformular palavras ou frases (Almeida, 2008; Batista et al., 2017). Neste caso, foi utilizada a entrevista semiestruturada.

A anamnese em Psicomotricidade constitui o primeiro contacto com os pais e o início da observação/avaliação psicomotora. Deste modo, são colocadas perguntas de forma a retirar informações sobre a composição da família, história de perturbações, dados pré e peri-natais, história do desenvolvimento, relações com o meio envolvente, acontecimento marcantes e adaptação escolar. Durante a entrevista, também é possível retirar algumas informações observando a família, mais especificamente, o comportamento dos pais durante a entrevista (aspectos não verbais; forma de sentarem, disposição nas cadeiras, etc..), se demonstram alguma ansiedade, angústia ou culpabilidade, o tipo de discurso que usam e qual o grau de envolvimento nas dificuldades da criança (Almeida, 2008).

Foi possível realizar a entrevista de anamnese aos pais de 5 crianças, não sendo possível a apenas uma. Já nos idosos, a recolha de informação foi realizada através da consulta dos processos.

(2) Observação psicomotora

As teorias do desenvolvimento referem que no ser humano as estruturas neuromotoras, afetivas e cognitivas interrelacionam-se uniformemente. Desta forma, a observação deve centrar-se nestas três dimensões, permitindo uma melhor compreensão de informações relativamente ao movimento corporal em relação a si, aos objetos e ao espaço; ao estado emocional, dando-nos informação sobre a história individual do desenvolvimento e das relações prazerosas com o contexto em que se insere, e uma capacidade de compreender os conceitos de forma, tamanho, cor, espaço, tempo, de modo a entender a esfera envolvente (Sánchez & Martínez, 2000).

Costa (2008) refere que a observação psicomotora permite à criança que se expresse livremente, dando oportunidade ao desejo de iniciativa e relação, permitindo a comunicação dos seus interesses e competências, para mais tarde quando a relação terapêutica for suficientemente sólida, a criança se sinta segura para demonstrar as suas dificuldades e conflitos. Através deste tipo de intervenção, não se coloca a criança numa situação de avaliação, mas sim observa a sua expressão motora, com os aspetos objetivos e subjetivos inerentes (Costa, 2008).

De forma a guiar a observação psicomotora foi utilizado o *Guia de observação dos parâmetros psicomotores* de Sánchez e Martinez (2000).

Este guia de observação permite a observação e registo de comportamentos da criança, tendo em conta vários aspetos como: o tipo e qualidade do movimento, a gestualidade, o tipo de postura, a qualidade do tónus, o tipo de espaço e a sua ocupação, a relação com o tempo, relação

com os objetos utilizados (quais utiliza, como utiliza, como utiliza em relação com os pares), como se relaciona com pares e com adultos e os tipos de jogo utilizados.

(3) Avaliação Inicial

A avaliação inicial é um método quantitativo, que consiste em avaliar os comportamentos e realizações do indivíduo através da aplicação de provas ou instrumentos, podendo ser padronizados ou não (Saint-Cast, 2004).

De seguida serão apresentados os instrumentos de avaliação utilizados, tanto na infância como na pessoa idosa.

No equipamento da infância foi utilizada a *Escala de Avaliação Psicomotora do Pré-escolar* (EPP), a *Bateria da Funções Neuro-psicomotoras da Criança* (NP-MOT), o *Draw a Person* (DAP) e o *Teste de Desenvolvimento da Integração Visuomotora* (VMI).

- **Escala de avaliação da psicomotricidade de pré-escolar**

A Escala de Avaliação da Psicomotricidade do Pré-escolar (EPP) foi desenvolvida por Cruz e Mazaira (2003) e objetiva avaliar individualmente o desenvolvimento psicomotor de crianças entre os 4 e os 6 anos de idade.

É um instrumento de aplicação rápida, com duração média de 30 minutos, e procura avaliar a locomoção, equilíbrio, posições, coordenação de pernas, coordenação de braços, coordenação de mãos, esquema corporal em si mesmo e esquema corporal nos outros.

As cotações variam entre zero e dois, sendo que a cotação de “2” valores, correspondente à execução com sucesso da tarefa, a cotação de “1” associada a uma realização com algumas dificuldades e o “0” correspondente à não realização da tarefa ou se a criança a realiza com bastantes dificuldades. A pontuação obtida irá dar-nos a informação sobre o nível (bom, normal, baixo) em que a criança se encontra nos diversos parâmetros e também o seu perfil psicomotor (Cruz & Mazaira, 2003).

- **Bateria da Funções Neuro-psicomotoras da Criança (NP-MOT)**

A NP-MOT foi desenvolvida por Vaivre-Douret (2006) e pretende avaliar as funções neuro-psicomotoras de crianças entre os 4 e os 8 anos. As provas objetivam uma melhor compreensão do desenvolvimento das funções neuromotoras, neurosensoriais e de integração perceptiva, com o estabelecimento de um perfil psicomotor individual, que permite a identificação das áreas fortes e das áreas a promover.

O instrumento é composto por 52 itens divididos em 9 domínios psicomotores: tónus (nos membros superiores e inferiores e tronco); motricidade global (estática e dinâmica); lateralidade (gestos espontâneos, habituais, psicossociais); praxias; gnosias táteis; habilidade óculomanual;

orientação espacial (sobre si mesmo, outros, objetos, plano); ritmo (auditivo-cinestésico, auditivo-perceptivo-motor); e atenção auditiva (sustentada).

A bateria pode ser utilizada de forma a realizar uma avaliação completa ou de forma fragmentada para observar de forma independente, uma ou mais funções e assim possibilitar uma avaliação diferencial.

A cotação dos itens faz-se pela atribuição de duas notas: uma referente à avaliação quantitativa, ou seja, o desempenho da criança, e pode ir entre 0 (não realiza) e 2 ou 5 (correspondente ao melhor desempenho, consoante os itens), e uma qualitativa relacionada com a qualidade do movimento efetuado, que varia igualmente entre 0 (desempenho dispráxico) e 2 ou 5, (desempenho eupráxico no valores máximos). A bateria está validada para a população francesa e permite, para cada domínio, obter valores normativos.

- **Draw a Person (DAP)**

O DAP foi desenvolvido por Naglieri (1988) e permite avaliar o nível de integração da imagem e do esquema corporal, através da análise quantitativa dos desenhos da figura do homem, da mulher e do próprio, em relação à presença, proporção, detalhes e ligações entre as partes do corpo, e presença de vestuário (Naglieri, 1988). Pode ser aplicado em grupo ou individualmente, a crianças ou jovens entre os 5 e os 17 anos de idade.

Os resultados estão padronizados, mas não se encontram aferidos para a população portuguesa. Cada desenho é avaliado de acordo com 64 itens, com o valor de 1 ponto cada, ou seja, a pontuação máxima de cada desenho é de 64 pontos, dando um total máximo do teste de 192 pontos. Os resultados brutos obtidos são traduzidos em valores standard e em percentis dando as seguintes informações: “muito superior”, “superior”, “superior à média”, “na média”, “inferior à média”, “no limite” ou “deficiente” (Naglieri, 1988).

Através de uma observação qualitativa é possível ainda compreender o conhecimento que a criança tem dos movimentos e posturas que se podem realizar com o corpo, bem como o nível de desenvolvimento intelectual da criança (como a diferenciação entre géneros e gerações) (Naglieri, 1988). Além disso, durante a realização dos desenhos pode-se observar aspetos como a prensão do lápis, a noção espacial, a lateralidade, a coordenação, a expressão corporal e o tempo despendido para cada desenho. Para além de durante a aplicação poderem ser observados aspetos relativos à motricidade fina, o desenho do corpo permite observar a maturidade psicomotora, representação espacial, sendo ainda traduzida a adaptação emocional, afetiva e social da criança (Naglieri, 1988).

- **Teste de Desenvolvimento da integração visuomotora de Beery (VMI)**

O VMI é um teste de rastreio da integração visuomotora, nomeadamente de observação das competências visuo-percetivas e a coordenação motora (Beery & Beery, 2006). Esta bateria de testes consiste num teste de integração visuomotora, que pretende avaliar o nível de desenvolvimento das habilidades visuais e motoras, e dois testes suplementares: a perceção visual e coordenação motora (Beery & Beery, 2006).

O VMI é composto por duas versões: (1) a versão reduzida destinada a crianças entre os 2 e os 7 anos, com 21 itens de avaliação, e com um tempo de administração entre os 10 e os 15 minutos; (2) e a versão completa destinada a adultos. Neste estágio foi aplicada a versão reduzida.

Relativamente à pontuação, os autores indicam que deve ser atribuído um ponto por cada item copiado corretamente, sendo que o teste termina após 3 falhas consecutivas (Beery & Beery, 2006). A pontuação total dá-nos a informação sobre o nível de desempenho da criança (muito baixo, baixo, médio, alto e muito alto).

No equipamento de apoio aos idosos foram utilizados os seguintes instrumentos: *Índice de Barthel*, *Mini-Mental Examination*, *Exame geronto-psicomotor* e *Escala de Tinneti*.

- **Índice de Barthel**

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa idosa na realização de dez atividades de vida diária, tais como: comer, higiene pessoal, uso da casa de banho, tomar banho, vestir e despir, controlo dos esfíncteres, deslocação, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas.

Cada item é cotado entre quatro níveis, 0, 5, 10 e 15 correspondendo de ordem progressiva e ascendente de autonomia. A pontuação máxima varia entre 0 e 100 pontos, quanto maior a pontuação, maior o grau de independência (Sequeira, 2018).

- **Exame do estado Mental (Mini-Mental Examination- MMSE)**

O MMSE foi desenvolvido por Folstein, Folstein e McHugh em 1975 e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro em 1994. É um instrumento utilizado para rastreio de défice cognitivo e para a avaliação global da função cognitiva (Espadinha et al., 2021).

É constituído por 30 questões organizadas em seis domínios cognitivos: Orientação – orientação temporal e orientação espacial, Retenção, Atenção e Cálculo, Evocação, Linguagem e por fim, Capacidade Construtiva.

A pontuação varia entre 0 e 30, sendo 0 quando o indivíduo não responde ou responde de forma incorreta e 30 quando a resposta é a correta. A pontuação máxima é de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhores desempenhos.

Tendo por base o grau de escolaridade considera-se com défice cognitivo quando o utente analfabeto apresenta um valor igual ou inferior a 15 pontos; quando o utente com um a 11 anos de escolaridade apresenta um valor igual ou inferior a 22 pontos; ou quando um utente com escolaridade superior a 11 anos apresenta um valor igual ou inferior a 27 (Sequeira, 2018).

- **Exame geronto-psicomotor (EGP)**

O EGP foi desenvolvido por Michel e os seus colegas em 2011 e consiste num instrumento de avaliação das competências psicomotoras da pessoa idosa. Foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Morais e seus colegas (2021). É composto por 17 itens que avaliam: o equilíbrio estático I, equilíbrio estático II, equilíbrio dinâmico I, equilíbrio dinâmico II, mobilizações articulares (dos membros superiores e inferiores), coordenação motricidade fina nos membros superiores e inferiores, praxias, conhecimento das partes do corpo, vigilância, memória perceptiva e verbal, domínio temporal e espacial, percepção, comunicação verbal e não verbal (Espadinha et al., 2021; Sequeira, 2018).

No EGP cada domínio é composto por itens e cada item tem pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 6 pontos, quanto maior a pontuação, melhor o desempenho. A pontuação máxima do teste são 102 pontos.

A aplicação do exame tem a duração média de 60 minutos e pode ser dividida em duas partes, de acordo com o tempo ou fadiga do utente.

- **Escala de Tinetti**

A Escala de Tinetti foi adaptada para a população portuguesa por Petiz (2002). Este instrumento está dividido em duas partes: a primeira parte diz respeito à avaliação do equilíbrio estático e a segunda parte avalia o equilíbrio dinâmico (Carvalho et al., 2007).

Desta forma avalia a mobilidade e o equilíbrio estático e dinâmico, classificando aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados. É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha.

A pontuação varia entre 0 e 2. A primeira parte é constituída por 9 itens, dos quais dois são pontuáveis de 0 a 1 e sete de 0 a 2, permitindo um máximo de 16 pontos. A segunda parte envolve 10 itens, dos quais oito são pontuáveis de 0 a 1 e dois de 0 a 2 num total de 12 pontos. Assim sendo, a pontuação total é de 28 pontos, em que quanto maior a pontuação, menor o risco de queda (Carvalho et al., 2007).

(4) Projeto terapêutico

Uma vez feita a avaliação, analisam-se todos os dados recolhidos e é delineado um Projeto Terapêutico. Este Projeto Terapêutico deve integrar um perfil intraindividual, objetivos específicos, diretrizes e fundamentação da intervenção, estratégias específicas e exemplos de atividades a realizar de forma a trabalhar as áreas a desenvolver.

(5) Avaliação final

A última parte da intervenção é composta pela avaliação final, onde foi realizada a reavaliação dos casos acompanhados para se proceder posteriormente à análise comparativa dos resultados iniciais e finais.

No Equipamento de Apoio à Infância, esta reavaliação foi essencialmente feita através da observação informal e da reaplicação da Escala de Avaliação da Psicomotricidade em Pré-Escolar (EPP). Apenas se reaplicou a EPP pois, remete para a aplicação de tarefas de forma lúdica, uma vez que os outros instrumentos utilizados na avaliação inicial, são instrumentos que mais facilmente a criança se apercebe que o seu sucesso está a ser avaliado. Desta forma, e tendo em conta o tempo de intervenção e o estabelecimento da relação terapêutica, optou-se por unicamente aplicar este instrumento e realizar-se uma avaliação descritiva e informal detalhada para não quebrar esta relação terapêutica. No entanto, é importante salientar que a aplicação dos restantes instrumentos na avaliação inicial foi essencial para caracterizar o perfil psicomotor e posteriormente delinear o projeto de intervenção.

No Equipamento de Apoio à pessoa idosa, apenas foi reaplicado o EGP e o MMSE, uma vez que os restantes instrumentos foram utilizadas na avaliação inicial de forma a caracterização o perfil psicomotor dos utentes.

3. Descrição dos casos acompanhados

3.1 Descrição dos casos individuais

No presente estágio foram acompanhados três casos individuais (Fábio, Jaime e Ivan na infância; José, Mónica e Armando nos idosos) em ambos os contextos. No contexto da infância serão apresentados o Fábio e o Jaime, uma vez que o Ivan é o estudo de caso II, (ver no cap. IV). No contexto da ERPI serão apresentados o José e a Mónica, dado que o Armando é o estudo de caso I (ver no cap. III). Os nomes atribuídos são fictícios.

Descrição dos casos individuais acompanhados no equipamento da infância

A intervenção psicomotora realizada nos casos Fábio e Jaime será apresentada na tabela seguinte. Será realizada uma breve identificação, apresentação dos resultados das avaliações e a progressão terapêutica.

Tabela 3- Intervenção individual I

Identificação
<p>Nome (fictício): Fábio</p> <p>Género: masculino</p> <p>Idade: 4 anos</p> <p>Escolaridade: Sala dos 4 anos (Pré-escolar)</p> <p>Motivo de encaminhamento: Agitação psicomotora e dificuldades evidenciadas ao nível do controlo inibitório e atenção/concentração.</p> <p>Obs.: Foram realizadas 24 sessões de intervenção durante 8 meses, com periodicidade semanal e duração de 45 minutos.</p>
História pessoal e clínica
<p>Vive com os pais. A mãe descreve o nascimento e o desenvolvimento como um processo tranquilo, com as aquisições dentro do esperado, à exceção da linguagem. Refere que as primeiras palavras só apareceram por volta dos 3 anos, com o início do acompanhamento em terapia da fala, que mantém até à atualidade. Ficou aos cuidados da mãe até aos 10 meses, período em que entrou na creche. Menciona que o período de adaptação foi muito difícil, pois o menino chorava bastante quando era deixado de manhã. Indica ainda que até aos três anos, o Fábio fazia bastantes birras, que chegava a ficar 45 minutos a chorar. Descreve-o como um menino muito meigo e doce, mas que é introvertido e impulsivo. Indicam igualmente, que não se envolve em brincadeiras conjuntas com os pais e que não pára um minuto sossegado no sofá. Quando tentam realizar atividades com o Fábio, referem que não se consegue concentrar.</p> <p>O pedido de encaminhamento surgiu por parte da psicóloga e educadora de infância, contudo, os pais também partilham da mesma preocupação.</p>
Avaliação Inicial e Final
<p><u>DAP</u></p> <p>É importante referir que os resultados foram cotados tendo em conta a idade mínima do instrumento, que são os 5 anos.</p> <p>O Fábio obteve uma classificação final deficitária. Os desenhos apresentaram poucos detalhes, encontrando-se na fase dos girinos. A figura do homem e da mulher são muito semelhantes, não se observando diferenças entre os géneros. Deste modo, conclui-se que o Fábio apresenta uma noção do corpo imatura.</p> <p><u>EPP</u></p> <p>De seguida, serão apresentados os resultados obtidos pelo Fábio tanto na avaliação inicial como na avaliação final, bem como o nível em que se encontra em cada parâmetro.</p>

Tabela 4- Resultados da EPP do caso individual I

	Locomoção	Posições	Equilíbrio	Coord. Pernas	Coord. Braços	Coord. Mãos	Esq. Corporal em si	Esq. Corporal nos outros
Av. Inicial	13	6	6	10	4	7	2	0
Nível	●	●	●	●	●	●	●	●
Av. Final	14	6	10	11	6	8	8	3
Nível	●	●	●	●	●	●	●	●

Legenda

- Nivel Bom
- Nivel Normal
- Nivel Baixo

NP-MOT

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos pelo Fábio na avaliação inicial.

Tabela 5- Resultados do NP-MOT do caso individual I

Motricidade global	Nota bruta	Média e desvio padrão
Nota global de coordenação M. superiores e inferiores	13/15	-2 desvio padrão
Nota global de equilíbrio dinâmico	19/27	-2 entre -1
Nota global de equilíbrio estático	4/17	-2 desvio padrão

Tendo em conta os resultados apresentados, é possível afirmar que o Fábio se encontra abaixo do esperado para a sua idade, relativamente à motricidade global.

Observação informal

A observação inicial revelou uma criança com uma postura desinibida, apresentando elevados sinais de impulsividade e agitação motora. Explora a sala e materiais sem intencionalidade aparente e sem atribuir significado. As sequências de jogo são muito curtas, revelando dificuldade em manter o foco e a atenção nas tarefas. Não tolera contenção física e não estabelece contacto ocular. Não interage com os pares, nem partilha uma brincadeira. Tem tendência a não aceder ao jogo simbólico em contexto de recreio. Procura sempre os lugares mais afastados da psicomotricista, recorrendo a jogos de interação com distância do adulto. A sua linguagem expressiva não é totalmente perceptível, não tendo a estrutura da mesma consolidada. É uma criança que não pede ajuda, nem agradece.

Revela alguma dificuldade na coordenação global, contudo pode ser consequência da sua agitação psicomotora, dado que melhora a sua realização quando se reforça a atenção na tarefa e se enfatiza a importância de realizar as tarefas de forma mais lenta.

Intervenção e progressão terapêutica

Face ao exposto, propôs-se trabalhar com o Fábio o controlo inibitório e as competências socioemocionais (interação com o outro, aceder ao jogo simbólico, regulação de comportamentos de frustração). A intervenção, baseada numa vertente terapêutica, teve por base o jogo livre e espontâneo da criança. A progressão terapêutica foi analisada através da reaplicação da EPP e da observação informal das sessões.

Após a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial e final, foi possível observar, de forma geral, uma evolução em quase todos os parâmetros, com exceção do parâmetro posições e coordenação de pernas, que mantiveram o mesmo resultado. Apesar dos objetivos psicomotores não terem sido prioritários, esta evolução poderá justificar-se devido ao facto de o Fábio ter adquirido um maior conhecimento e controlo do próprio corpo, realizando as tarefas de forma mais controlada.

Através da observação informal, verificou-se uma progressão no controlo inibitório, diminuindo a frequência dos comportamentos impulsivos e uma diminuição da agitação psicomotora e consequentemente uma autorregulação motora.

Assim sendo, podemos dividir a intervenção do Fábio em três fases, tendo em conta o nível de expressividade motora de Aucouturier (Sánchez & Martinez, 2000).

