

Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Educação

PERFIL PSICOMOTOR DA CRIANÇA AUTISTA INSTITUCIONALIZADA PERSPECTIVANDO A INTERVENÇÃO

Céline Costa Carvalho

Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Educação Especial - Domínio Cognitivo e Motor, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria Helena Mesquita, da Unidade Técnico Científica de Ciências Sociais e Humanas da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

2012

AGRADECIMENTOS

Todas as pessoas que passam pela nossa vida deixam as suas marcas num ir e vir infinito. No decorrer de todo este processo de aprendizagem, várias foram as pessoas que me apoiaram; que ouviram as minhas lamúrias, frustrações, tristezas, mas que também partilharam as minhas alegrias, méritos e conquistas.

Neste momento as palavras não são previsíveis e alcançam um novo sentido...ganham nova vida quando propõem olhares e despertam perplexidades, quando inquietam o pensamento. E tornam-se sempre insuficientes quando com elas queremos dizer o que nos vai para lá da alma. Como agora...

Agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Maria Helena Mesquita, pela orientação pessoal e científica, pelo tempo que me deu e me deixou ter, pela confiança e incentivo. Obrigada pelo testemunho que me presenteou de como, qualidade e formação podem coexistir com humanismo, bom senso e a mais profunda compreensão por todas as vicissitudes que a vida nos impõe. Devo-lhe o privilégio de um encontro de objectivos que catalisou alguns dos mais gratificantes momentos de partilha e reflexão do meu percurso académico. Aqui pretendo deixar um profundo e sentido reconhecimento.

Agradeço à Doutora Regina Coelho, conhecedora, como ninguém, dos segredos das palavras diferentes, um obrigado pelo desafio que foi ter realizado o presente estudo na vossa Instituição.

Aos demais elementos da Direcção do Lar de Infância e Juventude, são devidas algumas palavras de particular apreço e amizade.

Um agradecimento muito especial, à “Filipa” por ter sido a protagonista deste trabalho, pela sua disponibilidade e simpatia consideravelmente impressas na memória deste trabalho.

A todos, o meu sincero Obrigado!

RESUMO

O contexto da Institucionalização de Crianças e Jovens despertou um olhar atento perante as crianças institucionalizadas, especialmente uma criança autista que devido às suas particularidades requer uma atenção especial por partes dos profissionais, de modo a minimizar as barreiras existentes no seu mundo enigmático.

A criança autista apresenta dificuldades em compreender o seu corpo na globalidade, o corpo permanece em modo silencioso, sendo necessário ajudar estas crianças a superar algumas das suas dificuldades. É neste sentido, que o olhar psicomotor voltado para a criança autista poderá mudar o lugar que lhe foi dado, de alguém sem futuro e sem esperança, ampliando, assim, as formas de tratamento.

No presente trabalho pretendeu-se avaliar o perfil psicomotor de uma criança autista institucionalizada, de 13 anos de idade, através da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, e perante os resultados obtidos apresentar uma proposta de intervenção no âmbito das áreas mais fracas.

Após a aplicação da Bateria Psicomotora efectuou-se o somatório das várias provas dos sete factores psicomotores, obtendo o valor de onze pontos, apresentando a criança um perfil geral dispráxico e evidenciando apraxia a nível da noção do corpo, da estruturação espaciotemporal e da praxia fina.

A proposta de intervenção apresentada entrou neste cenário como instrumento capaz de facilitar à criança autista um conhecimento do seu próprio corpo, para, munida deste conhecimento, ser capaz de projectar-se ao mundo externo.

Ressalta-se que no seio institucional são necessários esforços contínuos e persistentes centrados na desafiadora tarefa de intervir com crianças portadoras de condições de deficiência.

Palavras chave: Autismo; Institucionalização; Perfil Psicomotor; Bateria de Observação Psicomotora; Psicomotricidade.

ABSTRACT

The context of The Institutionalization of Children and Young awoke a watchful eye view of the institutionalized children, particularly an autistic child who, because of his particularities, requires a special attention by professionals to minimize the barriers of his enigmatic world.

The autistic child has difficulties understanding his body as a whole; the body remains silent, being necessary help these children overcome their difficulties. The purpose of the psychomotor look toward the autistic child is that it can change the place that he was given, of someone without a future or hope, thus, widening the forms of treatment.

The present work aimed to evaluate the psychomotor profile of an institutionalized autistic child, aged 13, by applying the Psychomotor Battery of Vítor da Fonseca, and after the obtained results, submit a proposal for intervention in weaker areas.

After applying the Psychomotor Battery, the sum of several tests of the seven psychomotor factors was made, obtaining the value of eleven points, presenting a child with a general profile dyspraxic and showing apraxia at the notion of the body, spatiotemporal structure and of the thin praxis.

The proposed action presented came to this scenario as an instrument able to facilitate the knowledge of an autistic child's own body to, with this knowledge, be able to project herself to the outside world.

It is noteworthy that, within institutional environment, continued and persistent efforts are needed, focused on the challenging task of intervening with children with disability conditions.

Keywords: Autism; Institutionalization; psychomotor profile; Observation Psychomotor Battery; Psychomotricity.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE GERAL	v
ÍNDICE DE QUADROS	ix
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE TABELAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEORICO	4
CAPÍTULO I - A CRIANÇA AUTISTA	5
INTRODUÇÃO	5
1.CONTEXTUALIZAÇÃO CONCEPTUAL	5
2.ETIOLOGIA	7
3.A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO	8
4.CARACTERISTICAS DAS CRIANÇAS AUTISTAS	12
CAPÍTULO II - A CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA	14
INTRODUÇÃO	14
1.SISTEMA DE PROTECÇÃO SOCIAL À CRIANÇA	14
1.1 Medidas de promoção dos direitos e de protecção	15
2.A INSTITUCIONALIZAÇÃO EM LARES DE CRIANÇAS E JOVENS	16
3.A CRIANÇA E O SEU DESENVOLVIMENTO NA INSTITUIÇÃO	17
4.CONSEQUÊNCIAS DA VIDA INSTITUCIONAL	18

CAPÍTULO III - A PSICOMOTRICIDADE	20
INTRODUÇÃO	20
1. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E AQUISIÇÃO MOTORA	20
2. PSICOMOTRICIDADE E DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	21
2.1 Psicomotricidade	21
2.2 O Desenvolvimento Psicomotor	22
3. O AUTISMO E A MOTRICIDADE	23
4. OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOMOTOR	25
4.1 A Bateria de Observação Psicomotora	25
4.1.1 Tonicidade	26
4.1.2 Equilibração	28
4.1.3 Lateralidade	29
4.1.4 Noção do Corpo	30
4.1.5 Estruturação Espaciotemporal	31
4.1.6 Praxia Global	33
4.1.7 Praxia Fina	34
5. REEDUCAÇÃO PSICOMOTORA	35
PARTE II - PLANIFICAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	37
CAPÍTULO IV - OBJECTIVO DO ESTUDO	38
INTRODUÇÃO	38
1. ENUNCIADO DO PROBLEMA	38
2. OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	39
CAPÍTULO V - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS	40
INTRODUÇÃO	40
1. METODOLOGIA	40
1.1 Tipo de Estudo	40
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	41
3. CARACTERIZAÇÃO DO CASO	41
4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO	42
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	44

6. INSTRUMENTO UTILIZADO E PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO	44
6.1 Aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca	44
7. TRATAMENTO DOS RESULTADOS	63
PARTE III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	66
CAPÍTULO VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67
INTRODUÇÃO	67
1. ASPECTO SOMÁTICO, DESVIOS POSTURAI E CONTROLO RESPIRATÓRIO	67
2. ANÁLISE DO PERFIL PSICOMOTOR GERAL	68
2.1 Tonicidade	68
2.2 Equilibração	70
2.3 Lateralização	71
2.4 Noção do Corpo	72
2.5 Estruturação Espaciotemporal	73
2.6 Praxia Global	75
2.7 Praxia Fina	76
3. APRESENTAÇÃO DO PERFIL PSICOMOTOR DA CRIANÇA EM ESTUDO	82
PARTE IV - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	85
CAPÍTULO VII - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO AUTISMO	86
INTRODUÇÃO	86
1. NOÇÃO DO CORPO	88
1.1 Exercícios de Conhecimento das Partes do Corpo	89
2. ESTRUTURAÇÃO ESPACIOTEMPORAL	91
2.1 Exercícios de Noções Espaciais	92
2.2 Exercícios de Memória Espacial	93
2.3 Exercícios de Organização e Compreensão Espacial	94
2.4 Exercícios de Topologia	95
2.5 Exercícios de Ritmos	96
3. PRAXIA FINA	97
3.1 Exercícios de Habilidade Manual	97
3.2 Exercícios de Grafismo	98

PARTE V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	100
CAPÍTULO VIII - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES	101
INTRODUÇÃO	101
1. REPOSIÇÃO DOS OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO	101
2. CONCLUSÕES	101
3. LIMITAÇÕES	103
4. RECOMENDAÇÕES	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
ANEXOS	110
ANEXO I - Pedido de Autorização à Instituição	111
ANEXO II - Declaração de Autorização da Instituição	114
ANEXO III - Relatório Social da Segurança Social	117
ANEXO IV - Relatório Informativo da Equipe Técnica da Instituição	120
ANEXO V - Relatório Psicológico do Serviço de Psicologia da Instituição	123
ANEXO VI - Relatório Multidisciplinar do Hospital Pediátrico de Coimbra	126
ANEXO VII - Folhas de Registo da Observação na Aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca	130

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Classificação do Perfil Psicomotor Geral	64
QUADRO 2 - Cotação dos subfactores constituintes do Factor Psicomotor Tonicidade	69
QUADRO 3 - Cotação dos subfactores constituintes do Factor Psicomotor Equilibração	71
QUADRO 4 - Cotação dos subfactores constituintes do Factor Psicomotor Lateralização	71
QUADRO 5 - Cotação dos subfactores constituintes do Factor Psicomotor Noção do Corpo	73
QUADRO 6 - Cotação dos subfactores constituintes do Factor Psicomotor Estruturação Espaciotemporal	75
QUADRO 7 - Cotação dos subfactores constituintes do Factor Psicomotor Praxia Global	76
QUADRO 8 - Cotação dos subfactores constituintes do Factor Psicomotor Praxia Fina	77

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Desenho da Figura Humana realizado pela Filipa	73
FIGURA 2 - Levantamento Topográfico	74
FIGURA 3 - Realização do maior número de cruzes	77
FIGURA 4 - Realização do maior número de pontos	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Perfil Psicomotor da Filipa Após aplicação da BPM	82
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - DSM - IV - Critérios de Diagnóstico de perturbação autista	9
TABELA 2 - ICD - 10 - Critérios de diagnóstico autista	9

LISTA DE ABREVIATURAS

ADI - R - Autism Diagnostic Interview Revised

BPM - Bateria Psicomotora

CARS - Childhood Autism Rating Scale

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade

DP - Desvio Padrão

DSM - IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association, 4ª Edição

ICD - 10 - International Classification of Disease, 10ª Edição

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PGD - Perturbações Globais do Desenvolvimento

SOE - Sem Outra Especificação

INTRODUÇÃO

As vicissitudes que a vida nos impõe despertam perplexidades e inquietam o pensamento, e conseqüentemente a luta e dedicação fazem surgir momentos que ganham um novo sentido, tal como este que de seguida se apresenta...

Este trabalho intitulado de “Perfil Psicomotor da Criança Autista Institucionalizada - Perspectivando a Intervenção” surge em consequência da formação académica em Serviço Social e da experiência profissional adquirida num Lar de Infância e Juventude que despertou um olhar atento perante a realidade das nossas crianças institucionalizadas.

A institucionalização de crianças surge quando se esgotam as várias respostas às crianças em perigo, maioritariamente vítimas de maus tratos. Alguns estudos (Pereira, 2008; Santos, 2010) focalizados nesta temática têm demonstrado que a exposição a experiências disruptivas nos cuidados e a vivência institucional da infância encontram-se associados a resultados desenvolvimentais negativos posteriores, pelo que, torna-se imprescindível que se desenvolva um sentimento de bem-estar emocional, físico e um sentimento de segurança.

É necessário estar consciente que, em Lares de infância e Juventude, a educação está para além da sala de aula, do gabinete do psicólogo e do grupo terapêutico. O comportamento e a personalidade da criança são directamente influenciados pelos adultos que com ela passam grande parte do tempo, e são influenciados através de reacções e de acções. Nestas instituições também residem crianças portadoras de condições de deficiência, tal como crianças autistas, e tal como se sabe, esta síndrome continua actualmente a ser estudada e pesquisada, porém, ainda pouco se sabe sobre a sua etiologia e intervenção, pelo que, requerem uma abordagem interventiva ajustada e adequada às características específicas de cada criança.

Como refere Neto (2002), o estudo do desenvolvimento humano, seja qual for o aspecto considerado (motor, cognitivo, linguístico, afectivo/emocional ou social), afigura-se como um fenómeno complexo e global. Este autor evidencia que o estudo do desenvolvimento humano deve encarar o indivíduo como um sistema complexo e organizado, que vive em relações de circunstância num contexto físico e sociocultural.

Como é referido na literatura (Ferreira e Thompson, 2002; Levin, 2000 cit. por Fernandes, 2008) o autista tem dificuldades em compreender o seu corpo na sua globalidade, sendo que, o corpo no autismo permanece em modo silencioso, carente de qualquer gestualidade, mantendo-se numa única posição do mutismo. Estes autores referem que é necessário ajudar a pessoa autista a superar algumas de suas dificuldades, permitindo o seu desenvolvimento em outros planos, oferecendo novos meios de expressão, possibilitando o acesso a funções importantes como o olhar e o tocar, procurando melhorar sua qualidade de vida. É neste sentido, que o olhar psicomotor voltado para a criança autista poderá mudar o lugar que lhe foi dado, de alguém sem futuro e sem esperança, ampliando, assim, as formas de tratamento.

Diante da suspeita de um diagnóstico de autismo, acredita-se que quanto mais cedo se inicie numa estimulação adequada, maiores serão as probabilidades de ampliar as formas de

tratamentos. É nesta linha de pensamento, que o olhar psicomotor voltado para a criança autista poderá ter um papel importante na qualidade de vida destas crianças, no sentido de as tornar mais autónomas nas tarefas quotidianas.

Desta forma, as motivações pessoais para investigar o tema acima supracitado advém do acompanhamento de casos de crianças institucionalizadas, no qual foi aferida a premente preocupação por parte dos técnicos da Instituição em dar uma resposta interventiva ajustada às dificuldades vividas pelas crianças e sobretudo para com aquelas que apresentam condições de deficiência.

Considera-se de extrema importância este estudo, cujo objectivo será efectuar uma avaliação do perfil psicomotor de uma criança autista, de forma a poder delinear um plano de intervenção psicomotor, adequado a um favorável desenvolvimento psicomotor, com o intuito de facilitar a adaptação e a aquisição das aprendizagens na criança no seio institucional.

A nível institucional, conhecer o perfil psicomotor da criança contribuirá não só para o conhecimento científico, mas também para a sua utilização interventiva procurando atender os aspectos físicos, afectivos, sociais e cognitivos da criança autista. Acredita-se que este estudo possa ser uma modesta contribuição para que se iniciem trabalhos nesta área de intervenção em patologias como o autismo.

Tal como refere Fonseca (2010) o perfil psicomotor individual permite compreender as áreas específicas de sucesso e de dificuldades da criança, além de realizar uma avaliação dinâmica do potencial de aprendizagem da mesma, determinando as suas capacidades e as suas necessidades mais específicas.

Para a consecução do objectivo supramencionado, irá recorrer-se a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, aplicada a uma criança de sexo feminino, de treze anos de idade, que apresenta um quadro clínico de autismo e que se encontra institucionalizada num Lar de Infância e Juventude do Distrito de Castelo Branco.

Este estudo encontra-se estruturado em cinco partes, articuladas entre si, e desenvolvidas da seguinte forma:

A **primeira parte** é referente ao enquadramento teórico e encontra-se subdivida em três capítulos:

CAPÍTULO I - A CRIANÇA AUTISTA: No primeiro capítulo apresenta-se um enquadramento da patologia da criança em estudo, sendo esta a perturbação do Espectro de Autismo em que será abordada a contextualização conceptual, algumas teorias etiológicas, e ainda incidir sobre a importância do diagnóstico, apresentando em complemento as características das crianças com esta patologia.

CAPÍTULO II - A INSTITUCIONALIZAÇÃO - O segundo capítulo contextualiza conceptualmente a institucionalização de crianças em Lares de Crianças e Jovens, bem como o desenvolvimento da criança no seio institucional e as consequências provenientes desta resposta social na vida destas crianças.

CAPÍTULO III - A PSICOMOTRICIDADE - No terceiro capítulo apresenta-se uma maior perspectiva no que concerne a psicomotricidade apresentando uma breve contextualização, de modo a caracterizar e compreender esta área que estuda e investiga as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e a motricidade. É abordada a importância do corpo e o conceito do

esquema corporal e a avaliação em psicomotricidade, onde é apresentada a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, sendo este instrumento utilizado na caracterização do perfil psicomotor da criança em estudo.

Na **segunda parte** é apresentada a planificação e organização da investigação e subdivide-se em dois capítulos:

CAPÍTULO IV - OBJECTIVO DO ESTUDO - No quarto capítulo apresenta-se o enunciado do problema a que se pretende dar resposta, os objectivos e as questões de investigação.

