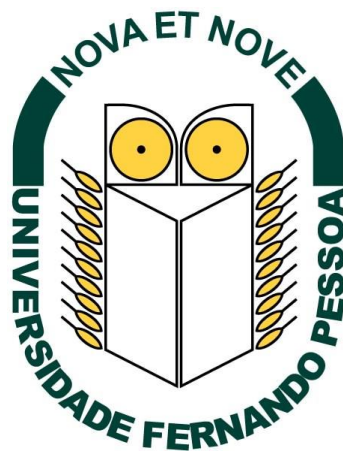


Ana Rita Vintém da Silva



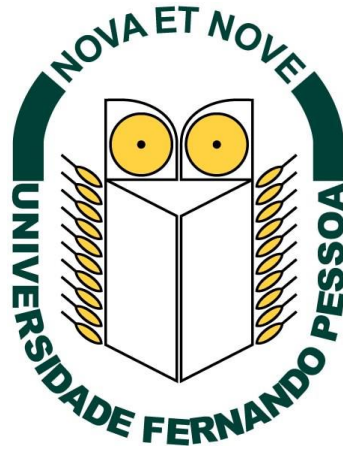
## A importância da intervenção psicomotora em idades precoces: estudo de caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015



Ana Rita Vintém da Silva



# A importância da intervenção psicomotora em idades precoces: estudo de caso

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Ana Rita Vintém da Silva

# A importância da intervenção psicomotora em idades precoces: estudo de caso

Certifico a originalidade do trabalho

---

(Rita Vintém)

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

## Resumo

Este projeto teve como principal objetivo verificar os efeitos de uma intervenção psicomotora precoce no neurodesenvolvimento de uma criança, após 23 sessões de Psicomotricidade. Tratou-se de um estudo de caso, do tipo pré-experimental e a amostra foi constituída por uma criança em idade pré-escolar, do género masculino, acompanhada na Clínica Pedagógica da Universidade Fernando Pessoa e a sua família direta.

Os instrumentos utilizados foram a escala de *Avaliação das competências no Desenvolvimento Infantil Schedule of Growing Skills II* e uma versão adaptada da Escala de Satisfação das Famílias, constituída pelas questões que se justificam de acordo com o objetivo da investigação. No final foi solicitado à mãe que responde-se a um questionário, a fim de avaliar o grau de satisfação relativamente à intervenção.

Os resultados obtidos no final do estudo demonstram uma evolução positiva em todas as áreas de competências, apesar de ainda estarem presentes imaturidades no neurodesenvolvimento. A discrepância relativa ao que é esperado para a sua idade cronológica foi reduzida comparativamente aos dados recolhidos na avaliação inicial. A área onde houve melhorias notórias foi nas competências visuais, tendo também melhorias em termos das competências locomotoras, manipulativas, fala e linguagem. Nas competências de audição e linguagem, autonomia e cognição, a evolução não foi tão notória, apesar de existente. Por sua vez, nas competências de interação social manteve-se na mesma faixa etária da avaliação inicial. Assim sendo, pode concluir-se que o programa de intervenção traçado para esta criança, trouxe ganhos no neurodesenvolvimento, resultando numa melhoria nas áreas de competências avaliadas, sem excluir a hipótese de que as melhorias podem estar relacionadas com fatores de ordem maturacional, características do processo de desenvolvimento.

Relativamente ao grau de satisfação das famílias sobre a intervenção realizada com o filho, demonstraram estar muito satisfeitos tanto ao nível do apoio à criança e aos pais, como ao nível da relação entre os pais e a terapeuta.

**Palavras-chave:** Intervenção psicomotora precoce; neurodesenvolvimento; satisfação da família.

### **Abstract**

The project's main goal was to verify the effects of an early psychomotor intervention in the neurodevelopment of a child after 23 Psychomotricity sessions. This was a pre-experimental study case and the sample is composed of a male preschooler child, who is attending the Pedagogical Clinic of the University of Fernando Pessoa, as well as his nuclear family.

The instruments used were the *Schedule of Growing Skills II* and an adapted version of the Schedule of Family Satisfaction, composed by the questions which are fit to be posed in accordance with the goal of this project was also used. At the end, the mother was asked to fill up a questionnaire, in order to evaluate the level of satisfaction obtained by the intervention itself.

The results obtained at the end of the study show a positive tendency in the evolution of all skill areas, even though the neurodevelopment of the child in question still shows some immaturity. The discrepancy between what is expected from a child with this chronological age and the data gathered in the initial evaluation was reduced. The area that showed the most significant improvements was visual, but there were also notable improvements in the locomotor, manipulative and speech & language areas. In the hearing & language, self-care social and cognitive areas, evolution was not so great, although present. The interactive social area remained in the same age group as when the initial evaluation was made. Thus we can conclude that the intervention programme

designed for this child brought about gainings in terms of neurodevelopment, resulting in a betterment of the evaluated skill areas, not excluding that they can be related to aspects of maturational order, which are natural to the development process.

Pertaining the level of satisfaction of the family with the intervention suffered by their child, they have showed much satisfaction both in terms of the support provided to the child and themselves, as well as with the relationship developed between the parents and the therapist.

**Keywords:** Early psychomotor intervention, neurodevelopment; family satisfaction.

## **Agradecimentos**

Muito obrigada à minha mãe, não só por me proporcionar toda a formação académica, mas sobretudo pelo apoio incondicional neste percurso. Assim como ao meu irmão, que pela sua condição despertou o meu interesse sobre esta área.

Agradeço à minha orientadora Mestre Gabriela Almeida, à Professora Andreia Castro e à Professora Susana Marinho pela disponibilidade, compreensão, ensinamentos e conselhos que me transmitiram.

Sou muito grata a todos os meus professores que até ao momento, foram mediadores de valiosos conhecimentos.

À criança e seus pais presentes neste estudo, pela simpatia, disponibilidade e assiduidade ao longo da intervenção.

Aos meus amigos mais chegados que estiveram presentes durante este percurso, que me ouviram, que me apoiaram e me incentivaram.

A todos, a minha sincera gratidão!

## Índice

I.	Introdução.....	12
II.	Fase conceptual.....	14
2.1.	Questões de investigação .....	14
2.2.	Objetivo .....	14
2.3.	Variáveis .....	14
2.4.	Fundamentação teórica .....	15
2.4.1.	Intervenção precoce .....	15
2.4.2.	Psicomotricidade na intervenção precoce.....	16
2.4.3.	Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor .....	21
III.	Fase Metodológica.....	24
3.1.	Tipo de estudo.....	24
3.2.	Caraterização da amostra .....	25
3.3.	Instrumentos utilizados .....	25
3.4.	Plano de intervenção .....	26
3.5.	Fundamentação teórica dos objetivos de intervenção.....	27
3.6.	Considerações éticas .....	31
IV.	Fase Empírica .....	32
4.1.	Resultados da Avaliação Inicial.....	32
4.2.	Resultados da Avaliação Final.....	34
4.3.	Análise Comparativa dos Resultados da Avaliação Inicial e da Avaliação Final.....	36
4.4.	Resultados da Avaliação da Satisfação das Famílias.....	38
4.5.	Discussão dos Resultados .....	38
V.	Conclusão.....	43
VI.	Referências Bibliográficas.....	45
VII.	Anexos.....	51
	Anexo 1. Cronograma.....	51

Anexo 2. Projeto pedagógico terapêutico .....	52
Anexo 3. Adaptação da Escala de Satisfação das Famílias .....	55
Anexo 4. Consentimento informado aos tutores.....	60

## **Índice de tabelas e gráficos**

Quadro 1 – Resultados quantitativamente da avaliação inicial, pela SGS-II

Quadro 2 - Resultados quantitativamente da avaliação final, pela SGS-II

Gráfico 1 – Resultados obtidos na SGS-II, meses por áreas de competências no Pré-teste e no Pós-teste

Gráfico 2 – Resultados obtidos na SGS-II, pontos por áreas de competências no Pré-teste e no Pós-teste

## **I. Introdução**

A primeira infância é um período caracterizado por grandes alterações neurológicas, psicológicas e motoras, normalmente designadas de desenvolvimento psicomotor. É por isso essencial que uma intervenção seja realizada nos primeiros anos de vida, devido à elevada plasticidade cerebral, que vai possibilitar mais ganhos no desenvolvimento. Fonseca (2005) descreve o desenvolvimento como um processo dinâmico e contínuo ao longo da vida, resultado de relações e influências recíprocas e sistémicas entre a atividade psíquica e atividade motora.

É neste sentido, que tendo em conta que o desenvolvimento e as aprendizagens precoces estabelecem alicerces para um desenvolvimento posterior de comportamentos e competências mais complexas, a intervenção psicomotora numa perspetiva preventiva pretende potencializar, estimular e maximizar o desenvolvimento, adequando e adaptando as capacidades da criança de ser, estar e de agir consigo mesmo e com o ambiente (Fonseca, 2005).

A escolha do tema intervenção psicomotora em idades precoces, deve-se ao fato de vários estudos (ex., Magill, 1988; Malina, 1993, cit. por Lopes & Maia, 2000) demonstrarem que a aprendizagem apresenta períodos críticos, caracterizada por uma janela aberta de oportunidades para aprender determinados comportamentos, sejam motores, cognitivos ou até mesmo socio-emocionais, principalmente nos primeiros anos de vida, sendo assim devesas pertinente a abordagem da intervenção psicomotora em idades precoces. O conceito de período crítico assume, portanto, que as mudanças associadas ao crescimento, maturação e desenvolvimento ocorrem com maior rapidez e que o processo organizacional pode mais facilmente ser modificado durante esses períodos.

O presente projeto pretende realçar a importância de uma intervenção psicomotora precoce numa criança com atraso ou imaturidade global do neurodesenvolvimento, acompanhada na Clínica Pedagógica da Universidade Fernando Pessoa.

A psicomotricidade privilegia o jogo terapêutico como forma de intervenção, assim ao longo de vinte e três sessões de intervenção dadas de Junho de 2015, foram realizadas atividades de base relacional e lúdica, a fim de potenciar todas as áreas do neurodesenvolvimento, recorrendo a material lúdico e diversificado, tais como bolas, arcos, módulos de esponja, tecidos, entre outros que funcionem como mediadores para a intervenção.