A primeira fase reflete o primeiro nível de expressividade motora. Composta por, aproximadamente, 10 primeiras sessões. Esta fase foi constituída pela expressão das sensações internas do corpo através das habilidades motoras. Desta forma, nas primeiras sessões, o Fábio não acedia ao jogo simbólico, não partilhava uma brincadeira e não aceitava a troca de papéis. Explorava todo o tipo de materiais e circulava por toda a sala. Corria, girava, atirava-se para o chão, subia os blocos de esponja e saltava em altura. Explorou o movimento do corpo, mantendo-se de preferência nas zonas mais distantes da terapeuta, mas em locais que podia ser visto. O tipo de jogo preferido observado foi o jogo sensorio-motor e jogos de construção e execução de percursos. Iniciava todas as sessões a retirar as bolas grandes da piscina de bolas e atirava-as contra a psicomotricista. A psicomotricista acolhia-as e espelhava o seu comportamento, tentando estabelecer relação através deste objeto. As suas sequências de jogo eram muito curtas e inacabadas e os seus movimentos eram rápidos e impulsivos. Procurava fugir do toque, uma vez que associava a este, uma contenção física (ou seja, parar o corpo) e não estabelecia contacto ocular, devido à agitação psicomotora. Era um menino que gritava muito durante as sessões e o terminar da sessão era sempre um período de muita agitação.

A segunda fase de intervenção, corresponde ao segundo nível de expressividade motora. Composta por 8 sessões, aproximadamente entre a 11.º e a 19.º sessão. Aqui, para além do prazer das sensações internas, associa-se o prazer (ou ausência) das sensações visuais, ou seja, o prazer do aparecer/ desaparecer e/ou entrar/sair. Assim, a partir da 11.º sessão, começou a introduzir com maior regularidade o jogo das escondidas e iniciou o jogo da perseguição associado a uma personagem (Zombie, robot mau, ninjas). As sequências de jogos começaram a aumentar progressivamente. Observou-se uma maior aceitação da troca de papéis e uma diminuição dos comportamentos impulsivos. Este último foi visível no jogo das

escondidas, dado que o Fábio começou a manter-se escondido até ser encontrado, demonstrando a vontade de querer ser encontrado pela psicomotricista. Recorreu por diversas vezes à piscina de bolas de forma a procurar por sensações e limites corporais. Apesar de aceitar com maior facilidade a troca de papéis, continuava a evitar a proximidade e toque da psicomotricista. Também foi visível maior aceitação do término da sessão. Isto pode dever-se ao facto de a relação estar estabelecida e a criança compreendeu o ritmo e rotina das sessões, ou seja, que todas as semanas se repetiam e que a psicomotricista voltava e estava lá para ele.

Foi na última fase de intervenção, ou seja, no terceiro nível de expressividade motora, que a criança trouxe o jogo simbólico para as sessões. Depois da 20.ª sessão, o Fábio começou a aceder com maior regularidade ao jogo simbólico, cujo temas eram sobre personagens imaginárias (como por exemplo: tubarões). Também foi possível observar uma maior disponibilidade para a relação e partilha de brincadeiras com a psicomotricista, em que na sessão 21 construiu uma casa e referiu-a como a *nossa casa* e na sessão 22, numa brincadeira faz-de-conta, começou a gritar a pedir ajuda e deixou que a psicomotricista o ajudasse, aceitando o contacto físico. Também se notou uma melhoria no contacto ocular, nomeadamente um aumento do mesmo.

Foram igualmente visíveis melhorias em contexto de sala de aula. A educadora refere um Fábio menos agitado, com períodos de atenção ligeiramente maiores e que interage mais com os colegas, por vezes participando em brincadeiras de faz-de-conta.

Também os pais referem um menino menos agitado e que, não só se envolve em brincadeiras com os mesmos, como também permanece mais tempo na brincadeira.

Apesar das evoluções evidenciadas nos diferentes contextos da criança, ainda é possível observar uma irrequietude psicomotora, com dificuldades na regulação do movimento e contenção dos impulsos, aliadas às dificuldades na capacidade atencional. Por este motivo, foi recomendada a continuidade da terapia psicomotora.

Tabela 6- Intervenção Individual II

Identificação
Nome (fictício): Jaime
Género: masculino
Idade: 4 anos
Escolaridade: Sala dos 4 anos (Pré-escolar)
Motivo de encaminhamento: Devido às dificuldades evidenciadas ao nível do controlo motor, gestão emocional e atenção/concentração, o Jaime foi encaminhado para apoio em psicomotricidade na instituição.
Obs.: Foram realizadas 22 sessões de intervenção durante 7 meses, com periodicidade semanal e duração de 45 minutos.

História pessoal e clínica

O Jaime nasceu às 40 semanas, por parto eutócico, apresentando bons índices de vitalidade. Sem história de complicações pré e pós-natal. Os pais encontram-se separados desde 2020, existindo guarda partilhada. Tem um irmão mais velho, com 9 anos. Integrou a creche da SCM em 2018 na sala do berçário, encontrando-se atualmente integrado no jardim-de-infância e pré-escolar.

Descrevem o desenvolvimento do Jaime como dentro do esperado. Referem que sempre foi um menino muito irrequieto e desastrado.

A educadora descreve o Jaime como um menino muito agitado, com grandes dificuldades em permanecer atento e envolvido nas atividades e tarefas propostas. Não participa nas brincadeiras com os colegas e está sempre atento a tudo o que acontece à sua volta.

O pedido de encaminhamento surgiu por parte da psicóloga, no entanto a educadora e os pais também partilharam a mesma preocupação.

Avaliação Inicial

EPP

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos pelo Jaime na avaliação inicial, bem como o nível em que se encontra em cada parâmetro.

Tabela 7- Resultados da EPP do caso individual II

	Locomoção	Posições	Equilíbrio	Coord. Pernas	Coord. Braços	Coord. Mãos	Esq. Corporal em si	Esq. Corporal nos outros
Pontuação	14	6	10	9	6	10	10	2
Nível	●	●	●	●	●	●	●	●

Legenda

- Nível Bom
- Nível Normal
- Nível Baixo

Escala de desenvolvimento Mental de Griffiths- 3ª Edição (aplicada pela psicóloga)

Esta escala foi aplicada pela psicóloga responsável pelo serviço de psicologia do equipamento da infância nos dias 16 e 19 de janeiro de 2023.

O Jaime apresentou um perfil de desenvolvimento heterogéneo, com melhores competências no que se refere à autonomia e desenvolvimento motor global e marcadas dificuldades ao nível da manutenção da atenção, organização e planeamento da tarefa, processamento cognitivo e capacidade de aprendizagem, que acabam por interferir nas restantes áreas do desenvolvimento, incluindo a esfera socioemocional. De facto, neste último campo, denotam-se efetivamente dificuldades ao nível da contenção dos impulsos, relação com os pares e cumprimento de regras e indicações dadas pelo adulto.

Este quadro interfere na aprendizagem do Jaime e no seu bem-estar global.

Observação informal

A observação inicial em contexto de sessão revelou uma criança inibida, sem grande iniciativa de exploração da sala e materiais. Demonstrou ainda recusa em entrar para o espaço da sessão e quando entrava procurava realizar jogos do seu conhecimento.

A observação em sala de aula e recreio revelou uma postura bastante desinibida, apresentando elevados sinais de impulsividade e agitação motora. As suas sequências de jogo eram muito curtas, revelando períodos de atenção bastante curtos. Não interage com os pares, nem partilha uma brincadeira. Tem tendência a não aceder ao jogo simbólico.

Intervenção e progressão terapêutica

Face ao exposto propôs-se trabalhar com o Jaime, a autorregulação comportamental através da consciencialização dos seus estados emocionais e corporais, a praxia global e final, a atenção e o controlo inibitório. Desta forma, foi realizada uma intervenção psicomotora reeducativa, por meio de técnicas lúdicas, jogo e gnóstico-práticas, onde se realizaram atividades que se focaram no controlo do movimento corporal, conhecimento do esquema corporal, na capacidade de inibição e que estimulassem a capacidade atencional (jogo da memória, jogos de estratégias, jogo do monstro das cores, percursos psicmotores, jogo do congela/estátua), entre outras. As sessões foram realizadas em cooterapia com a psicóloga do jardim-de-infância. A progressão terapêutica foi analisada através da observação informal das sessões.

Numa fase inicial de intervenção, e devido à recusa em entrar no espaço da sessão, foram realizadas as sessões em contexto de sala de aula, em que foram executados jogos e atividades à escolha da criança, com o intuito de estabelecer a relação terapêutica. Nesta fase, as atividades escolhidas pela criança foram o jogo das escondidas e jogar à bola. No meu entender, esta recusa pode dever-se ao facto de o Jaime ser uma criança muito atenta a tudo o que o rodeia e ao ser retirado da sala, perdia esse controlo. Outra hipótese sugerida é o facto de a criança ter-se sentido exposta perante um ambiente novo e com a presença de uma pessoa que ainda não tinha criado relação.

Após quatro sessões em sala de aula, a criança pediu para ir para a sala de estimulação e continuámos as restantes sessões nesse espaço. Este pedido pode ter surgido em virtude do estabelecimento da relação terapêutica.

Nas primeiras sessões na sala de estimulação, o Jaime não esperava pelo comando verbal, referia já saber fazer as atividades e iniciava de imediato, não controlando o impulso. Executava as tarefas de forma rápida, sem pensar ou planear no movimento. O seu movimento era impulsivo, desajeitado e com desequilíbrios. Apresentava baixa resistência à frustração e fadiga, querendo desistir logo após as primeiras tentativas.

Com a execução e repetição dos jogos sensório-motores, promoveu-se a harmonização do movimento, a sua eficácia, o parar e planear o movimento e o controlo inibitório. Desta forma, a partir da décima quarta sessão, foi-se observando uma melhoria na execução das atividades psicomotoras, demonstrando maior capacidade de planeamento do movimento, uma maior autorregulação e controlo do corpo,

nomeadamente a inibição dos seus impulsos, diminuindo a sua agitação psicomotora. O Jaime passou a ser capaz de, antes de iniciar os percursos psicomotores, pensar no movimento a executar e quando errava voltava atrás e executava a tarefa de forma mais controlada, demonstrando igualmente uma melhoria na resistência à frustração e fadiga.

Também os jogos de regras sociais permitiram não só estimular as capacidades cognitivas, mas também o cumprimento de certas regras, o esperar pela sua vez, a cooperação com o colega e a descentração de si mesmo. Inicialmente, o Jaime queria ser sempre ele a jogar, não esperava pela sua vez e também não respeitava as regras e limites dos jogos. Progressivamente, a criança foi melhorando as competências sociais, começando a esperar pela sua vez de jogar, a cumprir as regras e ordem dos jogos e também começou a colaborar com as terapeutas (por exemplo: no jogo da memória quando sabia o lugar da carta correspondente à tirada, tentava ajudar a terapeuta).

A nível cognitivo, foi-se observando um ligeiro aumento progressivo da capacidade de manutenção da atenção e concentração, com maior controlo dos impulsos e maior ajuste às regras e limites da sessão.

Apesar das melhorias evidenciadas, o Jaime ainda apresenta algumas dificuldades, nomeadamente, os períodos de atenção/concentração, uma vez que é facilmente distraído por estímulos externos e no controlo inibitório, demonstrando alguma inconsistência no controlo dos comportamentos impulsivos. Recomendou-se por isso, a continuidade do apoio em Psicomotricidade.

Descrição dos casos individuais acompanhados no equipamento da pessoa idosa

A intervenção psicomotora realizada nos casos Mónica e José (nomes fictícios) será apresentada na tabela seguinte. Desta forma, será realizada uma breve identificação, apresentação dos resultados das avaliações e a progressão terapêutica.

Tabela 8-Intervenção individual III

Identificação
Nome (fictício): Mónica Género: Feminino; Idade: 82 anos; Escolaridade: 4.º classe Motivo de intervenção: Sintomas depressivos, angústia relacionada com as perdas; anedonia. Observações: Foram realizadas 13 sessões de intervenção durante 7 meses, com periodicidade semanal e duração de 45 minutos.
História pessoal e clínica
A Mónica é divorciada, tem uma filha e um neto. A filha é psicóloga. A utente tem o quarto ano de escolaridade e a sua profissão foi doméstica e tomar conta de crianças. A filha procurou este serviço, uma vez que já não estava a conseguir conciliar o seu trabalho e ser cuidadora da mãe.

Relativamente à história clínica, tem como antecedentes clínicos, hipertensão arterial, dislipidemia, hipotireoidismo, refluxo gastroesofágico (RGE), Síndrome depressivo, Doença oftalmológica grave, glaucoma avançado, com perda acentuada de acuidade visual. A sua situação de saúde agravou muito nos últimos dois anos, chegando a perder a visão devido ao glaucoma. Esta condição deixa-a muito fragilizada e com falta de esperança. Depois de perder a visão já pensou em suicídio.

Demonstrou uma grande dificuldade em falar e relembrar momentos da sua vida passada.

Avaliação Inicial

MMSE

A prova foi aplicada em dezembro de 2022. A pontuação total obtida foi de 22 pontos, o que corresponde há existência de défice cognitivo. No entanto, é importante salientar que esta pontuação pode não traduzir na totalidade as competências da utente, uma vez que a prova teve de ser adaptada devido às suas limitações. As áreas que demonstrou maiores dificuldades foram a de orientação e atenção e cálculo.

Escala de depressão geriátrica

Este instrumento foi aplicado pela psicóloga responsável pelo serviço de psicologia da ERPI em abril de 2023. Obteve como resultado depressão grave, com a totalidade de 21 pontos.

Observação informal

A observação inicial revelou que a utente se encontra muito deprimida, chegando mesmo a chorar quando abordou o assunto da sua família e as perdas que ocorreram. Apresenta uma hipotonicidade e queixa-se que sente dores no corpo todo.

Relativamente à comunicação verbal, faz perguntas e responde em diálogo. Ao nível da compreensão, compreende as instruções simples e complexas sem necessidade de apoio. No que concerne às componentes paralinguísticas, o seu volume de voz, entoação e timbre são ajustados. O seu discurso é fluido e claro. Apesar do seu estado depressivo, por vezes tem sentido de humor, proferindo algumas piadas.

Intervenção e progressão terapêutica

Inicialmente o caso foi encaminhado para a Psicomotricidade por apresentar dificuldades na estruturação espacial e equilíbrio, com o intuito de a capacitar para a sua autonomia. No entanto, após a entrevista de anamnese e aplicação do MMSE, observou-se a presença de um humor depressivo, postura abatida e sem esperança de vida, com uma grande dificuldade em lidar com as perdas.

Foi então iniciada uma intervenção terapêutica, com os objetivos a incidirem sobre o esquema e imagem corporal, nomeadamente aumentar a consciência e limites corporais, consciencialização dos estados corporais e melhorar a autoperceção e perceção corporal. Outro objetivo trabalhado foi a promoção de sentimento de bem-estar, de forma a reduzir os sintomas depressivos, aumentar a motivação e diminuir o sentimento de anedonia.

A relaxação terapêutica foi a técnica preferencial utilizada nas sessões. Algumas técnicas aplicadas foram a *Relaxação Progressiva de Jacobson* e a *Massagem Psicomotora*.

Iniciou-se a intervenção com a aplicação com a *Relaxação Progressiva de Jacobson*, que incide na contração e descontração de diferentes grupos musculares, de forma isolada e sucessiva, com vista a trabalhar os objetivos supracitados. Uma vez que a utente adormecia durante as sessões, recorreu-se à *Massagem Psicomotora*. Optou-se por esta técnica, na medida em que é uma técnica que envolve o toque, seguido de microestiramentos e mobilizações passivas, ou seja, uma técnica mais física. Realizaram-se aproximadamente, três sessões, no entanto, verificou-se que a utente continuava a adormecer.

Isto pode dever-se ao facto de a utente não conseguir dormir durante a noite, devido aos sintomas ansiosos e dores corporais que relata, e no espaço da sessão, sentir-se relaxada e calma, fazendo com que o seu corpo consiga finalmente relaxar, acabando por adormecer. Com o intuito de capacitar a utente para aplicar a técnica autonomamente durante a noite, para que consiga efetivamente descansar, retornou-se novamente à *Relaxação Progressiva de Jacobson*, mas desta vez sem a utilização de música de fundo.

A progressão terapêutica avaliou-se através da observação informal de todas as sessões. Não se reaplicou a escala de Depressão Geriátrica, devido ao pouco tempo de intervenção que decorreu entre as avaliações.

Foi possível observar que os sintomas depressivos mantiveram-se e são mais evidentes quando a utente se encontra no espaço comum, no entanto, esta afirmou que, no período em que se encontrava com a psicomotricista, sentia-se bem e relaxada e acabava por se esquecer dos problemas e das suas dores.

Uma vez que os sintomas melhoram em contexto de terapia individual e são mais visíveis quando o utente se encontra no espaço comum, recomenda-se a realização de atividades de interesse da utente para a sua ocupação de tempos livres, e acompanhamento psicológico, com intuito de ajudar a lidar com as perdas ocorridas.

Tabela 9-Intervenção individual IV

Identificação
<p>Nome (fictício): José Género: Masculino; Idade: 87 anos; Escolaridade: 4.º classe Motivo de intervenção: Demência ligeira Observações: Foram realizadas 17 sessões de intervenção durante 7 meses, com periodicidade semanal e duração de 45 minutos.</p>
História pessoal e clínica
<p>O José é viúvo, tem 3 filhas do seu casamento. Sabe ler e escrever, contudo devido ao seu estado de saúde já tem bastantes dificuldades a fazê-lo. Tem o ensino primário e foi funcionário público.</p>

Relativamente à história clínica, tem hipertensão, demência ligeira e hiperplasia benigna da próstata. Encontra-se em cadeira de rodas devido a descolamento da prótese de anca, não sendo viável operar. Tem disfasia, o que levou a que, atualmente, não comunique verbalmente, apenas palavras soltas.

A família descreve o utente como sendo um senhor que foi sempre muito ativo, que gostava bastante de ver televisão, de mexer em computadores e pintar. Referem como atividades de preferência, as cartas e o dominó, uma vez que chegou a participar em torneiros de cartas.

Avaliação Inicial e Final

EGP (adaptado)

Para avaliar o estado cognitivo e o perfil Psicomotor do utente, recorreu-se ao EGP. Não foram aplicados os itens na sua totalidade, uma vez que o utente se encontra em cadeira de rodas e não consegue comunicar verbalmente. Por este motivo, apenas foram aplicadas as seguintes provas: mobilizações articulares dos membros superiores, motricidade fina dos membros superiores, praxias, conhecimento das partes do corpo (de forma adaptada), vigilância com a utilização da paleta de cores e de formas geométricas, evocação das cores, domínio espacial (foi pedido que apontasse para a resposta), perceção com a prova da estereognosia e identificação das imagens e por fim, o domínio temporal com a prova da sequência de eventos. De seguida apresentam-se os resultados obtidos na avaliação inicial e final:

Tabela 10-Resultados obtidos na avaliação inicial e final

Item	Av. Inicial	Av. Final	Pontuação Max.
Mobilização dos MS	2	2	6
Motricidade fina dos MS	1	0,5	6
Praxias	1,5	2	6
Conhecimento das partes do corpo	2,5	2,5	4
Vigilância	1,5	1,5	6
Memória perceptiva	1	0,5	2
Domínio espacial	2	3	5
Perceção	3	3	4
Domínio temporal	0	0	2

MS- Membros superiores

Observação informal inicial

Observou-se comportamentos impulsivos, não aguardando pela instrução. Demonstrou uma grande dificuldade na compreensão das instruções. Evidente tremor nas mãos que o impossibilitaram de realizar as provas de escrita e desenho.

O utente mostrou-se colaborativo durante toda a avaliação.

Intervenção e progressão terapêutica

Foi iniciada uma intervenção psicomotora reabilitativa, de forma a trabalhar a componente cognitiva e psicomotora. Os objetivos trabalhados incidiram sobre as mobilizações articulares, motricidade fina, estruturação espacial e temporal, memória e discriminação visual.

Desta forma, foram delineados os seguintes objetivos: relaxar os segmentos corporais quando pedido; efetuar movimentos de mobilização articular; promover a coordenação visuomotora; realizar atividades de destreza manual; ordenar sequências temporais; promover a orientação espacial; promover a memória a curto-prazo; manter a memória a longo-prazo e estimular a identificação e discriminação ao nível visual, auditivo e tátil.

A progressão terapêutica avaliou-se através da reaplicação parcial do EGP. Foi possível observar uma melhoria dos parâmetros praxia e domínio espacial. Observou-se igualmente uma manutenção dos parâmetros mobilização articular, conhecimento das partes do corpo, vigilância, percepção e domínio temporal. Houve ainda um retrocesso nos parâmetros da motricidade fina e memória. O retrocesso na memória pode dever-se ao facto de o declínio cognitivo estar avançado, o que dificultava a realização de atividades que estimulassem a mesma. O retrocesso na motricidade fina justifica-se devido à existência de um marcado tremor nas mãos do utente, que o inabilitaram de pegar nos diferentes objetos.