CAPÍTULO V - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS - No quinto capítulo é descrito a metodologia utilizada, as considerações éticas tidas na investigação, a caracterização do Caso e da Instituição, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados, e ainda o tratamento dos dados.

Na **terceira parte** é destinada à apresentação dos resultados obtidos na avaliação psicomotora de uma criança de treze anos, com diagnóstico de Perturbação do Espectro de autismo, traçando seu perfil psicomotor, contendo um capítulo:

CAPÍTULO VI - ANÁLISE e DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: O sexto capítulo apresenta os resultados obtidos referentes ao aspecto somático, aos desvios posturais e ao controlo respiratório, e apresenta-se a análise detalhada do perfil psicomotor da criança.

A **quarta parte** é destinada à apresentação de uma proposta de intervenção psicomotora no âmbito do autismo para a criança em estudo, reflectida num capítulo:

CAPÍTULO VII - UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO AUTISMO: No sétimo capítulo é apresentada uma proposta de intervenção, com base nos resultados obtidos na avaliação do perfil psicomotor da criança, incidindo nas áreas mais fracas.

Na **quinta parte** são apresentadas as considerações finais, ponderadas num capítulo:

CAPÍTULO VIII - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES: No oitavo capítulo são repostos os objectivos de investigação, contemplando um conjunto de conclusões e limitações do estudo, finalizando com recomendações para futuras pesquisas.

Por último, apresenta-se as referências bibliográficas da literatura consultada para a realização deste trabalho, culminando a apresentação deste estudo com os anexos, nomeadamente um conjunto de documentos que complementam a compreensão deste estudo.

Parte I

Enquadramento Teórico

CAPÍTULO I

A CRIANÇA AUTISTA

INTRODUÇÃO

O autismo é considerado um verdadeiro desafio para todos os profissionais que lidam com crianças portadoras desta problemática e que se interessam pelo seu estudo e compreensão. As dificuldades apresentadas pelos indivíduos autistas requerem uma atenção especial, de modo a minimizar as barreiras existentes no seu mundo enigmático.

Para que se possa dar respostas adequadas à intervenção com crianças autistas é necessária que o profissional invista na sua formação, empenhando-se na investigação, defendendo valores e apostando na dedicação com aqueles que vivem no nosso mundo e requerem um olhar peculiar. É neste sentido que se procede a uma abordagem conceptual sobre o autismo, de modo a contextualizar esta realidade complexa, incidindo sobre as possíveis causas que estão na sua origem, dando particular apreço ao diagnóstico e às principais características de uma criança com esta patologia.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO CONCEPTUAL

As primeiras abordagens sobre a realidade das crianças autistas surgiram pela primeira vez em 1911 por Eugen Bleuler que descreveu a síndrome da esquizofrenia infantil, realçando o principal sintoma, a *Spaltung* ou dissociação. O psiquiatra suíço descreveu essas crianças como se estivessem fora da realidade, vivenciando de forma relativa ou absoluta as suas vidas interiores (Cavaco, 2009).

Em 1943, o autismo começou a ser descrito por Kanner, quando este psiquiatra americano realizou vários estudos em que constatou um conjunto de comportamentos característicos manifestados por algumas crianças que seguia (Pereira, 1999, cit. por Miranda, 2011). Enumerou um conjunto de características que teoricamente podiam identificar as crianças com este tipo de distúrbio, nomeadamente, uma inabilidade ou incapacidade para estabelecer um relacionamento interpessoal. O atraso na aquisição da fala e do não uso da mesma como instrumento para estabelecer a comunicação, foram igualmente identificadas como características do autismo (Cavaco, 2009).

Segundo Cavaco (2009) Kanner também fez referência às dificuldades apresentadas que contrastam com uma enorme facilidade a nível da motricidade fina, como a habilidade em manobrar objectos circulares. Contudo, insistiu numa característica essencial do autismo que

tinha como base a insistência obsessiva em manter rotinas, demonstrando alguma resistência às novas actividades e a diversas actividades variadas.

A mesma autora refere que em 1944, surge Hans Asperger com novas revelações sobre o autismo e com definições mais completas. O médico publicou um trabalho sobre “Psicopatologia Autista”, termo utilizado quando se fazia referência a esta problemática. Asperger sublinhou a dificuldade em que as crianças autistas evidenciavam em relação ao fixar do olhar, durante situações sociais, apresentando breves olhares e de forma periférica. Em relação aos gestos, fez referência a estes como sendo vazios de significado e estereotipados. Segundo Asperger, a linguagem das crianças autistas era monótona, mesmo utilizando um vocabulário diversificado.

Apesar de o autismo ter sido referido já em 1943, assistiu-se a uma ausência de investigações relativamente a este tema nos vinte anos seguintes. Provavelmente, a razão prende-se com o facto de Kanner ter delineado o autismo como uma alteração emocional, tendo sido aceite pelos autores psicanalíticos (Baron-Cohen, 1990, cit. por Miranda 2011).

Hewitt (2006) refere que vários investigadores, como Lorna Wing, compararam as teorias de Asperger com as de Kanner, em que verificaram algumas semelhanças entre as crianças descritas por ambos, nomeadamente, uma tendência para manterem interesses obsessivos ou invulgares e uma preferência pelas rotinas.

A nível conceptual, o termo autismo surgiu oficialmente pela primeira vez na Classificação Internacional de Doenças, em 1975, e foi categorizado como uma psicose da infância. Com a evolução das investigações científicas, os investigadores chegaram à conclusão que o autismo não é uma perturbação de contacto afectivo, mas sim uma perturbação do desenvolvimento (Ferreira, 2011).

Ainda em 1988, Wing identificou uma tríade de deficiências que ainda hoje pauta todos os critérios de diagnóstico relativos ao espectro das perturbações ligadas ao autismo, definindo o que é comum a todas elas. Esta tríade consiste em dificuldades em três áreas do desenvolvimento, nomeadamente, perturbação do desenvolvimento na interacção social recíproca, dificuldades na comunicação verbal e não-verbal e padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados (Jordan, 2000; Fernandes, 2010). Esta tríada de incapacidades será abordada detalhadamente no ponto 4 do presente capítulo.

O universo autista é uma realidade complexa que engloba conceitos distintos, mas que se cruzam em determinados pontos. Em suma “o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afecta múltiplos aspectos da forma como uma criança vê o mundo e aprende a partir das suas próprias experiências” (Siegel, 2008, p.21).

No ponto seguinte são referidas as teorias que foram sustentando a origem do autismo e deste modo entender melhor o enquadramento desta patologia.

2. ETIOLOGIA

Várias teorias têm surgido desde 1943 sobre a causa do quadro clínico do autismo, contudo não nos têm fornecido provas concludentes dado esta perturbação ser complexa.

Como refere Siegel, (2008, p. 25), “para além das possíveis causas genéticas do autismo, casos desta perturbação têm sido relacionados com uma variedade de factores”.

De acordo com o mesmo autor, frequentemente, antes da criança ser diagnosticada, os pais dizem que o seu filho não se assemelha às crianças descritas em livros que leram sobre esta patologia. Tal acontece por não existirem duas crianças com autismo iguais, da mesma forma que não existem duas crianças iguais com um desenvolvimento regular.

Segundo Cavaco (2009) existem várias teorias que procuram explicar a problemática da etiologia ou a causa do quadro clínico do Autismo, que por sua vez se complementam entre elas e consequentemente possibilitam uma identificação mais precisa e operacional da explicação etiológica.

Da consulta bibliográfica realizada (Jordan, 2000; Siegel, 2008; Cavaco, 2009 & Ferreira, 2011), foram encontradas diversas teorias explicativas relativas a problemática da etiologia do quadro clínico do autismo, porém, serão apenas abordadas aquelas que mostraram ser mais relevantes no âmbito das investigações e dos avanços que se proporcionaram no âmbito desta problemática. Destas evidenciam-se as Teorias Psicogénicas, Biológicas e Psicológicas, porém, são apresentadas as teorias que defendem causas opostas, nomeadamente as teorias psicogenéticas e as teorias biológicas.

De acordo com a autora Cavaco (2009), as teorias comportamentais procuram explicar os sintomas característicos da perturbação, fundamentando-se em mecanismos psicológicos e cognitivos subjacentes, por outro surgem as teorias neurológicas e fisiológicas que procuram ministrar informação acerca de uma possível base neurológica.

De acordo com a mesma autora, as teorias psicogenéticas têm as suas raízes nas teorias psicanalíticas, sustentando que as crianças com este tipo de perturbação eram normais no momento do seu nascimento, mas que devido a factores familiares adversos no decorrer do seu desenvolvimento, desencadearam um quadro autista.

Bautista (1997) refere que estas teorias não possuem uma base sustentável e são actualmente defendidas por poucos autores. Segundo as opiniões discordantes, estas teorias confundem as causas com as consequências, pois as alterações verificadas nos pais podem surgir em consequência da convivência com esse filho.

Segundo as teorias biológicas, as perturbações autísticas possuem uma causa biológica e são uma consequência orgânica (Cavaco, 2009).

As investigações recentes realizadas em torno das Perturbações do Espectro do Autismo defendem que existe uma origem neurológica de base. É considerado que o autismo é resultante de uma perturbação em diversas áreas do Sistema Nervoso Central que consequentemente afectam a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e intelectual, a capacidade de estabelecer relações (Ferreira, 2011).

Damásio e Maurer (1978, cit. por Cavaco, 2009) colocaram a hipótese de um dano no sistema, ligado com a produção da dopamina, ser responsável por tal perturbação, uma vez que este se projecta, essencialmente, no gânglio basal e nos globos frontais e temporais.

Embora a causa do autismo seja um tema para muitas investigações em curso, esta não deve ser descurada de um bom diagnóstico e levar a cabo uma avaliação muito cuidadosa, a fim de compreender os comportamentos que fazem parte do autismo, quais os que podem ser o reflexo de traços de personalidade e ainda quais os que constituem um reflexo da maneira como a criança age, de forma a compensar os seus défices (Siegel, 2008). Esta abordagem constitui o ponto seguinte do trabalho.

3. A IMPORTÂNCIA DO DIAGNÓSTICO

Efectuar o diagnóstico de autismo pressupõe dois passos essenciais, nomeadamente delimitar a perturbação relativamente a outras perturbações do desenvolvimento e ainda a necessidade de uma avaliação de forma a intervir eficazmente (Pereira, 2006).

De acordo com Siegel (2008), o diagnóstico pode acabar por ser um rótulo devido ao problema de ser reconhecível e já ter acontecido antes, e conseqüentemente vai permitir ter acesso aos diferentes serviços de apoio.

O mesmo autor refere que o diagnóstico nesta problemática é fundamental pois permite explicar à família o que a criança tem, nomeadamente dar uma ideia do que poderão esperar do seu filho, apresentando desta forma uma descrição dos sintomas mais marcantes e dos mais moderados. O diagnóstico permite ainda iniciar um plano de tratamento e encaminhar a crianças aos serviços de que deverá poder usufruir de modo a colmatar as suas necessidades e dificuldades.

Para este diagnóstico é necessário ter um conhecimento aprofundado dos comportamentos e características da criança e aplicar diversos instrumentos de avaliação e diagnóstico. Segundo Siegel (2008), actualmente entre estes instrumentos, destaca-se o DSM-IV, acrónimo de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association*, 4ª edição, e o ICD - 10, *Internacional Classification of Disease*, 10ª edição, tornando-se este o mais recente manual de classificação internacional.

Para que seja estabelecido um diagnóstico de perturbação autista, usando os critérios estabelecidos no DSM-IV (ver tabela 1), o indivíduo tem de responder positivamente a seis dos doze critérios. Pelo menos dois dos critérios em que obtiver resposta positiva devem reflectir dificuldades na área do desenvolvimento social, dois devem incidir na área da comunicação e pelo menos dois outros devem referir-se a actividades e interesses atípicos.

Tabela 1 - DSM - IV - Critérios de diagnóstico de perturbação autista (adaptado de Siegel, 2008, p.33)

<p>A - Défice qualitativo na interacção social</p> <ol style="list-style-type: none">1.Acentuado défice no uso de vários comportamentos não-verbais, tal como contacto visual, expressão facial, postura corporal e gestos reguladores da interacção social;2.Incapacidade para desenvolver relações com os pares;3.Ausência de tendência espontânea para partilhar com os outros prazeres, interesses e objectivos;4.Falta de reciprocidade social ou emocional.
<p>B - Défices qualitativos na comunicação</p> <ol style="list-style-type: none">1.Atraso, ou ausência, de desenvolvimento da linguagem oral (não acompanhado de tentativas para compensar através de modos de comunicação alternativos, tal como gestos ou mímica);2.Acentuada incapacidade na competência para iniciar ou manter uma conversação com os outros, apesar de os sujeitos terem um discurso adequado;3.Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;4.Ausência de jogo realista espontâneo e variado, ou de jogo social imitativo adequado ao nível de desenvolvimento.
<p>C - Padrões de comportamento, interesses ou actividades restritos, repetitivos e estereotipados</p> <ol style="list-style-type: none">1.Preocupação extenuante com um ou mais padrões de interesse estereotipados e restritos, anómalos quer em intensidade quer em objectivo;2.Adesão aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais;3.Maneirismos motores estereotipados e repetitivos;4.Preocupação persistente com partes de objectos.
<p>Nota: Desenvolvimento anormal ou deficitário em pelo menos umas das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: 1 - interacção social, 2 - linguagem usada na comunicação social, ou 3 - jogo simbólico ou imaginativo.</p>

O outro manual de diagnóstico, o ICD - 10, assegurado pela Organização Mundial de Saúde, tornou-se o manual de diagnóstico mais recente a nível internacional, e com ele surgiram novos critérios de diagnóstico do autismo (ver tabela 2).

Tabela 2 - ICD - 10 - Critérios de diagnóstico de perturbação autista (adaptado de Siegel, 2008, p.34)

<p>A - Presença de desenvolvimento anormal ou de défices em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade</p> <ol style="list-style-type: none">1.Linguagem receptiva ou expressiva, usada na comunicação;2.Desenvolvimento de vinculação e/ou de interacção social selectiva;3.Jogo funcional e/ou simbólico.

B - Défices qualitativos na interacção social

1. Incapacidade de usar adequadamente o contacto visual, as expressões faciais, a postura corporal e os gestos reguladores da interacção social;
2. Incapacidade para desenvolver adequadamente relações com os companheiros que envolvam a partilha de interesses, de actividades e de emoções;
3. Nos momentos de tensão ou angústia, raramente procura outras pessoas para receber conforto e afecto;
4. Ausência de partilha de prazer, em termos de satisfação pela felicidade de outras pessoas e/ou procura espontânea de partilhar o seu próprio prazer através do envolvimento com os outros;
5. Falta de reciprocidade social e emocional, manifestada por uma deficiente resposta ou por resposta desviante às emoções de outras pessoas; e/ou ausência de modulação de comportamento perante o contexto social e/ou fraca integração de comportamentos sociais, emocionais e de comunicação.

C - Défices qualitativos na comunicação

1. Atraso ou total ausência, de linguagem oral, sem acompanhamento de tentativas para compensar recorrendo a gestos ou mímica, como formas alternativas de comunicação;
2. Incapacidade relativa para iniciar ou manter uma conversação, não se verificando reciprocidade nem reacção à comunicação por parte de outras pessoas;
3. Uso repetitivo e estereotipado da linguagem e/ou uso idiossincrático de palavras ou de expressões;
4. Volume de voz, entoação, velocidade, ritmo e acentuação anormais;
5. Ausência de jogo realista variado e espontâneo, ou do jogo social imitativo.

D - Padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados

1. Preocupação persistente por padrões estereotipados e restritivos;
2. Ligações específicas a objectos invulgares;
3. Adesão, aparentemente compulsiva, a rotinas ou a rituais não funcionais;
4. Maneirismos motores estereotipados e repetitivos que envolvem sacudir ou rodar as mãos/dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo;
5. Preocupação com partes de objectos ou com elementos não funcionais de brinquedos;
6. Agitação provocada por pequenas mudanças triviais não funcionais do ambiente.

E - O quadro clínico não é atribuível a outras perturbações globais do desenvolvimento, nem a uma perturbação da linguagem receptiva associada a problemas sociais e emocionais específicos, a uma perturbação de vinculação reactiva, a deficiência mental à qual esteja associada uma perturbação emocional/ comportamental, ou a esquizofrenia de manifestação pouco usualmente precoce.

O autismo é a forma reconhecida e a mais frequente de um grupo de perturbações colectivamente designadas por Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), e no âmbito de um diagnóstico é necessário desenvolver uma preocupação relativa aos factores que determinam

um diagnóstico de autismo, bem como aqueles que, independentemente de estarem relacionados, se inserem numa outra categoria, a Perturbação Global de Desenvolvimento Sem Outra Especificação (SOE). A designação perturbação global do desenvolvimento SOE é usada unicamente quando esta estiver a ser comparada a outras PGD (Siegel, 2008).

Segundo Ozonoff et al. (2003) existem cinco diagnósticos específicos no espectro do autismo (ou Perturbações Globais do Desenvolvimento, designado pelo DSM-IV que é sinónimo de Perturbação do Espectro do Autismo - PEA). Estes cinco diagnósticos incluem a Perturbação Autística (aprofundado no ponto 4 deste capítulo), a Perturbação ou Síndrome de Asperger, a Perturbação de Rett, a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

A perturbação de Asperger (ou Síndrome de Asperger), tal como o autismo, tem como características as incapacidades sociais e os comportamentos restritos e repetitivos, contudo o funcionamento cognitivo não apresenta défices e as capacidades linguísticas encontram-se bem desenvolvidas (Rebello, 2011).