Pelo fato da família ser um foco importante no que se refere à intervenção precoce, no final da mesma foi aplicado um questionário aos pais, adaptação da Escala de avaliação da satisfação das famílias (Cruz et al. 2003), com o objetivo de analisar o seu grau de satisfação em relação aos resultados do programa implementado ao filho.

Este projeto está organizado em três partes. Tem como ponto de partida, uma abordagem teórica e uma revisão bibliográfica sobre aspetos relevantes para a compreensão, contextualização e fundamentação do estudo. Na segunda parte apresenta-se todo o processo metodológico utilizado na organização empírica do trabalho de investigação, sendo descrito o tipo de estudo, a caracterização da amostra, os instrumentos e procedimentos de avaliação, o plano de intervenção e as questões éticas salvaguardadas ao longo de todo o processo de investigação. Na terceira parte são apresentados os resultados obtidos no pré-teste e no pós-teste, tendo como objetivo comparar os resultados obtidos antes e após a intervenção psicomotora e posteriormente é feita a discussão dos mesmos. No final são feitas as conclusões gerais do estudo.

## **II. Fase conceptual**

### **2.1. Questões de investigação**

Com o intuito de compreender ou explicar um fenómeno de investigação, inicialmente é necessário partir de uma determinada pergunta, dificuldade ou problema a fim de procurar uma resposta (Almeida & Freire, 2007).

O presente trabalho teve como origem a duas questões de investigação: Qual o efeito de um programa de intervenção psicomotora precoce no neurodesenvolvimento de uma criança em idade pré-escolar? Qual o grau de satisfação das famílias sobre a intervenção psicomotora?

### **2.2. Objetivo**

Tendo em consideração o referencial teórico do presente projeto, pretendeu-se analisar o efeito de um programa de intervenção psicomotora precoce no neurodesenvolvimento e a satisfação daí resultante no contexto familiar.

O que se pretende com este projeto não é a generalização, mas sim a relevância da intervenção num caso específico, ou seja, os dados obtidos não podem ser transpostos para a população em geral.

### **2.3. Variáveis**

As variáveis são a realidade observável, os fatores intervenientes no estudo, que após a definição das suas relações possibilita a formulação de hipóteses. É importante que estas

sejam identificadas, na medida em que podem influenciar os resultados e assim a validade interna da intervenção. Uma forma de analisar as variáveis é de acordo com o papel ou estatuto que elas desempenham (Almeida & Freire, 2007).

Deste modo, surgem as variáveis dependentes, sendo definidas como as características que surgem ou sofrem alterações quando o investigador aplica, suprime ou modifica a variável independente (Almeida & Freire, 2007), neste caso são as áreas do neurodesenvolvimento (motricidade global e motricidade fina, linguagem, cognição verbal e não-verbal, autonomia pessoal e socialização), e a satisfação da família. As variáveis independentes são referentes aos aspetos ou características que o investigador manipula deliberadamente a fim de conhecer o seu impacto na variável dependente (Almeida & Freire, 2007), sendo então o programa de intervenção psicomotora precoce. Para garantir a validade interna foram também identificadas as variáveis mediadoras, que apesar de serem alheias aos experimentos, poderão influenciar positivamente ou negativamente os resultados (Almeida & Freire, 2007). Assim sendo, como variáveis mediadoras ressaltam-se o fato do experimentador e investigador serem a mesma pessoa, onde as expectativas do mesmo podem ter alguma influência. O envolvimento familiar, as atividades motoras e outras terapias, nomeadamente a terapia da fala que a criança frequenta, como também o processo maturacional típico do desenvolvimento humano.

## **2.4. Fundamentação teórica**

### **2.4.1. Intervenção precoce**

De acordo com Dunst (2007), a Intervenção Precoce pode ser definida como o conjunto de serviços, apoios e recursos necessários para dar resposta tanto às necessidades específicas de cada criança, como às necessidades das suas famílias, tendo como objetivo a promoção do desenvolvimento da criança. Inclui assim, atividades e oportunidades com vista a incentivar a aprendizagem e o desenvolvimento da criança, assim como o suporte

e apoios às famílias para que elas tenham um papel ativo neste processo (Dunst & Bruder, 2002, cit. in Almeida, 2004).

A intervenção precoce abrange crianças até aos seis anos de idade, sendo definida no Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de Outubro, como o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e de reabilitação, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social.

Segundo Blakemore e Frith (2005), existem dois aspetos que fundamentam a importância de uma intervenção precoce, primeiro o fato de que nos primeiros anos de vida há uma maior plasticidade neural, existindo períodos sensíveis no desenvolvimento que correspondem a mudanças subtis na capacidade de adaptação do cérebro às experiências vividas. Por sua vez, o desenvolvimento cerebral depende tanto da parte genética como das experiências ambientais que lhe são proporcionadas.

#### **2.4.2. Psicomotricidade na intervenção precoce**

“A Psicomotricidade é uma área de estudo transdisciplinar que consiste numa intervenção feita por mediação corporal e expressiva, na qual o psicomotricista estuda e compensa a expressão motora inadequada ou inadaptada, em diversas situações, que podem estar relacionadas com problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo” (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2012).

A Psicomotricidade estuda e investiga as relações e influências, recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo e a motricidade (Fonseca, 2005). Caracterizando-se por uma ciência nova, cujo objeto de estudo é o homem nas suas relações com o corpo em movimento e a sua expressão dinâmica, partindo da articulação entre movimentos, corpo e relação (Nicola, 2004).

Segundo o Fórum Europeu de Psicomotricidade, a Psicomotricidade está baseada numa visão holística do ser humano, havendo uma unidade de corpo e mente, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e físicas na sua capacidade de ser, de estar e de agir num contexto psicossocial. Assim sendo, a Psicomotricidade conceitua-se como ciência da Saúde e da Educação, na medida em que visa a representação e expressão motora, através da utilização psíquica e mental do indivíduo (Ajuriaguerra, cit. in Lussac, 2008).

Em síntese, a psicomotricidade tem como finalidade principal o estudo da unidade e da complexidade humana, por meio das relações funcionais ou disfuncionais, entre o psiquismo e a motricidade, nas suas múltiplas manifestações biopsicossociais e nas diferentes expressões, envolvendo simultaneamente a investigação, a observação e a intervenção ao nível das suas dissociações, desconexões, perturbações ou transtornos ao longo de todo o processo de desenvolvimento (Fonseca, 2005).

Assim e de acordo com Alcinda Almeida (2013) a psicomotricidade estuda a criança observando o seu corpo em movimento, interpretando a sua ação em contexto físico e humano, estudando o dinamismo dialético evolutivo, nas dimensões filogénicas, ontogénicas e sociogénicas, intrínsecas e extrínsecas, entre a criança e os contextos em que está inserida, nos sucessivos fragmentos temporais. A mesma autora refere que intervenção psicomotora inclui estratégias e atividades de desempenho motor, acrescentando a dimensão psicológica, relacional e afetiva (Almeida, 2013).

Segundo João dos Santos (cit. in Branco, 2013) a Psicomotricidade é a expressão corporal do funcionamento psíquico, é o que no comportamento humano se refere à expressão corporal das emoções, sentimentos, vivências, fantasias e pensamentos. Por sua vez, Vitor da Fonseca (2005) refere que o dinamismo motor e o psíquico encontram-se interrelacionados, sendo que o ato motor interfere com a integração, com a representação e com a elaboração psíquica, reorganizando e reestruturando todos os níveis de relação entre o organismo e os ecossistemas onde ele se situa e se desenvolve, passando

progressivamente a processos de diferenciação cada vez mais complexos entre as funções motoras, emocionais e cognitivas, funções estas profundamente integradas nos processos de aprendizagem não-verbal e verbal.

É neste sentido que os instrumentos de trabalho em psicomotricidade são constituídos pelo próprio corpo, o espaço de relação, o espaço físico, o tempo, os ritmos das sessões e os vários objetos disponíveis, fundamentais, pois para além de serem eficazes na atmosfera lúdica e de jogo, são prolongamentos e mediadores entre a pessoa e a relação terapêutica (Martins, 2001).

A psicomotricidade baseia-se no jogo e na relação corporal, como realidades que unem e fazem conviver os processos primários com os secundários, os núcleos psicoafectivos e emocionais com os cognitivos mais racionais, onde é expressa tanto a comunicação verbal como a não-verbal (Vecchiato, 2003). As práticas fundamentadas nas conceções psicomotoras consideram o ser humano na totalidade, tendo em conta os determinantes biológicos e culturais da criança, contribuindo dialeticamente na construção do motor (corpo), da mente (emoção) e da inteligência (Borges & Blumer, 2010). O jogo como forma de intervenção, que para além de poder abranger áreas motoras e cognitivas permite a libertação da espontaneidade da criança. Através da atividade lúdica e do jogo, a criança forma conceitos, seleciona ideias, estabelece relações lógicas, integra perceções, faz estimativas compatíveis com o seu crescimento físico e o seu desenvolvimento global (Kamila, et al. 2010).

O jogo assume um papel fundamental na intervenção psicomotora, na medida em permite o envolvimento e interação da criança com a terapeuta, com os materiais e com o meio envolvente. Neste sentido o jogo sensorio-motor permitirá uma tomada de consciência dos seus contornos corporais, desenvolver as suas capacidades perceptivas e encontrar o prazer do movimento. Para jogar é necessário uma certa integração e interação sensorial, ao mesmo tempo que é preciso uma certa elaboração motora e adaptativa, componentes inerentes a uma organização neuronal e a uma mobilidade imaginativa já mais complexa,

em que a ação assume uma função muito íntima com a significação e a representação (Fonseca, 2005).

Uma das propostas essenciais da psicomotricidade é de proporcionar situações à criança onde passa a ser concebida como um ser ativo, em desenvolvimento com potencial para se superar e criar novas possibilidades e novos comportamentos para a sua própria auto-organização (Machado & Tavares, 2010).

Partindo das dimensões mais motoras até as estritamente relacionais, a psicomotricidade oferece um paradigma de intervenção específica e uma proposta de modelação que envolve diversas áreas da intervenção precoce (Gras, 2004). Sendo uma terapia corporal que usa o movimento, é ideal para intervir com crianças, estimulando todas as áreas do desenvolvimento, assim como promove a motivação e o interesse na aprendizagem.