3.2. Descrição dos casos em grupo

Ao longo do estágio foram acompanhados dois grupos, um na infância e outro nos idosos. A descrição dos grupos será feita através da identificação, caracterização e da apresentação dos resultados obtidos através da avaliação.

Descrição dos casos em grupo - crianças

De seguida serão apresentados os casos acompanhados em grupo nas crianças (ver Tabela 11), fazendo referência às problemáticas, resultados das avaliações iniciais e progressões observadas no decorrer da intervenção com o grupo.

Tabela 11- Intervenção no grupo da infância

Grupo da infância

- Composto por três crianças do sexo feminino com idades compreendidas entre os 4 e os 5 anos
- Na intervenção em grupo foram sobretudo realizadas atividades sensoriomotoras, que incluem jogos de cooperação, de regras e de movimento. Estes promovem o desenvolvimento das competências sociais, uma vez que proporcionam uma variedade de experiências físicas e motoras, que implicam a interação e cooperação com os outros, a alternância de papéis e a inibição e autocontrolo, permitindo à criança adquirir conhecimento social, melhorar o desempenho cognitivo e desenvolver-se emocionalmente (Carraro & Gobbi, 2018).
- Foram realizadas 21 sessões de intervenção durante 8 meses, com periodicidade semanal e duração de 45 minutos.

Identificação dos casos	Avaliação inicial	Progressão terapêutica*
<p style="text-align: center;">S (6 anos)</p> <p>Carência afetiva, dificuldade na regulação emocional e alterações do comportamento em contexto familiar</p>	<p><i>EPP-</i> obteve o nível “Bom” em todos os parâmetros, não demonstrando dificuldades na realização das tarefas propostas.</p> <p><i>NP-MOT-</i> A S encontra-se na média nos parâmetros: coordenação dos membros superiores e inferiores e no equilíbrio dinâmico. No equilíbrio estático encontra-se acima do desvio padrão.</p> <p><i>DAP-</i> Obteve uma pontuação total de 37 pontos, que corresponde a um valor standard de 82, estando assim no percentil 12. É importante mencionar que durante o desenho da figura masculina, a S mencionou que ia fazer um senhor estragado, colocando todos os corações ao contrário e realizando os dedos das mãos de forma irregular. Já nas outras figuras, referiu que iam ser rainhas, desenhando coroas em cada um dos desenhos. Importante referir que a S não tem o pai presente na sua vida.</p> <p><i>Observação informal-</i> a observação inicial revelou uma postura bastante agitada, apresentando por vezes sinais de impulsividade e inquietude motora, com a presença de comportamentos de desafio, não cumprindo com o que lhe era pedido. Neste sentido, foi necessário estar frequentemente a recordar as regras e</p>	<p>No início das sessões observou-se uma S agitada, adotou uma postura de dominância em relação às outras crianças, não conseguia manter-se quieta no seu sítio, procurava sempre a proximidade à terapeuta e por vezes invadia o espaço pessoal dos outros. No jogos coletivos não esperava pela sua vez, queria ser frequentemente a primeira e quando contrariada demonstra uma postura de provocação.</p> <p>Foi depois da décima sessão, aproximadamente, que se observou uma progressiva diminuição da agitação. A S, em momentos de conversa e partilha, começou a permanecer mais tempo no seu lugar.</p>

limites das atividades. Também em atividades coletivas, tinha tendência a adotar uma postura excessivamente dominante (p/ex: queria ser a primeira em todas as tarefas). Necessita da valorização e comprovação constante acerca das suas capacidades. Procura de afeto e contacto físico com a terapeuta (p/ex: colocava-se frequentemente ao colo da terapeuta, queria estar sempre de mão dada com a terapeuta).

Desta forma, com o decorrer das sessões, a S foi demonstrando uma maior autorregulação motora, encontrando-se menos agitada e com maior controlo dos seus impulsos. Observou-se igualmente uma postura mais respeitadora das regras e com menos necessidade de comprovação das suas capacidades. Também a sua participação nas atividades foi melhorando, conseguindo esperar pela sua vez e aceitando melhor a troca de papéis.

Por se encontrar de férias e posteriormente doente, a S faltou a 3 sessões seguidas perto do final da intervenção. Este facto fez com que, quando regressou, fosse notória uma regressão na autorregulação motora, encontrando-se novamente bastante agitada. Após duas sessões, a S voltou a estabilizar, diminuindo a irrequietude.

EPP- apresenta como áreas fortes, ou seja, encontra-se no nível BOM, nos parâmetros: a locomoção, posições, coordenação de mãos e esquema corporal nos outros. O esquema corporal encontra-se no nível BAIXO. Nas áreas de equilíbrio, coordenação de pernas e braços foram sentidas ligeiras dificuldades, encontrando-se no nível NORMAL.

A F nas primeiras sessões oscilou entre um perfil mais agitado (durante as avaliações) e um perfil mais inibido (nas primeiras sessões em grupo). Demonstrou elevados níveis de ansiedade, evidenciando-se nas atividades psicomotoras, nas quais, a F tremia bastante. Também foi visível, nas

F (5 anos)

Referenciado por dificuldades na regulação emocional com marcados níveis de ansiedade e baixa autoestima com sentimento de incompetência

NP-MOT- A F encontra-se na média em todos os parâmetros (coordenação dos membros superiores e inferiores, equilíbrio dinâmico e equilíbrio estático).

DAP- Obteve uma pontuação total de 52 pontos, que corresponde a um valor standard de 85, estando assim no percentil 16 e, portanto, um percentil médio-baixo.

Observação informal- A observação inicial revelou uma criança que oscila entre uma inibição e agitação. Ao entrar na sala de estimulação procurou mostrar tudo o que sabia fazer, solicitando por vezes a valorização e comprovação das suas capacidades. Perante tarefas sugeridas pela terapeuta, afirma de imediato que não é capaz de realizar. Na exploração de materiais, recorreu a objetos diversos, como blocos de esponja, bolas, arcos. É uma criança bastante nervosa, que treme bastante na realização das tarefas. O seu discurso também é revelador desse nervosismo, atrapalhando-se no mesmo e no planeamento da frase.

primeiras cinco sessões, que a F antes de ir para o sala de estimulação, pedia para ir à casa de banho (podendo ser um mecanismo de defesa da ansiedade sentida, por ir para um ambiente novo).

Com o avançar das sessões, a criança foi demonstrando maior confiança em si e nas suas capacidades, uma vez que já não verbalizava, tão regularmente, “eu não consigo”.

A inibição inicialmente sentida foi diminuindo e conseqüentemente a interação entre pares melhorando. Inicialmente procurava manter-se só no seu espaço, progressivamente foi melhorando a interação, começando por ajudar as colegas sempre que via que estavam a ter maiores dificuldades e no final das sessões já tomava iniciativa e partilhava brincadeiras.

Com a replicação do EPP, a F evidenciou melhorias nos parâmetros equilíbrio e coordenação de pernas. Também demonstrou uma ligeira melhoria na coordenação de braços.

Apesar de não terem sido trabalhados objetivos psicomotores, este desempenho pode dever-se ao facto de a F ter aumentado a sua autoestima e

		<p>autoconfiança, realizando as tarefas com maior confiança.</p> <p>Apesar das melhorias evidenciadas, em contextos que são novidade e perante atividades mais complexas, a F ainda demonstrou algumas dificuldades na regulação emocional, nomeadamente no nervosismo.</p>
<p>L (5 anos)</p> <p>Referenciada por apresentar uma inibição psicomotora e dificuldades nas interações com os pares</p>	<p><i>EPP-</i> apresenta como áreas fortes, e por isso, no nível BOM, quase todos parâmetros, com exceção da coordenação de braços, que se encontra no nível NORMAL e o esquema corporal em si, que se encontra no nível BAIXO. Esta última classificação deve-se ao facto de a L ainda não ter consolidada o conhecimento da direita e esquerda, uma vez que consegue reconhecer e identificar diversas partes do corpo.</p> <p><i>NP-MOT-</i> A L encontra-se na média na coordenação dos membros superiores e inferiores e no equilíbrio dinâmico. No equilíbrio estático encontra-se acima do desvio padrão.</p> <p><i>DAP-</i> obteve uma pontuação total de 86 pontos, que equivale a um standard score de 116 e a um percentil 86, ou seja, médio-alto.</p> <p><i>Observação informal-</i> A observação inicial demonstrou uma criança bastante inibida, não realizando a exploração do espaço nem dos materiais. Procurava por ocupar apenas o centro da sala. Apresentava uma postura hipotónica, sem uma participação ativa nas brincadeiras e atividades. É uma criança de poucas palavras e quando fala, é pouco audível. Demonstrou estar bastante nervosa, tremendo muito quando tinha medo de realizar alguma tarefa. Ainda assim, estabeleceu</p>	<p>No início da intervenção a L apresentou uma postura bastante inibida. Apenas falava quando lhe eram feitas perguntas. Nas atividades de grupo adotava uma postura passiva, não se impondo.</p> <p>Ao ser dada a oportunidade à L de escolher atividades, de ser ouvida, por vezes representar e coordenar o grupo, foi possível observar um crescente aumento da sua autoestima, autoconfiança e o sentimento de existência.</p> <p>Este aumento do sentimento de competência levou a que a L começasse a expressar livremente as suas ideias e que, por vezes, fosse sugerindo atividades, aumentando a sua participação ativa nas mesmas.</p>

uma boa relação com a terapeuta, retribuindo com alguns sorrisos. Durante as tarefas, pediu ajuda e perante situações-problema foi capaz de parar e resolver com soluções.

A sua inibição foi diminuindo e a interação com os pares melhorando, começando a participar nas brincadeiras coletivas.

Em sala de aula, a educadora também mencionou observar uma menina com uma participação mais ativa nas atividades e a expressar as suas vontades e interesses.

Descrição dos casos acompanhados em grupo- pessoas idosas

Tabela 12- Intervenção em grupo - Idosos

Identificação
<p>Os participantes do grupo foram selecionados tendo por base, um estudo realizado pela estagiária anterior, com o intuito de dar continuidade à intervenção. O grupo era constituído inicialmente por cinco utentes, um utente do sexo masculino e 4 utentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 62 e os 83 anos. No entanto, uma utente acabou por participar em apenas uma sessão, uma vez que posteriormente foi operada a cataratas na vista esquerda, impossibilitando-a de participar nas sessões seguintes.</p>
Caracterização
<p><u>LB</u> Género: masculino Tem 62 anos (à data da avaliação) e encontra-se na instituição há mais de quatro anos. Tem o 12.º ano e a sua profissão foi inspetor da judiciária. Tem uma filha e um neto do seu primeiro casamento (teve 3 esposas), com quem não tem ligação. Apresenta um perfil ansioso e depressivo, chegando a tentar o suicídio medicamentoso, há cerca de cinco anos, quando ainda estava com a esposa. O utente é ativo, funcional e autónomo tanto do ponto de vista motor, como cognitivo.</p>
<p><u>MLF</u> Género: Feminino Tem 73 anos (à data da avaliação inicial) e encontra-se na instituição há mais de dois anos. Tem o ensino primário (4.º ano de escolaridade), passando por diversas funções profissionais. A sua profissão principal foi funcionária de artes gráficas, no entanto também foi dona de uma loja de brinquedos, funcionária de uma tabacaria e auxiliar de uma escola. É solteira, no entanto passou por duas mortes dos seus companheiros, em que a última despoletou comportamentos de alcoolismo sério. Adora ler livros policiais e ficção científica. Em termos clínicos sofreu um acidente vascular cerebral.</p>
<p><u>BG</u> Género: Feminino Tem 83 anos, (à data da avaliação inicial) e encontra-se na instituição há mais de dois anos. Tem o 4.º ano de escolaridade e toda a sua vida foi costureira e empregada doméstica. A utente é solteira, mas mantém relações próximas com familiares (sobrinhos/as). Sofreu um acidente vascular cerebral e tem muito receio de voltar a ter outro.</p>
<p><u>AC</u> Género: Feminino</p>

Tem 70 anos (à data da avaliação inicial) e encontra-se na instituição há mais de quatro anos. A utente é ativa, funcional e autónoma do ponto de vista motor e cognitivo. Trata-se, no entanto, de uma pessoa com alguns problemas de domínio emocional, que estão associados ao seu passado. Tem o 9.º ano de escolaridade e dedicou-se a ser empregada doméstica. É divorciada, chegando a sofrer de violência doméstica por parte do seu companheiro, o que a levou a largar tudo, inclusive o seu filho, e fugir para uma cidade diferente da sua residência. Nesta cidade, esteve numa casa abrigo, mudando-se depois para a instituição atual. Durante as avaliações refere que tem uma depressão, justificando a sua dificuldade nas atividades que implicavam a memória. Em termos clínicos tem diabetes tipo 2, cardiopatia isquémica (enfarte agudo do miocárdio) e insuficiência cardíaca.

MS

Género: feminino

Tem 83 anos (à data da avaliação inicial) e encontra-se na instituição desde o ano passado. É analfabeta e passou por profissões como operadora fabril e cozinheira. Realizou uma operação às cataratas no olho esquerdo, no presente ano. A utente é ativa, funcional e autónoma do ponto de vista motor e cognitivo. Trata-se, no entanto, de uma pessoa com alguns problemas de domínio emocional, que estão associados ao seu passado. Perdeu um filho com 14 anos e no passado ano, realizou uma tentativa de suicídio. Não gosta de estar na instituição e ainda tem esperança de que vai voltar para casa.

Avaliação Inicial

Índice de Barthel: Os utentes são maioritariamente independentes, necessitando de pouco ou nenhum auxílio.

MMSE: Com a aplicação deste instrumento foi possível concluir que dois utentes, LB e BG apresentam défice cognitivo e os outros dois, AC e MLF, sem défice cognitivo.

EGP: A nível psicomotor, a avaliação inicial revelou que todos os utentes se encontram abaixo da média esperada para a sua idade. A utente BG destacou-se por apresentar valores bastante abaixo da média esperada. Isto pode dever-se ao facto de a utente apresentar dificuldades na comunicação e raciocínio, apresentando por vezes um discurso incoerente. As suas áreas de maior necessidade são o equilíbrio, estruturação espacial e temporal, motricidade fina, praxias, memória e perceção. Já a utente AC apresentou a pontuação mais elevada, com um total de 87 pontos. As áreas em maior necessidade são o equilíbrio e a memória perceptiva.

Intervenção e progressão terapêutica

A intervenção, baseada numa vertente reabilitativa, teve como principal objetivo a estimulação e manutenção das capacidades. Desta forma, foram trabalhados os seguintes objetivos gerais: (1) Estimular o equilíbrio; (2) Promover a estruturação espacial; (3) Promover a estruturação temporal; (4) Promover a motricidade fina; (5) Melhorar as praxias; (6) Desenvolver a memória; (7) Melhorar a perceção; (8) Promover a atenção; (9) Promover a autoconfiança e autoestima; (10) Maximizar a qualidade de vida; (11) Estimular as interações sociais; (12) Reforçar a identidade psicorporal.

A progressão terapêutica observou-se através da reaplicação dos instrumentos EGP e MMSE. De seguida, serão apresentados os resultados obtidos na avaliação inicial e final, no EGP e MMSE.

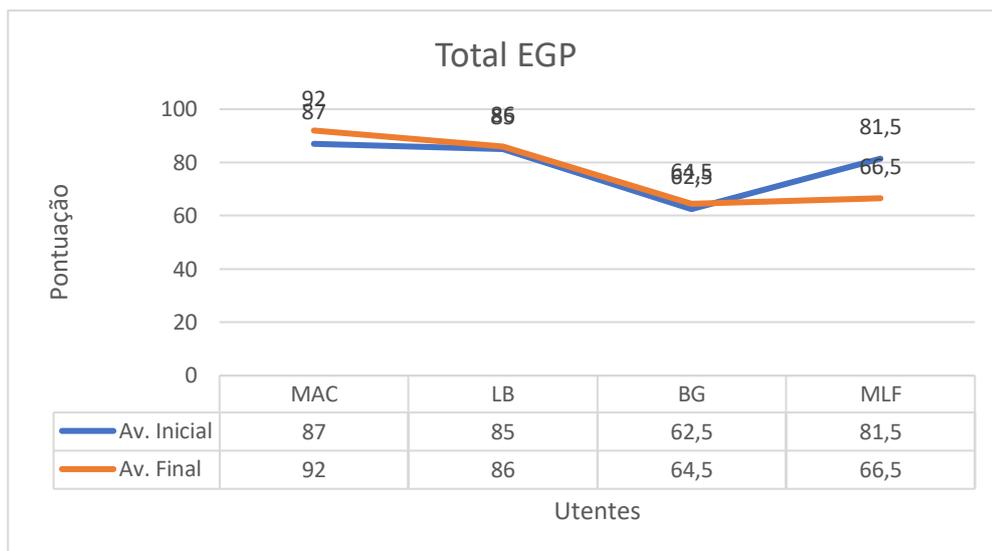


Figura 1- Resultados Total EGP

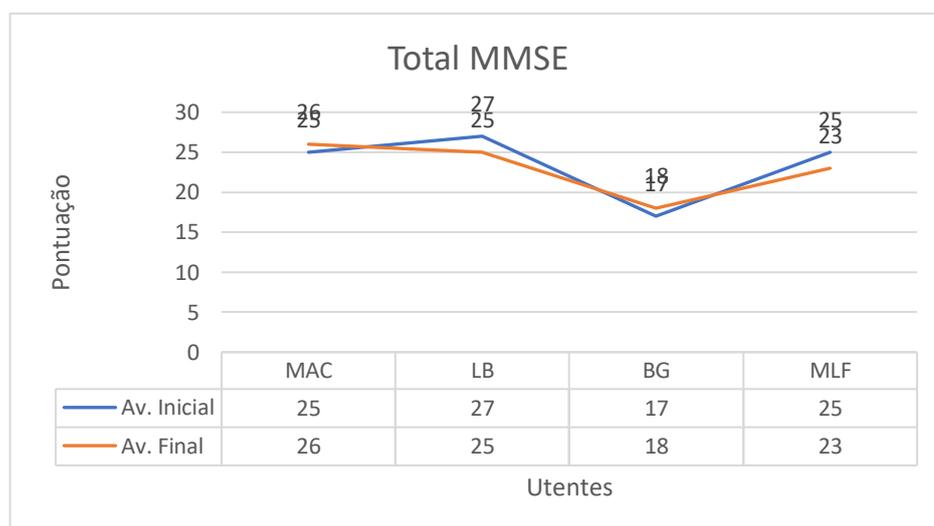


Figura 2- Resultados Total MMSE

Assim, foi possível observar uma melhoria no desempenho geral em três utentes (MAC, LB e BG). A utente MLF, foi incapaz de realizar as tarefas que envolviam a utilização do braço direito e as que envolviam o equilíbrio estático, uma vez que, na fase final da intervenção sofreu duas quedas e posteriormente duas hospitalizações, que a deixaram bastante debilitada, afetando assim o seu desempenho na avaliação.

O utente LB, devido a ter participado apenas a 3 sessões, apresentou uma melhoria pouco significativa comparado aos outros utentes.

A componente cognitiva foi a que teve melhores resultados, apresentando valores superiores à avaliação inicial. Isto pode dever-se ao facto de se ter dado maior enfoque nesta componente. Em contrapartida, a componente motora sofreu um decréscimo. Esta foi trabalhada com menor frequência, dado que surgiram problemas de saúde (BG fraturou uma perna, MLF sofreu duas hospitalizações que a deixaram bastante debilitada, inclusive em cadeira de rodas, LB queixava-se de vertigens e apresentava bastantes desequilíbrios) que limitaram a estimulação da mesma, nomeadamente o parâmetro equilíbrio.

III. Estudos de Casos

Caso I

Identificação do caso

O Armando (nome fictício) com 70 anos, tem diagnóstico de Doença de Parkinson (DP) com suspeita de Demência de Corpos de Lewy (DCL). Foi encaminhado para a Psicomotricidade por apresentar um grande declínio cognitivo e motor.

Devido ao discurso incoerente e pouco perceptível, as informações do caso foram retidas a partir da consulta de processos e relatórios de avaliação e relatadas pela psicóloga e diretora clínica da ERPI.

1. História pessoal e clínica

O Armando é casado e não tem filhos, sendo a sua esposa, a sua cuidadora desde o diagnóstico. Tem dois enteados, frutos da antiga relação da esposa. Frequentou a escola, chegando a tirar uma licenciatura. A sua profissão passou por ser funcionário público e mais tarde, professor na áreas das artes.