A Síndrome de Rett é uma síndrome de comportamento que só se observa em crianças de sexo feminino. Evidenciam um funcionamento psicomotor aparentemente normal durante os primeiros 5 meses de vida, conseguindo atingir o controlo da cabeça, seguindo os objectos e as pessoas com o olhar, voltando-se e sentando-se sozinha. Contudo, entre os 6 meses e o primeiro ou segundo ano de vida, começam a perder o uso das mãos, o interesse pelos outros e pela interacção social, verificando-se igualmente um abrandamento do desenvolvimento cerebral. Dependendo da idade em que a regressão se inicia, as capacidades específicas da linguagem, cognitivas e motoras ou se perdem, ou nunca se desenvolvem (Ozonoff; Rogers; Hendren, 2003, cit. por Rebello, 2011).

Relativamente à Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, esta afecta crianças com um desenvolvimento normal, porém, a dados momentos dos primeiros cinco anos de vida, verifica-se uma desintegração não explicada, desenvolvendo um atraso desenvolvimental. Estas crianças perdem as capacidades sociais e comunicativas já adquiridas e os seus comportamentos tornam-se similares aos comportamentos autistas, embora com tendência a piorar ao longo dos anos (Siegel, 2008).

O diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação é referido pelo DSM-IV como uma categoria que inclui o “autismo atípico”, onde os casos não preenchem os critérios da Perturbação Autística, por um conjunto de sintomas atípicos ou uma sintomatologia subliminar ou por todos estes factos em conjunto (Marques, 2000; Rebello, 2011).

No sentido de abordar de forma sucinta as principais características desta patologia refere-se de seguida algumas características que as crianças autistas podem apresentar.

4. CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS AUTISTAS

Para Peña (2004) o autismo é um transtorno generalizado do desenvolvimento cerebral que produz um comportamento anómalo no qual as crianças se mostram indiferentes, ausentes, com dificuldades para estabelecer laços emocionais com os outros.

No espectro do autismo existe um conjunto de sintomas específicos, apresentando uma tríade de aspectos afectados, nomeadamente (Jordan, 2000; Cavaco, 2009; Fernandes, 2010):

- **Perturbação do desenvolvimento na interacção social recíproca**

Os problemas demonstrados pelos autistas nesta área específica são perceptíveis através dos seus comportamentos. Estes indivíduos têm dificuldade em processar a informação social, dado que, o seu funcionamento é muito lento, estando este facto associado à maioria das vezes às graves dificuldades cognitivas, que implicam uma elevada dificuldade na realização de actos sociais adequados (Jordan, 2000).

Estas crianças evitam o contacto visual, contacto que tem como finalidade modular as relações sociais, o que traduz desde logo um prejuízo para a criança autista uma vez que esta qualidade se encontra ausente. Pode ocorrer também um acentuado comprometimento de outros comportamentos não-verbais, como expressão facial, postura e linguagem gestual, evidenciados pela falta de procura espontânea pelo prazer compartilhado e interesses com outras pessoas (Elias, 2005 cit. por Rebelo, 2011).

Ainda Cavaco (2009) enfatiza que a indiferença social significativa é uma das características de determinados indivíduos autistas, sendo que, alguns manifestavam-se passivos nas interacções sociais mostrando apenas um fraco interesse pelas pessoas, contudo outros indivíduos podem ser muito activos no estabelecimento de interacções sociais mas de uma forma estranha, unilateral, não tendo qualquer consideração pelas reacções dos outros.

- **Dificuldades de comunicação verbal e não-verbal**

Os indivíduos autistas têm dificuldade em comunicar com o mundo exterior, quer através da linguagem verbal, quer através da linguagem não-verbal. Sendo a comunicação o instrumento fundamental para uma vida em sociedade, as mesmas apresentam imensas dificuldades nesta área (Farrel, 2008).

Além disso, podem estar ausentes ou serem acentuadamente deficitários os jogos de “faz-de-conta” ou de imitação social próprios do nível de desenvolvimento. A todos os níveis, a sua comunicação é directamente dirigida à satisfação de necessidades que se lhe deparem, muito mais do que a uma partilha ou troca de informação ou de interesses (Elias, 2005 cit. por Rebelo, 2011).

Tanto a forma como o conteúdo das suas capacidades linguísticas são peculiares e incluem a ecolália, inversão de pronomes e invenção de palavras. As reacções emocionais às abordagens verbais e não-verbais das outras pessoas são inadequadas (Cavaco, 2009).

- **Padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados**

Os padrões comportamentais são muitas vezes repetitivos e rotineiros onde as crianças demonstram ligação a objectos não usuais e por vezes estranhos. São comuns os movimentos estereotipados e repetitivos. Estas crianças revelam uma resistência à mudança e uma insistente uniformidade, mudanças mínimas no ambiente podem causar uma angústia profunda (Siegel, 2008).

Os indivíduos autistas têm as suas capacidades limitadas no que concerne a compreensão em relação às intenções dos outros. Nalguns casos, a actividade imaginativa é excessiva, no entanto, esta é na maioria das vezes ineficaz na sua função adaptativa (Cavaco, 2009).

De seguida apresenta-se o segundo capítulo deste trabalho, que irá incidir sobre a realidade institucional de crianças e jovens, uma vez que a criança do estudo reside num Lar de Infância e Juventude, tornando-se pertinente abordar esta medida de protecção, incidindo ainda no impacto da vivência institucional na vida destas crianças e jovens.

CAPÍTULO II

A CRIANÇA INSTITUCIONALIZADA

INTRODUÇÃO

Os maus-tratos exercidos sobre as crianças não escolhem fronteiras sociais, religiosas, culturais ou económicas, podendo entrar em qualquer lar.

Infelizmente os maus tratos às crianças ainda persistem nos dias de hoje, assiste-se frequentemente à ocorrência de espancamentos, privação de cuidados básicos, carências de ordem psíquica sob a forma de proibição de brincar, privação de afectos ou constantes discussões.

Os maus-tratos às crianças constituem motivo de profunda preocupação para qualquer profissional e para toda a sociedade, pois integram ofensas graves a direitos humanos fundamentais, gerando perigos muito acentuados para o seu desenvolvimento integral, do ponto de vista físico, psicológico, emocional, cognitivo, comportamental, sócio e cultural.

É na infância, através da interacção com o meio envolvente, que se adquire novas capacidades, passando-se por fases de desenvolvimentais importantes para um desenvolvimento da adolescência e o atingir da vida adulta. O bem-estar da criança é um bem essencial para que esta possa crescer de uma forma saudável, sendo necessário protegê-las de qualquer agressão.

Segundo Calheiros & Monteiro (2000, cit. por Fontoura, 2008), em Portugal, a definição legal de mau trato pressupõe objectivos e momentos de intervenção diferenciada, através de um conjunto de programas e medidas avulsas.

É nesta linha de pensamento que neste capítulo se apresenta o enquadramento legal do sistema de protecção social à criança, que por conseguinte é abordado uma das medidas de protecção, sendo esta a institucionalização e as respectivas questões envolventes que acarreta esta medida.

1. SISTEMA DE PROTECÇÃO SOCIAL À CRIANÇA

A primeira referência legal sobre a protecção de menores em Portugal data de 27 de Maio de 1911, com a lei da Infância e Juventude. Posteriormente, é aprovada a Organização Tutelar de Menores, pelo Decreto-Lei n.º 44 288, de 20 de Abril de 1962, que foi sujeita a alterações em 1967, 1978 e 1991 (Magalhães, 2005).

Em 1991 é criada a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro tendo como principal objectivo “a promoção dos direitos e a protecção das crianças e dos jovens em perigo, de forma a garantir o seu bem-estar e desenvolvimento integral” (Artigo 1º).

De modo a prevenir e tratar as situações de perigo, esta Lei consagra um conjunto de princípios orientadores da intervenção que envolvem de forma activa na protecção do menor, não só as comissões de protecção de crianças e jovens e os tribunais, como também as demais entidades ou instituições com competência em matéria de infância e juventude.

Segundo esta Lei:

A intervenção para a promoção dos direitos e protecção da criança e do jovem em perigo tem lugar quando os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto ponham em perigo a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento, ou quando esse perigo resulte de acção ou omissão de terceiros ou da própria criança ou do jovem a que aqueles não se oponham de modo adequado a removê-lo. (Artigo 3º)

É ainda relevante clarificar o conceito de situação de perigo. Para efeitos da presente Lei, considera-se que a criança ou o jovem está em perigo quando, particularmente, se encontra numa das seguintes situações:

- a) Está abandonada ou vive entregue a si própria;
- b) Sofre maus tratos físicos ou psíquicos ou é vítima de abusos sexuais;
- c) Não recebe os cuidados ou a afeição adequados à sua idade e situação pessoal;
- d) É obrigada a actividades ou trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade;
- e) Está sujeita, de forma directa ou indirecta, a comportamentos que afectem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional;
- f) Assume comportamentos ou se entrega a actividades ou consumos que afectem gravemente a sua saúde, segurança, formação, educação ou desenvolvimento sem que os pais, o representante legal ou quem tenha a guarda de facto se lhes oponham de modo adequado a remover essa situação. (Artigo 3º)

Seguidamente apresentam-se as medidas de promoção e protecção de modo a promover o direito da criança ou jovem em perigo e assegurar a sua protecção por meio de uma intervenção que privilegia, acima de tudo, o interesse superior destas crianças e jovens.

1.1 Medidas de promoção dos direitos e de protecção

De acordo com a Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro, a aplicação das medidas de promoção e protecção é da competência exclusiva das comissões de protecção e dos tribunais.

De acordo com artigo 34º da Lei supramencionada, estas medidas visam essencialmente:

- a) Afastar o perigo em que as crianças e jovens se encontram;
- b) Proporcionar condições que permitam proteger e promover a segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral;

c)Garantir a recuperação psicológica das crianças e jovens vítimas de qualquer forma de abuso ou exploração.

Segundo o artigo 35º da mesma Lei, as medidas de promoção e protecção são:

- a)Apoio junto dos pais;
- b)Apoio junto de outro familiar;
- c)Confiança a pessoa idónea;
- d)Apoio para a autonomia de vida;
- e)Acolhimento familiar;
- f)Acolhimento em Instituição.

Estas medidas de promoção e protecção são executadas no meio natural de vida ou em regime de colocação.

As medidas a executar no meio natural de vida são: apoio junto dos pais; apoio junto de outro familiar; confiança a pessoa idónea e apoio para a autonomia de vida.

As medidas executadas em regime de colocação são o acolhimento familiar e o acolhimento em instituição.

É relativamente à medida em regime de colocação nomeadamente o acolhimento em instituição que vai incidir o próximo ponto, uma vez que a problemática do estudo reflecte-se numa criança institucionalizada.

2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO EM LARES DE INFÂNCIA E JUVENTUDE

Em Portugal, o Artigo 5º do Decreto-Lei n.º 2/86 regulamenta o funcionamento das instituições e orienta que o ambiente dos lares de crianças “deve aproximar em moldes semelhantes aos de uma estrutura familiar”, tendo em conta o papel e responsabilidade atribuída aos lares, enquanto agentes de socialização das crianças acolhidas, substituindo total ou parcialmente a família.

Neste âmbito, as instituições deverão oferecer às crianças acolhidas, um ambiente tão próximo do familiar quanto possível “através da satisfação de todas as necessidades básicas, da promoção da sua reintegração na família e na comunidade, contribuindo, no todo para a sua valorização pessoal, social e profissional” (Alves, 2007, p.127).

Segundo Alberto (2002), as instituições devem ser securizantes, contentoras de angústias e promotoras do desenvolvimento pessoal e da construção da identidade, sendo capazes de criar condições de desenvolvimento e de realização pessoal.

Securizante no sentido de promover a autonomia, o sentimento de pertença, de organização e estabilidade. Na generalidade, estas crianças são tensas, instáveis e agressivas, pelo que, as regras e as rotinas diárias da instituição protegem da imprevisibilidade do funcionamento em casa e dão segurança. Os limites estabelecidos pela instituição (diferenciar

espaços e objectos pessoais) e as diversas actividades personalizadas, como a confecção de um prato favorito, o aconchego na hora de dormir, minimizam os contextos desfavoráveis e as próprias estruturas pessoais fragilizadas (Alberto, 2002).

A mesma autora refere que a atitude dos cuidadores deve contribuir para conter as angústias da criança, nomeadamente manifestar atitudes de empatia, reconhecer as necessidades do outro e expressar sentimentos de solidariedade. A interacção entre o educador e a criança é um processo de interacção com valores, crenças e costumes, sendo igualmente um espaço de ensino-aprendizagem. A comunicação deve ser privilegiada pelos adultos, que precisam de explicar os porquês e as razões de ser das regras, das situações, minimizando a instabilidade do menor ao demonstrar uma imagem organizada, estável e lógica da realidade. A instituição deve promover espaços de expressão de sentimentos positivos, de bem-estar, de modo a ultrapassar a dimensão depressiva que caracteriza algumas crianças.

Por último, a instituição deve promover a construção da identidade, sendo este um processo complexo. As crianças institucionalizadas desenvolvem sentimentos de culpabilidade, desvalorizam-se quer na dimensão física, quer na dimensão social, deixando de ter sonhos e projectos. Cabe às instituições reestruturar esta realidade, fornecendo condições para que a criança possa viver com o seu passado, criando projectos de vida futuros, acompanhados de modificações positivas de auto-conceito (Alberto, 2002).

No âmbito da vivência institucional, o próximo ponto irá reflectir sobre o desenvolvimento da criança na instituição.

3. A CRIANÇA E O SEU DESENVOLVIMENTO NA INSTITUIÇÃO

Uma criança que vive num lar estruturado, com uma família afectiva que lhe proporciona conforto e protecção, é capaz de desenvolver sentimentos de segurança nos que a rodeiam e em relação ao meio, e confiança em si própria. (Bowlby, 1998).

Todavia, se a criança crescer afastada de um ambiente securizante pode conseqüentemente originar distúrbios na relação com os outros.

De acordo com Bronfenbrenner (1996), o desenvolvimento saudável e equilibrado é conseguido através de três características relacionais: a reciprocidade, o equilíbrio de poder e a relação afectiva.

Segundo o mesmo autor, a reciprocidade centra-se nos padrões de comunicação e a relação entre as pessoas, sendo necessário incentivar relações deste nível. Contudo, a reciprocidade nem sempre é equitativa, podendo um dos membros exercer poder sobre o outro. A harmonia de poder é essencial de modo a ajudar a criança e o jovem a aprender a contextualizar e a lidar com relações de poder distintas e contribuir para a sua aprendizagem quando este equilíbrio é gradualmente modificado em seu favor. A relação afectiva facilita o desenvolvimento de sentimentos de uns para os outros, podendo ser mutuamente positivos, negativos, ambivalentes e assimétricos.

As crianças institucionalizadas vivem um processo de crescimento comprometido quer pelo desinvestimento social e familiar, o que condiciona a aprendizagem de competências pessoais e sociais fundamentais para a construção da própria identidade e para o estabelecimento de relações interpessoais. Amado et al. (2003) distingue uma variedade de problemas associados às crianças institucionalizadas, que vai dos distúrbios orgânicos à incapacidade para o estabelecimento de laços de amizade, roubo, mentira, ausência de sentimentos culpa, falta de concentração no trabalho escolar, incapacidade de confiança em companheiros do mesmo grupo.

Dado que as consequências da institucionalização na vida das crianças e jovens são um aspecto fundamental para melhor compreender esta realidade, é seguidamente apresentada esta abordagem.

4. CONSEQUÊNCIAS DA VIDA INSTITUCIONAL

A vida de uma criança no seio institucional apresenta consequências positivas e negativas como qualquer trajectória de vida seja qual for o seu contexto. Existem duas linhas de investigação divergentes no que concerne o fenómeno da institucionalização, encarando-o como um factor de risco ou como um factor protector do desenvolvimento humano (Pereira, 2008).

Na generalidade, as pesquisas revelam que a experiência disruptiva da vivência institucional relaciona-se com resultados desenvolvimentais negativos posteriores (O'Connor et al, 1999; Zeanah et al. 2005, cit. por Pereira, 2008).

De acordo com Pereira (2008) vários estudiosos enfatizam o desenvolvimento das conexões neuronais fundamentando que esta maturação requer a activação de um processo das experiências vivenciadas precocemente. O desenvolvimento cerebral resulta, na sua maioria, da presença de uma figura adulta capaz de interagir com a criança e de a estimular, pelo que o processo de diferenciação e de desenvolvimento cerebral advém não só da informação genética, como igualmente das interações sucessivas entre a criança e um meio vivo e responsivo (Davies, 2000; Balbernie, 2001, cit. por Pereira, 2008).

No contexto institucional, perante a reduzida estimulação motora, sensorial, cognitiva que caracteriza os cuidados institucionais, são geralmente verificados atrasos e défices desenvolvimentais significativos, sendo identificadas dificuldades na modulação sensorial (Lin, 2003, cit. por Pereira, 2008), assim como atrasos no crescimento físico e psicomotor (Provence & Lipton 1962, cit. por Pereira 2008).

Na mesma linha de pensamento, Alberto (2002) refere que a institucionalização acarreta consequências negativas em diversos domínios e comporta riscos objectivos e reais no desenvolvimento das crianças e jovens institucionalizadas: a vivência subjectiva de afastamento e abandono das crianças relativamente à família, a desvalorização da auto-estima, a regulamentação excessiva da vida quotidiana, que pode ser invasora da própria individualidade, a influência que a vida em grupo pode exercer na organização da intimidade, o impacto que a organização institucional e a permanência prolongada pode exercer ao nível da construção da autonomia pessoal e do projecto de vida.