As experiências relacionais positivas contribuem para a formação e estruturação psicoafetiva, proporcionando um sentimento de bem-estar, aumento da motivação e facilidade na aprendizagem (Almeida, 2005), sendo estas essenciais para que a criança se desenvolva e se adapte ao seu meio envolvente.

O desenvolvimento psicomotor é uma área crucial no desenvolvimento global da criança, entendido como um processo dinâmico e complexo, conseqüente da interação entre fatores genéticos e ambientais, que se baseia na evolução biológica, psicológica e social, resultando na maturação orgânica e funcional do sistema nervoso, bem como no desenvolvimento de funções psíquicas e na estruturação da personalidade (López, Sánchez & Ibáñez, 2004).

Para Ajuriaguerra e Angellergues (1962, cit. in Fonseca, 2005) a evolução da criança é sinónimo de consciencialização e conhecimento cada vez mais profundo do seu corpo, ou

seja do seu Eu total, pois é através deste que a criança elabora todas as suas experiências vitais e organiza a sua personalidade única, total e evolutiva. Segundo os mesmos autores a somatognosia está intimamente ligada e interrelacionada com a evolução dos movimentos intencionais, isto é, a tomada de consciência do corpo como realidade vivida e convivida. Neste caso o sentir encontra-se mais ou menos identificado com o agir do corpo, por este meio, o cérebro recebe, organiza e sente as informações do mundo exterior, e a partir delas comanda as ações intencionais (Paillard, 1980, cit. in Fonseca, 2005).

O desenvolvimento psicomotor, em primeiro lugar, é determinado por um desenvolvimento neurológico normal, e em segundo lugar pela experiência vivenciada pelo próprio corpo, ou seja, as capacidades corporais são adquiridas pela experiência em atividades diversificadas que vão constituindo um tipo de memória corporal, interiorizada pela experiência vivida pelo corpo, sendo um pré-requisito para as aprendizagens posteriores que requerem habilidades mais complexas (Assis & Jobim, 2008).

A designação de desenvolvimento psicomotor agrupa as modificações psicológicas e neurológicas que marcam o período da primeira infância. Este período é caracterizado por profundas e rápidas alterações, os primeiros anos de vida são simultaneamente o período mais crítico e vulnerável no desenvolvimento de qualquer criança (Brazelton & Greenspan, 2002).

A educação psicomotora visa favorecer a aquisição ou a desenvolver a capacidade de percepção espaço-temporal e de simbolização, tendo como ponto de partida a tomada de consciência e domínio sobre o próprio corpo, pois é através deste que a criança estabelece uma relação com o exterior, por manifestações motoras e é conhecida por meio das sensações e percepções que a criança capta (Schinca, 1991).

As sessões de psicomotricidade decorrem num lugar de jogo, de prazer, de desejo, de regulação tónica e de simbolização, envolvendo todas as suas várias áreas dinâmicas, corporal, psicomotora, perceptiva, emocional, afetiva, linguística, sócio-motora, cognitiva e cultural. Todas elas serão estruturantes da consciência da criança, como pessoa em desenvolvimento (Onofre, 2004).

### **2.4.3. Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor**

Segundo Ferreira (2004), atraso global do desenvolvimento psicomotor (ADPM) é definido como um atraso significativo em vários domínios do desenvolvimento como sejam a motricidade global e/ou fina, a linguagem, a cognição, as competências sociais e pessoais e as atividades da vida diária.

ADPM refere-se a uma criança que apresenta um atraso em alcançar os marcos do desenvolvimento, face ao esperado para a sua idade cronológica, pelo menos em duas áreas do neurodesenvolvimento, sendo que qualquer domínio pode estar mais ou menos comprometido (Oliveira et al., 2012).

Pelo fato de haver uma grande variabilidade entre as crianças relativamente ao seu desenvolvimento, às aquisições normais/esperadas e às alterações subtis mas com significado clínico, torna-se difícil de fazer um diagnóstico concreto, sendo que tanto as causas como os padrões de competências assumem um grande espetro (Oliveira et al., 2012). Em qualquer caso, o termo atraso do desenvolvimento tem sido entendido como um termo não categorial e flexível (Cohen & Spenciner, 1994, cit. in Albuquerque & Silva, 2011).

Etiologicamente, ADPM é uma entidade heterogénea tanto em termos de etiologia como no perfil fenotípico (Ferreira, 2004). Em termos de prevalência, apesar de desconhecida,

estima-se que haja ADPM entre 1 a 3% das crianças com menos de 5 anos (Ferreira et al. 2006).

Diversos fatores podem ser responsáveis pelos problemas do desenvolvimento das crianças, na maioria das vezes não se pode estabelecer uma única causa, assim como é importante analisar se existem outras perturbações maior, sendo que o atraso de desenvolvimento surge em co-morbilidade, sintomatologia de outro tipo de diagnóstico (por exemplo: Síndromes, anomalias cromossômicas, etc.).

Na ausência de uma explicação etiológica definitiva, o reconhecimento precoce do atraso de desenvolvimento é uma mais-valia na ajuda das crianças e das suas famílias/cuidadores a descobrirem o equilíbrio justo de expectativas e de estimulação apropriada (Ferreira, 2004).

Apesar de não ser uma categoria de diagnóstico, pode ser perspectivado como uma perturbação do desenvolvimento e, em particular, como uma eventual subcategoria das Perturbações Globais do Desenvolvimento enunciadas pela *DSM-IV-TR* (Albuquerque & Silva, 2011). Por sua vez, quando uma criança não adquire as competências desenvolvimentais referentes à sua faixa etária, não há um diagnóstico específico ou outra condição aparente que explique tal situação, existe a tendência para descrever a criança como tendo atraso do desenvolvimento (McConnell, 1998; cit. Albuquerque & Silva, 2011). É relevante ter em conta se a criança tem ou não as oportunidades e estímulos necessários ao seu desenvolvimento.

O atraso global do desenvolvimento é uma problemática sobre a qual é difícil estabelecer o diagnóstico, pois na maioria dos casos as aquisições feitas não distam muito das crianças com um desenvolvimento adequado, de acordo com a norma estabelecida (imaturidade global do desenvolvimento), porém a falta dessas pequenas aquisições podem ser muito importantes no processo de desenvolvimento e aprendizagem. Para se considerar um

atraso significativo é necessário que se situe dois desvios-padrão abaixo da média das crianças da mesma idade (Ferreira, 2004).

Existem dois componentes importantes relativamente ao diagnóstico, por um lado a etiologia, o que implica uma avaliação global recorrendo a vários testes e exames, o que permitirá não só o despiste de outras patologias, como orientar um possível prognóstico. Por outro, haver um diagnóstico descritivo, que caracteriza vários aspetos do quadro clínico e que auxiliará na intervenção (Ferreira, 2004).

Em suma o diagnóstico é difícil de se efetuar na medida em que há uma grande variação nas aquisições entre as crianças ditas “normais” e este só assume relevância e eficácia se resultar de uma avaliação do desenvolvimento infantil com vigilância contínua, da criança e do seu envolvimento, através da monitorização das áreas do neurodesenvolvimento. “Deve então existir um esforço no sentido de detetar alterações do desenvolvimento o mais precocemente possível, através da intervenção precoce” (Ferreira et al. 2006).

### **III. Fase Metodológica**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Este projeto consiste num estudo pré-experimental com um caso único, na medida em que engloba a aplicação de uma intervenção a um sujeito, estudando de forma intensiva uma situação, seguindo-se a observação dos efeitos. Um estudo de caso único é definido como a investigação empírica de um fenómeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto, tem como objetivo o estudo do conjunto das variações intra-sistema, ou seja, variações produzidas de modo natural num determinado meio (Yin, 1993; Hartz, 1997, cit. in Martins, 2008). Este tipo de estudos pode ser particularmente importante na avaliação de uma metodologia de intervenção, assim como ter utilidade em suscitar hipóteses (Almeida & Freire, 2007).

Relativamente ao desenho do projeto é de caráter pré/pós teste, sendo que o sujeito é avaliado antes da intervenção, em seguida é aplicada a intervenção psicomotora, voltando a ser avaliado depois da intervenção, ou seja, o sujeito é testado antes e após a ação desenvolvida, analisando as diferenças entre as duas aplicações ao efeito da intervenção (Silva & Pinto, 1986).

No final da intervenção será ainda avaliada a satisfação da família face aos resultados da intervenção. O grau de satisfação dos pais será um reforço relativamente à validade externa, isto é, uma medida independente externa da intervenção sobre a perceção dos pais em termos dos ganhos obtidos pela criança.

### **3.2. Caracterização da amostra**

O estudo de caso foi realizado com uma criança do sexo masculino de 3 anos de idade, que frequenta a pré-escola, sem diagnóstico definido, acompanhada desde Outubro de 2014, no âmbito do estágio curricular da Licenciatura de Reabilitação Psicomotora, na Clínica Pedagógica da Universidade Fernando Pessoa.

No final da intervenção foi solicitada à sua família direta, a mãe, que preenche o questionário de satisfação.

### **3.3. Instrumentos utilizados**

Para realizar uma avaliação formal da criança foi aplicada a “Schedule of Growing Skills (SGS-II), da autoria de Martin Bellman, Sundara Lingam e Anne Aukett (1996), traduzida e adaptada para português (CEGOC, 2003). É uma escala normativa de avaliação do desenvolvimento infantil dos 0 aos 60 meses, tratando-se de uma escala de rastreio, que embora possa permitir obter um perfil global da criança e fornecer indicadores das áreas em que a criança poderá ter imaturidades, não constitui um instrumento para um diagnóstico (Bellman, Lingam & Aukett, 1996).

A avaliação é feita com base nos vários domínios, possibilitando a identificação do nível de desenvolvimento em dez áreas de competências: controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomoção, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognição.

A fim de avaliar o grau de satisfação dos pais, no final da intervenção foi aplicada a Escala de avaliação da satisfação das famílias, desenvolvida pelo Grupo Europeu para a Intervenção Precoce (Eurlaid, 1999), traduzida e adaptada à realidade nacional por Ana

Cruz et al. (2003). Por sua vez foi utilizada uma versão adaptada da escala original, constituída pelas questões que se justificam de acordo com o objetivo da investigação.