É acompanhado pelo Campus Neurológico Sénior (CNS), onde tem o diagnóstico de Doença de Parkinson atípico, no entanto, há 2 anos, surgiu a suspeita de Demência moderada/Demência de Corpos de Lewy. É vigiado e seguido por psiquiatria desde os 30 anos, com hábitos etanólicos. Foram relatados episódios de comportamento atípico, desorientação, rigidez, com início em 2017, período em que surgiu o primeiro diagnóstico de DP. Na entrevista de anamnese realizada pela Psicóloga responsável pela ERPI, a esposa descreve o marido como uma pessoa muito ativa, divertida, culta e carinhosa, mas que com a evolução da doença foi perdendo essas características. A esposa revela ainda, a presença de comportamentos atípicos por parte do companheiro muito antes do diagnóstico. Toma diariamente 10 comprimidos, para o controlo da demência e rigidez muscular. Esta medicação é ajustada mensalmente, pelo CNS.

O Armando era utente do serviço de Apoio domiciliário antes de ser integrado em ERPI.

2. Fundamentação teórica de suporte ao caso

A típica DP é a perturbação neurodegenerativa do movimento mais comum. Caracteriza-se pela presença de uma desordem crónica e progressiva do sistema nervoso central (SNC). A DP apresenta uma etiologia ainda desconhecida, porém, acredita-se que fatores genéticos e ambientais podem contribuir para seu aparecimento (Andrade et al., 2017).

As características patológicas da DP são a perda de neurónios dopaminérgicos na parte compacta da substância negra. A deterioração desses neurónios é irreversível e resulta na diminuição da produção de dopamina, que é um neurotransmissor essencial no controlo dos movimentos. A deficiência dopaminérgica leva a alterações funcionais no circuito dos núcleos da base (estruturas localizadas profundamente no cérebro envolvidas no controlo dos movimentos), provocando o aparecimento dos principais sinais e sintomas da doença (Balestrino & Schapira, 2020; Barbosa & Sallem, 2005).

Quando os pacientes são diagnosticados pela primeira vez, uma proporção substancial de neurónios dopaminérgicos já foi perdida e a neurodegeneração espalhou-se para outras regiões do SNC (Balestrino & Schapira, 2020).

A deficiência de dopamina resulta em défices na coordenação muscular e nas atividades musculares, originando numa diminuição da força, problemas na manutenção da postura, alterações na marcha, motricidade fina, rigidez muscular e outros, com influência na modulação do movimento. Essas alterações fisiopatológicas produzem sintomas neurológicos típicos em pacientes com a DP como, a bradicinesia, rigidez muscular, tremor de repouso e postural, e instabilidade postural; em alguns casos existe também comprometimento de ordem cognitiva, afetiva e autonomia (Andrade et al., 2017).

Desta forma, os seus sintomas motores principais são tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural, mas o quadro clínico inclui muitos outros sintomas motores e não motores (Balestrino & Schapira, 2020). O termo bradicinesia refere-se mais especificamente à lentidão na execução de movimentos (Barbosa & Sallem, 2005).

No entanto e com a evolução da doença, existe o aparecimento de complicações secundárias, que advém dos sintomas físicos e dos fatores psicossociais individuais presentes em cada indivíduo. São exemplo dessas complicações: (i) pobreza dos movimentos (oligocinesia); (ii) redução na velocidade, alcance e amplitude da marcha (hipocinesia); (iii) dificuldade em iniciar o movimento (acinesia); (iv) características faciais (face em máscara); (v) alterações musculoesqueléticas (contraturas, fadiga, desenvolvimento de posturas fixas anormais); (vi) perturbações no padrão da marcha (padrão de marcha “em bloco”, interrupção abrupta da marcha, etc); (vii) disfunção da deglutição e comunicação; (viii) défices visuais e sensorio-motores, além, de alterações cardiopulmonares (Andrade et al., 2017).

O início desta doença ocorre geralmente próximo dos 60 anos de idade, acometendo igualmente ambos os sexos (Barbosa & Sallem, 2005).

O tratamento atual da DP é baseado na reposição de dopamina, embora abordagens alternativas, como a estimulação cerebral profunda, sejam opções adequadas para o estágio avançado da doença (Andrade et al., 2017).

Estabelecido o diagnóstico de DP, passa-se à identificação da sua causa. As diversas formas de Parkinson podem ser classificadas em 3 tipos básicos: parkinsonismo primário (Doença de Parkinson Idiopática e as formas hereditárias); parkinsonismo secundário (Demência Induzida por Drogas, Demência Vascular, etc); e Parkinsonismo Atípico. Dentro deste último insere-se a *Demência por Corpos de Lewy*, suspeita de diagnóstico neste caso (Barbosa & Sallem, 2005).

A DCL é considerada na atualidade, a segunda causa neurodegenerativa mais comum de demência, somente atrás da Doença de Alzheimer. Esta tem um desenvolvimento considerado preditor de mau prognóstico em termos de taxa do declínio cognitivo, mortalidade, qualidade de vida e custos médicos em comparação com a Doença de Alzheimer (da Silveira, 2021).

Esta demência é caracterizada por flutuações na atenção e estado de alerta, bem como recorrentes alucinações visuais e características motoras parkinsonianas (da Silveira, 2021). Na fase inicial prevalecem alterações visuoespaciais, visuoperceptivas e os doentes manifestam sintomas parkinsonianos, bem como depressão, alterações do sono e sonolência diurna (Vieira, 2013).

Para o diagnóstico da DCL, é necessário detetar um declínio progressivo nas funções cognitivas, que interfira nas funções da vida diária (Tavares & Azeredo, 2003).

Inicialmente é recorrente não estarem presentes declínios de memória, porém com o passar do tempo, a demência começa a tornar-se evidente. A capacidade de evocar a memória vai diminuindo, tornando-se comum flutuações nas funções cognitivas. Primitivamente, podem existir défices nas funções cognitivas e desempenho global. A rigidez e a bradicinesia são características normalmente observadas, contudo, as pessoas idosas não costumam apresentar tremores em repouso. Nos doentes há uma grande tendência para a ocorrência de quedas repetidas, de síncope por falta de consciência do tônus muscular, e de perdas transitórias da consciência (Tavares & Azeredo, 2003).

Os pacientes com DCL costumam ter alucinações visuais e podem ter mais probabilidade de ter delírios do que pessoas com outros tipos de demência. Estes tipos de sintomas podem ser muito angustiantes para os pacientes e seus cuidadores, sendo um fator de risco para a institucionalização precoce (da Silveira, 2021).

3. Procedimentos de avaliação

Em 2021, a psicóloga responsável pelo serviço de psicologia da ERPI aplicou as seguintes escalas: A prova de Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Versão reduzida (ACE-R) e a Escala de Deterioração global (GDS). Em seguida, serão apresentados os resultados obtidos na avaliação realizada entre abril e maio de 2021.

- Avaliação Cognitiva de Addenbrooke- Versão reduzida (ACE-R)

Tabela 13-Resultados obtidos pelo Armando na prova ACE-R.

<u>Domínio</u>	<u>Pontuação obtida</u>	<u>Descrição</u>
ACE-R Total	41	Com défice
Atenção e Desorientação	8	Com défice
Memória	5	Com défice
Funções Executivas	4	Com défice
Linguagem	21	Com défice
Aptidões visuoespaciais	3	Com défice

O utente obteve a pontuação global de 41, o que se caracteriza como défice cognitivo sendo que a pontuação obtida situa o utente abaixo do percentil 5 para a sua idade e escolaridade, o que demonstra que todas as áreas do funcionamento cognitivo se encontram comprometidas. A área com maior comprometimento é a linguagem.

- Escala de deterioração global- Reisberg et al. (1986)

A escala de deterioração global, foi desenvolvida para tentar caracterizar a demência e classificá-la em estados de deterioração. A escala original tem 7 estádios, onde o estádio 1 corresponde a ausência de défice cognitivo e o estádio 7 corresponde a declínio muito grave com afetação de todas as áreas da atividade de vida diária. O Armando encontra-se no estádio 6, que corresponde a declínio grave, no qual os deficits observados interferem com as atividades básicas da vida diária.

- Estado de consciência e atitude na realização da avaliação realizada pela psicóloga

Ao longo de todo o processo de avaliação demonstrou-se colaborante, mas com alguma desorientação e com um humor eufímico. No decorrer das várias sessões o utente foi oscilando entre momentos de consciência da sua situação e outros de alucinações visuais e/ou auditivas. O utente apresenta um discurso desorganizado e incoerente e muito oscilante ao longo de cada sessão.

Avaliação Psicomotora

Uma vez que já tinha uma avaliação cognitiva anterior, e devido à impossibilidade de aplicar um instrumento de avaliação psicomotor, dado o seu declínio cognitivo grave, aplicou-se apenas uma escala de avaliação de equilíbrio, a Escala de Tinneti, de modo a avaliar e perceber o nível de risco de queda.

- Escala de Tinneti- Versão portuguesa de Petiz (2002)

A Escala de Tinneti avalia a mobilidade e o equilíbrio estático e dinâmico, classificando aspetos da marcha como a velocidade, a distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com os olhos fechados. É uma escala que não requer equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha.

4. Resultados de avaliação inicial

Escala de Tinneti

Nas provas de equilíbrio teve a pontuação de 0 em todas, uma vez que a sua postura se revelou sempre instável e/ou pouco seguro. Nas provas da marcha, o utente revela um comprimento de passo aparentemente simétrico. No percurso de 3 metros, desvia-se ligeiramente e utiliza auxiliar de marcha, neste caso, a ajuda de uma pessoa. A sua base de sustentação durante a marcha, revelou calcanhares próximos.

Assim, obteve uma pontuação total de 3 pontos, o que corresponde a um alto indicador de risco de queda.

Observação informal

O utente demonstra um comportamento apático, com alienação da realidade externa e sem grande capacidade de resposta. Estabelece, por breves momentos, contacto visual. Reage ao seu nome e quando solicitado assim o diz, contudo não se encontra orientado nem no espaço, nem no tempo. Quando se encontra mais vigilante, é capaz de realizar pequenos sorrisos, contudo é incapaz de realizar uma frase completa.

Apresenta uma grande rigidez muscular, não acedendo à passividade. Também não permite realizar mobilizações articulares, sendo mais acentuado no membro superior esquerdo. Relativamente ao equilíbrio, como foi descrito na aplicação da Escala de Tinneti, o utente tem um alto risco de queda e por esse motivo não se desloca sozinho, necessitando de ajuda de pessoas. A sua dominância lateral é direita. Não realizou o reconhecimento tátil e a nomeação dos segmentos em que foi tocado. No que concerne à motricidade fina, demonstra dificuldades na preensão e força muscular, não conseguindo pegar nos objetos solicitados (lápiz e folha).

Revela postura e comportamento bizarro com ideias delirantes ou alucinações.

5. Compreensão e hipóteses explicativas

Tendo em conta as informações recolhidas foram elaboradas possíveis hipóteses explicativas de forma a melhor compreender o utente e as suas características.

Muitas das características apresentadas pelo Armando são justificadas pelo diagnóstico de DP. Como referido anteriormente, a DP pode ter como causas fatores genéticos e ambientais. Como exemplos de fatores ambientais referem a exposição a neurotoxinas, traumatismos cranianos, consumo de droga, abuso/ dependência de álcool, etc. (Andrade et al., 2017).

Especificamente neste caso, o facto de ter sido relatado o abuso e possível dependência de álcool no passado, poderá justificar parte das características apresentadas. A literatura científica indica que o consumo excessivo de álcool deve ser tido em conta, pois a sua ingestão em grande quantidades produz um efeito citotóxico induzido pelo glutamato, levando à lesão neuronal permanente (Brust, 2010). O efeito tóxico do etanol atinge predominantemente o córtex de associação frontal superior, hipotálamo e cerebelo. Existe assim, uma predisposição para a ocorrência de perturbações neuropsiquiátricas, incluindo a demência. Além disso, os alcoolistas crónicos apresentam frequentemente, carências nutricionais que induzem à mesma consequência (Bottino et al., 2011; Brust, 2010). Desta forma, a demência relacionada ao álcool é caracterizada por um declínio cognitivo progressivo e apresenta como critérios de diagnóstico os seguintes pontos (Oslin et al., 1998):

- a. Diagnóstico de demência realizado a menos 60 dias após a última exposição ao álcool;
- b. Mínimo de 35 doses padrão para homens e 28 para mulheres, por semana, por mais de 5 anos e;
- c. Abuso significativo do etanol dentro de 3 anos após o início do declínio cognitivo.

Também o facto de o utente tomar benzodiazepinas pode ser um fator contribuidor para o aparecimento da demência, uma vez que vários estudos têm indicado que o uso crónico de benzodiazepinas pode levar à perda cognitiva (Bottino et al., 2011).

Similarmente ao apresentado anteriormente, o facto de estarmos presente uma suspeita de DCL, constitui uma possível justificação para sintomas descritos como as alucinações visuais e auditivas, comportamentos bizarros, sonolência diurna e instabilidade postural, dado que, como referido anteriormente, esta demência é caracterizada por flutuações no seu estado de vigília, recorrentes alucinações visuais e características motoras parkinsonianas, como alterações no padrão da marcha e postura, tremores, e alterações visuoperceptivas, visuoperceptivas (da Silveira, 2021).

6. Projeto Terapêutico

Perfil Intraindividual

Com base nos resultados da avaliação realizada, foi elaborado o perfil intraindividual que é composto por áreas/comportamentos fortes, intermédios (emergentes ou a consolidar) e de necessidade. Através do perfil foi possível estipular objetivos de intervenção, com o intuito de promover as áreas de necessidade.

Tabela 14- Perfil intraindividual estudo de caso I

Domínio	Áreas/Comportamentos fortes	Áreas/comportamentos intermédia	Áreas/comportamentos de necessidade
Psicomotor			Equilíbrio
			Mobilizações articulares
Cognitivo			Vigilância
			Contacto visual
			Memória
Socioemocional			Comunicação

Objetivos terapêuticos

Apresentam-se, de seguida, os objetivos terapêuticos delineados tendo em conta a avaliação e o perfil intraindividual apresentado anteriormente. Estes objetivos têm por base as áreas e comportamentos de necessidade. Assim sendo, são apresentados os seguintes objetivos:

Tabela 15- Objetivos de intervenção

Domínio	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Psicomotor	-Estimular o equilíbrio	-Manter o equilíbrio dinâmico
	-Promover o acesso à passividade e a descontração neuromuscular	-Aceder à passividade, através da mobilização passiva ou ativa dos segmentos corporais;
Cognitivo	Aumentar período de vigilância	-Aumentar progressivamente o tempo de vigilância em cada sessão;
	-Promover a memória verbal e memória perceptiva;	-Evocar conceitos (e.g. cores, músicas, quadros) a curto e médio prazo, em cada sessão;
	Aumentar tempo de contacto visual	-Aumentar o tempo de contacto visual com a terapeuta
Socioemocional	Promover a expressão verbal e não-verbal	-Verbalizar o que sentiu, mediante uma palavra ou frase; -Comunicar através de gestos, emoções ou ações.

Diretrizes e fundamentação da intervenção psicomotora

O plano terapêutico delineado para o Armando beneficiou de um acompanhamento individual, com periodicidade semanal e com a duração média de 45 minutos. As sessões de psicomotricidade foram concebidas com o intuito de trabalhar os objetivos terapêuticos anteriormente descritos, utilizando técnicas de estimulação sensorial, como a principal diretriz de intervenção e com recurso a diversos materiais, como bolas sensoriais, cremes com aromas, músicas e imagens.

As sessões foram estruturadas e delineadas pela psicomotricista, enquadradas na estrutura: diálogo inicial e ativação corporal, atividade de estimulação sensorial e o retorno à calma. No diálogo inicial procurava sempre por tentar estimular a comunicação verbal, realizando perguntas simples, como por exemplo o seu nome e/ou como se sentia. Na ativação corporal realizavam-se mobilizações articulares, sobretudo dos membros superiores. Na parte fundamental realizava-se a atividade delineada e por fim, no retorno à calma, realizavam-se frequentemente mobilizações ou massagens utilizando bolas sensoriais.

A intervenção do Armando teve em conta as suas necessidades e a presença de uma demência.

A demência, como descrita anteriormente, é uma perturbação com comprometimento da memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e o julgamento, além de deixar muitas pessoas com sintomas físicos, cognitivos e comportamentais e psicológicos (Burns et al., 2002; Storm et al., 2016). Alguns sintomas desenvolvidos são agitação, agressão, depressão, delírios e/ou alucinações, deambulação, distúrbios do sono, desregulação motora ou comportamental e apatia (Burns et al., 2002).

São igualmente descritos défices visuais, auditivos, olfato, paladar, somatossensoriais e vestibulares. No contexto da demência, estes défices sensoriais contribuem para a redução da autonomia nas atividades da vida diária, isolamento social, aumento do risco de acidentes e, conseqüentemente, redução da qualidade de vida (Pinto et.al., 2020).

A estimulação sensorial caracteriza-se pela utilização de diferentes técnicas para estimular os sentidos, de forma a aumentar o estado de alerta e reduzir a agitação, bem como para melhorar a qualidade de vida (Pinto et.al., 2020).

Várias revisões de literatura e estudos descrevem o efeito de algumas intervenções com recurso a estimulação sensorial em pessoas com demência. As intervenções que utilizaram técnicas como a massagem e toque (O'Neil et al., 2011 in Storm et al., 2016) e aromaterapia documentaram efeitos como a redução de sintomas comportamentais e de agitação (Storm et al., 2016). A música é frequentemente usada e mostra uma diminuição da desregulação comportamental e motora e apatia, bem como um aumento na orientação para a realidade, na

recuperação da memória, nos níveis de ativação e qualidade de vida (Kverno et al. 2009 in Storm et al., 2016).

Estratégias específicas

Com o intuito de realizar uma intervenção com sucesso, foi necessário estabelecer estratégias específicas para a pessoa idosa, tendo em conta as suas características e dificuldades causadas pelo quadro demencial. Assim sendo, foram estipuladas as seguintes estratégias:

O psicomotricista deve respeitar o tempo do indivíduo, para que este se possa adaptar às questões e tarefas que lhe são colocadas (Juhel, 2010).

As atividades devem ser simples e pouco exigentes, com instruções diretas e claras, para que sejam facilmente compreendidas e não gerarem frustração no utente (Vázquez & Mila, 2014).

Exemplo de atividades

Tendo em conta os objetivos terapêuticos e as necessidades da pessoa idosa delinearam-se atividades sensoriais visuais, auditivas, olfativas e táteis.

Como atividade sensorial visual recorreu-se à utilização de cartões com imagens de materiais e objetos que remetessem para a sua antiga profissão.

Relativamente às atividades sensoriais auditivas e olfativas utilizaram-se músicas populares e não populares, tendo em conta os seus gostos e ainda, cremes com cheiros.

No que concerne às atividades sensoriais táteis utilizaram-se bolas sensoriais de forma a realizar massagens pelos seus membros superiores e balões com diferentes materiais no seu interior.

7. Progressão terapêutica

Foram realizadas 14 sessões, ao longo de seis meses.

Por norma, o utente deslocava-se sempre pelo próprio pé, mas com o apoio de duas pessoas, com o intuito de estimular e manter a capacidade de marcha e o seu equilíbrio. Posteriormente iniciava-se com mobilizações articulares passivas, uma vez que o utente não realizava movimentos quando solicitado. De seguida, e como descrito anteriormente realizava-se a atividade de estimulação sensorial.

Assim sendo, através da estimulação procurou-se ativar o utente, de forma a diminuir a alienação ao mundo externo e aumentar o seu tempo de vigília.

A progressão terapêutica realizou-se através da análise das sessões.

Podemos dividir a intervenção em três fases, tendo por base o tipo de estimulação sensorial. Na fase inicial, composta por 5 sessões, recorreu-se à estimulação sensorial tátil, com a utilização de diferentes materiais. Numa segunda fase, formada por quatro sessões, utilizou-se músicas e cremes com cheiros. Numa fase final, as últimas 5 sessões, foram utilizadas imagens, cujos temas incidiram no que tivera sido a sua prática profissional.

Na primeira sessão, foi pedido ao utente que apalpassem uns balões que continham no seu interior diferentes materiais e que, posteriormente, identificasse através de imagens, qual o conteúdo do seu interior. Rapidamente se percebeu que era demasiado exigente pedir que reconhecesse e identificasse os materiais. Assim sendo, optou-se por atividades sensoriais mais simples, com o intuito de provocar algum tipo de reação (verbal ou não verbal) no utente, promovendo o tempo de vigiância do mesmo. Desta forma, nas sessões seguintes, eram dados dois materiais para o utente explorar. Caso não obtivesse resposta, eram realizadas massagens com os diferentes materiais. Observou-se durante as sessões pequenas respostas não-verbais, através de emoções, nomeadamente pequenos sorrisos. Na última sessão desta fase, o utente encontrava-se mais alerta, conseguindo primeiramente identificar as cores das bolas e, em seguida, verbalizar as mesmas. Ainda associou às cores vermelho e verde, os clubes desportivos que conhecia.