Em resposta a estas concepções mais derrotistas, pode-se apontar alguns aspectos positivos da institucionalização.

Segundo Pacheco (2010) a institucionalização facilita o contacto com a família biológica uma vez que tende a manter este contacto e a fazê-lo de uma forma controlada. A nível educacional e comportamental as instituições são organizadas e estruturadas, contendo limites claramente definidos para os comportamentos, o que por vezes não acontece na família biológica. Ao nível dos cuidados de saúde, as crianças e jovens têm ao seu dispor serviços especializados para a realização de determinadas intervenções terapêuticas, tais como psicologia, pedopsiquiatria e terapias diversas. O autor sublinha ainda que, ao entrar numa instituição, a criança passa a viver em grupo, o que pode ser facilitador para o estabelecimento de laços entre diferentes pares e adultos, o desenvolvimento de sentimentos de pertença e cooperação em relação ao grupo, e ainda a interiorização de valores e padrões de conduta social, o que permite ensaiar situações de tomada de decisões.

De acordo com as concepções existentes sobre as possibilidades de intervenção, existem diversas propostas educativas e terapêuticas. Uma vez que a presente investigação pretende ater-se na psicomotricidade, incidindo no estudo do perfil psicomotor perspectivando uma intervenção eficaz, pelo que, se apresenta o terceiro capítulo no âmbito da psicomotricidade.

CAPÍTULO III

A PSICOMOTRICIDADE

INTRODUÇÃO

Neste capítulo segue-se uma breve contextualização sobre a Psicomotricidade, de modo a caracterizar e compreender esta área que estuda e investiga as influências recíprocas e sistêmicas entre o psiquismo e a motricidade. Será abordada a importância do corpo e o conceito do esquema corporal no desenvolvimento psicomotor da criança e a avaliação em psicomotricidade, onde é apresentada a Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca, sendo este instrumento utilizado na caracterização do perfil psicomotor da criança em estudo. Finaliza-se este capítulo com a importância da reeducação psicomotora.

1. DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E AQUISIÇÃO MOTORA

Segundo Malina (2004, cit. por Fernandes, 2011), o desenvolvimento motor é um processo de mudanças contínuas baseado na interação de diversos factores: o crescimento, o processo de maturação neuromuscular, a maturação biológica, as características comportamentais da criança e os efeitos da experiência adquirida e das novas experiências motoras.

Fonseca (1988) refere que “o desenvolvimento motor é uma contínua alteração no comportamento ao longo da vida que surge por meio das necessidades de tarefa, da biologia do indivíduo e o ambiente em que vive” (p.309).

Em cada idade da criança o movimento toma características significativas e a aquisição ou o aparecimento de certos comportamentos motores tem repercussões marcantes no desenvolvimento de cada criança. Cada aquisição influencia a anterior, tanto no domínio mental como no motor, através da experiência e troca com o meio (Fonseca, 1988).

Como refere Fonseca (2010), para compreender o desenvolvimento da criança necessitamos de perspectivar os padrões de desenvolvimento e a organização do cérebro, sendo que o “desenvolvimento motor humano, nos primeiros meses, envolve essencialmente a constelação de trabalho formado pelos centros mesencéfalos, que produzem os reflexos incondicionados e os integram progressivamente em padrões mais diferenciados” (p. 49).

Segundo o mesmo autor, “o cérebro reorganiza os seus comportamentos na base de actividades objectivas, adquirindo novas formas de percepção, de memória, de pensamento e, conseqüentemente, novos processos de organização das acções voluntárias” (p.51).

Segundo Ferreira (2000, cit. por Fernandes, 2008), as experiências motoras da criança são decisivas na elaboração progressiva das estruturas que aos poucos dão origem às formas superiores de raciocínio, ou seja, em cada fase do desenvolvimento, a criança consegue realizar uma determinada organização mental permitindo-lhe lidar com o meio envolvente.

De acordo com o mesmo autor, a criança desenvolve-se e matura-se no contacto com o mundo através do seu corpo, pelo que, cabe desta forma aos profissionais trabalhar conceitos de ordem psicomotora, auxiliando a criança a tomar consciência do seu corpo.

Seguindo esta linha de pensamento, é importante reflectir sobre a psicomotricidade, pelo que, apresenta-se de seguida, uma caracterização dos aspectos ligados à Psicomotricidade, nomeadamente a sua definição e caracterização, fazendo também referência ao desenvolvimento psicomotor.

2. PSICOMOTRICIDADE E DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR

2.1 Psicomotricidade

O conceito de psicomotricidade surge pela primeira vez em 1909, no âmbito das pesquisas desenvolvidas pelo neuropsiquiatra Ernest Dupré, introduzindo os primeiros estudos sobre a debilidade motora. Posteriormente, em 1925, surge Henri Wallon, o grande pioneiro da Psicomotricidade vista como campo científico, impulsionando as primeiras tentativas de estudo da reeducação psicomotora (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2001), em 1929, Wallon advoga que o “desenvolvimento psicológico da criança é o resultado da oposição e substituição de actividades que precedem uma às outras” (p. 16).

De acordo com Martins (2001), nos anos 50, surge uma prática psicomotora focada no desenvolvimento do esquema corporal e na estruturação espacial e rítmica, partindo do princípio, de que a criança obtinha o domínio e o conhecimento de si própria, pela acção controlada e organizada no tempo e no espaço, conseguindo desta forma restaurar os meios fundamentais para as aprendizagens escolares.

Citando o mesmo autor, na década de 70 acentuou-se a relevância dada à acção terapêutica da psicomotricidade, “valorizando-se a componente relacional, e os mecanismos inconscientes inerentes à indissociabilidade da vivência corporal e da estruturação do psiquismo” (p.30).

Por último, em 1995 na perspectiva de Fonseca a psicomotricidade “tende a ser reconceptualizada, pela ‘intrusão’ de factores antropológicos, filogenéticos, ontogenéticos, paralinguísticos, e essencialmente cibernéticos e psiconeurológicos” (Fonseca, 2010, p. 18).

Na concepção actual, é impossível separar as funções motoras, as neuro-motoras e perceptivo-motoras, das funções intelectuais e da afectividade (Seixas, 2011).

A psicomotricidade é assim uma ciência de extrema relevância uma vez que através da mediação corporal permite à criança reencontrar o prazer sensorio-motor pela regulação tónica e pelo movimento, facultando a apropriação dos processos simbólicos (Martins, 2001).

Em suma, o objecto de estudo da Psicomotricidade é o sujeito humano e as suas relações com o corpo. Assim, de acordo com Aucouturier, Darrault & Empinet (1986, cit. por Martins, 2001) as finalidades da Psicomotricidade, são:

a) Comunicar, regulando a ambivalência que decorre do desejo da identificação e da dependência e a dinâmica de trocas;

b) Capacitar a acção pessoal transformadora;

c) Aceder ao pensamento operatório, passando do pensamento sincrético para o estabelecimento de relações lógicas, com capacidade de identificação, discriminação, análise e síntese da informação disponível;

d) Harmonizar e maximizar o potencial motor, afectivo-relacional e cognitivo, ou seja, o desenvolvimento global da personalidade, a capacidade de adaptabilidade social e a adequabilidade do processamento da informação do indivíduo.

No seguimento desta abordagem, importa aprofundar o desenvolvimento psicomotor, que se apresenta no ponto seguinte.

2.2 O Desenvolvimento Psicomotor

O desenvolvimento é um processo caracterizado por mudanças progressivas na forma, organização e funcionamento de um organismo, originando uma transformação e integração das estruturas anteriores noutras mais avançadas, flexíveis e exigentes, constituindo um produto da interacção e das transacções que se estabelecem entre o indivíduo e o ambiente (Barros et al. 2008).

De acordo com Fonseca (2006), Wallon descreve o desenvolvimento humano pelo aumento progressivo da importância do movimento, através de 4 estados evolutivos: 1º estado - impulsivo, caracterizado por descargas ineficientes de energia muscular e gestos desordenados; 2º estado - tónico-emocional, que se caracteriza pela emergência de gestos úteis de expressão motora, ligada à afectividade, uma vez que é como um escape para as emoções vividas; 3º estado - sensorio-motor, é um estado mais subjectivo e afectivo, ligando o comportamento às suas consequências, sendo o movimento da mão essencial para a exploração do ambiente; 4º estado - projectivo, em que a representação mental sustenta a intencionalidade do gesto, conduzindo o contacto com as realidades e a necessidade de comunicar as suas experiências usando gestos, sendo o movimento o modo como se desenvolvem as formações mentais. Neste estado emerge a imitação, que compromete a relação entre o movimento e a representação.

Um bom desenvolvimento psicomotor é essencial “na prevenção de problemas da aprendizagem e na reeducação do tônus, da postura, da direcionalidade, da lateralidade e do ritmo” (Barreto, 2000, p.1). A educação da criança deve demonstrar a relação através do movimento do seu próprio corpo, tendo em consideração a idade, a cultura corporal e os seus

interesses. Para se trabalhar a educação psicomotora, esta necessita que sejam utilizadas as funções motoras, afectivas, cognitivas, perceptivas, e sócio - motoras, no seu todo.

Barros et al. (2008) referem que é durante a idade escolar que a criança desenvolve um conceito mais real de si própria, desenvolvendo a auto-estima e a capacidade de auto-avaliação, o que a torna menos auto-centrada e lhe permite estabelecer relações de amizade e de cooperação com os seus pares.

O desenvolvimento psicomotor envolve não só o desenvolvimento das capacidades motoras, mas também cognitivas e afectivas. Um desenvolvimento psicomotor harmonioso facilita a adaptação e a aquisição das aprendizagens escolares (Fonseca, 2006).

No âmbito desta contextualização, o próximo ponto irá aprofundar as barreiras ao nível da motricidade na criança autista, de modo a perspectivar no plano de intervenção conteúdos possíveis de serem adquiridos por crianças com esta perturbação, no sentido de lhes podermos elevar os níveis de desempenho psicomotores.

3. O AUTISMO E A MOTRICIDADE

No âmbito da observação clínica realizada por Kanner, em 1943, foi referido que as crianças autistas tinham um desenvolvimento normal, assim como coordenação motora adequada, apesar de desajeitadas na forma de andar e que eram consideradas habilidosas. Esta observação permaneceu durante mais de três décadas, até que alguns pesquisadores começaram a questionar a consistência e correspondência do desenvolvimento com a idade cronológica (Geddes, 1977, cit. por Miranda, 2011).

Outros estudos foram realizados relativamente ao desempenho motor de autistas que mostraram resultados com pontuações menores em comparação com indivíduos normais (Maurer & Damásio, 1982 cit. por Miranda, 2011). Os autistas mostraram menores pontuações nas seguintes medidas de aptidão: composição corporal, força de apreensão nas mãos, força e flexibilidade abdominal. Ficaram abaixo do nível da idade cronológica em tarefas que requeriam atitudes de integração física, bastante abaixo do nível de alunos normais em actividades de imitação corporal. Ainda foi verificado um baixo funcionamento em relação à imagem corporal, anormalidades na fixação e correcção da postura, bradicinesia e distonias. Alguns investigadores tendem a vincular os baixos desempenhos do autismo com o atraso mental, porém, outros consideram que existem dificuldades com tarefas complexas de coordenação motora (Maurer & Damásio, 1982 cit. por Miranda, 2011).

Foram notados, por vezes, discinesias da boca e extremidades ou sinergias involuntárias complexas envolvendo a cabeça e os segmentos proximais dos membros. Nas extremidades distónicas observaram-se movimentos involuntários, nomeadamente rítmicos ou tiques, como o bater com as mãos para cima e para baixo ou para os lados; outros não rítmicos e com maior definição como a variação de coreia ou atetose (Gauderer, 1993 cit. por Miranda, 2011). Segundo

Leboyer (1987, cit. por Machado, 2001), os autistas têm uma motricidade perturbada pela manifestação intermitente ou contínua de movimentos estereotipados.

Alguns autistas têm respostas extremas aos estímulos sensoriais, tais como hipersensibilidade ao toque, som, luz, textura de certos materiais. Podem mostrar falta de interesse por objectos que produzem som, contudo podem reagir de modo exagerado a sons como a campainha ou telefone (Ferreira & Hensius, 2010).

Ainda foram verificadas anormalidades do tónus muscular, com algumas crianças exibindo graus leves de rigidez, sem espasticidade e hipotonia (Filipek et al, 1999 cit. por Miranda, 2011).

No domínio da motricidade global, os movimentos podem ser pobres, lentos ou diferidos na sua execução, notando algumas dificuldades ao nível da iniciativa motora, como dificuldade no arranque do gesto e controlo do equilíbrio (Schopler et al., 1983 e Sherril, 1998 cit. por Miranda, 2011).

Ao nível da motricidade fina as dificuldades de coordenação afectam a manipulação precisa dos objectos (Gaetner, 1981, cit. por Miranda, 2011). Refere-se ainda que a lateralidade estabelece-se tardiamente, definindo-se com mais frequência à esquerda e as duas mãos têm dificuldade em coordenar-se numa actividade complementar.

A criança autista evidencia outros problemas motores tais como: ausência de esquema corporal, o que lhe dificulta alguma tarefa que lhe é pedida; apraxia, incapacidade por parte da criança em realizar um gesto voluntariamente, contudo consegue realizá-lo automaticamente; "Grasping", ou seja, apreende o objecto na sua mão, porém não o consegue largar voluntariamente (Hughes, 1996 e Rogé, 1998, cit. por Miranda, 2011).

Vários autores (Teitelbaum et al., 2008; Dawson et al. 2000; Trevarthen e Daniel, 2005, cit. por Correia, 2006) defendem a teoria de que os primeiros sintomas que a criança autista pode evidenciar, são comportamentos motores desajustados à sua idade.

De acordo com Erfer (1995, cit. por Correia, 2006) o movimento é uma forma universal de comunicar, não sendo excepção para as pessoas autistas, pelo que, se for possível perceber melhor como funciona, em termos motores, uma pessoa autista por consequência é possível conseguir uma abordagem pedagógica mais eficaz.

Qualquer intervenção em Psicomotricidade pressupõe em primeiro lugar uma avaliação criteriosa do Perfil Psicomotor da criança, utilizando para esse fim instrumentos de avaliação adequados, pelo que, passa-se a apresentar no ponto seguinte a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM).

4. OBSERVAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PERFIL PSICOMOTOR

4.1 A Bateria de Observação Psicomotora

Segundo Fonseca (2010), antes de se proceder à intervenção em psicomotricidade deve-se efectuar primeiramente uma avaliação psicomotora, tendo por base a aplicação da Bateria Psicomotora.

A BPM é uma bateria de observação que permite ao educador ou terapeuta observar, de forma estruturada, diversas componentes do comportamento psicomotor da criança e ainda identificar e despistar dificuldades de aprendizagem e de psicomotricidade. A BPM é composta por sete factores psicomotores, nomeadamente, tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina, que no seu conjunto de factores e subfactores constituem o sistema psicomotor humano (Fonseca, 2010).

O mesmo autor refere que a detecção de disfunções psicomotoras e a sua respectiva análise têm a finalidade de definir um perfil psicomotor intra-individual da criança, definindo as suas respectivas áreas fortes e fracas. Após esta tarefa será posteriormente realizado um plano reeducacional individualizado com objectivos terapêuticos e psicopedagógicos, com o objectivo de adequar a intervenção às necessidades específicas da criança, compensando e modificando o potencial psicomotor.

Segundo Fonseca (2010), a Bateria Psicomotora procura analisar qualitativamente os aspectos psicomotores, relacionando-os com as funções básicas do cérebro humano para que o potencial de aprendizagem da criança que está a ser observado seja explicado convenientemente.

A Bateria de Observação Psicomotora criada por Vítor da Fonseca, em 1975, encontra-se organizada segundo o modelo psiconeurológico de Luria, contemplando os sete factores psicomotores, incluídos em três unidades funcionais, como de seguida se expõe:

A 1ª unidade tem como funções a regulação tónica e o ajustamento postural, os estados mentais e o estado de alerta; a 2ª unidade faz a recepção, a análise e o armazenamento da informação proprioceptiva, através da noção do corpo, e da informação exteroceptiva, através da estruturação espaciotemporal; e a 3ª unidade tem a função de regular e verificar a actividade, envolvendo a organização da actividade praxica consciente (Fonseca, 2010).

As três unidades têm uma organização interfuncional, que é a base de todas as actividades mentais, cognitivas e motoras do ser humano, e que de seguida se apresenta (Fonseca, 2010):

A 1ª unidade é constituída pela *Tonicidade*, que controla as aquisições neuromusculares, o conforto táctil e a integração de padrões motores antigravíticos que auxiliam o movimento e a postura, desenvolvendo-se do nascimento até aos 12 meses; e a *Equilíbrio*, que permite a aquisição da postura bípede, dá segurança gravitacional e o conseqüente desenvolvimento dos padrões de locomoção e desenvolve-se entre os 12 meses e os 2 anos.

A 2ª unidade é composta pela *Lateralização*, que faz a integração sensorial, respeitando a progressiva especialização dos dois hemisférios, especializando-se entre os 2 e 3 anos; a *Noção*

do corpo, que concebe a noção do Eu, partindo da percepção e consciencialização do corpo, o que permite a formação da imagem corporal, desenvolvendo-se entre os 3 e 4 anos; e a *Estruturação espaciotemporal*, que permite o desenvolvimento da atenção selectiva, do processamento de informação, a coordenação entre o espaço e o corpo, integrando as referências espaciais e temporais, especializando-se entre os 4 e 5 anos.