Assim sendo, esta escala é constituída por dois grandes blocos de questões: um primeiro bloco com questões de caracterização do inquirido, da família e da criança apoiada. No segundo bloco composto por várias questões e afirmações, relativas à satisfação face ao apoio prestado à criança e aos pais, às quais é solicitada aos inquiridos uma resposta ou uma tomada de posição, com base numa escala de satisfação que comporta quatro possibilidades de resposta, oscilando entre “*muito bom*”, “*bom*”, “*mau*” e “*muito mau*”, ou “*ajudou muito*”, “*ajudou*”, “*ajudou pouco*” e “*não ajudou*”.

### **3.4. Plano de intervenção**

O plano de intervenção foi traçado, após a avaliação inicial, de acordo com as dificuldades da criança, abrangendo todas áreas do neurodesenvolvimento, ou seja, o programa visou favorecer e potenciar a motricidade global e fina, as competências cognitivas, a linguagem e competências pessoais e sociais, com o intuito de beneficiar o desenvolvimento global da criança.

Durante 23 sessões de intervenção, realizadas uma vez por semana durante 50 minutos, foram realizadas atividades lúdicas, visando o desenvolvimento psicomotor da criança, com base numa psicomotricidade instrumental mas também relacional, intervindo direta ou indiretamente a todos os níveis do neurodesenvolvimento, tendo como ponto de partida o corpo e a relação. Neste sentido ao nível da motricidade global os principais objetivos foram aumentar o controlo postural, melhorando o equilíbrio estático e dinâmico, potenciar movimentos mais fluidos e harmónicos, através da coordenação motora (oculo-manual e oculo-pedal) e da capacidade de dissociar movimentos, assim como se valorizou atividades de relaxação para favorecer um estado de calma e aumentar a capacidade de auto-descontração. No que refere à motricidade fina visou-se fortalecer as capacidades manipulativas gerais, aumentar a firmeza manual através da expressão gráfica. Relativamente à cognição os objetivos específicos centraram-se no aumento do

tempo de atenção/concentração e empenho nas diversas atividades, desenvolver as capacidades mnésicas, o conhecimento do corpo, a categorização e sequenciação, a organização espacial e temporal, a aquisição e consciencialização de conceitos básicos, envolvendo sempre as competências de percepção (visual, auditiva e cinestésica) e a resolução de problemas durante as tarefas. Em termos de linguagem, ao longo das sessões promoveu-se a linguagem expressiva, havendo a correção e o aumento do vocabulário, assim como tentou-se reduzir a velocidade com que a criança verbaliza. Por fim ao nível das competências sociais e pessoais os objetivos foram dirigidos à redução dos níveis de impulsividade, diminuindo os momentos de agitação e de dispersão, promover o respeito a regras e limites. Potenciou-se sempre as capacidades de autonomia da criança.

Ao longo da intervenção feita com a criança, foram utilizadas técnicas de relaxação e de consciência corporal, recorreu-se diversas vezes a atividades expressivas e à reeducação gnósico-prática, mas valorizou-se fundamentalmente em atividades lúdicas, com o intuito de motivar e facilitar o desenvolvimento e a aprendizagem da criança. Todas as atividades foram vivenciadas corporalmente e em seguida consciencializadas através de diferentes formas de expressão (verbal e/ou gráfica).

### **3.5.Fundamentação teórica dos objetivos de intervenção**

O ADPM não é por si só um diagnóstico, mas sim um conjunto de manifestações de algo que está acontecer com determinada criança, ou seja, existem um conjunto de etapas que devem ser cumpridas em idades específicas e que se tal não está acontecer, constituem sinais de alerta do desenvolvimento (Rodrigues, 2014). Neste caso há uma imaturidade em todas as áreas do neurodesenvolvimento, assim sendo há a necessidade de intervir em todas estas, assim como nas funções executivas (atenção, memória, gestão do tempo, metacognição) que permitem a aquisição de tais competências, a fim de monitorizar e maximizar o seu potencial.

Para Wallon (cit. Fonseca, 2005), a evolução da criança processa-se numa dialética de desenvolvimento na qual engloba inúmeros fatores, tais como: metabólicos, morfológicos, psicotónicos, psicoemocionais, psicomotores e psicossociais. O investigado, segundo o mesmo autor, encontra-se no estágio personalístico (dos 3 aos 4 anos), estando voltado para a pessoa, para o enriquecimento do eu, e acima de tudo para a construção da personalidade, onde a consciência corporal até agora adquirida e a aquisição da linguagem se tornam os principais componentes integrados. A passagem do ato motor ao ato mental opera-se por meio do conhecimento e do reconhecimento do corpo, surge uma integração sensorial e perceptiva da experiência vivida materializada pela motricidade, seletivamente diferenciada pela capacidade da criança se auto-reconhecer.

A organização tónica é o suporte de toda a atividade motora e psicomotora, englobando os padrões antigravíticos e preparando a sequência ordenada das aquisições do desenvolvimento postural, assim como o desenvolvimento da preensão (motricidade fina). A atenção, a orientação, o controlo, a adaptação reclamam a participação da tonicidade, de preferência um tónus optimal (eutonia), apresentando a função de transição entre o corpo e o cérebro e entre este e o meio (Fonseca, 2010).

“A primeira fonte de conhecimento humano reclama a experiência motora pessoal e esta só é viável sob determinadas condições de estabilidade postural” (Fonseca, 2010, p. 158). Assim sendo o equilíbrio tanto estático como dinâmico assume um papel fundamental no desenvolvimento, pois é através do domínio postural que o cérebro aprende, que a motricidade se vai potenciar e permitirá uma atividade simbólica (Fonseca, 2010).

Uma das áreas que a criança apresenta alguma necessidade é de definir a sua lateralidade, cuja função fundamental compreende a receção, a análise e o armazenamento da informação a nível cerebral. A organização espacial, a elaboração de praxias, a fala e a escrita, como o pensamento cognitivo, requerem operações muito precisas e complexas dos dois hemisférios. Por sua vez, esta integração bilateral assume relevância na medida em que é indispensável ao controlo postural e ao controlo perceptivo-visual, tendo

consequências tanto ao nível psicomotor, em termos de aprendizagens e na organização de todas as funções psíquicas superiores (Fonseca, 2010).

O esquema corporal é considerado um elemento básico imprescindível para a construção da personalidade da criança. (Wallon, 1968, cit. De Meur e Staes, 1989). O corpo vivido tem como objetivo levar a criança a dominar os seus movimentos e a perceber o seu corpo na globalidade e posteriormente aumentar o conhecimento das partes do corpo. Após estas conquistas a criança poderá exercitar todas as suas possibilidades corporais, o que a levará a compreender as situações refletidas pelas atitudes e expressões das personagens, a exprimir-se através do desenho, em suma, a compreender e a dominar o diálogo corporal. É uma tomada de consciência das suas possibilidades motoras e das suas possibilidades de agir e de se expressar (De Meur e Staes, 1989).

Relativamente à organização espaciotemporal, que emerge da motricidade e da relação da criança com os objetos no espaço e no tempo, são fundamentos psicomotores básicos da aprendizagem e da função cognitiva, fornecendo bases do pensamento relacional, a capacidade de ordenação e de organização, a capacidade de processamento simultâneo e sequencialização da informação e a capacidade de retenção. Em termos espaciais a visão (perceção visual) é o sistema sensorial mais preparado para o estruturar, que envolve as relações do espaço sensoriomotor com o espaço representativo, fundamental para as aprendizagens simbólicas (leitura, escrita e cálculo) como para aprendizagens não simbólicas (investigação do espaço, apreensão de formas, dos detalhes e pormenores das figuras). Por sua vez em relação à dimensão temporal não só fornece a localização dos acontecimentos no tempo, como das relações entre os acontecimentos, dando maior ênfase à perceção auditiva (ritmo), envolvendo a compreensão da ordem, da duração, da sequencialização e das relações de ordem (Fonseca, 2010).

As habilidades motoras globais são as mais óbvias de progresso do desenvolvimento. Em termos de competências motoras finas exigem uma boa perceção visual assim como o desenvolvimento da fala e linguagem dependem de uma boa perceção auditiva. As

habilidades sociais, emocionais e comportamentais são um espectro do desenvolvimento psicológico. Sendo que qualquer déficit ou a integração numa destas áreas pode ter um impacto maior ou menor nas aquisições futuras da criança (Lissauer & Clayden, 2003).

Além da aquisição das habilidades, a qualidade com que estas são realizadas também tem a sua importância, por exemplo ele fala e desenvolve diálogo contudo é de difícil compreensão e apresenta uma pobre quantidade de vocabulário (Lissauer & Clayden, 2003).

Para que a praxia global se desencadeie de forma harmoniosa e adequada é necessário que todos os fatores anteriormente descritos estejam bem integrados assim como uma boa interação. Caracteriza-se pelo controlo harmonioso do movimento, no espaço e no tempo, necessitando da antecipação e da ação com um objetivo concreto. Assim sendo qualquer movimento é antes de mais uma síntese psicomotora, na medida em que abrangem uma serie de acontecimentos neurológicos que a orientam, regulam e coordenam. Revela o nível de atenção voluntária da criança, a sua capacidade de planificar e sequencializar, envolvendo funções cognitivas que demonstram o potencial de aprendizagem (Fonseca, 2010). Piaget (cit. Coura & Cavalari, 2010) realça a importância da motricidade na formação da idade mental, para ele a inteligência é apenas uma adaptação da percepção e da motricidade. A praxia global é o controlo do corpo para executar movimentos, se a criança não o domina torna-se desajeitada, sujeita a muitos desastres e tropeços contínuos.

A praxia fina é o nível mais complexo e diferenciado, pois compreende a micromotricidade e a perícia manual. Está diretamente ligada à coordenação dos movimentos dos olhos (coordenação oculo-manual) durante a manutenção da atenção e na manipulação do objetos, sendo que também abrange funções de programação, regulação e verificação das atividades preensivas e manipulativas mais finas e complexas (Fonseca, 2010). Na motricidade fina é necessário que a criança adquira atenção visual e preensão em pinça para desenvolver a destreza necessária para realizar tarefas complexas

como alimentar-se, vestir-se, manipular pequenos objetos e escrever (Lissauer & Clayden, 2003).