Na fase seguinte, recorreu-se inicialmente a sons do dia-a-dia, como pássaros, animais, etc. No entanto, não só não se obteve uma resposta, como o utente começou a ficar bastante agitado e confuso, olhando para todos os cantos da sala, tentando procurar de onde vinha o barulho. Por este motivo, nas sessões seguintes optou-se por utilizar músicas que relembavam o seu passado, uma vez que a esposa do utente referiu que este, antigamente, gostava muito de fado e música jazz. Visto que o utente tem grandes oscilações no seu estado de vigiância, numa das sessões que se utilizaram músicas, o utente não demonstrou qualquer tipo de reação. No entanto, na sessão seguinte, já conseguiu reconhecer e identificar algumas músicas, chegando a nomear o nome de algumas músicas e verbalizar que gostava da mesma. Realizou ainda, leves balanceamentos com a perna direita, como se estivesse a dançar.

Por fim, na fase final, e uma vez percebido que, utilizando materiais que remetessem para o seu passado, o utente reagia mais frequentemente, utilizaram-se imagens com temas da sua antiga profissão, mais especificamente quadros de pintores conhecidos e objetos da área das belas artes. Nesta fase, foi observado um progressivo, mas ainda assim ligeiro, aumento do tempo de vigiância e contacto visual. O utente foi capaz de identificar e numa fase posterior nomear algumas das imagens utilizadas.

De uma forma geral, e tendo em conta que o utente tem várias flutuações no seu estado de vigiância, devido à patologia presente e aos recorrentes ajustes nas medicações, foram

observadas ligeiras melhorias, nomeadamente o período de vigiância e o tempo de contacto ocular.

Foi possível perceber ainda que, a utilização da estimulação sensorial cujo temas fazem e fizeram parte da história do indivíduo, expressam mais efeitos na ativação do utente do que temas ou objetos do dia-a-dia. Este facto reflete a importância de conhecermos a pessoa num todo, de forma a realizar uma intervenção adequada à sua identidade, independentemente do diagnóstico.

IV. Caso II

Resumo

“Intervenção Psicomotora na Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação e Perturbação da Comunicação e Relação– Estudo de caso”

A Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação caracteriza-se pela presença de um atraso significativo na motricidade global e fina e incapacidade na execução de habilidades motoras coordenadas. A Perturbação da Comunicação e da Relação caracteriza-se pela extrema dificuldade em se relacionar e comunicar com os outros. A Psicomotricidade, através da visão holística do ser humano, vai ter em conta os aspetos psicomotores, cognitivos e emocionais da criança, utilizando o jogo lúdico como principal metodologia de intervenção, de forma a estabelecer, restaurar e enriquecer as relações da criança consigo mesma, com os outros e com o meio. Este artigo consiste na apresentação e análise do caso, com um diagnóstico de Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação e da Relação e Comunicação. Foi realizada uma intervenção psicomotora em contexto individual, durante, aproximadamente, oito meses. Após a intervenção obteve-se uma evolução no âmbito socioemocional, psicomotor e cognitivo.

Palavras-chave: Psicomotricidade; Terapia Psicomotora, Dispraxia; Regulação emocional

Abstract

“Psychomotor Intervention in Developmental Coordination Disorder and Communication and Relationship Disorder – Case Study”

Motor coordination disorder is characterized by a significant delay in global and fine motor skills and an inability to execute coordinated motor skills. Communication and relationship disorder is characterized by difficulty relating and communicating with others. Psychomotricity, through a holistic view of the human being, will take into account the psychomotor, cognitive and emotional aspects of the child, using playful play as the central intervention methodology to establish, restore and enrich the child's relationships with himself, with others and with the environment. This article consists of the presentation and analysis of the case, with a diagnosis of motor

coordination and relationship and communication disorders. A psychomotor intervention was carried out in an individual context for approximately eight months. After the intervention, there was an evolution in the socio-emotional, psychomotor and cognitive domains.

Keywords: Psychomotricity; Psychomotor Therapy, Dyspraxia; Emotional regulation

1. Introdução

A criança durante os primeiros anos da sua vida, através da exploração motora, adquire não só o conhecimento sobre mundo, mas também o conhecimento sobre si mesma. Para que a criança se sinta capaz e segura para explorar o mundo envolvente, ela necessita do apoio dos seus cuidadores, estabelecendo entre eles um diálogo tónico, que constitui também a base das emoções e das relações futuras da criança com os outros (Fernandes, 2012; Llauradó, 2009). Porém, quando estas vinculações afetivas não estão asseguradas, ou quando existem outros fatores de risco que põem em causa o seu desenvolvimento, poderão surgir dificuldades ou características atípicas que irão condicionar o restante processo de desenvolvimento, podendo até ter uma influência no seu percurso escolar (Fernandes, 2012).

A intervenção psicomotora, especialmente no âmbito terapêutico, permite reinstaurar este diálogo-tónico, constituindo uma estratégia fundamental para ajudar na constituição da totalidade corporal e construção da própria identidade da criança. A partir do diálogo tónico, o psicomotricista poderá observar, intervir e interagir tonicamente com a criança, ajudando-a a vivenciar seu corpo como unidade de prazer e permitindo-lhe construir sua própria totalidade corporal (Llauradó, 2009). Assim, a psicomotricidade procura instituir uma organização psíquica, de intencionalidade do movimento, de autorregulação e consciencialização, através do diálogo tónico emocional, da mediação corporal, do gesto, do movimento e da resolução de problemas (Fonseca & Oliveira, 2009).

O caso de seguida descrito, chegou com um diagnóstico vindo da pediatria, de Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação (PDC) e Perturbação da Relação e da Comunicação. Seguidamente, são descritas sucintamente as características destas perturbações de forma, a melhor compreender o caso.

A **Perturbação do desenvolvimento da coordenação** é uma condição crónica, caracterizada pelo comprometimento motor que interfere nas atividades da criança de vida diária e desempenho escolar, sem que esteja diagnosticada uma lesão ou défice cognitivo (Zwicker et al., 2012).

De acordo com a International Classification of Diseases (ICD-10) (WHO, 2011), a PDC caracteriza-se por um atraso significativo nas habilidades motoras globais e finas e incapacidade

na execução de habilidades motoras coordenadas, manifestando um desajeitamento, lentidão, ou reduzida exatidão no desempenho motor. A coordenação de habilidades motoras está substancialmente abaixo do que é esperado para a idade cronológica e o nível de funcionamento intelectual. De acordo com este manual, o aparecimento destas dificuldades é frequente na primeira infância, causando limitações significativas e persistentes no funcionamento da criança, nos seus diferentes contextos de vida.

As crianças com PDC podem ter uma ampla gama de disfunções. Essas disfunções podem ser agrupadas em 3 áreas: motricidade global, motricidade fina e psicossocial.

No que se refere à motricidade global, muitas crianças apresentam sinais macios neurológicos, como hipotonia, persistência de reflexos primitivos e um equilíbrio imaturo que interferem no desenvolvimento psicomotor. Estas crianças também podem demonstrar um padrão de corrida desajeitado, cair com frequência e ter dificuldade em imitar as posições do corpo. Relativamente à motricidade fina, as crianças demonstram dificuldade com a escrita, desenhos e grafismos. Também apresentam frequentemente dificuldade em planejar e executar outras habilidades motoras finas, como agarrar e vestir (Barnhart et al., 2003).

Na PDC as dificuldades podem não se limitar apenas ao nível psicomotor, mas também ao nível do psicossocial. As crianças com esta perturbação podem desenvolver dificuldades de aprendizagem ou problemas de leitura. Elas podem atuar de forma mais desajustada na sala de aula, mais do que as outras crianças e podem exibir meios menos desejáveis socialmente de ganhar reconhecimento e amigos (Barnhart et al., 2003).

A **Perturbação da Relação e da Comunicação** está inserida na “Diagnostic Classification of Mental Health Disorders of Infancy and Early Childhood” e evidencia-se pela primeira vez na infância ou primeira infância. Esta perturbação caracteriza-se uma extrema dificuldade em se relacionar e comunicar com os outros. Envolve graves dificuldades de relacionamento e comunicação, combinadas com dificuldades na regulação dos processos fisiológicos, sensoriais, atencionais, motores, cognitivos, somáticos e afetivos. É uma perturbação historicamente relacionada com a Perturbação do Espectro do Autismo, uma vez que os tipos mais severos de perturbação da relação e comunicação são descritos como portadores dessa perturbação (Zero to Three, 2005).

Sem a terapia adequada, as crianças com Perturbação da Relação e da Comunicação podem apresentar atrasos no desenvolvimento e demonstrar dificuldades nos seus relacionamentos com os outros. Também podem demonstrar dificuldades no desempenho escolar e desenvolver comportamentos desajustados que requerem intervenções (Zero to Three, 2005).

Mais importante ainda, quando identificadas precocemente e tratadas adequadamente, muitas crianças com "características autistas" desenvolvem relacionamentos calorosos e íntimos (Zero to Three, 2005).

Este artigo tem como principal objetivo refletir e analisar os benefícios da Psicomotricidade na infância, nomeadamente na PDC e na Perturbação da relação e da comunicação. Desta forma será apresentado um caso, acompanhado em contexto multidisciplinar, beneficiando de seguimento em terapia da fala e psicomotricidade, com a duração de seis meses de intervenção. A intervenção psicomotora foi desenvolvida após a elaboração de um plano de intervenção que teve por base a recolha de dados através da realização da avaliação formal e informal.

2. História pessoal e clínica

Ivan (nome fictício) é uma criança de 5 anos, nascida em novembro de 2017, frequenta atualmente o pré-escolar. É filho único, vivendo com os seus pais, de nacionalidade provinda de um país leste. O pai é segurança noturno e a mãe encontra-se desempregada. A progenitora menciona o gosto por fotografia, sendo a sua ocupação nos tempos livres. Esta demonstra estar pouco disponível para aprender a língua portuguesa e por isso não se encontra integrada na sociedade. Por este motivo, é uma família que não tem rede de suporte familiar nem amigos. É utilizada a língua materna em contexto familiar.

Ivan é fruto de uma gravidez não planeada e não vigiada. A mãe viajou para o seu país de origem, antes de descobrir a gravidez e manteve-se lá, fazendo a sua vida normal, até descobrir a mesma. Foi então que 10 dias antes do nascimento viajou para Portugal, para se encontrar com o seu marido. O Ivan, nasce assim em Portugal, às 39 semanas e 6 dias, de parto eutócico, com 3,190kg e 49cm e índice de Apgar 10, ao 1º e ao 5º minuto de vida.

Após o nascimento, foi detetado na mãe um défice de ferro, acabando por ficar internada 5 dias. O bebé permaneceu no hospital junto da mãe. Não foi referido mais nenhum internamento.

É seguido em Fisiatria e pediatria do desenvolvimento. Na última consulta de pediatria, a pediatria diagnosticou a criança com a perturbação da comunicação e da relação e a perturbação da coordenação.

Devido a dificuldades evidenciadas ao nível da linguagem, foi avaliado e iniciou a Terapia da Fala em janeiro de 2022. Em virtude das dificuldades sentidas tanto na linguagem compreensiva como expressiva, também é sugestivo a existência de uma Perturbação do desenvolvimento da linguagem, um diagnóstico desta especialidade.

No início do ano letivo iniciou consultoria pela psicóloga da infância da SCM, com passagem de estratégias à família.

Relativamente à alimentação, o Ivan mamou até aos 2 anos. Descreveram a passagem para os sólidos como um processo que correu bem e que atualmente mantém uma alimentação variada.

Quanto ao seu desenvolvimento motor, os pais referem que fez a aquisição das competências dentro do esperado, não se lembrando das idades exatas. No entanto, mencionam que começou a andar por volta de 1 ano e 5 meses.

No que refere ao desenvolvimento da linguagem, as primeiras palavras foram por volta dos 3 anos, altura em que começou a fazer Terapia da Fala, que mantém até à atualidade, tendo feito grandes progressos.

No que toca ao controlo dos esfíncteres, conseguiu tanto o controlo diurno como noturno por volta dos 3 anos.

Relativamente ao sono, referem que até há um ano era bastante agitado, mas que a partir de daí, começou a estabilizar, tendo um sono muito calmo. Atualmente dorme bem, apenas referem que por vezes acorda maldisposto devido à refeição tardia. Adormece muito tarde (meia-noite), uma vez que o pai começa a trabalhar às 23h e tentam aproveitar o tempo em família. O Ivan dorme com a mãe.

A nível social, os pais referem que são apenas eles as figuras em contacto com o Ivan, dado que a mãe não fala português e o pai trabalha durante a noite, dormindo durante o dia. Ainda assim, mencionam que o menino brinca muito com eles.

Os progenitores relatam que a entrada para a creche ocorreu por volta dos 14 meses, e caracterizam esse período como muito difícil, uma vez que o Ivan chorava muito e recusava-se ir para a escola. Atualmente, encontra-se no jardim de infância da mesma instituição. Foi depois da entrada do jardim de infância que as dificuldades começaram a ser mais evidentes, apresentando muitos sintomas característicos da Perturbação do Espectro do Autismo. É uma criança que não se expressa pela palavra, ou seja, com ausência de comunicação verbal, que apresenta desinteresse e não interage com os pares e quando o faz é de forma desadequada, por vezes, agressiva e descontrolada. Apresenta desvio do olhar e repulsa ao toque. Demonstra baixa resistência a frustração, recusa e incumprimento de regras da sala de aula. Também os períodos atencionais são muito curtos e revela uma grande irrequietude.

Os pais caracterizam o Ivan como um menino que brinca muito com os seus carros. Mencionam também que passa muito tempo ao tablet.

Em termos de autonomia, indicam que o Ivan consegue-se vestir sozinho, mas não abotoa e desabotoa os botões e os atacadores. Também referem que, por vezes, de manhã, é a mãe que veste a criança enquanto ele continua a dormir, de forma a agilizar a rotina.

Já em contexto escolar, a educadora descreve o Ivan como um menino que se distrai facilmente, não só a si, mas também os seus colegas. Faz muitas birras e por vezes chega a gritar. Também menciona o facto de não saber partilhar e socializar com os seus colegas, acabando por agredi-los com empurrões, puxões, beliscões e chapadas. O seu tempo de atenção e concentração é bastante curto e também demonstra dificuldades nas atividades de motricidade fina, não tendo controlo nos movimentos mais precisos.

Iniciou o acompanhamento em Intervenção precoce (ELI) no ano letivo do acompanhamento.

Motivo de encaminhamento

O Ivan foi encaminhado para a psicomotricidade pela psicóloga da creche, por apresentar uma PDC e Perturbação da Comunicação e Relação. As dificuldades descritas são a nível psicomotor, na coordenação motora, a nível socioemocional, o cumprimento de regras e limite, autorregulação e impulsividade e a nível cognitivo, o raciocínio, planeamento e execução de tarefas.

3. Procedimentos de avaliação

De acordo com as informações recolhidas por meio do relatório médico e da descrição da psicóloga e educadora, a avaliação foi delineada tem em consideração as mesmas. Assim, realizou-se em primeiro lugar uma entrevista com os pais da criança e, de seguida, a realização de uma observação informal e formal com a aplicação de instrumentos de avaliação, nomeadamente a Bateria da Funções Neuro-psicomotoras da Criança (NP-MOT) (provas da motricidade global, gnósias táteis e ritmo), DAP e VMI.

A avaliação psicomotora teve como principal objetivo colocar em evidência as dificuldades da criança, de forma a traçar um perfil psicomotor, que viabilize a identificação da problemática, expressa através dos diferentes domínios: psicomotor, cognitivo e emocional. Desta forma, para avaliar o indivíduo, o psicomotricista tem à sua disponibilidade diversas abordagens: uma avaliação mais diretiva, que dispõe de instrumentos com referência à norma, conseguindo assim observar diversas áreas e domínios. Numa base de avaliação menos diretiva, o psicomotricista poderá servir-se da ação espontânea do sujeito, através de uma observação informal (Saint-Cast, 2004).

No domínio cognitivo procurou-se observar o nível de raciocínio, planeamento, execução de tarefas, perceção visual, coordenação visuomotora e a discriminação visual. No domínio psicomotor, avaliou-se a motricidade global e fina, noção do corpo, ritmo e gnósias táteis. Por fim, no domínio socioemocional, pretendeu-se observar o nível de autorregulação, impulsividade, resistência à frustração e relação com os pares.

Avaliação informal

Em patologias, como a Perturbação da Comunicação e da Relação, em que a comunicação é essencialmente feita de forma não verbal, torna-se importante observar e interpretar o significado das orientações, as posturas, a distância interpessoal, a respiração, a gestualidade, as palavras, o ritmo, o contacto corporal, o diálogo tónico e o olhar. Costa (2008) refere a importância de conhecer a criança na sua espontaneidade, respeitando interesses, gostos e ritmos. A forma como a criança interage com o material, se organiza dentro de um jogo ou se expressa através de um desenho, são elementos essenciais, de modo a complementar a observação psicomotora (Costa, 2008).

Assim, foi aplicada a Guia de observação dos Parâmetros psicomotores de Sánchez e Martínez (2000). Esta foi aplicada em contexto de sessão e especificamente, utilizando o jogo simbólico como mediador, pois deste modo, a criança age de forma espontânea, criativa e imaginativa, utilizando o jogo para dramatizar, representar comunicar, descarregar as próprias fantasias inconscientes, e também para elaborar e modular a ansiedade e as angústias ligadas a essas fantasias, mas pode também ser utilizado para assinalarem continuamente o que está a acontecer no campo relacional, quais as suas defesas, quais as suas disfunções e quais as lacunas comunicativas (Costa, 2008).

Através desta grelha também foi possível observar de forma informal alguns aspetos psicomotores como a lateralidade, a organização espaço-temporal, a sua motricidade (fina e global), a atividade espontânea, lúdica ou dirigida e outros aspetos importantes como o seu envolvimento corporal na ação, a gestualidade, assim como o comportamento (impulsividade, instabilidade, inibição, oposição, etc.), interação social, qualidade do gesto, linguagem, pensamento simbólico (Costa, 2008; Vaivre-Douret, 2007).

Avaliação formal

Procurou-se avaliar a *noção do corpo*, pois esta retrata o conhecimento que se tem de si mesmo, como ser corporal. Através da experiência corporal, há uma adequação entre as habilidades motoras, a perceção de si e dos movimentos no espaço. Quando mal estabelecida, resulta numa falta de coordenação e equilíbrio dos movimentos, além de que pode apresentar igualmente problemas de relacionamento com colegas e professores devido à fraca autoimagem, e, conseqüentemente, uma baixa autoconfiança, afetando deste modo a socialização (Moura, s/d; Souad, 2018). Para isso foi aplicado o **Draw a Person** (DAP). Este é um instrumento de avaliação não verbal e de fácil aplicação, que através da análise quantitativa pode-se perceber o conhecimento que a criança tem de si, aspetos comportamentais e de nível cognitivo. Para além de durante a aplicação poderem ser observados aspetos relativos à motricidade fina, o desenho do corpo permite observar a maturidade psicomotora, representação espacial, sendo ainda traduzida

a adaptação emocional, afetiva e social da criança (Fonseca, 2007). Através da observação da conceção e percepção do corpo, são reveladas informações sobre o conhecimento do corpo, e como a criança organiza o esquema corporal (Fonseca, 2007).

Dado que a criança se encontra no último ano do pré-escolar, também se considerou importante avaliar os pré-requisitos para as aprendizagens simbólicas, pois para a criança aprender a ler e escrever precisa de orientação espacial, de um ritmo motor, da sua postura e do reconhecimento do seu corpo. Um processo de execução de atividades deve envolver desde a coordenação global, o equilíbrio, a dissociação dos movimentos, o esquema corporal, lateralidade, a estruturação espacial, até chegar à motricidade fina (Andrade, 2019). Assim, para além do esquema corporal referido anteriormente, avaliou-se também o ritmo, a motricidade global e a integração visuomotora e provas associadas.

Uma vez que, as gnósias táteis são excelentes preditores de dificuldades nas habilidades quantitativas, também se tornou importante avaliar esse fator (Jay & Betenson, 2017).