Por fim, a 3ª unidade integra a *Praxia global*, que envolve a coordenação oculomanual e oculopedal, a planificação motora, com mobilização de grandes grupos musculares e a integração rítmica, com desenvolvimento entre os 5 e 6 anos; e pela *Praxia fina*, que está relacionada com a concentração, organização e especialização hemisférica para a realização de movimentos finos em tarefas de dissociação digital e de preensão construtiva com uma participação da atenção e fixação visual, desenvolvendo-se entre os 6 e 7 anos.

Na sequência deste enquadramento, importa ainda abordar detalhadamente os subfactores que compõem os sete factores psicomotores da BPM.

4.1.1 Tonicidade

O factor da tonicidade é a base principal da organização da psicomotricidade, uma vez que a tonicidade está contida em todas as manifestações da motricidade. Esta necessita do suporte da tonicidade, ou seja, de um estado de tensão activa e permanente. A tonicidade garante ainda as atitudes, as mímicas e as emoções de onde emergem todas as actividades motoras humanas e tendo um papel crucial no desenvolvimento motor e no desenvolvimento psicológico (Fonseca, 2010).

A tonicidade abrange todos os músculos responsáveis pelas funções biológicas e psicológicas, e ainda toda e qualquer forma de relação e comunicação social não-verbal, apresentando um baixo nível energético, que permite ao ser humano manter-se de pé por longos períodos de tempo (Fonseca, 2010).

A amplitude dos movimentos, o grau de aproximação e de afastamento máximo de um músculo, o nível de resistência ao movimento passivo, a actividade flexora e extensora peculiar dos diferentes músculos permitem, segundo Ajuriaguerra (cit. por Fonseca, 2010) objectivar o grau de organização tónica de um músculo. O mesmo autor sugere o estudo do tónus de suporte com base na extensibilidade e na passividade, condições que permitem definir a propensibilidade de hipotonia ou de hipertonia.

A criança hipotónica é mais extensível e mais calma, tendo um desenvolvimento postural mais lento que as crianças hipertónicas, a sua predisposição motora centra-se mais na preensão e nas praxias finas, que por conseguinte, as suas actividades mentais surgem mais elaboradas e reflexivas.

Por sua vez, a criança hipertónica é menos extensível e menos activa, com um desenvolvimento postural precoce, apresentando uma predisposição para a marcha e para a exploração do que a rodeia, que por conseguinte revela acções mentais mais impulsivas e dinâmicas, acabando por serem descoordenadas e inadequadas.

Na BPM, o factor da tonicidade compreende o estudo do tónus de suporte (extensibilidade, passividade e paratonia) e do tónus de acção (diadococinesias e sincinésias).

Apresenta-se de seguida os cinco subfactores que compõem o factor da tonicidade:

1) Extensibilidade

A extensibilidade é definida por Ajuriaguerra como “o maior comprimento possível que podem imprimir a um músculo afastando as suas inserções” (Fonseca, 2010, p. 124).

Através da observação da extensibilidade podemos avaliar o grau de mobilização e de amplitude de uma dada articulação, ou seja, a amplitude entre uma aproximação e um afastamento máximo.

Segundo Ajuriaguerra (cit. por Fonseca, 2010) o estudo da extensibilidade pode determinar a dominância lateral, uma vez que os membros dominantes apresentam mais resistência e menos extensibilidade. É ainda necessário ter em conta que a resistência ao alongamento, ou seja, o afastamento de dois segmentos ósseos unidos pela mesma articulação, é maior nos músculos flexores do que nos extensores.

Na BPM explora-se a extensibilidade nos membros inferiores e nos membros superiores, desde as articulações distais, proximais e intermédias.

2) Passividade

Segundo Ajuriaguerra e Stambak (cit. por Fonseca, 2010, p.120), a passividade é a “capacidade de relaxação passiva dos membros e suas extremidades distais (mãos e pés) perante a mobilização, oscilações e balanços activos e bruscos introduzidos exteriormente pelo observador”.

A passividade é analisada através de movimentos introduzidos do exterior, através de deslocamentos exógenos patrocinada pelo observador, que tencionam provocar a sensibilidade do peso dos membros, e ainda movimentos passivos nas extremidades distais da criança traduzindo a sua capacidade de autorelaxação e descontração.

3) Paratonia

A paratonia é definida por Ajuriaguerra (1947, cit. por Fonseca, 2010, p. 131) como sendo a “incapacidade ou a impossibilidade de descontração voluntária”.

A paratonia declara a existência ou inexistência de liberdades motoras no domínio das articulações e a presença, ou não, de uma organização tonicomotora de base, perante a qual é estabelecida a organização da proprioceptividade.

Uma das características do movimento adequado é a capacidade de pôr em repouso ou de abandonar o membro e os seus componentes musculares. A presença de bloqueios ou contrações impede a resolução motora, modifica a integração sensorial aferente e quinestésica e a incapacidade voluntária de autodescontração.

Na BPM as paratonias são observadas nos membros superiores e inferiores, tendo em consideração resistências, bloqueios ou tensões proximais, distais, globais ou residuais.

Apresentados os subfactores relativos do tónus de suporte, são de seguida referenciados os subfactores do tónus de acção.

4) Diadococinesias

Segundo Quirós e Schragger (cit. por Fonseca, 2010, p. 135), as diadococinesias compreendem “a função motora que permite a realização de movimentos vivos, simultâneos e alternados”.

A prova das diadococinesias possibilita detectar uma imaturidade na inibição psicomotora aquando verificados movimentos associados fragmentados e dismétricos.

5) Sincinésias

Segundo Ajuriaguerra e Soubiran (1959, cit. por Fonseca, 2010, p. 137), as sincinésias traduzem “reacções parasitas de imitação dos movimentos contralaterais e de movimentos peribucais ou linguais”, ou seja trata-se de movimentos inintencionais desnecessários cuja sua eliminação requiere inibição tónica-sinética.

A intensidade das sincinésias e a sua duração podem afectar a coordenação dos movimentos, contudo podem determinar a lateralidade tonicomotora da criança. As sincinésias permitem ainda despistar aspectos da tonicidade induzida e problemas de ordem tónico-emocional (Fonseca, 2010).

É de seguida apresentado o segundo factor da BPM, pertencente à primeira unidade funcional de Luria.

4.1.2 Equilibração

A equilibração é referenciada por Fonseca (2010) como sendo uma condição básica da organização psicomotora, envolvendo uma multiplicidade de ajustamento posturais antigravíticos que dão suporte às respostas motoras. Para o autor, o controle dos padrões posturais desenvolve-se, na postura bípede, entre o primeiro e o segundo ano de vida tornando-se mais complexos e aperfeiçoados ao longo da infância, conseguindo aos sete anos manter-se em equilíbrio, de olhos fechados.

O cérebro, por estar mais apto a aquisições complexas necessita de transferir as funções motoras mais simples para centros automáticos através de competências antigravíticas.

Segundo Fonseca (2010), o sistema vestibular é um órgão especializado da equilibração, que apresenta uma componente funcional periférica localizada no ouvido interno e uma componente funcional situada nos núcleos nervosos do tronco cerebral. Sem um sistema vestibular funcional, os olhos e a cabeça não podem estabilizar as condições posturais que permitem a captação e o processamento da informação sensorial e como tal irão prejudicar a formação dos processos gnósticos essenciais à aprendizagem.

O factor de equilibração na BPM compreende o estudo dos subfactores da imobilidade, do equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico, que são de seguida descritos.

1) Imobilidade

Segundo Guilmain (1971, cit. por Fonseca, 2010, p 149), a imobilidade é entendida como sendo “a capacidade de inibir voluntariamente todo e qualquer movimento durante um curto lapso de tempo”.

Através da observação da imobilidade é possível avaliar a capacidade da criança em conservar o equilíbrio com os olhos fechados, ajustamentos posturais, reacções tónico-emocionais - ansiedade, turbulência, instabilidade - movimentos faciais, movimentos involuntários, gesticulações, sorrisos, oscilações multi e unidireccionais, distonias, movimentos coreiformes e atetotiformes, isto é, apreciar o grau de controlo vestibular e cerebeloso da postura (Fonseca, 2010).

2) Equilíbrio estático

O equilíbrio estático requer as mesmas capacidades da imobilidade revestindo-se das mesmas características e significações (Fonseca, 2010).

3) Equilíbrio dinâmico

Segundo Fonseca (2010, p. 153), “o equilíbrio dinâmico exige, ao contrário do estático, uma orientação controlada do corpo em situações de deslocamentos no espaço com os olhos abertos”.

A observação do equilíbrio dinâmico permite captar sinais quanto à precisão, economia e melodia dos movimentos. Deve, também, dar-se especial atenção às reequilibrações abruptas, descontrolo postural, movimentos compensatórios das mãos, movimentos involuntários, dismetrias, arritmias reequilibrativas (Fonseca, 2010).

De seguida são abordados os factores da segunda unidade funcional de Luria.

4.1.3 Lateralidade

Segundo Mello (2002), a lateralidade é a capacidade de se vivenciar as noções de direita e esquerda sobre o mundo exterior, independente da sua própria situação física. É uma especialização dos hemisférios encefálicos que permite ao ser humano a realização de acções complexas, como as motoras, psíquicas, e linguagem, etc... Cada hemisfério tem funções próprias e especializadas. Durante a actividade motora, um dos hemisférios dá a base e suporte para a acção e o outro dá a destreza.

A lateralidade traduz-se pelo estabelecimento da dominância lateral da mão, olho e pé, do mesmo lado do corpo. A lateralidade corporal refere-se ao espaço interno do indivíduo, capacitando-o a utilizar um lado do corpo com maior desembaraço. O que geralmente acontece

é a confusão da lateralidade com a noção de direita e esquerda, que está envolvida com o esquema corporal. A criança pode ter a lateralidade adquirida, mas não saber qual é o seu lado direito e esquerdo, ou vice-versa. No entanto, todos os factores estão intimamente ligados, e quando a lateralidade não está bem definida, é comum ocorrerem problemas na orientação espacial, dificuldade na discriminação e na diferenciação entre os lados do corpo e incapacidade de seguir a direcção gráfica.

Segue-se a apresentação do quarto factor da BPM, nomeadamente a noção do corpo.

4.1.4 Noção do Corpo

Para Ferreira e colaboradores (2002, cit. por Fernandes, 2008), o esquema corporal é um elemento básico indispensável para a formação da personalidade da criança. É a representação relativamente global, científica e diferenciada que a criança tem do seu próprio corpo

A noção do corpo em psicomotricidade não avalia a sua forma ou as suas realizações motoras, procura outra linha da análise que se centra mais no estudo da sua representação psicológica e linguística e nas suas relações inseparáveis com o potencial de aprendizagem (Fonseca, 2010).

De acordo com Ajuriaguerra (1972, cit. por Fonseca, 2010), a evolução da criança pressupõe a consciencialização e o conhecimento do seu corpo, pois é através dele que vai elaborar todas as suas experiências vitais organizando a sua personalidade.

A criança que não consegue interiorizar o seu corpo pode apresentar problemas a nível prático (dissociação e coordenação dos movimentos) e gnosiológico (da representação mental do corpo, dos objectos e do mundo) (Fonseca, 2010).

Ao não consciencializar o seu corpo, a criança pode evidenciar dificuldades na percepção ou controle do corpo, no equilíbrio, na coordenação e na incapacidade de controlo respiratório.

A noção do corpo foi construída com base na pesquisa de sinais disfuncionais proprioceptivos, táctiloquinestésicos e vestibulares, para além da apreciação que a criança tem de apresentação e representação do seu próprio corpo (Fonseca, 2010). Dele constam os seguintes subfactores: sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, auto-imagem, imitação de gestos e desenho do corpo, que são de seguida descritos.

1) Sentido Cinestésico

Segundo Jenkins (1996, cit. por Fonseca, 2010), o sentido cinestésico pertence à sensibilidade cutânea e subcutânea, e, no caso da BPM, pressupõe a identificação táctil do corpo, a compreensão do sentido posicional e o sentido do movimento dado pelos proprioceptores.

Através das tarefas subjacentes a este factor pretende-se avaliar o grau de conhecimento integrado que a criança possui do seu corpo.

2) Reconhecimento direita-esquerda

A prova de reconhecimento direita-esquerda, refere-se ao poder discriminativo e verbalizado que a criança tem do seu corpo como um universo espacial interiorizado e socialmente mediatizado (Fonseca, 2010).

3) Auto-imagem

O subfactor da auto-imagem, adaptado da prova clássica de dismetria de Ozeretzky (1939, cit. por Fonseca 2010) , visa estudar a componente facial da noção do corpo, dentro do espaço extracorporal imediato que é possível atingir com os movimentos dos braços, sem participação dos pés.

4) Imitação de gestos

Nas perspectivas de Bergès e Lézine (1963, cit. por Fonseca, 2010), a imitação de gestos pretende avaliar o sentido posicional e o sentido dos movimentos, ou seja, verificar a capacidade de análise visual de posturas e gestos desenhados no espaço, retenção visual de curto termo e respectiva transposição motora por meio de cópia gestual bilateral.

5) Desenho do corpo

O desenho do corpo tem sido utilizado no campo do diagnóstico psicológico, sendo um processo por meio do qual a criança objectiva a representação do seu corpo (Fonseca, 2010).

Na BPM, o desenho do corpo permite avaliar a representação do corpo vivido pela criança, reflectindo o seu nível de integração somatognósica e a sua experiência psicoafectiva (Fonseca, 2010).

O ponto seguinte aborda o quinto factor da BPM.

4.1.5 Estruturação Espaciotemporal

A estruturação espaciotemporal advém da motricidade, da relação com os objectos localizados no espaço e da posição relativa que ocupa o corpo, podendo-se distinguir a estruturação espacial e a estruturação temporal (Fonseca, 2010).

Segundo Neto (2002), para que a criança possa compreender a posição dos objectos no espaço, é necessário, ter uma boa imagem corporal, de modo a poder usar o seu corpo como ponto de referência. Envolverá quer o espaço relativo ao corpo, quer o espaço circundante.

A estruturação espacial reverte da noção de espaço, adquirida pela interpretação das informações sensoriais e pela construção de conceitos espaciais em termos sensoriais e motores. Esta abrange a integração de dados visuais e táctiloquinestésicos, que permitem conhecer a posição do corpo no espaço. A estruturação espacial depende de diversas dimensões espaciais: perspectiva (impressões de distância, posição e profundidade), acomodação (focagem), convergência (coordenação dos músculos oculares para avaliar a distância dos objectos), tamanho da imagem (modulação distância-tamanho), profundidade (interpretação dos deslocamentos), movimento aparente (relação entre a velocidade figurada e a amplitude dos

objectos no campo visual), gradiente da textura (elementos da superfície e apreciação da distância dos objectos) e invariantes multimodais (postura e sistema vestibular) (Fonseca, 2010).

Uma estruturação espacial estável possibilita a criação de relações com o envolvimento, partindo do corpo, locomoção e percepção até chegar à representação do espaço, envolvendo as relações de cima-baixo, frente-atrás, esquerda-direita (Fonseca, 2010).

Por sua vez, a estruturação temporal está ligada à estruturação rítmica em termos de memória a curto prazo e reprodução motora. Esta permite uma organização e sequencialidade de acontecimentos, proporcionando a sua localização no tempo e a preservação das relações entre eles (Fonseca, 2010). A estruturação temporal envolve sequencialização e sincronização, sendo a sua unidade de extensão o ritmo. Este abrange a consciencialização da igualdade dos intervalos de tempo, assim como a recepção, memorização e reprodução motora de ritmos, estando presente em diversas áreas do comportamento, como na motricidade, na audição, na visão e nas aprendizagens escolares da leitura, escrita e cálculo (Fonseca, 2010).

Quer a estruturação espacial como a estruturação temporal estabelecem fundamentos psicomotores para a aprendizagem, promovendo bases para o pensamento relacional, a capacidade de organização e ordenação, de processamento simultâneo e sequencialização da informação, a capacidade de representação e estruturação espaciotemporal, as competências de quantificação e categorização, a capacidade de retenção e revisualização, com a rechamada do passado, a integração do presente e a antecipação do futuro (Fonseca, 2010).

Na BPM a estruturação espaciotemporal compreende os subfactores da organização, estrutura dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica, que de seguida se apresenta.

1) Organização

A organização espacial concebe a capacidade espacial de calcular as distâncias e os ajustamentos dos planos motores necessários para os percorrer, pondo em jogo as funções de análise espacial, processamento e julgamento da distância e da direcção, planificação motora e verbalização simbólica da experiência (Fonseca, 2010).

2) Estruturação dinâmica

De acordo com Fonseca (2010), a estruturação dinâmica é definida como a capacidade de memorizar visualmente sequências de estruturas espaciais simples, de curto termo.

3) Representação topográfica

O conceito de representação topográfica retrata a capacidade espacial semiótica e a capacidade de interiorização e realização de uma trajectória espacial, considerando determinadas coordenadas espaciais e objectais da sala (Fonseca, 2010).

4) Estruturação rítmica

A estruturação rítmica compreende a capacidade de memorização e reprodução motora de estruturas rítmicas (Fonseca, 2010).

Este subfactor é uma adaptação simplificada das provas de Stambak (1965, cit. por Fonseca, 2010), que nos fornece dados relevantes sobre a audiomotricidade, a tonicidade, o controlo emocional e a estruturação espaciotemporal.