### **3.6. Considerações éticas**

Na realização deste projeto de graduação, assim como na intervenção, todos os princípios da ética biomédica e da prática psicomotora serão salvaguardados, sendo que todos os procedimentos realizados terão aprovação prévia da comissão de ética da Universidade Fernando Pessoa.

Neste sentido, realçando o princípio da beneficência, o objetivo da pesquisa foi gerador de conhecimentos relevantes e benéfico para potenciar o desenvolvimento criança, sendo que todo o processo de intervenção realizado respeitou acima de tudo a dignidade e integridade do sujeito e dos seus direitos fundamentais, prevalecendo sempre sobre os interesses da ciência e da sociedade, onde foram minorados ou evitados danos físicos e mentais. Antecipadamente, junto dos pais foi obtido o consentimento informado, sendo explicado o intuito do projeto de modo completo, bem como as condições e metodologia em que foi realizado e por sua vez pedido o consentimento à criança verbalmente, informando que tinham a liberdade para recusar em participar e para abandonar a pesquisa em qualquer momento sem qualquer penalidade. A confidencialidade dos dados e o anonimato da criança e dos pais foram mantidos, na medida em que utilizados apenas para fins de investigação, sem que em nenhum momento haja a possibilidade de identificação (Associação Portuguesa de Psicomotricidade, 2011).

#### IV. Fase Empírica

##### 4.1. Resultados da Avaliação Inicial

Para fazer uma apreciação global do desenvolvimento da criança foi realizada uma avaliação formal, tanto a inicial como a final, recorrendo à escala de *Avaliação das competências no Desenvolvimento Infantil Schedule of Growing Skills II (SGS-II)*. Este teste (rastreo) avalia 10 áreas de competências: controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognição (Bellman, Lingam & Auken, 1996).

Após a análise dos resultados obtidos da *SGS-II*, qualitativamente é possível afirmar que a criança em estudo se encontra abaixo do esperado em todas as áreas avaliadas (ver Quadro 1), sendo que as áreas mais fracas são as competências visuais e as competências na fala e linguagem, contudo as restantes áreas também se apresentam imaturas relativamente ao esperado para a sua idade cronológica.

Quadro 1 – Resultados quantitativamente da avaliação inicial, pela SGS-II

Competências	Resultados (meses)
	IC= 46 meses
Locomotoras	30 meses
Manipulativas	30 meses
Visuais	24 meses
Audição e linguagem	36 meses
Fala e linguagem	24 meses
Interação social	36 meses
Autonomia pessoal	36 meses
Cognitivas	36 meses

Relativamente às competências de **controlo postural (passivo e ativo)**, realiza todos os itens, isto é, domina todos os comportamentos.

Em termos das competências **locomotoras**, ao nível do movimento e equilíbrio, a criança ao correr não consegue evitar obstáculos, assim como não é capaz de estar e saltar ao pé-coxinho. Nos itens referentes a subir e descer escadas, apesar de subir de forma confiante (colocando um pé em cada degrau) e descer colocando 2 pés em cada degrau requer a ajuda do adulto, esticando a mão para o fazer.

Nas competências **manipulativas**, apresentou dificuldades em virar uma página de cada vez, em colocar 10 pinos dentro da chávena (em 30 segundos) e em colocar 8 pinos no tabuleiro próprio (em 30 segundos). Na manipulação dos cubos apenas não realizou o último item (construir 3 degraus com 6 cubos, após demonstração). Dentro da mesma área, mas em termos do desenho a criança não imita uma cruz nem um quadrado e o desenho da figura humana apresenta apenas a cabeça e outra parte do corpo.

Ao nível das competências **visuais**, especificamente a função visual, somente não aponta com precisão um objeto pequeno, assim como na compreensão visual não reconhece detalhes no Livro de Figuras, não completou o Quadro de Encaixe com peixes e apresentou dificuldades no teste de visão linear.

No que se refere as competências na **audição e linguagem** realiza todos os itens da função auditiva, porém na compreensão da linguagem mostrou não compreender preposições, adjetivos relacionados com o tamanho, perguntas de alguma complexidade e a negação em frases complexas. Relativamente à **fala e linguagem**, competência mais deficitária, apesar de realizar todos os itens da vocalização, na linguagem expressiva não recorre a gestos, tem dificuldades em construir frases com mais de 7 palavras com significado nem repete palavras verbalizadas por outros, não mostrou conhecer rimas infantis, canções ou

anúncios, assim como dificuldades em relatar eventos recentes. Não apresenta um discurso claro e fluente.

Nas competências de **interação social** a criança realiza quase todos os itens, menos o de encontrar rapidamente um brinquedo escondido, esperar pela sua vez nas brincadeiras e respeitar as regras.

Por último as competências de **autonomia pessoal**, foram questionadas à mãe, sendo que apenas come de colher/garfo e faca/garfo quando quer, não fazendo uma refeição completa sem ajuda, ao nível da higiene e vestir necessita de auxílio para lavar e secar completamente a face e as mãos, assim como para se vestir.

#### 4.2. Resultados da Avaliação Final

Posteriormente à análise dos resultados obtidos na segunda avaliação pela SGS-II, qualitativamente é possível afirmar que a criança ainda se encontra um pouco abaixo do esperado em todas as áreas avaliadas, apesar de haver uma evolução positiva em todas as competências do desenvolvimento (ver Quadro 2).

Quadro 2 - Resultados quantitativamente da avaliação final, pela SGS-II

Competências	Resultados (meses)
	IC= 53 meses
Locomotoras	48 meses
Manipulativas	48 meses
Visuais	48 meses
Audição e linguagem	48 meses
Fala e linguagem	36 meses
Interação social	36 meses
Autonomia pessoal	48 meses

---

Cognitivas	48 meses
------------	----------

---

Ao nível das competências de **controle postural (passivo e ativo)**, realiza todos os itens, ou seja, os comportamentos estão todos adquiridos.

Relativamente às competências **locomotoras**, ao nível do movimento e equilíbrio, a criança apenas não consegue saltar em apoio unipedal três vezes e andar pé ante pé no mínimo quatro passos. Nos itens referentes a subir e descer escadas, realiza todos os itens menos o último, relacionado com o subir as escadas a correr.

No que se refere às competências **manipulativas**, em termos de aptidão manual apresentou dificuldade em colocar os 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos, demorando 58 segundos, assim como não foi capaz de colocar 8 pinos no tabuleiro. Nos itens de manipulação com cubos apenas não conseguiu construir três degraus com seis cubos, após demonstração. Ao nível do desenho fez todos os itens, menos o quadrado. Por sua vez no desenho da figura humana realizou todos os itens.

Em relação às competências **visuais**, realizou todos os itens referentes à função visual, assim como na compreensão visual que somente não realizou o teste de visão linear.

Nas competências na **audição e linguagem** realiza todos os itens da função auditiva, porém na compreensão da linguagem mostrou não compreender adjetivos relacionados com o tamanho, perguntas de alguma complexidade e a negação em frases complexas. Relativamente à **fala e linguagem**, competência mais deficitária, apesar de realizar todos os itens da vocalização, na linguagem expressiva não apresenta um discurso claro e fluente, assim como não consegue construir uma frase com cinco ou mais palavras, descrever uma sequência de eventos e dar uma explicação para os eventos.

Em termos de competências de **interação social** a criança realiza quase todos os itens do comportamento social, todavia no brincar tem dificuldade em esperar pela sua vez nas brincadeiras e de participar nas mesmas de forma cooperativa e imaginativa, respeitando as regras.

As competências de **autonomia pessoal**, foram questionadas à mãe, sendo que apenas não faz a refeição (almoço e jantar) completa sem ajuda, ao nível da higiene e vestir necessita de auxílio para lavar e secar completamente a face e as mãos, assim como para se vestir.

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

No que diz respeito às áreas de competências avaliadas, a criança apresentou diferenças positivas relativamente do pré-teste para o pós-teste, contudo ainda se encontra normativamente abaixo do esperado para a sua idade cronológica.

Houve uma evolução ao nível das competências locomotoras, manipulativas, visuais, fala e linguagem e na cognição. Todavia a áreas das competências na fala e linguagem continua a ser a mais deficitária. As competências na audição e linguagem, interação social e de autonomia pessoal tiveram pouca evolução, apesar de existente (ver Gráfico 1 e 2).

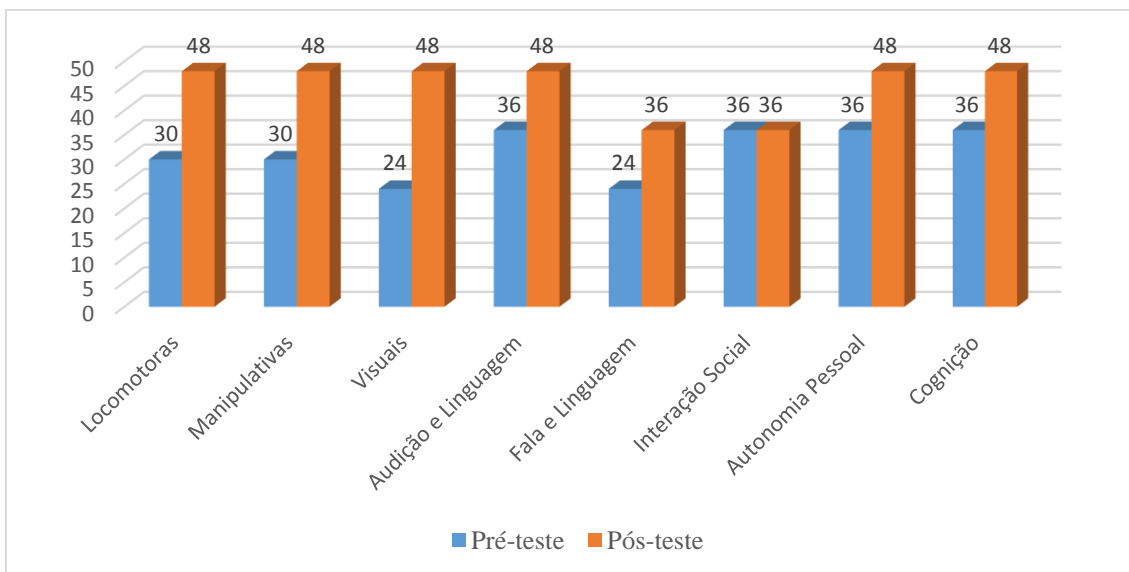


Gráfico 1 – Resultados obtidos na SGS-II, meses por áreas de competências no Pré-teste e no Pós-teste