Dado que o diagnóstico da perturbação da coordenação motora é caracterizado pelo desajeitamento, lentidão e pouca precisão no desempenho motor global e fino foi aplicada a **Bateria da Funções Neuro-psicomotoras da Criança (NP-MOT) de Vaivre-Douret (2006)**. Apenas foram aplicadas as provas que avaliam a motricidade global, o ritmo e as gnósias táteis. As provas de motricidade global, avaliam o equilíbrio dinâmico e o equilíbrio estático, as gnósias táteis são avaliadas em cada mão, individualmente e o ritmo, avalia o tempo espontâneo, a adaptação aos ritmos áudio-visuo-quinestésicos e a adaptação aos ritmos auditivo-perceptivo-motores.

Para avaliar a integração visuomotora, foi utilizada a versão reduzida do **VMI - Teste de Desenvolvimento da Integração Visuomotora** (Beery & Beery, 2006). Foram aplicados os três testes: um principal referente a integração visuomotora e dois suplementares, referentes a percepção visual e coordenação motora (Beery & Beery, 2006).

Resultados da avaliação psicomotora

Avaliação Inicial

i. Avaliação informal

Na observação inicial foi possível perceber que o Ivan é um menino bastante impulsivo e com uma grande agitação psicomotora. Nas diferentes atividades, a sua tonicidade oscila de um perfil hipertónico para um perfil hipotónico, não se conseguindo regular. Exprime-se regularmente através de gestos, dado que o recurso à linguagem é escasso. Grita muito, especialmente quando brincamos ao jogo da perseguição. Revela movimentos diversificados e impulsivos. Relativamente à relação com o tempo, o Ivan é um menino que no início da sessão

toma iniciativa e joga imediatamente. As suas sequências de jogo são curtas e inacabadas, saltando de uma atividade para outra atividade muito rapidamente. Ao terminar a sessão, é uma criança que não consegue parar e precisa de contenção para o fazer.

Assim que entra no espaço da sessão, explora todos os materiais existentes, não especificando um tipo de objetos. A sua ação sobre os gestos é de pouca partilha, principalmente com os seus pares. Gosta muito de atirar bolas e o seu tipo de jogo preferido é o das escondidas, estando sempre a pedir à terapeuta para o realizar. Também demonstrou gostar de atividades de construção/destruição e procura muitas vezes sensações corporais, através da piscina de bolas, das fibras e da coluna de snoezelen.

No que concerne à relação com o outro, demonstra ser uma criança com pouca resistência à sua frustração e com um perfil opositor. A sua relação com o psicomotricista é à base da comunicação não-verbal, uma vez que esta criança tem grandes dificuldades na comunicação compreensiva e expressiva. Na relação com o adulto, não pede ajuda nas atividades que tem dificuldade em realizar, evita o toque e o contacto ocular. A sua relação com as outras crianças é através de comportamentos de agressividade, não partilhando brinquedos, nem brincadeiras.

No que diz respeito aos aspetos psicomotores, é uma criança com grandes dificuldades na motricidade global, apresentando um desajeitamento na marcha e corrida e um equilíbrio muito imaturo, tropeçando e caindo com alguma frequência. Apresenta uma fraca noção do corpo, pois apenas identificou partes básicas do corpo humano, como a cabeça, olhos, boca, mãos e pés. Não identificou cotovelo, pescoço e nariz. Foi observado em contexto de sala de aula, onde evidenciou dificuldades na motricidade fina, especificamente dificuldades em agarrar na tesoura e efetuar os movimentos de recorte. Em termos de autonomia, observou-se que o Ivan não consegue abotoar o bibe e pede ajuda para se calçar.

ii. Avaliação formal

A. NP-MOT

De seguida serão apresentados os resultados obtidos pelo Ivan.

Tabela 16- Resultados obtidos pelo Ivan na NP-MOT

Motricidade global	Nota bruta	Média e Desvio padrão
Nota global de coordenação M. superiores e inferiores	13/15	-1 desvio padrão
Nota global de equilíbrio dinâmico	15/27	-2 desvio padrão
Nota global de equilíbrio estático	4/17	-2 desvio padrão
Ritmo		
Nota global de tempo espontâneo	2/8	-2 entre -1
Nota global de ritmos auditivo-visuo-quinestésicos	0/6	-2 desvio padrão
Nota global de ritmos auditivo-percetivo-motores	2/12	-1 desvio padrão
Gnósias táteis		
Nota global gnósias táteis	2/4	-2 entre -1

Assim, na motricidade global, nomeadamente na prova de marcha espontânea obteve a pontuação máxima de 7 pontos com ausência de desvios. Nas provas de marcha sobre uma linha reta para a frente e marcha sobre uma linha reta para trás foram notórias bastantes dificuldades, não conseguindo realizar a prova corretamente, obtendo a pontuação de 0 em ambas. Nas provas de marcha sobre a ponta dos pés e sobre os calcanhares, o Ivan obteve a pontuação máxima em ambas, não demonstrando dificuldades. No salto de uma altura de 20cm, a criança realizou um salto com pés desalinhados, com pouca participação dos braços e realizando uma receção estável, obtendo a pontuação de 6 em 8 pontos possíveis. Nas provas de equilíbrio estático, a criança demonstrou ligeiras dificuldades no equilíbrio de pés juntos, colocando os braços afastados do corpo e abrindo os olhos aos 5 segundos. Na prova de equilíbrio unipedal, obteve a pontuação de 0, dado que não conseguiu equilibrar-se em apoio unipedal. Na prova sobre a ponta dos pés, qualitativamente, executou-a sobre a ponta dos mesmos, mas com os braços afastados, aguentando apenas 3 segundos.

Na prova das gnósias táteis digitais foi pedido que colocasse a mão em cima da mesa, com a palma da mão virada para baixo. Foi colocado um esconderijo de mãos, de modo a que impedisse a visibilidade da criança. Assim, tanto na mão direita, como na mão esquerda houve um total de 8 respostas corretas. Deste modo, a nota global das gnósias digitais é de 2 em 4 pontos. Foi possível perceber que as respostas incorretas foram, na mão direita no dedo anelar e na mão esquerda no dedo indicador.

Nas provas do ritmo, o Ivan demonstrou bastantes dificuldades durante a sua execução. Portanto, na prova de tempo espontâneo realizou um batimento irregular durante 16 segundos, obtendo uma pontuação de 2 pontos. Na prova de adaptação aos ritmos auditivo-visuo-quinestésicos, a criança não conseguiu reproduzir nenhuma estrutura rítmica. Contudo, em termos

qualitativos, pode-se afirmar que após alguma instrução e direcionamento da atenção foi possível observar que, o Ivan conseguia realizar ritmos mais idênticos à estrutura apresentada. Por fim, na prova de adaptação aos ritmos auditivos-perceptivos-motores, tanto nas palmas como na marcha, a criança apenas conseguiu sincronizar os seus batimentos na cadência de 60bpm. Em termos qualitativos observou-se que esta percebeu que a cadência 120bpm era a mais rápida e por esse motivo correu, contudo, não sincronizou a marcha com a cadência.

B. DAP

De seguida serão apresentados os resultados obtidos pelo Ivan, bem como o percentil em que se encontra.

Tabela 17- Resultados do DAP

Desenho	Valores Brutos	Valores Standard	Percentil	Classificação
Homem	7	76	5	Borderline
Mulher	6	74	4	Borderline
Próprio	12	84	14	Médio-baixo
Total	25	74	4	Borderline

Através dos resultados é possível perceber que houve um maior investimento no desenho dele próprio, talvez por ser uma figura real. No desenho dele próprio desenhou uma cabeça, um tronco com braços e pernas, obtendo 12 pontos, que equivale a um percentil médio-baixo. Já nos restantes desenhos, ou seja, das figuras masculina e feminina, o Ivan apenas desenhou uma cabeça, um tronco em forma de bola e umas pernas, não desenhando os braços nem as mãos, obtendo uma pontuação de 7 e 6, respetivamente. Em todos os desenhos não houve qualquer enriquecimento com pormenores ou detalhes.

C. VMI - Teste de Desenvolvimento da Integração Visuomotora

De seguida, serão apresentados os resultados obtidos pelo Ivan, bem como o percentil em que se encontra.

Tabela 18- Resultados obtidos no VMI

Prova	Pontuação	Pontuação standard	Percentil	Desempenho
Prova de integração visuomotora	7	80	9	Baixo
Prova de percepção visual	9	78	7	Baixo
Prova de coordenação motora	3	49	06	Muito baixo

Assim, na prova de integração visuomotora apenas conseguiu reproduzir 7 figuras corretamente. Foi notório a sua impulsividade, uma vez que não esperava que terminasse a instrução para iniciar a tarefa. Devido à sua impulsividade não tomou atenção à instrução, não conseguindo executar de forma correta as primeiras formas. Também foi possível observar que a sua prestação foi melhor nas tarefas de copiar, do que nas tarefas de imitar, dado que não conseguia antecipar o que era para fazer, perdendo o controlo motor devido à sua impulsividade.

Na prova de percepção visual obteve uma pontuação de 9 pontos, sendo a sua melhor pontuação. Contudo, mais uma vez observou-se que a sua impulsividade na resposta influenciou bastante o seu resultado, não parando para observar e interpretar os desenhos existentes, acabando por assinalar muitos vezes, o primeiro da coluna.

Na prova de coordenação motora obteve uma pontuação de 3 pontos, não conseguindo realizar um traço controlado e permanecer dentro dos caminhos.

Deste modo, foi possível perceber que o Ivan não demonstra ter controlo dos seus movimentos das mãos e dos seus dedos, afetando de forma direta a sua integração visuomotora.

4. Compreensão e hipóteses explicativas

Tendo em conta as informações recolhidas durante a anamnese e avaliação formal e informal foram elaboradas possíveis hipóteses explicativas de forma a melhor compreender a criança e as suas características.

O Ivan tem o diagnóstico da PDC. Esta perturbação apresenta não só fatores de risco ambientais, como genéticos e fisiológicos. Assim, pode ser justificada pelos fatores genéticos uma vez que défices nos processos do neurodesenvolvimento, mais precisamente nas capacidades visuomotoras, tanto na percepção visuomotora como na mentalização espacial, afetam a capacidade de efetuar ajustamentos motores rápidos à medida que a complexidade dos movimentos requeridos aumenta (APA, 2014). Com a aplicação do teste VMI foi possível observar um desempenho baixo nas provas que envolviam as capacidades visuomotoras. Desta forma, as dificuldades sentidas poderão constituir uma hipótese para a existência desta perturbação (Costa, 2019).

Da mesma forma, as dificuldades observadas durante a avaliação informal em contexto de sala de aula e autonomia, também poderão ser explicadas por esta perturbação. Segundo Zwicher e colegas (2012) as crianças com PDC apresentam dificuldades no autocuidado, dado que tem grande dificuldade em se vestir, manusear botões e zíperes, amarrar atacadores, usar garfo e faca e ir à casa de banho. As dificuldades nas tarefas relacionadas com a escola, nomeadamente tarefas de motricidade fina, podem afetar negativamente o desempenho escolar, por exemplo, nas tarefas

de copiar, desenhar, pintar, imprimir, escrever, usar tesouras, organizar e terminar o trabalho no prazo.

As dificuldades motoras também afetam a participação em atividades de lazer e socialização, dado que, devido às dificuldades sentidas acabam por não se envolverem tanto em atividades de grupo, levando ao isolamento social. Além do domínio motor, as crianças com PDC podem experimentar problemas secundários significativos de saúde mental e emocional, por exemplo, baixa autoconfiança e autoestima, altas taxas de ansiedade e depressão e perturbações emocionais/comportamentais. Num estudo realizado por Zwicker e colegas (2012), relataram que crianças com PDC tiveram um desempenho significativamente mais baixo do que seus pares com desenvolvimento típico em várias habilidades motoras grossas e finas, atividades da vida diária e atividades de lazer/recreação. Desta forma, a existência desta perturbação poderá explicar não só as dificuldades sentidas ao nível da motricidade global e fina, como também as dificuldades comportamentais e relacionais.

No que se refere às dificuldades observadas na interação social e processos atencionais, estas poderão ser explicadas pela possível existência da Perturbação do Desenvolvimento da Linguagem, referido na anamnese. A literatura evidencia que a criança com a perturbação do desenvolvimento da linguagem tem maiores dificuldades na atenção sustentada e no controlo atencional (Ebert et al., 2019). E ainda, num estudo realizado por Willinger e colegas (2003), foi possível perceber que as crianças com um diagnóstico de perturbação da linguagem, experienciam não só um comprometimento dos processos atencionais, como também um comprometimento ao nível da interação social, nomeadamente comportamentos agressivos.

Como referido anteriormente, a perturbação no desenvolvimento da linguagem pode levar a problemas comportamentais, dado que sérios problemas emocionais decorrem da incapacidade das crianças de se expressarem ou de compreenderem os outros adequadamente. De acordo com Goldstein e Gallagher (cit. por Willinger et al., 2003), crianças com estas dificuldades estão em maior risco de fracasso social porque as capacidades de linguagem desempenham um papel crítico na interação social, uma vez que a capacidade de participar de interações sociais com outras pessoas é essencial para a integração na nossa sociedade.

No entanto, também problemas comportamentais em crianças, podem levar a perturbações no desenvolvimento da linguagem, influenciando negativamente na comunicação entre a criança e os seus pais. Além disso, as estruturas mentais para adquirir a linguagem do seu ambiente também desempenham um papel importante. Sem exposição à linguagem, as crianças não podem nem começar a aprender a falar. A natureza do ambiente linguístico parece fazer a diferença. Quanto mais os pais interagem linguisticamente com seus filhos quando eles são pequenos, maior é o vocabulário das crianças quando elas começam a escola. A biologia e o ambiente interagem no

desenvolvimento semântico e sintático das crianças, assim como na aquisição do sistema de sons de sua linguagem (Willinger et al, 2003). Realçando de novo, o facto de os pais apenas falarem a língua materna em casa, poderá ser a principal hipótese para a existência da perturbação do desenvolvimento da linguagem e por conseguinte o aparecimento dos sintomas supracitados.

Também os fatores ambientais, nomeadamente os eventos stressantes, desempenham um papel muito importante no desenvolvimento da criança. Robert Carlo Russo (2023) refere que nas últimas décadas temos assistido a um aumento considerável de diagnósticos erróneos em crianças que apresentam «sintomas autísticos», devido à tendência para interpretar o comportamento da criança de forma superficial, não considerando a criança como um todo, ou seja, dando pouca importância ao relacionamento com as figuras parentais e ao papel dos eventos stressantes. Igualmente Benedetti (2020) enfatiza a importância de conhecer a fundo o desenvolvimento da criança, afirmando que dificuldades no ambiente familiar podem levar a atrasos ou desvios de desenvolvimento que podem ser interpretados como sintomas autistas.

Alguns exemplos dados de fatores ambientais relacionados a eventos stressantes são: guerras, ditaduras, epidemias, penúrias económicas, migrações, entrelaçamento de culturas, imposições religiosas, catástrofes ambientais. Muitas vezes estes fatores põem em evidência uma fragilidade específica nos primeiros anos de vida da criança (Russo, 2023). Neste caso em específico, podemos evidenciar que estão presentes diversos fatores. A vivência de um período pandémico que criou restrições de movimento às crianças, levando a um efeito negativo no desenvolvimento da competência motora das crianças (Durmuşoğlu Saltalı, 2021; Pombo et al., 2021). Ao nível da comunicação, a utilização da máscara afetou a produção do som e comprometeu a aquisição da linguagem (Charney, Camarata & Chern, 2021). Também a existência de um cruzamento de culturas, uma vez que os pais da criança são de nacionalidade estrangeira e por fim, a atual guerra oriunda do país da sua nacionalidade. Estes eventos podem levar a dificuldades de desenvolvimento, pois originam um estado de confusão e perplexidade devido à incapacidade de encontrar uma forma de desenvolver a própria carga evolutiva do evento. A criança, perante as exigências de desenvolvimento normativas, e devido à incapacidade de as resolver, atira um comportamento que pode ser facilmente identificado como sintomas do tipo autista (Russo, 2023).

As crianças podem apresentar sintomas como uma perturbação da comunicação, emotividade inadequada à situação, desvio do olhar, ausência de gestos antecipatórios, falta de adaptações intencionais ao corpo do outro, resistência à mudança, ausência de comunicação verbal e/ou corporal, falta ou ausência de imitação adulta, uso bizarro do corpo, atividades de autoestimulação, uso peculiar de objetos, desinteresse pelos pares, intolerância a frustrações, recusa das regras da comunidade (Russo, 2023). Desta forma, os sintomas autísticos iniciais

observados quando o Ivan ainda se encontrava na creche poderão ser justificados pela presença destes eventos stressantes supracitados.

Por último, foi descrito também o uso excessivo de tecnologias por parte do Ivan, o que poderá explicar algumas dificuldades sentidas. Numata-Uematsu et al. (2018) refere que em crianças, a exposição a aparelhos eletrónicos como televisão, vídeos, computadores e dispositivos de tela sensível ao toque está associado atraso no desenvolvimento cognitivo, comportamento agressivo, hiperatividade, problemas de atenção e perturbações do sono.

Também a exposição à tela dos aparelhos eletrónicos pode conduzir a dificuldades socioemocionais, pois as crianças que passam muito tempo a assistir a ecrãs, principalmente se o conteúdo for prejudicial e/ou se não forem supervisionadas, têm menos probabilidade de brincar, ser fisicamente ativas e se envolver em interações com outras crianças e adultos, todos os quais podem estar relacionados a piores resultados de neurodesenvolvimento (Melchior et al, 2022).

5. Projeto terapêutico

Perfil Intraindividual

Com base nos resultados da avaliação realizada, foi elaborado o perfil intraindividual (tabela 19) que é composto por áreas/comportamentos fortes, intermédios (emergentes ou a consolidar) e de necessidade.

Tabela 19- Perfil intraindividual

Áreas/Comportamentos fortes	Áreas/comportamentos emergentes	Áreas/comportamentos de necessidade
Aceitação do contacto físico	Gnósias táteis	Motricidade global
Atenção conjunta (com adulto)	Noção do corpo	Motricidade fina
Cognição não verbal (construções, associação de imagens, reproduzir padrões) – Griffiths		Linguagem (compreensão e expressão)
		Ritmo
		Integração visuomotora
		Controlo inibitório
		Planeamento motor
		Regulação emocional
		Cumprimento de Regras e limites
		Relação com os pares

Objetivos Terapêuticos

Os objetivos terapêuticos (Tabela 20) tem por base o perfil intraindividual acima determinado, focando-se nas áreas de necessidade da criança e no contexto onde está inserida. Assim, são propostos os seguintes objetivos:

Tabela 4- Objetivos terapêuticos

Domínios	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Cognitivo	Promover a atenção/concentração	Aumentar o tempo de concentração na tarefa
	Promover o controlo inibitório	Melhorar a capacidade de controlar as respostas impulsivas
Socio-Emocional	Desenvolver a Regulação emocional	Promover a regulação de comportamentos de agressividade e frustração
		Melhorar a autorregulação motora
	Desenvolver as competências sociais	Estimular a capacidade de cumprimento de regras e limites
		Aumentar a interação com o outro
		Aumentar o prazer na relação com o outro através do jogo
		Aumentar o tempo de jogo simbólico com a terapeuta
Estimular a comunicação	Promover a comunicação verbal; Promover a comunicação não-verbal	

Atendendo ao tempo de intervenção, idade e problemática da criança, a prioridade da intervenção será trabalhar e desenvolver as questões relacionais e da instabilidade psicomotora.

Diretrizes e fundamentação da intervenção psicomotora

Após a avaliação realizada e o perfil intraindividual definido foram delineadas diretrizes de intervenção, onde se descreve a intervenção desenvolvida. Neste ponto serão ainda apresentadas as estratégias específicas de intervenção e alguns exemplos de atividades realizadas.

Diretrizes e fundamentação da intervenção psicomotora

O plano terapêutico delineado para o Ivan beneficiou de um acompanhamento individual, com periodicidade semanal, realizando-se à quarta-feira, e com a duração média de 45 minutos. As sessões de psicomotricidade foram concebidas com o intuito de trabalhar os objetivos terapêuticos anteriormente descritos, utilizando o jogo livre e espontâneo como a principal diretriz de intervenção e com recurso a diversos materiais, como piscina de bolas, arcos, bolas, colchões, almofadas e blocos de espuma.

Santos (2015) descreve o jogo espontâneo como um meio de possibilitar a expressão e exteriorização de emoções, que proporciona experiências corporais e prioriza o estímulo da vivência simbólica, onde o movimento é feito como uma representação, imaginação e comunicação.