Por último, são de seguida apresentados os factores da terceira unidade de Luria.

4.1.6 Praxia Global

O sexto factor psicomotor da BPM envolve a organização da actividade consciente e a sua programação, regulação e verificação, encontrando-se relacionada com as tarefas motoras sequenciais globais, objectivando a realização e automatização de movimentos globais complexos que envolvem vários grupos musculares, executados num certo período de tempo (Fonseca, 2010).

De acordo com Fonseca (2010), para ser desencadeada a praxia global vai prescrever a integração e a interacção da primeira e da segunda unidades funcionais do modelo luriano, rechamando a tonicidade e a equilibração havendo uma combinação entre o tónus da profundidade com o da superfície. Por sua vez, a coordenação da lateralização, da noção do corpo e da estruturação espaciotemporal vão harmonizar o espaço intracorporal com o extracorporal.

Segundo o mesmo autor, a praxia global é a expressão da informação do córtex motor resultante da recepção de informações sensoriais, tácteis, quinestésica, vestibulares e visuais, pelo que, todas as praxias requerem necessariamente uma complexa integração proprioceptiva, cuja função de informação é desencadeada pelos próprios movimentos.

A praxia global expressa os movimentos através dos programas internos, reunido sob a forma de sistema funcionais complexos (Vygotsky, 1960 e Luria, 1977, cit. por Fonseca, 2010).

Segundo Ajuriaguerra e Hécaen (1964, cit. por Fonseca, 2010), as apraxias são consideradas como um problema superior da organização motora, como problema de uma função simbólica particular e como expressão do domínio motor.

A criança dispráxica apresenta uma disfunção psicomotora caracterizada por perturbações motoras. Os sinais de incoordenação mais específicos são: as dismetrias, que evidenciam a inadaptação às distâncias e os movimentos exagerados; as distonias que identificam os movimentos tónicos, involuntários e certas paratonias; as disquinesias que caracterizam os movimentos anormais que surgem nas posturas ou nos gestos finalizados e por último, as dissincronias, que retratam inadequada velocidade dos movimentos, demonstrando uma desintegração rítmica (Fonseca, 2010).

Dentro dos parâmetros de observação da organização práxica da criança, de modo a captar dados dispráxicos, o factor da praxia global desdobra-se nos seguintes subfactores: coordenação oculomanual, coordenação oculopedal, dismetria e dissociação.

1) Coordenação oculomanual

A coordenação oculomanual compreende a coordenação apendicular dos membros superiores com as capacidades perceptivo-visuais de avaliação da distância e precisão de lançamento, envolvendo, uma praxia global e um planeamento motor (Fonseca, 2010).

2) Coordenação oculopedal

A coordenação oculopedal compreende coordenação apendicular dos membros inferiores com as capacidades perceptivo-visuais (Fonseca, 2010).

3) Dismetria

A dismetria caracteriza a realização dispráxica, traduzindo a inadaptação visuo-espacial e visuokinestésica dos movimentos orientados face a uma distância ou a um objecto (alvo) (Fonseca, 2010).

Este subfactor resulta da observação da coordenação oculomanual e da coordenação oculopedal.

4) Dissociação

A capacidade de individualizar vários segmentos do corpo que tomam parte na planificação e na execução motora de um ou vários gestos sequencializados é denominada de dissociação (Fonseca, 2010).

É por último apresentado o sétimo factor da BPM integrado na terceira unidade de Luria.

4.1.7 Praxia Fina

A praxia fina integra todas as considerações e todas as significações psiconeurológicas da praxia global, uma vez que compreende a micromotricidade, a perícia manual decorrente da antropogénese (Fonseca, 2010).

A praxia fina, de acordo com o modelo de Luria “está adstrita à função de coordenação dos movimentos dos olhos durante a fixação da atenção e durante as manipulações de objectos que exigem controlo visual, para além de abrangerem as funções de programação, regulação e verificação das actividades prensivas e manipulativas mais finas e complexas” (Fonseca, 2010, p. 229).

Este factor é constituído por três subfactores: coordenação dinâmica manual, tamborilar e velocidade-precisão, que são de seguida apresentados.

1) Coordenação dinâmica manual

A coordenação dinâmica manual refere-se à dextralidade das duas mãos, à agilidade dos dedos e à sua respectiva coordenação com as capacidades visuoperceptivas, em relação à rapidez e à precisão (Fonseca, 2010).

2)Tamborilar

O tamborilar pressupõe uma tarefa de motricidade fina, que incide sobre o estudo da dissociação digital sequencial, envolvendo a sua localização táticoquinestésica e a sua motricidade melódica, independente e harmoniosa (Fonseca, 2010).

3)Velocidade-precisão

A velocidade-precisão compreende duas tarefas de coordenação praxica do lápis, envolvendo a preferência manual e a coordenação visuográfica.

Após a avaliação do perfil psicomotor da criança e definindo as suas áreas fortes e fracas será elaborada uma proposta de intervenção individualizada, com objectivos terapêuticos e psicopedagógicos, adequando a intervenção às necessidades específicas da criança, de modo a compensar e modificar o seu potencial psicomotor.

Pelo exposto, apresenta-se de seguida a importância de uma reeducação psicomotora.

5. REEDUCAÇÃO PSICOMOTORA

A reeducação psicomotora é dirigida às crianças que sofrem de perturbações psicomotoras, nomeadamente dificuldades ou atrasos psicomotores e deve ser iniciada o mais cedo possível, pois quando mais nova for a criança perante a nossa responsabilidade, menos longa será a reeducação (De Meur & Stars, 1984).

Com base nos dados obtidos na avaliação do perfil psicomotor, nomeadamente o levantamento das necessidades específicas da criança torna-se possível estabelecer um plano reeducacional (ou reabilitativo) individualizado. Partindo deste plano individualizado é possível desenvolver diversos programas com várias alternativas, adoptando princípios pedagógico-terapêuticos estruturados e sistematizados (Valett, 1969, cit. por Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010) com a adopção de estratégias é possível atingir um processo sistemático de diagnóstico-prescrição, cuja reavaliação no tempo permite um acompanhamento individual longitudinal, verificando se os objectivos terapêuticos estão ou não a ser cumpridos. Segundo o mesmo autor, este modelo de reabilitação “visa otimizar as condições envolvimentoais, ajustando a intervenção às necessidades específicas de cada criança, provocando a sua modificabilidade psicomotora” (p.253).

Para Fonseca (2010) a reabilitação psicomotora procura intervir nas estruturas psiconeurológicas, sendo “uma educação do acto motor pelo pensamento, ao mesmo tempo que constitui uma educação do pensamento pelo acto motor” (p.296). A reabilitação psicomotora pretende, através da integração do movimento e das suas componentes elaborativas, transformar o cérebro num órgão com maior capacidade para captar, integrar, armazenar, elaborar e expressar informação, de modo a otimizar e maximizar o potencial de aprendizagem da criança.

De acordo com Martins (2001) uma intervenção de sucesso depende dos processos de identificação das pessoas implicadas, sendo que o terapeuta deve ser um suporte de comunicação aceitando todas as manifestações da criança como válidas, não devendo avaliar a acção com critérios estéticos ou de rendimento.

Segundo o mesmo autor, a intervenção deve basear-se em situações que possibilitem ultrapassar as dificuldades existentes e permitam libertar e flexibilizar os gestos, através de uma atmosfera permissiva, segura e lúdica. Os instrumentos de trabalho são essencialmente constituídos pelos próprios corpos, o espaço de relação, o espaço/sala, o tempo e ritmos da sessão, e os vários objectos disponíveis.

O autor Martins (2001) sugere que exista uma atmosfera lúdica, na qual o próprio terapeuta esteja envolvido, uma vez que o movimento torna-se mais significativo se for desenvolvido num contexto de jogo.

O contexto lúdico pode assumir diversas características (Martins, 2001), nomeadamente:

- Jogos de exercício (funcionais ou sensório-motores), que harmonizam os gestos e aumentam a sua eficácia;

- Jogos simbólicos ou de imaginação, que favorecem a passagem no nível sensório-motor ao nível de representação, e ainda permite ao “Eu” compensar ou completar a realidade, eliminando os conflitos ou os medos;

- Jogos de construção, que têm por base os jogos simbólicos com o intuito de favorecer a adaptação mais precisa à realidade;

- Jogos de regras (jogos sociais) que permitem o desenvolvimento da cooperação e da descentração.

Na implementação de programas reabilitacionais é necessário cuidar da selecção e da análise dos exercícios que os constituem. Existem igualmente outros cuidados relevantes na respectiva implementação destes programas, nomeadamente, no que respeita a estruturação da sala por áreas, por ateliês ou por estações de aprendizagem, a selecção dos materiais didácticos e os recursos pedagógicos, a avaliação sistemática de processos e de instrumentos (Fonseca, 2010).

Por último, Fonseca (2010) refere a necessidade de ser realizada uma avaliação reabilitacional, ou seja, avaliar a coerência do modelo de intervenção e da relação intrínseca das várias estratégias.

O mesmo autor conclui que:

A criança, como ser humano, é um ser aberto à mudança, deficiente ou não deficiente; pode modificar-se por efeitos da educação e da reabilitação e, ao mudar a sua estrutura de informação, formação e transformação do envolvimento, pode adquirir novas possibilidades e novas capacidades. (p.311)

Parte II

Planificação e Organização do Estudo

CAPÍTULO IV

OBJECTIVO DO ESTUDO

INTRODUÇÃO

Após a apresentação relevante do enquadramento teórico do presente trabalho, neste capítulo é apresentado o enunciado do problema, a definição dos objectivos e as questões de investigação do presente estudo.

1. ENUNCIADO DO PROBLEMA

Fonseca (1984) refere que a aprendizagem reflecte a aquisição de comportamentos hierarquizados, numa relação integrada entre o indivíduo e o seu desenvolvimento, reciprocamente dependente das várias influências do meio.

Tendo em conta as especificidades da criança autista, a identificação de factores deficitários, pela avaliação do perfil psicomotor, é fundamental para definir metas de intervenção.

Estando o objecto deste estudo centrado em torno do perfil psicomotor de uma criança autista institucionalizada, considera-se a seguinte questão de reflexão e de pesquisa:

Existe algum factor psicomotor alterado na criança autista institucionalizada?

Para dar resposta a esta questão optou-se metodologicamente por primeiramente caracterizar historicamente a criança com base em relatórios psicológicos, médicos e sociais, e aplicar a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca para avaliar o perfil psicomotor.

2.OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Do enquadramento teórico realizado, torna-se evidente o efeito da intervenção precoce, uma vez que se tem verificado que, quanto menor a idade da criança, maior é o efeito positivo da estimulação.

Assim é objectivo deste trabalho avaliar o perfil psicomotor de uma criança de treze anos de idade, contribuindo para a necessidade de identificar e intervir precocemente seja para fins de prevenção ou reeducação.

Através da aplicação da Bateria Psicomotora proceder-se-á à caracterização do Perfil Psicomotor da criança, que servirá como linha orientadora à elaboração de um plano de intervenção nos domínios em que ela revele mais dificuldades.

Neste âmbito definiu-se como objectivo geral desta investigação:

- Caracterizar o Perfil Psicomotor da criança autista institucionalizada de forma a perspectivar um plano de intervenção.

Apresentam-se igualmente os objectivos específicos do presente estudo:

- Avaliar a tonicidade, a equilibração, a lateralidade, a noção corporal, a estruturação espaciotemporal, as praxias global e fina da criança autista.

Definidos os objectivos, as questões da investigação são as seguintes:

- A criança autista apresenta alterações no desenvolvimento do seu perfil psicomotor?
- Quais os factores psicomotores que se poderão encontrar alterados nesta criança e porquê?

CAPÍTULO V

MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

INTRODUÇÃO

Neste quinto capítulo é descrita a metodologia utilizada, as considerações éticas tidas na investigação, a caracterização do caso e da instituição, os procedimentos e instrumentos de recolha de dados, e ainda o tratamento dos resultados.

1.METODOLOGIA

1.1 Tipo de Estudo

Tratando-se de uma investigação que incide sobre uma situação específica, procurando descobrir o que nela há de mais essencial e de característico, através de uma observação pormenorizada de cariz naturalista e indutivo dos contextos (Rodrigo, 2008), a escolha do Estudo de Caso, parece a mais adequada para a concretização dos objectivos propostos.

Por conseguinte, trata-se de um Estudo de Caso exploratório e descritivo porque procurar-se-á descrever, de forma densa e detalhada, os resultados obtidos (Yin, 2005), através da aplicação da Bateria de Observação Psicomotora usada para a caracterização do perfil psicomotor da criança selecionada.

Igualmente, havendo o propósito de compreender, de algum modo, como é que os factos acontecem uns em função dos outros, a pesquisa reporta-se também a um Estudo de Caso explicativo (Yin, 2005); e, tendo como finalidade analisar uma dada realidade e fomentar a tomada de decisões convenientes para a mudar, nomeadamente, neste caso em particular, identificar perturbações psicomotoras numa criança autista, contribuindo para a optimização do trabalho multidisciplinar dos vários técnicos e dos familiares, a envolver no processo, trata-se também de um Estudo de Caso transformador (Coutinho & Chaves, 2002).

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Neste estudo foram tomadas todas as providências necessárias na protecção dos direitos das pessoas que participaram no processo de investigação. Antes da aplicação da Bateria Psicomotora, procedeu-se ao pedido de autorização (Anexo I) à instituição frequentada pela criança do presente estudo, com apreciação favorável da Direcção da respectiva Instituição (Anexo II)

Desta forma, o direito ao anonimato e à confidencialidade dos resultados foi garantido, não podendo ser associada a identificação do sujeito às respostas recolhidas através da aplicação da Bateria Psicomotora.

3. CARACTERIZAÇÃO DO CASO

As características do caso que se apresenta foram retiradas a partir de relatórios médicos, psicológicos e sociais facultados pela Directora Técnica da Instituição.

A criança em estudo é uma menina de treze anos de idade, nascida a 08 de Abril de 1999, que será designada ao longo deste trabalho por “Filipa” por motivos de confidencialidade.

A Filipa ingressou o Lar de Infância e Juventude a 04 de Junho de 2004 por se encontrar em situação de risco e cujo internamento urgente foi solicitado pelo Tribunal Judicial. A menina tem uma irmã mais velha que reside com a avó e uma irmã mais nova que foi igualmente institucionalizada.

Segundo o relatório social do Instituto de Solidariedade e Segurança Social de Castelo Branco (Anexo III) a menor é proveniente de uma família de humildade condição socio-económica, cujos progenitores residiam num palheiro adaptado a casa, sem as mínimas condições de habitabilidade.

De acordo com o relatório informativo por parte da equipe técnica da instituição (Anexo IV), desde o seu ingresso na instituição, a criança tem revelado uma adaptação favorável às normas e regras de conduta institucionais. Mantém boas relações interpessoais com pares e adultos. A Filipa encontra-se inscrita no 6º ano de escolaridade e beneficia de terapia da fala, terapia ocupacional e psicomotricidade quinzenalmente, e beneficia ainda de Currículo Específico Individual.

Das avaliações psicológicas efectuadas pelo serviço de Psicologia da Instituição (Anexo V), verifica-se que a Filipa apresenta um quadro compatível muito fraco (Q.I. 47).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a menina apresenta uma deficiência completa (95% a 100%), situando-se as suas lacunas ao nível das funções mentais globais onde se inclui as funções intelectuais b117, funções psicossociais globais b122, funções

do temperamento e personalidade b126, funções da atenção b140, funções da memória b114, funções psicomotoras b147, funções do pensamento b160, funções cognitivas de nível superior b164, funções mentais da linguagem b167 e funções de cálculo b172.

A Filipa padece de perturbação do espectro de autismo, apresentando similarmente, dificuldades nas funções sensoriais ao nível da visão b210, e nas funções dos anexos do olho b215.

A criança foi observada e avaliada pela primeira vez na Consulta de Autismo em Novembro de 2008, no Hospital Pediátrico de Coimbra, com idade cronológica de 9 anos e 7 meses, por suspeita de perturbação de autismo. A observação/avaliação realizada nesta primeira consulta - ADI-R¹, CARS² e Critérios de Diagnóstico do DSM-IV para Autismo - permitiu confirmar o diagnóstico desta perturbação (Anexo VI).

De acordo com o relatório multidisciplinar realizado pelo Hospital Pediátrico de Coimbra (Anexo VI) a Filipa revelou a existência de défices na interacção social, comunicação e comportamentos repetitivos e estereotipados o que permitiu confirmar o diagnóstico de perturbação do espectro de autismo. Apresenta ainda de acordo com a Escala de Comportamento Adaptativo Vineland, um comportamento adaptativo abaixo da média (-2DP). Foi ainda avaliado o perfil Psicoeducacional de Eric Schopler Revisto, em que a Filipa apresentou resultados baixos em determinadas áreas avaliadas, sendo algumas delas consideradas capacidades emergentes, nomeadamente a nível da imitação, na motricidade global, na motricidade fina, na realização cognitiva e no desempenho verbal (Anexo VI).

4. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O presente estudo decorreu num de Lar de Infância e Juventude, que se encontra situado no distrito de Castelo Branco

Este lar de Infância e Juventude é um equipamento social para acolhimento de crianças e jovens, essencialmente para crianças de sexo feminino, podendo aceitar crianças de sexo masculino em situações excepcionais, tais como não separar fratrias. Encontram-se de momento institucionalizadas 33 crianças, das quais 28 meninas e 5 meninos, tendo a criança mais nova 3 anos de idade e a residente mais velha 18 anos.