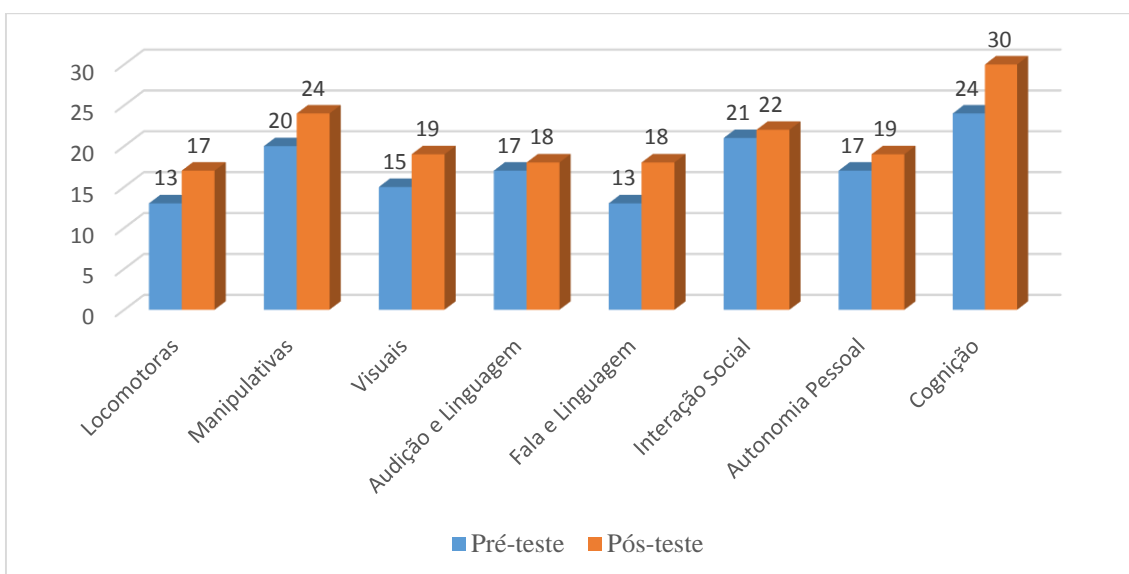


Gráfico 2 – Resultados obtidos na SGS-II, pontos por áreas de competências no Pré-teste e no Pós-teste

#### **4.4. Resultados da Avaliação da Satisfação das Famílias**

Com o intuito de avaliar a satisfação da família relativamente à intervenção psicomotora realizada com o seu filho, foi solicitado à família, na figura da mãe que respondesse ao questionário sobre a mesma, abrangendo apenas aspetos relevantes para o objetivo deste trabalho.

Assim sendo, a adaptação da escala englobou questões sobre o apoio dado aos pais e à criança, a relação estabelecida com a terapeuta e sobre os direitos dos pais. Em termos de resposta às questões nas diversas áreas todas tiveram cotação máxima.

#### **4.5. Discussão dos Resultados**

Posteriormente à análise dos resultados obtidos na avaliação final, através da SGS-II, pode-se concluir que houve ganhos ao nível de todas as competências do desenvolvimento, principalmente ao nível das competências locomotoras, manipulativas, visuais, fala e linguagem e na cognição, apesar de ainda se encontrar aquém do esperado para a sua idade cronológica. Contudo pode-se afirmar que se obteve resultados positivos no que se refere ao neurodesenvolvimento, através da intervenção psicomotora direta com a criança, mas sem descurar dos fatores de maturação neurológica e do envolvimento dos pais no processo terapêutico.

No início do estudo, no que se refere à avaliação inicial a criança apresentava uma disparidade elevada relativamente às competências adquiridas e as que eram esperadas para a sua faixa etária. Por sua vez, após a intervenção feita ao longo de 26 sessões de psicomotricidade, apesar que ainda existirem imaturidades nas diversas áreas, houve uma redução dessa diferença.

O desenvolvimento da psicomotricidade ocorre ao longo da evolução da criança, na sua envolvimento com o meio, numa conquista que gradualmente vai ampliando a sua capacidade de se adaptar as necessidades que vão surgindo (Kamila et al., 2010).

Segundo Neto (2001) as atividades realizadas sobre o plano motor, afetivo e mental, permitem a criança caminhar para condutas cada vez mais organizadas e conscientes. Assim como Fonseca (2005) afirma que a aprendizagem motora é uma combinação integrada de muitos padrões motores, sendo que a realização de qualquer movimento complexo implica a combinação conjugada de várias capacidades psicomotoras. O desenvolvimento global da criança depende portanto do comportamento perceptivo-motor, exigindo algumas oportunidades de aplicação, de exploração lúdica e sistemática, o controlo postural e motor, a percepção de figura-fundo, a integração inter-sensorial, a noção do corpo, noção de espaço e tempo, que farão com que a criança desenvolva as suas competências a vários níveis (motor, cognitivo e social).

A evolução apresentada pela criança em termos das competências de locomoção, manipulativas e visuais está vinculada à melhoria do controlo postural, subentendendo um aumento do equilíbrio, principalmente em situações dinâmicas, ao desenvolvimento da capacidade de controlar o seu corpo e o movimento no espaço e com o material, assim como à melhoria ao nível da percepção.

Rosa Neto (2002) evidencia que a atividade motora é de extrema importância para o desenvolvimento global da criança, sendo que é através da exploração motriz que desenvolve a consciência de si mesma e do mundo exterior, defendendo que a aquisição das habilidades motoras está diretamente ligada ao desenvolvimento da percepção do corpo e do mesmo no espaço e no tempo, componentes de domínio básico tanto para a aprendizagem motora quanto para as atividades de formação de cariz mais académico. O mesmo autor reforça que o movimento motor global, mesmo sendo o mais simples, envolve sempre uma ação perceptiva, tanto ao nível tátil, visual, auditiva, como ao nível espacial e temporal.

De acordo com Piaget (1968, cit. in Fonseca, 2005), o processo de desenvolvimento depende de dois processos de interação constantes e permanentes: a assimilação e a acomodação. É pela motricidade que a inteligência se materializa, pois é através desta que as percepções se afirmam, os esquemas sensorio-motores se aperfeiçoam, as imagens se elaboram e as representações se (re) constroem. No mesmo sentido, Lúria (cit. in Fonseca, 1989) salienta a relevância do movimento no desenvolvimento psicológico da criança, considerando que este forma “inputs” necessários para a organização sensorial. Descrevendo o movimento como a razão de ser da inteligência, pois exige regulação, seleção, organização e controle.

Num estudo realizado por Crippa e Souza (2002), utilizando a Escala de Desenvolvimento Motor, onde avaliaram o desenvolvimento da organização espacial, temporal e esquema corporal de crianças de 4 e 5 anos de idade, encontraram desenvolvimento dentro da normalidade no que se refere às competências de organização espacial e temporal, contudo verificaram um atraso no desenvolvimento do esquema corporal em relação à idade cronológica das crianças. Um dos aspetos que os autores concluíram que as dificuldades apresentadas pode ser devido ao excessivo tempo gasto com jogos televisivos ou até mesmo à restrição de atividades como de respiração, simetria corporal, equilíbrio postural e outras, como os jogos baseados na atividade motora. Por sua vez, Medina (2003), ao avaliar o desenvolvimento motor de crianças com dificuldades de aprendizagem, encontrou maior atraso motor principalmente nos testes de organização espacial, seguidos pelos de esquema corporal e de organização temporal, o que faz com que possa resultar num atraso no desenvolvimento da organização temporal das crianças, visto que a aquisição de conceitos referentes ao espaço e ao tempo não poderá ser compreendida sem se fazer referência à evolução do esquema corporal (Neira, 2003).

Recorrendo aos princípios teóricos da psicomotricidade a criança somente será capaz de desenvolver as suas capacidades de análise, síntese, abstração e simbolização a partir do momento que tiver conhecimento e controle das suas potencialidades corporais, sendo que o corpo é o ponto básico de contato com o mundo exterior (Viana, et al 1998). O mesmo mencionam Kamila et al. (2010) relativamente às noções básicas do

desenvolvimento intelectuais, referindo que se a criança apresenta um bom controlo motor, poderá explorar o mundo exterior, fazendo experiências mais concretas que ampliam o seu repertório de atividades e competências para a resolução de problemas, o que por sua vez fará com que tome conhecimento de si, do seu envolvimento e permitirá um domínio da relação corpo-meio.

A proposta psicomotora ao nível da noção corporal, desenvolvidos por Luzia Pfeifer e Patrícia Anhão (2009) vai de encontro aos resultados do presente estudo, na medida em que comprovam que as atividades psicomotoras centradas nos aspetos do esquema e perceção corporal, a orientação espacial, nos sentidos cinestésicos e sensoriais, são facilitadores do desenvolvimento psicomotor em crianças em idade pré-escolar. Assim como a base de trabalho lúdica permite à criança formar conceitos, selecionar ideias, estabelecer relações lógicas, integrar perceções, fazer estimativas compatíveis entre o seu crescimento físico e o seu desenvolvimento global (Kamila et al., 2010).

De acordo com Neira (2003), dos 3 aos 7 anos é importante enriquecer o repertório de conceitos por meio de experiências motoras, pois é na fase pré-escolar que as crianças desenvolvem, com base no seu esquema corporal, o seu constructo para estruturação e orientação espaço-temporal, promovendo a progressiva exigência dos recursos motores, cognitivos, afetivos e sociais (Medina, Rosa & Marques, 2006).

No que se refere à satisfação da família, nomeadamente os pais, estes formam envolvidos no processo terapêutico, na medida em que ao longo do trabalho realizado com o filho foram disponibilizadas atividades e estratégias, a fim de darem continuidade ao trabalho desenvolvido nas sessões. É neste sentido que Perin (2010) defende que o envolvimento dos pais neste processo é imprescindível, devendo ser vistos como co-terapeutas. Segundo Dunst (2006) as práticas desenvolvidas pelos pais no decorrer das atividades do dia-a-dia, permitem oportunidades de aprendizagem, baseadas nos interesses da criança e no encorajamento dos pais, o que vai contribuir para o desenvolvimento e criação de uma ligação estreita e muito positiva entre pais e criança. Há no entanto a realçar que uma

das funções do prestador de serviços é promover as competências dos pais, tornando-os mais capazes de orientarem os seus filhos nas aprendizagens de forma atingirem os objetivos desejados tanto para a criança como para a família.