O jogo espontâneo possibilita ao indivíduo uma organização simbólica da sua vida psíquica (Silva & Santos, 2020). É através do jogo que a criança tem a oportunidade não só de imitar a vida, mas também de a transformar. Ao incorporar diferentes personagens e experimentar diferentes atividades, são estabelecidos diferentes vínculos com as características do papel assumido e como tal, a criança consegue transportar esse papel e a postura adquirida no jogo para outras situações noutros contextos. É no jogo livre que a criança desenvolve todo o seu potencial, onde pode comparar situações, analisar características, relacionar a componente física com a emocional e, quando associado à psicomotricidade, é essencial para promover a aceitação de regras e limites, assim como para promover o desenvolvimento no geral (Silva & Santos, 2020).

Com o jogo livre e espontâneo o psicomotricista dá a criança a possibilidade de satisfazer as necessidades de proteção, de poder, de ataque e de defesa num espaço seguro e contentor. Efetivamente, as situações emocionalmente difíceis, intensas ou mesmo traumáticas são muitas vezes representadas nos jogos de faz-de-conta, cujo caráter não literal permite à criança criar, elaborar e modificar situações com uma forte carga emocional (Moutinho, 2012).

O jogo espontâneo tem sempre por base uma psicomotricidade relacional, de modo a proporcionar estímulos e experiências que promovam as diferentes necessidades da criança (Fernandes et al., 2018).

A intervenção relacional, baseia-se na qualidade das relações estabelecidas, de modo a promover a tomada de iniciativa por parte da criança. Procura promover a espontaneidade, a criatividade e a curiosidade, uma vez que, desta forma, a criança irá conseguir compreender as suas capacidades e aumentar a sua autoestima, o que fará com que haja um maior investimento em projetos e em si própria (Costa, 2008).

Estratégias específicas

Com o intuito de realizar uma intervenção com sucesso, é necessário estabelecer estratégias específicas para a criança, tendo em conta as suas características, de modo a atingir mais facilmente os objetivos estabelecidos. Assim sendo, foram estipuladas as seguintes estratégias:

- Fornecer instruções claras e simples das tarefas;
- Proporcionar um ambiente securizante através do estabelecimento de uma relação empática e de aceitação;

- Criar relação terapêutica, através da qual a criança conseguirá expor as suas inseguranças e fragilidades;
- Respeitar o espaço e o tempo de resposta da criança;
- Promover situações seguras, potenciadoras da criatividade, possibilitando a expressão de diferentes formas;
- Participar nas atividades com a criança, promovendo uma relação empática, na qual a criança se sente aceite e compreendida;
- Utilização de objetos mediadores na promoção da interação e da relação, mas também como auxílio ao toque/contacto corporal tornando-o menos invasivo.

Exemplos de atividades

As atividades realizadas com o Ivan têm por base as suas preferências, assim como, as suas necessidades, conciliando estes dois fatores com o objetivo de tornar as sessões mais prazerosas.

Como referido anteriormente, o jogo espontâneo foi o método priorizado nesta intervenção, e desta forma, as atividades mais solicitadas pelo Ivan foram o jogo das escondidas, o jogo do faz-de-conta e os jogos de construção.

A brincadeira das escondidas caracteriza-se por a criança aparecer/desaparecer, /ser encontrada/descobrir, realizando esta alternância de papéis entre a criança e a psicomotricista. Este tipo de brincadeira promove a construção da identidade, uma vez que simboliza o querer ser encontrado, visto e reconhecido (Rodriguez & Llinares, 2008).

Os jogos do faz-de-conta são ótimas ferramentas para as sessões de psicomotricidade, uma vez que trabalham a dispersão, a impulsividade e a instabilidade. A criança fica facilmente atenta e presa na fantasia e no imaginário que as histórias provocam (Fernandes, 2012). Estes também retratam muitas vezes, situações emocionalmente difíceis, intensas ou mesmo traumáticas, uma vez que o seu carácter não literal permite à criança criar, elaborar e modificar situações com uma forte carga emocional (Fernandes, 2012). Nas sessões foi recorrente o recurso ao jogo do faz de conta, recriando, por exemplo, a história dos três porquinhos e momentos do quotidiano.

Também foram realizadas atividades de construção e destruição, muitas vezes associadas às brincadeiras simbólicas. Este tipo de jogos incentiva a criança a utilizar a sua criatividade e liberdade de expressão. Foram frequentemente construídas casas, fortes, túneis e percursos durante as sessões.

6. Progressão terapêutica e discussão

A intervenção psicomotora realizada com o Ivan decorreu durante oito meses. Realizaram-se um total de 23 sessões de psicomotricidade. Dada a evidência das dificuldades de comunicação, relação e regulação emocional, que interferiram nas outras áreas do desenvolvimento da criança, foi dado especial enfoque à intervenção ao nível socioemocional.

Assim, podemos dividir a intervenção em três fases distintas: a fase inicial, a fase intermédia que se subdivide em três fases, e por fim, a fase final.

Fase inicial

A fase inicial foi composta por quatro sessões onde decorreu a avaliação, bem como o estabelecimento da relação terapêutica e a apresentação dos objetos e do espaço, enquanto espaço terapêutico. Nesta fase, as sessões decorreram de acordo com o jogo psicomotor espontâneo da criança.

Inicialmente, a criança realizou uma exploração sensoriomotora dos diferentes objetos que se encontravam na sala (bolas, baloiços, colchão de água). O Ivan correu pela sala, escorregou pelos blocos de esponja, rolou sobre o chão e colchão de água, saltou, subiu e trepou os diferentes materiais. Ocorreram igualmente vivências ligadas à sensorialidade, através da piscina de bolas, do colchão de água e das fibras óticas. Estas vivências ocorreram sobretudo no final da sessão.

O recurso ao jogo sensoriomotor proporcionou experiências que levassem a criança a tomar consciência do seu próprio corpo, dos seus limites e potencialidades (Vecchiato, 2003). Desta forma, o jogo permitiu que o Ivan experimentasse o prazer do corpo e o prazer por meio do movimento do corpo, promovendo a reapropriação do corpo e limites corporais.

Observaram-se ainda, sequências de jogo muito curtas, saltando de brincadeira para brincadeira. Demonstrou uma grande agitação psicomotora, que levou a realizar movimentos descoordenados, com desequilíbrios e dificuldade na regulação e controlo do corpo. Relativamente à comunicação, este exprimia-se muito através de gestos, uma vez que tem um vocabulário muito reduzido. Dizia algumas palavras em inglês e numa fase inicial, também se verificou um evitamento do toque e da proximidade da psicomotricista.

Fase intermédia

Esta fase, como descrito anteriormente, subdivide-se em três partes: da 5^a e 6^a sessão, da 7^a à 11^a sessão e 12^a à 21^a sessão.

Na primeira parte da fase intermédia, realizou-se o jogo do faz-de-conta, recriando, a história dos três porquinhos. Na 1.^a sessão simbolizou a casa de palha e a destruição da mesma pelo lobo. Na 2.^o sessão simbolizou as três casas, percorrendo-as, uma a uma, até chegar à casa

mais resistente, onde permaneceu mais tempo a jogar e fez com que o lobo fugisse, sem a conseguir destruir.

Bettelheim (2009) destaca que os contos infantis trazem por diversas vezes alguma semelhança com a história de vida da criança, seja emocional, personalidade, entre outros. Além disso, trazem soluções, superação e os finais normalmente são felizes, aspetos que fazem o ouvinte abrandar as suas próprias angústias e emoções. Diante disso, Corso e Corso (2006) referem que os contos auxiliam na constituição da identidade da criança.

A história dos três porquinhos pode aqui representar a (tentativa de) reestruturação e construção da sua identidade. Na primeira sessão, a única casa construída foi a casa de palha, uma casa frágil que rapidamente foi destruída/encontrada pelo lobo, podendo representar a sua identidade destruturada. Na segunda sessão já simbolizou as três casas. A passagem pelas duas primeiras casas, foi rápida e pouco elaborada (em termos de material), já a terceira casa, foi a casa onde dedicou mais tempo e permaneceu mais tempo a brincar. Esta passagem pelas três casas pode representar a elaboração e consolidação da sua identidade.

Na segunda parte, da 7.º sessão à 11.ª foi recorrente o interesse pelos jogos das escondidas e de perseguição.

Estas vivências relacionadas aos jogos de presença-ausência, dos quais fazem parte o esconder/ser encontrada e os jogos de perseguição (Aucouturier, 1992, cit. por Rodríguez & Llinares, 2008), podem traduzir igualmente momentos de construção de identidade, o querer ser encontrado/ visto/ reconhecido. Os jogos de perseguição também promovem as capacidades de regulação das emoções e dos comportamentos agressivos, de sensibilidade aos outros e o reconhecimento afetivo (Moutinho, 2012).

Na terceira parte da fase intermédia, da 12.ª sessão à 21.ª, ressurgiram novamente os jogos do faz de conta, mas desta vez tendo temáticas como família e monstros. Muitas vezes ligadas à sua existência/inexistência, ao abandono/ não abandono, e a experimentação dos papéis agressor/vítima (monstro mau e monstro bom/ matar, fazer mal).

Os jogos de faz de conta ligados à família, retratavam a vida quotidiana da criança. Por diversas vezes, a história era sobre um pai que ia trabalhar, deixando a criança sozinha a brincar, ou sobre um pai que estava a dormir e por isso não podia brincar com o menino.

Nesta fase verificou-se bastante a procura pelo contato e pela proximidade da psicomotricista. Esta procura pelo toque, parece ter um efeito protetor, tanto a nível físico como psíquico, permitindo à criança obter um estado calmo e uma sensação de bem-estar. Nesta atitude relacional, em que a psicomotricista se encontra disponível e atua como um espelho tonicoemocional tranquilizador e não culpabilizante, a criança tem a possibilidade de integrar,

perceber e representar as sensações, o que a ajuda a dar sentido ao que vivencia (Fernandes et al., 2018).

A procura pelo jogo simbólico pode aqui agir como um meio para expressar, simbolizar e elaborar os seus medos e os conteúdos internos, que muitas vezes passam por evidenciar experiências relacionais não vividas ou mal vividas da criança com o progenitor (Vechiatio, 2003), e nesse sentido, procurei deixar a criança seguir a narrativa da sua própria história.

Fase final

As sessões finais foram destinadas à avaliação final e preparação da criança para o término das sessões.

Na última sessão, o jogo escolhido pelo Ivan foi o jogo do faz-de-conta, em que quis recriar novamente a história dos três porquinhos. Esta escolha pode sugerir não só o reforçar da consolidação da sua identidade, bem como o facto daquele momento ter marcado a progressão terapêutica.

Em suma, verificaram-se evoluções expressivas no quadro clínico do Ivan, não só em contexto de terapia psicomotora, mas também em contexto escolar. No que concerne à componente socioemocional, evidenciou uma melhoria na interação com os pares, especificamente uma diminuição dos comportamentos de agressividade para com os mesmos. Também foi observada uma melhoria na linguagem expressiva e compreensiva, ajudando a criança a expressar-se sobre as suas ideias e iniciativas e a compreender o que era dito/pedido. Foi igualmente notório o crescente investimento no jogo simbólico e psicomotor. Relativamente à sua agitação psicomotora, esta diminui ligeiramente, diminuindo igualmente, os comportamentos impulsivos. Inerente à diminuição da agitação, também se observou maiores períodos de atenção e concentração em atividades mais estruturadas. Adicionalmente, ao longo das sessões, o Ivan foi adquirindo um maior conhecimento e controlo do corpo e dos seus limites, realizando as tarefas de forma mais controlada.

Apesar das melhorias apresentadas, a sintomatologia apresentada ainda persiste, sugerindo-se assim a continuidade do acompanhamento individual em psicomotricidade.

7. Conclusão

A intervenção psicomotora através da mediação corporal procura estabelecer a harmonia entre o corpo e o psiquismo, de forma de identificar e superar medos e traumas que surgem nas crianças (Almeida, 2005; Martins, 2001). Assim sendo, foi possível observar que a prática psicomotora trouxe benefícios significativos para este caso descrito, verificando-se melhorias nas competências socioemocionais, cognitivas e dos fatores psicomotores.

Conclui-se ainda que a jogo livre e espontâneo teve um papel preponderante nos resultados observados na intervenção psicomotora. A relação terapêutica construída, forneceu uma base segura, que permitiu à criança experienciar novas formas de expressão e resolução de conflitos e, conseqüentemente, melhorar a regulação emocional e comportamental, e ainda promover as funções executivas, como a atenção e a inibição de impulsos (Martins, 2015).

8. Referências Bibliográficas

Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*, 6, 56-64

American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a)*. Artmed Editora.

Andrade, T. O. (2019). A contribuição da psicomotricidade na aprendizagem da escrita. *Cadernos da Pedagogia*, 13(25).

Barnhart, R. C., Davenport, M. J., Epps, S. B., & Nordquist, V. M. (2003). Developmental coordination disorder. *Physical Therapy*, 83(8), 722-731.

Beery, K. E., & Beery, N. A. (2006). *Beery VMI - Administration, Scoring and Teaching Manual 5th Edition*. Pearson.

Benedetti, G. (2020). La Bolla dell'Autismo: E' necessario abbandonare il concetto sbagliato di autismo e cambiare l'approccio alle difficoltà dello sviluppo psichico dei bambini.

Bettelheim, B. (2018). *Psicanálise dos contos de fada*. Bertrand Editora. (Obra original publicada em 1976).

Costa, J. (2008). Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional. Lisboa. Trilhos Editora.

Corso, M., & Corso, D. L. (2006). *Fadas no Divã Psicanálise nas histórias infantis*. Artmed Editora.

Ebert, K. D., Rak, D., Slawny, C. M., & Fogg, L. (2019). Attention in bilingual children with developmental language disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(4), 979-992.

Fernandes, J. M. G. de A., Gutierrez Filho, P. J. B., & Rezende, A. L. G. D. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702-709.

Fernandes, J. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 1-12). Manole.

Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores (2ª ed.)*. Lisboa: Âncora editora.

Fonseca, V., & Oliveira, J. (2009). *Aptidões psicomotoras e de aprendizagem*. Âncora editora.

Jay, T., & Betenson, J. (2017). Mathematics at your fingertips: testing a finger training intervention to improve quantitative skills. In *Frontiers in Education* (Vol. 2, p. 22). Frontiers. DOI: <https://doi.org/10.3389/feduc.2017.00022>

Llauradó, C. C. (2007). El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (25), 5-30.

Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação O Diálogo TónicoEmocional no Nascimento da Vida. *PsiLogos: Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 13(1), 34-43.

Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade—As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. *Progressos em psicomotricidade*, 29.

Melchior, M., Barry, K., Cohen, D., Plancoulaine, S., Bernard, J. Y., Milcent, K., ... & Charles, M. A. (2022). TV, computer, tablet and smartphone use and autism spectrum disorder risk in early childhood: a nationally-representative study. *BMC Public Health*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13296-5>

Misès R, Quemada N. (2012) Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent/Classification internationale des troubles mentaux et du comportement. Paris: CTNERHI; (5^o. ed).

Moura, G. H. S. (s/d). Relação Existente entre Psicomotricidade e Aprendizagem: Uma Visão Psicopedagógica. São Paulo: Centro Universitário Adventista de São Paulo.

Moutinho, G. V. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 45–57). Manole.

Numata-Uematsu, Y., Yokoyama, H., Sato, H., Endo, W., Uematsu, M., Nara, C., & Kure, S. (2018). Attachment Disorder and Early Media Exposure: Neurobehavioral symptoms mimicking autism spectrum disorder. *The journal of medical investigation: JMI*, 65(3.4), 280–282. <https://doi.org/10.2152/jmi.65.280>

Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*.

Russo, R. C. (2023). Autismo e Síndromi com Spettro Autistico. Centro Studi Di Psicomotricità Psicologia e Neuropsichiatria Infantile. <http://staging.sbangnewyork.it/csppni/autismo/>

Saint-Cast, A. (2004). Modalidade de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7–21.

Santos, A. C. A. (2015). *Psicomotricidade* (Doctoral dissertation).

Sánchez, P. A., & Martínez, M. J. B. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*.

Silva, J. M., & Santos, J. C. (2020). A influência do jogo simbólico no setting psicoterapêutico à luz da psicomotricidade relacional. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1), 66-80.

Souad Faridi-Corbet (2018). Accompagnement en psychomotricité d'enfants avec des difficultés scolaires. *Médecine humaine et pathologie*.

Vecchiato, M. (2003). *Terapia psicomotora*. Editora da Universidade de Brasília.

Willinger, U., Brunner, E., Diendorfer-Radner, G., Sams, J., Sirsch, U., & Eisenwort, B. (2003). Behaviour in children with language development disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 607-614.

Zwicker, J. G., Missiuna, C., Harris, S. R., & Boyd, L. A. (2012). Developmental coordination disorder: a review and update. *European Journal of Paediatric Neurology*, 16(6), 573-581.

V. Conclusão

A prática psicomotora realizada no contexto de estágio curricular permitiu refletir sobre a transversalidade e interdisciplinaridade desta terapia. A psicomotricidade é uma prática transversal, pois vai desde a criança até ao idoso. Pode assumir várias vertentes dependendo das características e necessidades dos indivíduos. Na infância pode adquirir uma vertente preventiva/educativa, reeducativa e terapêutica. No envelhecimento pode adquirir uma vertente reabilitativa, mas também terapêutica.

Também foi possível verificar a importância da interdisciplinaridade da psicomotricidade, na compreensão e abordagem terapêutica do indivíduo. Em contexto ERPI, o psicomotricista trabalha constantemente com médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas, formando uma equipa com o intuito principal de potenciar qualidade de vida à pessoa idosa. Na criança esse contacto com outros profissionais também existiu, com a equipa educativa, com o técnico da ELI (quando o caso), com a psicóloga e com restantes terapeutas que acompanhavam igualmente os casos. Este cruzamento de informação permitiu realizar uma abordagem mais específica e completa. Foi igualmente visível a interdisciplinaridade na compreensão do caso do Ivan, uma vez que recorri a conceitos e modelos teóricos psicodinâmicos e psicanalíticos, para explicar e compreender a progressão terapêutica realizada. Sem este entrecruzamento das disciplinas das ciências humanas e biomédicas, não seria possível compreender o que estava a acontecer nas diferentes sessões.

Importa refletir também sobre a intervenção realizada na ERPI em causa, que, embora esta apresente um carácter social e não clínico, que remete para uma intervenção reabilitativa nos idosos, foi também realizada uma intervenção terapêutica em dois utentes, mostrando que independentemente do contexto profissional (hospitalar, escolar, institucional, clínica) a intencionalidade da intervenção é o que interessa. Ressalvo ainda a importância de ir ao encontro da identidade da pessoa idosa, independentemente do diagnóstico.

Esta experiência curricular trouxe-me um crescimento pessoal e profissional, que permitiu o aumento e consolidação dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a minha formação. A nível pessoal, pelo autoconhecimento como profissional e pela experiência do contacto com diferentes pessoas, histórias e vivências.

Relativamente às dificuldades sentidas durante o estágio curricular, a maior delas foi, sem dúvida, trabalhar com duas populações e contextos tão diferentes. Esta transversalidade fez com que tivesse que recorrentemente mudar e readaptar o *setting terapêutico* e também a forma de comunicar com as duas faixas etárias.

A relação terapêutica estabelecida com as crianças e com os idosos, foi, sem dúvida, uma aliada à intervenção realizada e contribuiu para o seu sucesso.

Em suma, considero que o trabalho desenvolvido cumpriu os objetivos propostos e que esta experiência foi bastante enriquecedora e desafiante, permitindo o aprofundamento dos saberes da prática psicomotora e evidenciando a relevância de compreendermos a pessoa como um todo, realizando este cruzamento de saberes de diferentes áreas.