A instituição tem por objectivo proporcionar às crianças e jovens os cuidados adequados às suas necessidades, bem-estar e educação, devendo proporcionar as condições necessárias para a definição de um projecto de vida para cada uma das residentes e o seu adequado encaminhamento.

¹ Autism Diagnostic Interview Revised

² Childhood Autism Rating Scale

Cabe à Instituição tentar restaurar o equilíbrio na vida dessas crianças e jovens, animando-as quando a crise as derruba, apoiando-as individualmente e guiando-as no caminho que as conduz da infância à adultez.

A instituição³ acolhe crianças oriundas de famílias que se revelem incapazes de exercer as suas competências, ou seja, de lhes facultarem um projecto de vida adequado.

De acordo com o previsto na lei, dá resposta a situações de menores em risco por maus-tratos físicos ou emocionais, abuso sexual, negligência ou exposição a práticas e comportamentos que afectem a sua segurança e equilíbrio emocional e manifestação de comportamentos desviantes no que respeita à sua saúde, segurança, formação e educação sem que os familiares ou representante legal se oponham a esta situação.

A Instituição privilegia a colaboração e articulação entre as diversas áreas técnicas que internamente dispõe e a parceria entre estas e a comunidade.

O Lar de Infância e juventude entende a institucionalização como resposta de fim de linha e tanto quanto possível com carácter provisório, tendo como princípios orientadores da sua acção:

- Proporcionar estruturas de vida tão próximas quanto possível à das famílias de forma a satisfazer não só as necessidades básicas das menores, mas também a interiorização de valores e normas favorecedores do seu desenvolvimento pessoal e desempenho social;
- Criar projectos de vida;
- Quando viável e recomendável, restabelecer os laços afectivos e emocionais com o núcleo familiar de origem ou outros familiares com visto à manutenção dos laços afectivos e à responsabilização das famílias pelos menores;
- Abertura à comunidade.

A instituição funciona 24 horas por dia, 365 dias por ano, sendo constituída por uma equipe técnica, uma equipe educativa e uma equipe de apoio.

Todas as pessoas envolvidas no seio institucional procuram essencialmente proporcionar às crianças condições para um desenvolvimento harmonioso; cooperar na definição e execução do projecto de vida, organizar actividades lúdico-pedagógicas; contribuir para o desenvolvimento das relações interpessoais fundamentadas na confiança, segurança e respeito; desenvolver nas crianças e jovens a capacidade de discutir e aceitar regras, críticas e de formularem auto-críticas; trabalhar com as crianças e jovens as capacidades de responsabilização para as diferentes tarefas do Lar; promover a educação moral e social das crianças e jovens e ainda o acompanhamento ao estudo.

³ Fonte: Regulamento interno da Instituição

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Numa primeira fase, a caracterização da criança, no que concerne à idade, género, e grau de dependência, foi efectuada através da recolha de dados, nomeadamente pela consulta de relatórios da criança facultados pela Directora Técnica da Instituição e Representante Legal da menor.

No seguimento da análise dos relatórios usaram-se dados tal como:

- Informação Social por parte da Segurança Social (Anexo III)
- Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - 3ª Edição (Anexo V)
- Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Anexo VI)
- Perfil Psicoeducacional de Eric Schopler Revisto (PER-R) (Anexo VI)

Numa segunda fase, para alcançar os objectivos do estudo foi aplicado a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, registando as observações na folha de registo (Anexo VII).

6. INSTRUMENTO UTILIZADO E PROCEDIMENTOS DE APLICAÇÃO

No presente estudo pretendeu-se caracterizar o perfil psicomotor de uma criança autista institucionalizada, avaliada através da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca no dia 27 de Novembro de 2011 pelas 14h, com duração de 1h30 nas instalações do Lar de Infância e Juventude. Em concreto, pretendeu-se conhecer os factores que intervêm na conduta da criança, através do maior número possível de dados, de situações que possam servir de referência e conduzam a um melhor entendimento do seu comportamento. Pretendeu-se com estes testes verificar qual o perfil psicomotor da criança para melhor compreender o verdadeiro papel da motricidade no desenvolvimento psicológico e no processo de aprendizagem da criança.

A aplicação da BPM foi aplicada na respectiva instituição onde reside a criança, no seu meio habitual, tendo desta forma a possibilidade de recorrer ao seu ambiente físico para explorar. Em função das tarefas a realizar, foi escolhida a sala pedagógica da instituição, destinada a actividades lúdicas, respeitando condições de luminosidade, ausência de estímulos sonoros ou visuais, ficando assim assegurada a execução do teste e obter melhor resultado possível.

6.1 Aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca

A BPM é um instrumento baseado num conjunto de tarefas que permite verificar défices funcionais em termos psicomotores, englobando a integração sensorial e perceptiva, que se relaciona com o potencial da aprendizagem da criança (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010), a BPM procura analisar, qualitativamente, a disfunção psicomotora que caracteriza a aprendizagem da criança, procurando compreender

aproximadamente como trabalha o cérebro e, simultaneamente, os mecanismos que constituem a base dos processos mentais da psicomotricidade.

Sendo a BPM o principal instrumento de investigação é apresentado em termos metodológicos, cada um dos factores da BPM, nomeadamente no que respeita o material necessário, os procedimentos e a cotação.

Primeiramente, procedeu-se à observação dos aspectos somáticos e morfológicos, bem como dos desvios posturais, pois tal como refere Fonseca (2010), embora a BPM não tenha como objectivo observar os aspectos somáticos e morfológicos, por não estarem no apuramento do perfil psicomotor, algumas dessas particularidades devem ser registadas para comparação com os perfis psicomotores.

Na prova de controlo respiratório, através da direcção verbal ou de uma demonstração, é sugerido à criança que realize quatro inspirações ou expirações simples: uma pelo nariz, outra pela boca, uma rápida e uma lenta.

A cotação em ambas é a seguinte:

- 4: se a criança realizou quatro inspirações ou expirações, de forma correcta e controlada;
- 3: se a criança realizou quatro inspirações ou expirações completas;
- 2: se a criança realizou quatro inspirações ou expirações sem controlo e com fraca amplitude, ou com sinais de desatenção;
- 1: se a criança não realizou as quatro inspirações ou expirações, ou se realizou de forma incompleta e inadequada, sugerindo descontrolo tónico-respiratório.

Na prova de apneia, é sugerido à criança que se mantenha em bloqueio torácico e mantê-lo durante o máximo de tempo possível.

Atribui-se a cotação de acordo com os seguintes critérios:

- 4: se a criança manteve o bloqueio torácico acima de 30 segundos, sem sinais de fadigabilidade;
- 3: se a criança manteve o bloqueio entre 20-30 segundos, sem sinais de fadigabilidade ou de descontrolo;
- 2: se a criança manteve o bloqueio entre 10-20 segundos com sinais evidentes de fadiga e desconforto;
- 1: se a criança não ultrapassou os 10 segundos ou não realizou a tarefa.

A duração da apneia é registada utilizando um cronómetro, e ao mesmo tempo anotar os tipos de sinais de comportamentos tidos pela criança: atenção, regulação, mímicas, hipercontrolo, instabilidade, sorrisos, mioclonias.

A fadigabilidade reflecte a impressão geral que o observador retira da criança e traduz o grau de atenção e de motivação, observada ao longo de toda a observação psicomotora.

A cotação atribuída é a seguinte:

- 4: se a criança não evidenciou nenhum sinal de fadiga, mantendo-se motivada e atenta durante todas as tarefas;
- 3: se a criança revelou alguns sinais de fadiga, sem significado clínico;

2: se a criança revelou sinais de fadiga em várias tarefas, demonstrando desatenção e desmotivação;

1: se a criança resistiu às tarefas, manifestando frequentes sinais de fatigabilidade e de labilidade das funções de alerta e de atenção.

Após a recolha dos dados para a caracterização global, procedeu-se à aplicação da Bateria de Observação Psicomotora, de acordo com a lógica da hierarquia dos factores psicomotores e da organização vertical ascendente das três unidades do modelo psiconeurológico de Luria (Fonseca, 2010), que é de seguida apresentada:

Factor Tonicidade

Para avaliar a tonicidade, nomeadamente, o suporte e a acção do tónus muscular da criança foram propostas tarefas para observar e medir a extensibilidade, a passividade, a paratonia, as diadococinesias e sincinésias.

Para a realização destas provas foi necessário algum material, nomeadamente, um colchão, uma fita métrica, uma cadeira, uma mesa alta, uma bola de espuma com cerca de cinco centímetros de diâmetro.

Na BPM explorou-se a extensibilidade nos membros inferiores e superiores, desde as articulações proximais às distais, passando pelas intermédias, abrangendo a exploração da musculatura proximal e distal.

A nível dos membros inferiores, iniciou-se a observação dos adutores, dos extensores da coxa e do quadrícepe femural.

Para a observação dos adutores pediu-se à criança para se sentar, com apoio pósterolateral das mãos, afastando lateralmente as pernas e estendidas o máximo possível. A observadora registou a amplitude de afastamento de ambas as pernas e o grau de resistência.

Na observação dos extensores da coxa, pediu-se à criança que se deitasse dorsalmente e elevasse as pernas até flectir as coxas sobre a bacia. A observadora analisou a amplitude da extensão das pernas, o grau de resistência e de consistência dos músculos posteriores da coxa e da perna.

Para observar o quadrícepe femural, a criança deitou-se ventralmente e flectiu apenas as pernas até à vertical, de modo a que a observadora afastasse lateral e exteriormente ambos os pés, observando o ângulo formado pela perna e pela coxa e a altura a que se situam os bordos externos dos pés em relação ao solo.

Após a realização das tarefas supramencionadas atribui-se uma cotação, respeitando a seguinte distribuição:

4: se a criança atingiu um afastamento nos adutores e nos extensores da coxa entre 140°-180°; um afastamento dos calcanhares da linha média dos glúteos superior a 20-25 cm nos quadrícipetes femurais; a resistência não deve ser máxima;

3: se a criança atingiu um afastamento nos adutores e nos extensores da coxa entre 100°-140°; um afastamento nos quadríceps femurais de 15-20cm; a resistência é máxima, não se identificando sinais tónicos disfuncionais;

2: se a criança atingiu um afastamento nos adutores e nos extensores da coxa entre 60°-100°; um afastamento nos quadríceps femurais 10-15cm; com resistência óbvia, sinais de contractibilidade e esforço visíveis; existência de hiperextensibilidade; sinais distónicos óbvios;

1: se a criança atingiu valores inferiores aos anteriores com evidência de sinais de hipotonia ou hipertonia, de hiperextensibilidade ou hipoextensibilidade, de limitação ou hiperamplitude, de espasticidade ou atetose, sugerindo um perfil atípico compatível com uma disfunção tónica.

A nível dos membros superiores explorou-se a extensibilidade dos músculos deltóides anteriores e peitorais, flexores do antebraço e extensores do punho.

Na observação dos deltóides anteriores e peitorais, pediu-se à criança que se mantivesse em pé, com os braços pendentes e descontraídos. A observadora aproximou os cotovelos, o máximo possível sem dor, atrás das costas. Foi medida a distância entre os dois cotovelos.

Para se avaliar os flexores do antebraço, pediu-se à criança que abrisse os braços com as palmas da mão viradas para cima, provocando uma extensão máxima (ângulo posterior do cotovelo) com supinação da mão, assistida pela observadora.

Na observação dos extensores do punho, a observadora avaliou a flexão máxima da mão sobre o antebraço (ângulo do punho) da criança, verificando se o polegar tocava no antebraço e como não tocava, mediu-se a distância a que se encontrava.

A cotação atribuída a estas tarefas distribui-se da seguinte forma:

4: se a criança tocou nos cotovelos (deltóides anteriores e peitorais); realizou extensão total do antebraço e máxima supinação da mão (flexores do antebraço); tocou com o polegar no antebraço (extensores do punho); não deve haver esforço e resistência; a realização é feita com disponibilidade e flexibilidade;

3: se a criança obteve a mesma realização descrita na cotação anterior mas com maior resistência e uma mobilização mais assistida e forçada; com alguns sinais de esforço reconhecíveis;

2: se a criança não tocou nos cotovelos nem com o polegar como esperado, acusando a resistência e rigidez na mobilização dos segmentos observados; apresentou sinais de esforço, hipoextensibilidade e hiperextensibilidade; com sinais distónicos evidentes;

1: se a criança revelou sinais óbvios de resistência ou laxidez, com sinais de hipertonia ou hipotonia, sugerindo um perfil tónico desviante e atípico.

Neste subfactor somaram-se as cotações obtidas nas provas relativas aos membros inferiores e aos membros superiores para obter uma cotação média que é o resultado da extensibilidade.

Relativamente à passividade, esta é analisada em função dos movimentos introduzidos do exterior, através de deslocamentos exógenos que foram analisados através da mobilização dos quatro membros e das suas respectivas extremidades, visando provocar a sensibilidade de peso nos membros e a movimentação passiva nas extremidades distais da criança. Esta tarefa foi avaliada em função de movimentos e estímulos exteriores, como balanços e oscilações bruscas dos segmentos da criança provocados pela observadora.

Na exploração dos membros inferiores, a criança ficou sentada numa mesa suficientemente alta para que os pés ficassem suspensos sem tocar o solo. A observadora mobilizou as pernas no sentido antero-posterior, e observou a oscilação pendular das pernas, a amplitude e frequência dos movimentos passivos, a resistência, a rigidez, as contracções e as torções dos pés.

Na exploração dos membros superiores, a criança manteve-se de pé, com os braços pendentes e descontraídos. A observadora fez deslocamentos anteriores, balanços e oscilações em ambos os braços e mãos, ligeiramente acima da articulação do punho. Observou-se a amplitude e frequência dos movimentos passivos; a resistência, a rigidez, as contracções e torções dos braços; e o grau de liberdade e movimentação das extremidades.

A cotação atribuída a estas tarefas distribui-se segundo os seguintes critérios:

- 4: se a criança apresentou nos membros e respectivas extremidades distais movimentos passivos, sinérgicos, harmoniosos, com pendularidade regular, com fácil descontração na musculatura proximal e distal, e sensibilidade de peso dos membros; ausência de manifestações emocionais;
- 3: se a criança revelou descontração muscular e ligeira insensibilidade no peso dos membros, provocando pequenos movimentos voluntários de oscilação ou pendularidade; existência de ligeiras manifestações emocionais; ausência de sinais de resistência ou bloqueio;
- 2: se a criança apresentou insensibilidade ao peso dos membros sem descontração, sem movimentos passivos e pendulares; presença de sinais de distonia e movimentos involuntários nas extremidades, nomeadamente, abruptos e dissinenergéticos; existência de manifestações emocionais;
- 1: se a criança não realizou a prova ou se realizou de forma incompleta e inadequada, com total insensibilidade ao peso dos membros; apresentou dificuldades de descontração e movimentos abruptos, convulsivos, irregulares e hesitantes; presença de manifestações emocionais exageradas e atípicas.

No subfactor paratonia foi observada a existência ou não, de liberdades motoras a nível articular e a presença, ou não, de uma organização tonicomotora de base. A criança foi observada em decúbito dorsal, mantendo-se calma e descontraída, de modo a observar as paratonias nos membros superiores e inferiores, através de mobilizações passivas e de quedas. A observadora sugeriu à criança para descontrair, depois verificou-se se a criança abandonava parcial ou totalmente os membros, deixando cair os membros no colchão verificando o grau de descontração.

Na exploração dos membros superiores, a observadora mobilizou os braços descontraídos na vertical, realizando pequenos movimentos à volta da articulação do ombro, uni e pluridirreccionalmente, certificando-se das resistências ou tensões proximais, distais, globais ou residuais. Efectuaram-se as mesmas manipulações de peso e relaxamento no antebraço e na mão. Observaram-se os bloqueios, as resistências ou tensões proximais, distais, globais ou residuais; o grau de abandono e a libertação tónica de cada membro.

Após a exploração dos membros em extensão, flectiram-se as pernas pelos joelhos e explorou-se a articulação da anca, por meio de abduções, aduções e rotações. Por último, explorou-se o abandono do pé, contrariando e mobilizando a posição normal de repouso do pé.

A cotação atribuída a estas tarefas distribui-se da seguinte forma:

4: se a criança não relevou tensões ou resistências na manipulação dos quatro membros; apresentou capacidade de abandono, auto-relaxação, auto-descontração perfeita, precisa e de fácil controlo; não se verificou manifestações emocionais;

3: se a criança revelou tensões ligeiras e resistências fracas em qualquer das manipulações; mostrou capacidade de abandono, auto-relaxação, auto-descontração completa e adequada; apresentou ligeiras manifestações emocionais;

2: se a criança revelou tensões, bloqueios, resistências moderadas e frequentes em qualquer das manipulações; a paratonia é óbvia; apresentou contrações proximais e distais; evidenciou frequentes manifestações emocionais.

1: se a criança revelou tensões, bloqueios e resistências, muito fortes; incapacidade e impulsividade de descontração voluntária; eclosão abrupta de manifestações emocionais; ausência de resposta; recusa por defensividade táctil; conservação de posições atípicas.

Relativamente ao subfactor diadococinesias, a prova que se realizou permite detectar movimentos associados fragmentados e dismétricos, resultantes de uma imaturidade na inibição psicomotora.