Em suma a psicomotricidade, sendo uma intervenção que promove o desenvolvimento global das crianças e a articulação entre família e escola, melhorando igualmente a autoeficácia da família em relação às dificuldades dos filhos, seja considerada um recurso na ação educativa do pré-escolar.

## **V. Conclusão**

O presente projeto teve como objetivo a obtenção do grau de Licenciatura em Reabilitação Psicomotora, sendo que o tema surgiu com a intenção de verificar se uma intervenção psicomotora tem importância no neurodesenvolvimento de uma criança em idade pré-escolar e por sua vez a influência que desta tem relativamente à família direta.

É importante salientar que os resultados obtidos não podem ser generalizados à população geral, visto que o programa de intervenção foi realizada exclusivamente de acordo com a individualidade da criança em estudo. Neste sentido é necessário ter em conta que todas as crianças apresentam diferentes etapas de desenvolvimento, sendo de extrema importância reconhecer e motivar o potencial de cada uma individualmente, tendo objetivos e atividades adequadas e adaptadas, a fim de desenvolver as suas competências motoras, cognitivas, emocionais e sociais.

De acordo com os resultados obtidos na segunda avaliação é possível concluir, que apesar da intervenção ter sido realizada num curto espaço de tempo, obtiveram-se resultados positivos nas diversas áreas avaliadas, valorizando assim que a psicomotricidade têm importância para o desenvolvimento global da criança.

Relativamente aos pais não houve oportunidade de intervir diretamente com eles, contudo foram transmitidos conhecimentos e ferramentas para que eles dessem continuidade ao trabalho desenvolvido com filho nas sessões, nomeadamente reduzindo a superproteção em relação à criança, o que não permitia que ela explorasse e ampliasse os seus limites.

Em suma, a psicomotricidade auxiliou a criança na organização afetiva, motora, social e intelectual, assim potenciou a que ela descobrir o mundo, tornando-se feliz, adaptado, livre para todas as novas aprendizagens que a vida, incluindo a escola lhe vais propor.

Sendo que na sua intervenção, a psicomotricidade estuda a globalidade do ser humano, na teoria e prática, unindo corpo e mente, percepção e imaginação, que juntos tornam o ser mais adaptável ao meio (Coura & Cavalari, 2010).

Em conclusão foi possível concluir que o objetivo do estudo foi alcançado, na medida em que se deu resposta às questões inicialmente propostas para este estudo.

## VI. Referências Bibliográficas

Albuquerque, C e Silva, E. (2011). Atraso no desenvolvimento: a imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Volume 12.

Almeida, A. (2013). *Psicomotricidade: jogos facilitadores de aprendizagem*. Viseu: Psicomossoma.

Almeida, I. (2004). Intervenção precoce: focada na criança ou centrada na família e na comunidade, *Análise Psicológica*, 1 (XXII), pp. 65-72.

Almeida, L. & Freire, T. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. 4ª edição. Barga, Psiquilíbrios.

Assis, A. & Jobim, A. (2008). *Psicomotricidade: história e conceitos*. [em linha]. Disponível em < <http://guaiba.ulbra.br/seminario/eventos/2008/artigos/edfis/358.pdf>>. [consultado em 19/04/2015].

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2012). *Psicomotricidade*. Disponível em: <<http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>>. [Consultado em: 7/02/2015].

Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas portugueses*. [em linha]. Disponível em < <http://www.appsicomotricidade.pt/b-informativa>> [consultado em 29 de Abril de 2015].

Bellman, M., Lingam S. & Aukett A. (2003). *Schedule of Growing Skills II - Manual de utilizador*. 3ª ed. Lisboa, CEGOC-TEA (Rocha et al., 2003, versão portuguesa).

Blakemore, S. & Frith, U. (2005). *O cérebro que aprende – Lições para a educação*.

Lisboa: Gradiva.

Borges, J. e Blumer, L. (2010). A importância da psicomotricidade na educação especial. *Anuário da Produção Científica dos cursos de Pós-Graduação*, Volume 5, pp. 153-178.

Branco, M. (2013). *Vida, Pensamento e Obra de João dos Santos*. 2ª ed. Lisboa, Coisas de Ler Edições.

Brazelton, T. e Greenspan, S. (2002). *As Necessidades Essenciais das Crianças*. Porto Alegre, Artmed.

Decreto - Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República, 1.ª série - nº 193.

De Meur, A. e Staes, L. (1989). *Psicomotricidade Educação e Reedecação*. São Paulo, Manole.

Coura, A. e Cavalari, N. (2010). A psicomotricidade e sua contribuição nas dificuldades escolares. *Caderno Multidisciplinar de Pós-Graduação da UCP*, Março, pp. 25-37.

Crippa, R. & Souza, M. (2002). Estudo de parâmetros motores em pré-escolares: organização espacial, organização temporal e esquema corporal. In: *Encontro Latino-Americano para estudos da criança: desenvolvimento infantil*, Florianópolis.

Cruz, A. et al. (2003). *Avaliação da satisfação das famílias apoiadas pelo PIIP: Resultados da aplicação da escala ESFIP*. Lisboa, Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.

Dunst, C. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Homer, M. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York: Guilford Press.

Ferreira, F. et al, (2006). *Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor*. [em linha]. Disponível em <<http://edif.blogs.sapo.pt/19654.html>>. [Consultado em: 12/03/2015].

Ferreira, J. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Dossier - Perturbações do Desenvolvimento*, pp. 703-712.

Fonseca, V. (1989). *Psicomotricidade: filogênese, ontogênese e retrogênese*. Porto Alegre, Artemed.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem*. 1ª ed. Lisboa, Âncora.

Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora*. 3ª ed. Lisboa, Âncora.

Gras, R. (2004). Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana. Vínculo, diferenciación y autonomía. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 22, pp. 101-106.

Kamila, A. et al. (2010). A Estimulação Psicomotora na aprendizagem infantil. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente*, 1(1), pp. 30-40.

Lissauer, T. e Clayden, G. (2003). *Manual ilustrado de Pediatria*. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Lopes, V. & Maia, J. (2000). Períodos críticos e sensíveis: revisitar um tema polémico à luz da investigação empírica. *Revista Paulista de Educação Física*, Julho/Dezembro, pp. 128-140.

López, P., Sánchez, M. & Ibáñez, C. (2004) La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método estitsológico multisensorial de atención temprana. *Educación*. XX1, 7, 111-133.

Lussac, R. (2008). Psicomotricidade: história, desenvolvimento, conceitos, definições e intervenção profissional. *Revista digital*. [em linha]. Disponível em: < <http://www.efdeportes.com/efd126/psicomotricidade-historia-e-intervencao-profissional.htm>> [Consultado em: 13/04/2015].

Machado, F. e Tavares, H. (2010). Psicomotricidade: da prática funcional à vivenciada. *Revista da Católica*, Volume 2, pp. 364-378.

Martins, A. (2008). Estudo de caso: estratégias de pesquisa. *Biblioteca de saúde pública*. [em linha]. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=714007&indexSearch=ID>> [Consultado em: 19/05/2015].

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

Medina, J., Rosa, G. & Marques, I. (2006). Desenvolvimento da organização temporal de crianças com dificuldades de aprendizagem. *Revista da Educação Física*, v. 17, pp. 107-116.

Medina, J. (2003). *Perfil motor de crianças com dificuldades de aprendizagem*. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Universidade Norte do Paraná, Londrina.

Neira, G. (2003). *Educação Física: desenvolvendo competências*. São Paulo, Phorte.

Neto, F. (2001). *Motricidade e o jogo na infância*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Sprint.

Neto, F. (2002). *Manual de avaliação motora*. Porto Alegre, Artmed.

Nicola, M. (2004). *Psicomotricidade: Manual Básico*. Rio de Janeiro, Revinter.

Pfeifer, L. & Anhão, P. (2009). Noção corporal de crianças pré-escolares: uma proposta psicomotora. *Revista do Nufen*, Volume 01, pp. 155-170.

Rodrigues, H., (2014). *Pediatra para todos*. 2ª ed. Lisboa, Verso da Kapa.

Schinca, M. (1991). *Psicomotricidade, Ritmo e Expressão Corporal*. São Paulo, Manole

Silva, A. & Pinto, J. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. 8ª ed. Porto, Edições Afrontamento.

Oliveira, R. et al. (2012). *Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor / Défice*. [em linha]. Disponível em <<http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/1497/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20e%20Investiga%C3%A7%C3%A3o%20Etiol%C3%B3gica%20do%20Atraso%20do%20Desenvolvimento%20Psicomotor.pdf>>. [Consultado em 22/04/2015].

Onofre, P. (2004). *A criança e a sua psicomotricidade. Uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa, Trilhos Editora.

Perin, A. (2010). Estimulação Precoce: sinais de alerta e benefícios para o desenvolvimento. *Revista de Educação do IDEAU*, Volume 5, pp. 2-13.

Vecchiato, M. (2003). *A terapia psicomotora*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.