VI. Referências Bibliográficas

- Albaret, J. M., & Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Groupe de Boeck.
- Almeida, G. (2008). O contacto com as famílias. *A Psicomotricidade*, 11, 59–66.
- Almeida, G. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de saúde mental infantil. *A psicomotricidade*, 6, 56-64
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5a)*. Artmed Editora.
- Andrade, T. O. (2019). A contribuição da psicomotricidade na aprendizagem da escrita. *Cadernos da Pedagogia*, 13(25).
- Andrade, A. O., de Pádua Machado, A. R., de Moraes, C. R., Campos, M., Naves, K. F. P., & Pessôa, B. L. (2017). Sinais e sintomas motores da doença de Parkinson: caracterização, tratamento e quantificação. *Novas tecnologias aplicadas à saúde: integração de áreas transformando a sociedade*, 282.
- Balestrino, R., & Schapira, A. H. V. (2020). Parkinson disease. *European journal of neurology*, 27(1), 27-42. <https://doi.org/10.1111/ene.14108>
- Ballouard, C. (2011). L'inhibition. In C. Ballouard. *L'aide-mémoire de psychomotricité: En 25 notions* (pp. 75-81). Paris: Dunod.
- Batista, E. C., Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23–38.
- Barbosa, E. R., & Sallem, F. A. S. (2005). Doença de Parkinson: diagnóstico. *Revista neurociências*, 13(3), 158-165.
- Barnhart, R. C., Davenport, M. J., Epps, S. B., & Nordquist, V. M. (2003). Developmental coordination disorder. *Physical Therapy*, 83(8), 722-731.
- Beery, K. E., & Beery, N. A. (2006). *Beery VMI - Administration, Scoring and Teaching Manual 5th Edition*. Pearson.
- Benedetti, G. (2020). La Bolla dell'Autismo: E' necessario abbandonare il concetto sbagliato di autismo e cambiare l'approccio alle difficoltà dello sviluppo psichico dei bambini.
- Bettelheim, B. (2018). *Psicanálise dos contos de fada*. Bertrand Editora. (Obra original publicada em 1976).
- Bezerra, B. R., de Sousa Ibiapina, A. R., Costa, A. P. C., Júnior, J. D. S. A., da Silva, R. A., Campelo, L. L. D. C. R., ... & Memoria, L. V. F. (2020). Terapia de relaxamento muscular de Jacobson em pessoas com ansiedade: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (51).
- Brust, J. C. (2010). Ethanol and cognition: indirect effects, neurotoxicity and neuroprotection: a review. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1540-1557.

Bottino, C. M., de Pádua, A. C., Smid, J., Fegyveres, R. A., Novaretti, T., & Bahi, V. S. (2011). Diagnóstico diferencial entre demência e transtornos psiquiátricos. Critérios diagnósticos e exames complementares. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(1), 91-98.

Brust, J. C. (2010). Ethanol and cognition: indirect effects, neurotoxicity and neuroprotection: a review. *International journal of environmental research and public health*, 7(4), 1540-1557.

Burns, A., Byrne, J., Ballard, C., & Holmes, C. (2002). Sensory stimulation in dementia: an effective option for managing behavioural problems. *Bmj*, 325(7376), 1312-1313.

Carraro, A., & Gobbi, E. (2018). Play fighting to cope with children aggression: A study in primary school. *Journal of Physical Education and Sport*, 18(3), 1455–1458. <https://doi.org/10.7752/jpes.2018.03215>

Carvalho, J., Pinto, J., & Mota, J. (2007). Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Rev Port Cien Desp*, 7(2), 225-31.

Charney, A., Camarate, S., & Chern, A. (2021). Potential impact of the covid-19 pandemic on communication and language skills in children. *Otolaryngology – Head and Neck Surgery*, Vol. 165(1) 1–2. Doi: 10.1177/0194599820978247 <http://otojournal.org>

Costa, J. (2008). Um olhar para a criança: psicomotricidade relacional. Lisboa. Trilhos Editora.

Costa, B. I. M. (2019). *A relação entre o Desempenho Motor e o Desempenho Visuo-Motor, em crianças entre os 4 e os 6 anos* (Master's thesis, Universidade de Évora).

Corso, M., & Corso, D. L. (2006). *Fadas no Divã Psicanálise nas histórias infantis*. Artmed Editora.

Cruz, M. V., & Mazaira, M. C. (2003). Escala de Evaluación de la Psicomotricidade en Preescolar (4ª ed.). TEA Ediciones, Madrid.

da Silveira, F. M. (2021). Alterações Neuropsicológicas na demência por corpos de Lewy. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 7(7), 126-140.

Durmuşoğlu Saltalı, N. (2021). Risk factors of the covid-19 pandemic in the development of preschool children and protective factors. *Journal of Teacher Education and Lifelong Learning*, 3(1), 1-8. Doi: 10.51535/tell.855775

Delion, P., & Golse, B. (2004). Instabilité psychomotrice chez l'enfant. Histoire des idées et réflexions actuelles. *EMC-Psychiatrie*, 1(1), 33-42.

Ebert, K. D., Rak, D., Slawny, C. M., & Fogg, L. (2019). Attention in bilingual children with developmental language disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(4), 979-992.

Espadinha, C., Branquinho, C., & Morais, A. (2021). *Gerontopsicomotricidade: Manual de Apoio ao Psicomotricista*. Edições FMH.

Fechine, B. e Trompieri, N. (2012). O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace – Revista Científica Internacional*. Edição 20, vol. 1, artigo n.º 7, janeiro/março.

Fernandes, J. M. G. de A., Gutierrez Filho, P. J. B., & Rezende, A. L. G. D. (2018). Psicomotricidade, jogo e corpo-em-relação: contribuições para a intervenção. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(3), 702-709.

Fernandes, J. (2012). Abordagem emergente em psicomotricidade. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 1–12). Manole.

Fernandes, J. (2014). A gerontopsicomotricidade como práxis terapêutica de mediação corporal. *Journal of aging and innovation*. Vol.3. 3º edição. <http://hdl.handle.net/10174/13634>

Fernandes, J. (2015). Das abordagens emergentes em psicomotricidade às atualidades da prática psicomotora. *Atualidades da prática psicomotora*. Rio de Janeiro: Wak, 19-28

Fernandes, J., Veiga, G., & Gutierrez Filho, P. (2022). Psicomotricidade e paradigma da complexidade. *Psicologia e Saúde em debate*, 8(1), 363-377.

Fernandes, J. & Veiga, G. (2020). Um olhar psicomotor sobre o Envelhecimento. In F. Mendes, C. Pereira, & J. Bravo, (Orgs.). *Envelhecer em Segurança no Alentejo. Compreender para Agir* (pp. 167-178). ESACA.

Fonseca, V. D. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção psicopedagógica*, 18(17), 42-52.

Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora – significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora editora.

Fonseca, V., & Oliveira, J. (2009). *Aptidões psicomotoras e de aprendizagem*. Âncora editora.

Francisco, A., Reis, C., Dragão, F., Alcobia, I., Antunes, A. P., & Santos, S. (2019). As competências psicomotoras e a qualidade de vida nos idosos com e sem demência. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (44), 53-69.

Giromini, F. (2017). La spécificité de la médiation en psychomotricité. *Enfances Psy*, 4, 51–60.

Giromini-Mercier, F., Robert-Ouvray, S., Pavot-Lemoine, C. & Vachez-Gatecel, A (2022). *La Psychomotricité*. QUE SAIS-JE.

Jay, T., & Betenson, J. (2017). Mathematics at your fingertips: testing a finger training intervention to improve quantitative skills. In *Frontiers in Education* (Vol. 2, p. 22). Frontiers. DOI: <https://doi.org/10.3389/feduc.2017.00022>

Juhel, J. (2010). *La psychomotricité au service de la personne âgée* (1er Ed.). Québec: PUL et Chronique Sociale.

Llauradó, C. C. (2007). El diálogo tónico y la construcción de la identidad personal. *Revista Iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (25), 5-30.

Liotard, D. (1999). La personne âgée: du comportement à l'acte imaginé. In *Psychomotricité* (pp. 239-248).

Martins, R. (2015). O Corpo como Primeiro Espaço de Comunicação O Diálogo TónicoEmocional no Nascimento da Vida. *PsiLogos: Revista Do Serviço de Psiquiatria Do Hospital Fernando Fonseca*, 13(1), 34-43.

Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental – O corpo como ponte entre a emoção e a razão. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.

Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade–As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. *Progressos em psicomotricidade*, 29.

Matias, A., & Morais, A. (2011). La Psychomotricité au Portugal. *Psychomotricité*.

Melchior, M., Barry, K., Cohen, D., Plancoulaine, S., Bernard, J. Y., Milcent, K., ... & Charles, M. A. (2022). TV, computer, tablet and smartphone use and autism spectrum disorder risk in early childhood: a nationally-representative study. *BMC Public Health*, 22(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13296-5>

Misès R, & Quemada N. (2012) *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent/Classification internationale des troubles mentaux et du comportement*. Paris: CTNERHI; (5^o. ed).

Morais, A. (2007). Psicomotricidade e promoção da qualidade de vida em idosos com doença de Alzheimer. *Revista a psicomotricidade*, 10, pp.25 – 33

Morais, A., Fiúza, R., Santos, S. & Lebre, P. (2011). *Exame Geronto-Psicomotor (EGP)*. Lisboa: Editora Hogrefe.

Moura, G. H. S. (s/d). *Relação Existente entre Psicomotricidade e Aprendizagem: Uma Visão Psicopedagógica*. São Paulo: Centro Universitário Adventista de São Paulo.

Moutinho, G. V. (2012). A psicomotricidade na transformação do agir. In J. M. G. de A. Fernandes, & P. J. B. Gutierrez Filho (Eds.), *Psicomotricidade: abordagens emergentes* (pp. 45-57). Manole.

Naglieri, J. A. (1988). *Draw-A-Person: A quantitative scoring system*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Norelli, S. K., & Krepps, J. M. (2019). *Relaxation Techniques*. [Updated 2019 Jan 10]. *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Numata-Uematsu, Y., Yokoyama, H., Sato, H., Endo, W., Uematsu, M., Nara, C., & Kure, S. (2018). Attachment Disorder and Early Media Exposure: Neurobehavioral symptoms mimicking autism spectrum disorder. *The journal of medical investigation: JMI*, 65(3.4), 280–282. <https://doi.org/10.2152/jmi.65.280>

Olalla, M. D. G. (2011). Una experiencia de psicomotricidad en la tercera edad. *Entre líneas: revista especializada en psicomotricidad*, (27), 18-23.

Oslin, D., Atkinson, R. M., Smith, D. M., & Hendrie, H. (1998). Alcohol related dementia: proposed clinical criteria. *International journal of geriatric psychiatry*, 13(4), 203-212.

Pereira, C., Rosado, H., Cruz-Ferreira, A., & Marmeleira, J. (2018). Effects of a 10-week multimodal exercise program on physical and cognitive function of nursing home residents: a psychomotor intervention pilot study. *Aging clinical and experimental research*, 30, 471-479.

Pereira, E. D. B. (2014). Manifestação da psicomotricidade em técnicas de educação corporal e somática da atualidade. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 14(2).

Petiz, E. (2002) A atividade física, equilíbrio e quedas. Um estudo em idosos institucionalizados. Tese de Mestrado, não publicada, Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física da Universidade do Porto.

Pinto, J. O., Dores, A. R., Geraldo, A., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2020). Sensory stimulation programs in dementia: A systematic review of methods and effectiveness. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(12), 1229-1247.

Pombo, A.; Luz, C.; de Sá, C.; Rodrigues, L.P., & Cordovil, R. (2021) Effects of the COVID-19 Lockdown on Portuguese Children's Motor Competence. *Children*, 8, 199. <https://doi.org/10.3390/children8030199>

Rigal, R. (2009) La Psychomotricité. Em Rigal, R (Eds.), *Éducation Motrice et l'Éducation Psychomotrice au Préscolaire et au Primaire* (pp. 1-23). Québec: Presses de l'Université du Québec

Rodrigues, C. (2015). Demência dos Corpos de Lewy: Revisão de Estudos. *O Portal dos Psicólogos*, 1-8.

Rodriguez, M. (2019). Médiations thérapeutiques et techniques spécifiques en psychomotricité. Em A. Vachez-Gatecel & A. Valentin-Lefranc (2019). *Le Grand Livre des pratiques psychomotrices: Fondements, domaines d'application, formation et recherche*. Dunod.

Rodríguez, J. S., & Llinares, M. L. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*.

Russo, R. C. (2023). Autismo e Síndromi com Espectro Autístico. Centro Studi Di Psicomotricità Psicologia e Neuropsichiatria Infantile. <http://staging.sbangnewyork.it/cspni/autismo/>

Saint-Cast, A. (2004). Modalidade de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7–21.

- Santos, A. C. A. (2015). *Psicomotricidade* (Doctoral dissertation).
- Sánchez, P. A., & Martínez, M. J. B. (2000). Guía para la observación de los parámetros psicomotores. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). Lidel.
- Silva, J. M., & Santos, J. C. (2020). A influência do jogo simbólico no setting psicoterapêutico à luz da psicomotricidade relacional. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(1), 66-80.
- Souad Faridi-Corbet (2018). *Accompagnement en psychomotricité d'enfants avec des difficultés scolaires*. Médecine humaine et pathologie.
- Strøm, B. S., Ytrehus, S., & Grov, E. K. (2016). Sensory stimulation for persons with dementia: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 25(13-14), 1805-1834.
- Tavares, A. e Azeredo, C. (2003). Demência com corpos de Lewy: Uma revisão para o psiquiatra. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30(1), 29-34.
- Tayaa, S., Berrut, G., Seigneurie, A. S., Hanon, C., Lestrade, N., Limosin, F., & Hoertel, N. (2020). Diagnostic et prise en charge de la dépression chez le sujet âgé [Diagnosis and management of depression in the elderly]. *Gériatrie et psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 18(1), 88-96.
- United Nations. (2020). *World Ppopulation Ageing*.
- Vaivre-Douret, L. (2006). *NP-MOT, Batterie d'évaluations des fonctions neuro-psychomotrices de l'enfant*. Paris:ECPA
- Vaivre-Douret, L. (2007). Troubles d'apprentissage non verbal: les dyspraxies développementales. *Archives de pédiatrie*, 14(11), 1341-1349. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2007.06.034>
- Vázquez, S., Mila, J. (2014). Gerontopsicomotricidad y enfermedad de Alzheimer: Un modelo de atención al binómio Paciente – Cuidador. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 39, 59-77.
- Vecchiato, M. (2003). *Terapia psicomotora*. Editora da Universidade de Brasília.
- Veiga, G., De Leng, W., Cachucho, R., Ketelaar, L., Kok, J. N., Knobbe, A., ... & Rieffe, C. (2016). Social competence at the playground: Preschoolers during recess. *Infant and Child Development*, 26(1). <https://doi.org/10.1002/icd.1957>
- Vieira, C. (2013). Demências. In M. Figueira, D. Sampaio e P. Afonso (Eds). *Manual de Psiquiatria* (pp. 213-235). Lisboa, Portugal: Lidel.
- Willinger, U., Brunner, E., Diendorfer-Radner, G., Sams, J., Sirsch, U., & Eisenwort, B. (2003). Behaviour in children with language development disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(9), 607-614.

World Health Organization (WHO). (2011). International statistical classification of diseases and related health problems – 10th revision (ICD-10). (10th ed.).

Zwicker, J. G., Missiuna, C., Harris, S. R., & Boyd, L. A. (2012). Developmental coordination disorder: a review and update. *European Journal of Paediatric Neurology*, *16*(6), 573-581.

Zero to Three (2005). Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition. Washington: ZERO TO THREE Press.

VII. Anexo

A. Exemplo de reflexão

Sessão individual realizada no dia 19 de março de 2023 com o estudo de caso II

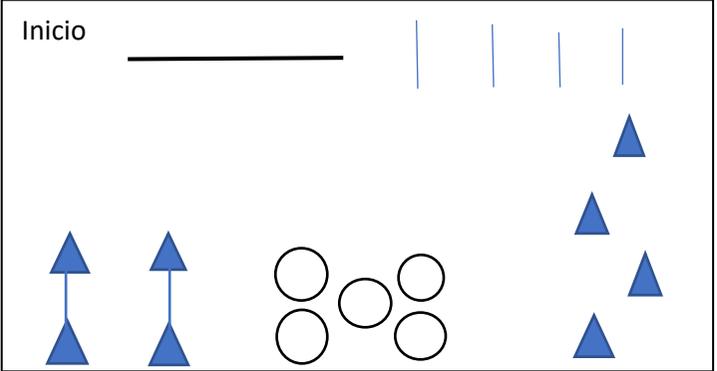
No período da tarde, das 14h às 14h50 realizou-se a sessão individual do Ivan. Começou com o ir buscar o Ivan à sala para irmos a sala de estimulação. No caminho a criança ia a lembrar-se do que tínhamos prometido na sessão passada (jogo dos zombies e do Batman). Assim que entrámos no espaço da sessão, a criança quis imediatamente construir uma casa para nos protegermos dos zombies. A casa foi construída de forma bastante lógica, com paredes, janelas e uma porta. Quando a casa já estava construída, entrámos para dentro da mesma e a criança disse que éramos amigos e que o mesmo era um menino e a psicomotricista uma menina. Era de noite e iam dormir, deitámo-nos um ao lado e do outro e a criança começou a fazer barulhos, dizendo que eram os monstros. Passado pouco tempo o Ivan disse que já era de dia, levantando-se e dirigiu-se para a “rua”. Já na rua, referiu que tinha visto uma camisola do monstro, descrevendo-a como branca e preta. Nesse momento, a criança começa com um discurso de que precisa de matar os monstros para eles não fazerem mal a uma pessoa que ia na rua. Foi então que sugeri que podíamos assustar o monstro e salvar a pessoa. A criança aceitou a sugestão e fingiu ir buscar a pessoa e levá-la para dentro de casa. Depois gritou para que eu fugisse do monstro e fosse para dentro de casa. Na casa, a criança sugeriu que podíamos ser uma família. Eu era a mãe, ele o filho e a “pessoa” era o pai. A criança refere que queria brincar com o pai, mas que este estava a dormir. Eu perguntei se eu podia brincar e o mesmo respondeu afirmativamente. Começámos a brincar com as bolas, atirando um para o outro. Entretanto ficou de noite e a criança disse: “Oh não, o pai agora está na minha cama”. Aí referi que ele se podia deitar com o pai ou comigo e a criança optou por se deitar ao meu lado, ficando colados um ao outro. É nestes pequenos momentos que consigo ver que a criança aceita com maior facilidade a minha proximidade e o meu toque. Posteriormente, a criança refere que tem um amigo e deu-lhe o “Gustavo”. Aí começou a fazer das duas crianças. Deste modo, fazia uma pergunta ao Gustavo e depois assumia o papel do Gustavo e respondia ao Ivan e assim sucessivamente. A criança manteve-se nesse registo durante algum tempo. Eu ia-me envolvendo, juntando-me às falas. Referi que a sessão estava quase a terminar e a criança ainda disse que tínhamos de consertar os monstros maus para ficarem bons. Foi então que o menino quis assumir o papel do monstro e ser consertado.

No final da sessão, não foi preciso dizer para começar a arrumar, uma vez que começou logo a arrumar. Também foi a primeira sessão que conseguiu abotoar o bibe todo sem pedir uma única ajuda.

B. Exemplo de plano de sessão

Local: ERPI	Data: 13.02.2023	Duração: 45 min
Público-alvo: Idosos		
Objetivos gerais: Promover a socialização Melhorar o equilíbrio Promover a discriminação visual		

	Descrição da atividade	Objetivos específicos	Material	Duração
Ritual de entrada	Em roda, é perguntado como estão e o que foi realizado na sessão anterior. De seguida, faz-se uma breve contextualização temporal: dia do mês, dia da semana, mês, estação do ano, nome da instituição, local em que nos encontramos, distrito, etc. Posteriormente, é realizada uma breve explicação sobre as sessões e quais as atividades que se vão realizar	-Situat no tempo; -Preparação para a sessão;		5'
Ativação corporal	O grupo deverá sacudir todos os membros do corpo, como se recebesse um impulso elétrico. Começando com oito sacudidas do braço direito, depois oito sacudidas da esquerda, oito sacudidas da perna direita, depois oito sacudidas da esquerda. Depois é seguido por uma rodada de quatro batidas em cada membro, depois duas, depois uma. A sacudida final é especialmente enérgica.	-Ativar os segmentos corporais		5'
Atividade 1	<u>Atividade1</u> Realizar um circuito e no final do circuito completar a máscara de Carnaval, com a outra metade.	-Melhorar o Equilíbrio dinâmico	-Fita cola colorida -5 arcos	15'

	<p>Início</p> 	<p>-Estimular a identificação e discriminação visual</p> <p>-Promover a capacidade de planeamento</p>	<p>-8 pinos</p>	
	<p><u>Retorno à calma</u></p> <p>É colocada uma música. De seguida, é pedido que se foquem na sua respiração. No ar a entrar e a sair. Na barriga a encher e a esvaziar.</p>	<p>-Promover o retorno à calma</p>		
	<p><u>Ritual de saída</u></p> <p>São colocadas as seguintes questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que foi feito? - O que gostaram mais/menos? - O que acharam mais fácil/difícil? - Que alterações propõem na atividade realizada? <p>No fim, agradecemos aos participantes pela sua disponibilidade e damos por terminada a sessão.</p>	<p>-Refletir sobre os momentos vividos</p>		