## VII. Anexos

### Anexo 1. Cronograma

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

Anexo 2. Projeto pedagógico terapêutico

Objetivos gerais e específicos do caso

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Objetivos comportamentais</b>
<b>Desenvolver a motricidade global</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a melhoria do equilíbrio estático e a imobilidade;</li> <li>• Aumentar o controlo postural;</li> <li>• Favorecer o equilíbrio dinâmico.</li> <li>• Potenciar a dissociação de movimentos;</li> <li>• Desenvolver a coordenação de movimentos dos membros superiores e membros inferiores;</li> <li>• Estimular movimentos mais fluidos e harmónicos;</li> <li>• Favorecer um estado de calma;</li> <li>• Desenvolver capacidade de auto-descontração;</li> <li>• Induzir a um estado de relaxação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoiar-se 5 segundos, em cada um dos pés;</li> <li>• Conseguir dar 5 passos, pé ante pé;</li> <li>• Estar de pé imóvel durante 10 segundos;</li> <li>• Correr sem reequilibrações, desvios e quedas;</li> <li>• Subir e descer escadas sozinho (subir: 1 pé em cada degrau e descer: 2 pés em cada degrau);</li> <li>• Realizar movimentos individualizando segmentos corporais;</li> <li>• Abrir e fechar as pernas e os braços simultaneamente;</li> <li>• Aceder e permanecer num estado de passividade, pelo menos 5 minutos;</li> <li>• Receber a bola que lhe é lançada com as duas mãos;</li> </ul>
<b>Promover a motricidade fina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer as capacidades manipulativas gerais;</li> <li>• Aumentar a firmeza manual;</li> <li>• Favorecer a expressão gráfica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virar páginas de um livro, uma de cada vez;</li> <li>• Construir 3 degraus com 6 cubos;</li> <li>• Imitar um círculo, uma cruz e um quadrado;</li> <li>• Ser capaz de apertar botões;</li> <li>• Segurar adequadamente no lápis, fazendo-o com firmeza;</li> </ul>
<b>Favorecer competências cognitivas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar o tempo de atenção/concentração</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseguir realizar a atividade até ao fim;</li> </ul>

	<p>o e empenho numa atividade;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver processos mnésicos, melhorando a capacidade de memorização auditiva e visual;</li> <li>• Fortalecer o conhecimento do corpo;</li> <li>• Possibilitar o jogo simbólico;</li> <li>• Melhorar a perceção visual e auditiva;</li> <li>• Fortificar a categorização;</li> <li>• Promover a aquisição de conceitos básicos;</li> <li>• Desenvolver a sequenciação;</li> <li>• Fomentar a organização espacial e temporal;</li> <li>• Potenciar a resolução de problemas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apontar pormenores nas imagens;</li> <li>• Apontar a imagem que foi retirada do campo visual;</li> <li>• Repetir ritmos que foram realizados previamente;</li> <li>• Verbalizar/representar atividades anteriores;</li> <li>• Colocar pormenores faciais e distais na figura humana;</li> <li>• Reconhecer os seus limites corporais, não indo contra as coisas;</li> <li>• Utilizar material para fazer brincadeiras do faz-de-conta;</li> <li>• Construir 3 degraus com 6 cubos, após demonstração;</li> <li>• Associar uma cor a um movimento ou a uma tarefa;</li> <li>• Realizar encaixes;</li> <li>• Agrupar objetos por função;</li> <li>• Compreender preposições;</li> <li>• Aplicar as diferentes nuances (curto/comprido; rápido/devagar; vazio/cheio);</li> <li>• Aplicar o conceito “diferente”;</li> <li>• Ordenar uma sequência de ações;</li> <li>• Compreender as rotinas diárias e a noção dos diferentes momentos do dia;</li> <li>• Seguir um ritmo simples;</li> <li>• Respeitar os limites da folha;</li> <li>• Aplicar preposições de lugar (por cima; por baixo; frente e trás);</li> <li>• Responder a perguntas iniciadas por “O que fazes quando...?”;</li> <li>• Reconhecer situações de perigo;</li> </ul>
<p><b>Potenciar a linguagem</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a linguagem expressiva;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar recorrendo simultaneamente a gestos;</li> <li>• Utilizar mais de 7 palavras com significado;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer a correção do que verbaliza;</li> <li>• Aumentar o vocabulário;</li> <li>• Reduzir a velocidade de verbalização;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter conversas simples e descrever acontecimentos;</li> </ul>
<p><b>Beneficiar competências pessoais-sociais</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Minorar os níveis de impulsividade;</li> <li>• Diminuir os momentos de agitação e de dispersão;</li> <li>• Desenvolver capacidades de autonomia;</li> <li>• Potenciar o respeito a regras e limites;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseguir inibir voluntariamente o movimento;</li> <li>• Ser capaz de esperar pela sua vez;</li> <li>• Conseguir realizar tarefas sentado pelo menos 10 minutos;</li> <li>• Conseguir focalizar apenas na atividade que realiza;</li> <li>• Realizar as atividades sem ajuda da terapeuta;</li> <li>• Realizar as atividades e propostas feitas;</li> </ul>

Anexo 3. Adaptação da Escala de Satisfação das Famílias

**Avaliação da Satisfação da Família**  
**(Adaptado de ESFIP, Cruz et al. 2003)**

Entrevistador:.....  
Data:..... /..... /.....  
Hora Início:.....h.....m  
Hora Fim: .....h.....m

**Parte 1: Dados Gerais**

**A) Para começar gostaríamos que nos desse algumas informações sobre si**

A1) Quantos anos tem?

.....anos

A2) Sexo?

- Masculino (1)  
 Feminino (2)

A3) Qual o nível de instrução mais elevado que completou?

- Não sabe ler nem escrever (1)  
 Menos que a 4.<sup>a</sup> classe (2)  
 4.<sup>a</sup> classe (3)  
 6.<sup>o</sup> ano (Telescola ou 2.<sup>o</sup> ano do ciclo preparatório) (4)  
 9.<sup>o</sup> ano (antigo 5.<sup>o</sup> ano) (5)  
 11.<sup>o</sup> ano (antigo 7.<sup>o</sup> ano) (6)  
 12.<sup>o</sup> ano (antigo propedêutico) (7)  
 Bacharelato (8)  
 Licenciatura (9)  
 Outro.  
Qual?\_\_\_\_\_

A4) Qual é a sua situação perante o trabalho?

- Desempregado/a (1)  
 Doméstica/o (2)  
 Exerce uma profissão (3)  
 Reformado/a (4)  
 Estudante (5)

- Cumpre serviço militar obrigatório (6)
- Outra situação. Qual? \_\_\_\_\_ (3)

**B) Gostaríamos agora de lhe colocar algumas questões acerca da sua família:**

B1) Qual é o seu grau de parentesco face à criança apoiada?

- Pai (1)
- Mãe (2)
- Avô (3)
- Avó (4)
- Outro. Qual? \_\_\_\_\_ (4)

B2) Qual é a sua situação familiar?

- Casado/a ou unido de facto (1)
- Este é o seu 2.º casamento (família reconstituída) (2)
- É pai/mãe solteiro/a, viúvo/a ou divorciado/a (família monoparental) (3)
- É pai/mãe adotivo/a (família adotiva) (4)

B3) Quantos irmãos tem a criança apoiada?

.....irmãos

**C) Relativamente à criança apoiada pelo de Intervenção Psicomotora**

C1) Qual é o sexo da criança apoiada?

- Masculino (1)
- Feminino (2)

C2) Qual a data de nascimento da criança apoiada?

mês de..... (C2a) do ano..... (C2b)

C3) Quais são as principais dificuldades da sua criança?

- Não tem dificuldades (1)
- Atraso no desenvolvimento global (2)
- Dificuldades motoras (3)
- Dificuldades visuais (4)
- Dificuldades auditivas (5)
- Dificuldades na linguagem (6)
- Dificuldades múltiplas (7)
- Outras. Qual? \_\_\_\_\_

Diagnóstico (caso seja conhecido): \_\_\_\_\_ (C4a)

**Parte 2: Questões sobre a sua satisfação**

Gostaríamos agora de saber qual é o seu grau de satisfação face à intervenção psicomotora prestada ao seu filho/a. É muito fácil responder às questões que se seguem, para isso terá apenas de nos indicar de entre as seguintes possibilidades de resposta aquela que corresponde à sua opinião.

**A. Apoio aos pais**

1. A orientação e o apoio que tem sido oferecido pela Intervenção Psicomotora:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
2. O apoio ajudou-o/a lidar com as suas emoções:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
3. O apoio ajudou-o/a ver as capacidades e os problemas da sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
4. O apoio ajudou-o/a sentir-se mais seguro/a no lidar com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
5. O apoio ajudou-o/a ter mais momentos agradáveis com a sua criança:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou
6. O apoio ajudou-a com novas ideias para educar a sua criança no dia-a-dia:	Ajudou Muito	Ajudou	Ajudou Pouco	Não Ajudou

**B. Apoio à criança**

7. O apoio prestado pelo serviço de psicomotricidade à sua criança é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
8. O apoio prestado está adaptado às necessidades e à maneira de ser da sua criança:	Muito Adaptado	Adaptado	Pouco Adaptado	Não adaptado
9. O apoio dado ao seu filho ao nível do desenvolvimento mental (cognitivo) é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
10. O apoio dado ao seu filho ao nível da comunicação é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
11. As sugestões que o serviço lhe tem dado relativamente aos brinquedos e jogos apropriados para o seu filho são:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
12. O apoio dado ao seu filho ao nível do comportamento e do desenvolvimento motor é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

13. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente às atividades diárias (tomar banho, dormir ...) do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
14. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente ao desenvolvimento social do seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
15. A atenção, informação e/ou aconselhamento relativamente à escolha, compra e uso de material adaptado ao seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
16. As formas e técnicas aconselhadas pelo serviço para resolver problemas comportamentais (recusa em comer, birras, problemas em dormir), do seu filho são:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau
17. A forma como os técnicos se relacionam com o seu filho é:	Muito Bom	Bom	Mau	Muito Mau

### C. Relação entre pais e profissionais

18. Sente que o técnico de Psicomotricidade o/a compreende:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
19. O técnico faz uma clara distinção entre o apoio que vos presta e a vossa privacidade:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
20. Pode colocar ao técnico as suas dúvidas e críticas relativamente ao apoio que vos é prestado:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
21. O técnico aceita as suas decisões:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
22. O técnico responde às suas questões	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca

### D. Direitos dos pais

23. Sabe que em caso de problema pode entrar em contacto com os técnicos:	Sempre	Às Vezes	Poucas Vezes	Nunca
---	--------	----------	--------------	-------

24. Sabe que pode decidir a qualquer momento se quer continuar ou terminar o apoio:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal
25. O serviço informa-o/a de todos os seus direitos enquanto pai/mãe de uma criança com problemas de desenvolvimento:	Muito Bem	Bem	Mal	Muito Mal

Anexo 4. Consentimento informado aos tutores

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*A Importância da intervenção psicomotora em idades precoces*

**Eu, abaixo-assinado (nome completo)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
**responsável pelo participante no projecto (nome completo)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da sua participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

**Assinatura do Responsável pelo participante no projecto:** \_\_\_\_\_

O Investigador responsável:

**Nome:** Ana Rita Vintém

**Assinatura:**