A criança sentou-se confortavelmente com os antebraços flectidos sobre o braço, com os cotovelos apoiados em cima da mesa e com os braços em extensão anterior sem apoio. A criança realizou movimentos de supinação e pronação simultâneos e alternados com as duas mãos. Observou-se as resistências tónicas proximais e distais; a amplitude, a ritmicidade, a velocidade e a duração dos movimentos de pronação e supinação; as diadococinesias, as crispações dos dedos, as reacções arrítmicas; a presença de movimentos associados involuntários; a discrepância dos movimentos das duas mãos.

A cotação atribuída a estas tarefas segue os seguintes critérios:

4: se a criança realizou os movimentos de supinação e pronação correctamente, com precisão, amplitude adequada, de forma coordenada e harmoniosa; ausência de reacções tónico-emocionais; evidência de diadococinesias integradas inter-hemisfericamente;

3: se a criança realizou movimentos de pronação e supinação com desvio do eixo do antebraço e afastamento do cotovelo; se a mão esquerda realizou ligeiros movimentos em espelho quando a

mão direita realizou a tarefa, ou vice-versa; presença de reacções de ritmo na realização simultânea; reacções tónico-emocionais.

2: se a criança realizou movimentos de pronação e supinação descoordenada e dismetricamente, desajeitada e embarçadamente; se a mão esquerda realizou movimentos nítidos em espelho quando a mão direita realizou a tarefa e vice-versa; reacções tónico-emocionais que interferem com a realização da tarefa;

1: se a criança não realizou movimentos de pronação e supinação, ou realizou-os com movimentos involuntários bem marcados e nítidos; perda de ritmo e amplitude; movimentos em espelho permanentes; reacções tónico-emocionais visíveis.

Relativamente às sincinesias, estas traduzem movimentos associados que acompanham a realização do movimento intencional, prejudicando a sua eficácia e precisão.

Na prova relativa ao subfactor sincinesias, a criança sentou-se com as duas mãos em cima da mesa, realizando uma contracção máxima da mão dominante com uma bola de espuma. Foram observados os movimentos de imitação ou crispação, quer nos membros contralaterais, quer peribucais, ou mesmo linguais.

A cotação atribuída a estas tarefas distribui-se da seguinte forma:

4: se a criança realizou a tarefa sem sincinesias bucais ou contralaterais; existência de movimento de contracção da mão isolada e controlada; ausência total de movimentos associados;

3: se a criança realizou a tarefa com sincinesias contralaterais pouco óbvias; realização adequada e controlada; existência de ligeiros movimentos ou contracções tónicas;

2: se a criança realizou a tarefa com óbvias sincinesias bucais e contralaterais; presença de sinais desviantes e movimentos associados não inibidos;

1: se a criança realizou a tarefa com sincinesias evidentes com flexão do cotovelo; crispação dos dedos da mão contralateral; existência de tensões tónico-faciais e sincinesias linguais; presença de movimentos associados difusos e reacções de sobressalto involuntárias; presença de tremores.

Após a conclusão desta tarefa, calculou-se a média dos vários subfactores para obter a cotação do factor tonicidade.

Factor Equilibração

Nos subfactores da equilibração analisaram-se a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico, abrangendo o controlo postural e a locomoção da criança.

Para a realização destas provas foi necessário, um cronómetro, uma fita métrica, uma fita adesiva e um banco sueco.

Na observação do subfactor da imobilidade avaliou-se a capacidade da criança em conservar o equilíbrio com os olhos fechados, os ajustamentos corporais e as reacções tónico-emocionais.

Quanto à prova da imobilidade, a criança permaneceu na posição orto-estática durante 60 segundos, com os olhos fechados, os braços pendentes ao lado do corpo com as mãos apoiadas na face lateral da coxa, com os pés juntos, simétricos e paralelos. A observadora transmitiu confiança e segurança, na preparação da posição.

A cotação atribuída a estas tarefas foi a seguinte:

- 4: se a criança manteve-se imóvel durante os 60 segundos, com controlo postural e segurança gravitacional;
- 3: se a criança manteve-se imóvel entre 45-60 segundos; apresentou ligeiros movimentos faciais, gesticulações, sorrisos, oscilações, rigidez corporal, tiques, emotividade, etc.; realizou a tarefa por completo, adequada e controladamente;
- 2: se a criança manteve-se imóvel entre 30-45 segundos; revelou sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos óbvios e insegurança gravitacional;
- 1: se a criança manteve-se imóvel menos de 30 segundos; apresentou sinais disfuncionais bem marcados, reequilibrações abruptas com quedas, hiperactividade estática e insegurança gravitacional significativa.

No que concerne o subfactor equilíbrio estático, este reveste-se das mesmas características e significações da imobilidade.

Neste subfactor procedeu-se à realização de três provas (apoio rectilíneo, manutenção do equilíbrio na ponta dos pés e apoio unipedal) de duração de 20 segundos e com os olhos fechados, e avaliou-se as funções do controlo postural e da equilibração, e ainda procurou-se detectar sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos.

Na prova de apoio rectilíneo, a criança colocou um pé no prolongamento exacto do outro, estabelecendo o contacto do calcanhar de um pé com a ponta do pé contrário, permanecendo imóvel durante 20 segundos.

Na prova de manutenção do equilíbrio na ponta dos pés, a criança colocou os pés juntos, e deve manter-se em equilíbrio no terço anterior dos mesmos e em condições idênticas às descritas para o apoio rectilíneo, durante 20 segundos.

Na prova de apoio unipedal, a criança apoiou-se num único pé, flectiu a perna contrária pelo joelho, efectuando um ângulo de 90°, durante 20 segundos.

Depois pediu-se para alternar o pé de apoio e realizar a mesma tarefa.

Para cada uma das três provas, a cotação atribuída respeita os seguintes critérios:

- 4: se a criança manteve-se em equilíbrio estático durante 20 segundos, sem abrir os olhos; apresentou um controlo postural perfeito e preciso; realizou pequenos movimentos de ajustamento postural mas manteve as mãos nos quadris;
- 3: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 15-20 segundos, sem abrir os olhos; revelou um controlo postural adequado; realizou pequenos movimentos de ajuste corporal; presença de ligeiros movimentos faciais, gesticulações, oscilações;

2: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 10-15 segundos sem abrir os olhos; revelou dificuldades de controlo postural e disfunções vestibulares e cerebelosas; presença de movimentos associados;

1: se a criança manteve-se em equilíbrio menos de 10 segundos, sem abrir os olhos ou não tentou realizar; presença de sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos bem marcados com reequilibrações e quedas; movimentos de compensação das mãos.

Na observação do subfactor equilíbrio dinâmico foi necessário captar sinais quanto à precisão, economia e melodia dos movimentos, quanto ao seu controlo em termos quantitativos e qualitativos e quanto ao grau de facilidade ou dificuldade apresentado nas diversas tarefas. Foi ainda dada especial atenção às reequilibrações abruptas, às condições de manutenção e de reaquisição de equilíbrio, quedas unilaterais, descontrolo postural, movimentos compensatórios das mãos e qualidade de inibição de movimentos involuntários, dismetrias, discronometrias, arritmias reequilibrativas (Fonseca, 2010).

As tarefas do subfactor incluem: marcha controlada, evolução na trave e saltos com apoio unipedal e com os dois pés.

Na tarefa de marcha controlada, a criança deve percorrer uma linha recta com 3 metros de comprimento, de modo que o calcanhar de um pé toque na ponta do pé contrário, permanecendo com as mãos nos quadris.

A cotação atribuída para esta tarefa distribui-se da seguinte forma:

4: se a criança realizou uma marcha controlada com perfeito controlo dinâmico, sem quaisquer reequilíbrios compensatórios; realização perfeita, madura, económica e melódica;

3: se a criança realizou uma marcha controlada com ligeiros reequilíbrios compensatórios e sinais difusos, mas sem desvios.

2: se a criança realizou uma marcha controlada com pausas frequentes, com exagerados reequilíbrios, quedas e frequentes sinais vestibulares e cerebelosos; movimentos involuntários com frequentes desvios, sincinesias; sinais de insegurança gravitacional dinâmica;

1: se a criança não realizou a tarefa ou realizou-a de forma incompleta e imperfeita com sinais disfuncionais óbvios e movimentos coreáticos ou atetóides.

Na prova de evolução sobre a trave, a criança realiza uma marcha normal em quatro subtarefas diferentes - para a frente, para trás, para o lado direito e para o lado esquerdo sempre com as mãos nos quadris.

Para cada uma destas quatro tarefas foi atribuída a cotação que se distribui da seguinte forma:

4: se a criança realizou as subtarefas da evolução da trave com controlo perfeito do equilíbrio dinâmico sem reequilibrações;

3: se a criança realizou a tarefa com algumas reequilibrações mas sem quedas e sem sinais disfuncionais;

2: se a criança realizou as subtarefas com pausas, reequilibrações e dismetrias exageradas com sinais disfuncionais frequentes; insegurança gravitacional dinâmica;

1: se a criança não realizou as subtarefas ou se apresentou mais de três quedas por cada percurso; presença óbvia de sinais disfuncionais.

Na tarefa dos saltos com apoio unipedal, a criança deve percorrer uma distância de 3 metros em saltos com apoio unipedal mantendo as mãos nos quadris, pelo que se observa a primeira escolha da criança em relação ao pé de apoio e depois solicitou-se a realização da tarefa com o pé contrário.

Para estas duas tarefas atribui-se a seguinte cotação:

4: se a criança realizou os saltos facilmente sem reequilibrações nem desvios de direcção, demonstrando controlo dinâmico perfeito, rítmico e preciso;

3: se a criança realizou os saltos com ligeiras reequilibrações e pequenos desvios de direcção, sem demonstrar sinais disfuncionais evidenciando um controlo dinâmico adequado;

2: se a criança realizou os saltos com dismetrias, reequilibrações das mãos, desvios de direcção, alterações de amplitude, sincinesias, hipotonia generalizada, irregularidade rítmica;

1: se a criança não completou os saltos na distância relevando insegurança gravitacional, frequentes sincinesias e reequilibrações bruscas; com sinais óbvios de disfunção vestibular e cerebelosa.

Na tarefa dos saltos com os pés juntos, a criança deve percorrer uma distância de 3 metros com as mãos nos quadris, realizando saltos para a frente, para trás e com os olhos fechados. Para além da distância e do procedimento, também o critério de cotação foi igual aos das tarefas anteriores. Apenas a última subtarefa, salto de olhos fechados, exigiu uma observação especial na colocação dos pés, da bacia, do tronco e da cabeça, dos sinais globais de hipotonia ou hipertonia, dismetrias, desvios direccionais, sincinesias, bloqueios verbalizações, entre outros.

A cotação adoptada foi a seguinte:

4: se a criança realizou a tarefa, sem abrir os olhos, de forma dinâmica, regular rítmica, perfeita e precisa;

3: se a criança realizou os saltos, moderadamente, vigiados e controlados com sinais de reequilibração, de bloqueio e de decomposição;

2: se a criança cobriu mais de 2 metros sem abrir os olhos, demonstrando paragens frequentes, hipercontrolo e rigidez corporal generalizada, com sinais difusos; confirmação de insegurança gravitacional;

1: se a criança não realizou a tarefa com os olhos fechados; apresentou frequentes quedas, reequilibrações bruscas, grandes desvios direccionais, fortes pressões plantares, desarmonias posturais globais e sincinesias; presença de disfunções vestibulares e cerebelosas.

São de seguida apresentados os procedimentos de aplicação relativamente aos factores psicomotores pertencentes à segunda unidade funcional, cuja função principal integra a recepção, a análise e o armazenamento da informação.

Factor Lateralização

A lateralização reflecte a capacidade de integração sensório-motora dos dois lados do corpo, retratando uma competência operacional, que preside a todas as formas de orientação do indivíduo. As tarefas da BPM visam determinar a consistência da preferência dos telerreceptores - visão, audição, e dos propioefectores - mão e pé, pelo que, foram consideradas provas específicas, nomeadamente, as dos subfactores de lateralização ocular, auditiva, manual e pedal, em que a observadora registou em cada actividade, o olho, o ouvido, a mão e o pé preferencial.

Para a realização destas provas foi necessário uma folha de papel, um telefone e um relógio de corda.

Deste modo, os procedimentos por cada subtarefa foram os seguintes:

Na lateralização ocular, pediu-se à criança para olhar através de um canudo de papel e de um buraco feito no centro da folha. A observadora apresentou o tubo e a folha, na linha média, de modo a não condicionar o uso da mão, do lado por onde foi apresentado o material.

Na lateralização auditiva, pediu-se à criança para auscultar um relógio de corda, e de seguida, para simular um atendimento telefónico.

Na lateralidade manual, pediu-se à criança para simular escrever, depois, simular cortar um papel com a tesoura.

Na lateralidade pedal, pediu-se à criança para dar um passo de gigante, partindo da posição de pés paralelos e, depois, simular o vestir das calças.

A cotação para estas quatro subtarefas é a seguinte:

- 4: se a criança realizou todas as tarefas espontaneamente, sem hesitações e com proficiência; o perfil foi homogéneo, sem sinais difusos ou bizarros perceptíveis; realização precisa, económica e perfeita;
- 3: se a criança realizou as tarefas com ligeiras hesitações e perturbações psicotónicas e com perfis discrepantes entre os telerreceptores e os propioefectores, sem revelar confusão; realização completa, adequada e controlada;
- 2: se a criança realizou as tarefas com permanentes hesitações e perturbações psicotónicas com perfis inconsistentes e na presença de sinais de ambidextria; presença de sinais difusos mal integrados bilateralmente; incompatibilidade entre lateralidade inata e adquirida; lateralidade auditiva esquerda;
- 1: se a criança não realizou as tarefas evocando ambidextria nítida, lateralidade mista mal integrada ou lateralidade contrariada.

Factor Noção do Corpo

O factor noção do corpo revela a capacidade peculiar do ser humano reconhecer um objecto no seu próprio campo perceptivo, resultando a autoconfiança e auto-estima, é também resultante uma integração sensorial cortical, que participa na planificação motora das actividades conscientes de modo a atingir a matriz espacial das percepções e das acções.

Este factor é representado pelo reconhecimento corporal e espacial, é composto por cinco subfactores: sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, auto-imagem, imitação de gestos e desenho do corpo.

Para a realização das tarefas subjacentes a este factor não foi necessário nenhum material específico, além do corpo da criança e da observadora.

Na prova do sentido cinestésico, pretendeu-se avaliar o conhecimento integrado que a criança possui do seu corpo. A criança manteve-se de pé, calma e tranquila com os olhos fechados e identificou seis dos dezasseis pontos tácteis, em que foi tocada tactilmente pela observadora, nomeadamente, a testa, a boca, o pescoço, o pé direito, a mão direita e o joelho direito.

A cotação para esta tarefa distribui-se da seguinte forma:

- 4: se a criança nomeou correctamente todos os pontos (dezasseis) tácteis, não evidenciando sinais difusos; realização perfeita, precisa e com facilidade de controlo; segurança gravitacional;
- 3: se a criança nomeou correctamente doze pontos tácteis, apresentando ligeiros sinais difusos;
- 2: se a criança nomeou oito pontos tácteis, apresentando sinais difusos óbvios - abre os olhos, verbalizações, gesticulações, instabilidade, defensividade táctil;
- 1: se a criança nomeou quatro a oito pontos tácteis, evidenciando sinais vestibulares bem marcados, confusão cinestésica geral.

A prova do reconhecimento discriminativo envolve uma função de descodificação verbal, em face da noção simbólica do hemicorpo e da consciencialização da linha média do corpo.

O procedimento para as tarefas que constitui este subfactor envolve, da parte da criança, a resposta motora a solicitações verbais apresentadas pela observadora.

Tendo a criança treze anos, as solicitações verbais foram:

- a)“Mostra-me a tua mão direita”
- b)“Mostra-me o teu olho esquerdo”
- c)“Mostra-me o teu pé direito”
- d)“Mostra-me a tua mão esquerda”
- e)“Cruza a tua perna direita por cima do teu joelho esquerdo”
- f)“Toca na tua orelha esquerda com a tua mão direita”
- g)“Aponta o meu olho direito com a tua mão esquerda”
- h)“Aponta a minha orelha esquerda com a tua mão direita”.

A cotação para estas tarefas definiu-se segundo os seguintes critérios:

- 4: se a criança realizou as oito tarefas de forma perfeita e precisa;
- 3: se a criança realizou seis das tarefas, apresentando ligeiras hesitações e confusões;
- 2: se a criança realizou quatro tarefas, apresentando hesitação e confusão permanentes;
- 1: se a criança não realizou as tarefas ou realizou uma ou duas ao acaso, apresentando marcada hesitação e confusão na identificação e localização das partes do corpo.

A tarefa do subfactor auto-imagem permite avaliar na criança a componente facial da noção do corpo, a sua localização e diferenciação tactiloquinestésica, a direcionalidade, a consciência extra e intracorporal e a harmonia e eumetria dos movimentos no espaço envolvente.

Quanto ao procedimento da prova, pediu-se à criança que se mantivesse em pé, de olhos fechados, com os braços em extensão lateral, as mãos flectidas com os respectivos indicadores estendidos, que tocasse com a ponta dos indicadores no nariz, alternadamente, duas vezes para cada mão.

A cotação atribuída para esta tarefa foi a seguinte:

- 4: se a criança tocou quatro vezes exactamente na ponta do nariz com movimento eumétrico, preciso e melódico;
- 3: se a criança falhou uma a duas vezes, mantendo um movimento adequado e controlado sem manifestar outros sinais disfuncionais;
- 2: se a criança acertou uma a duas vezes - em cima ou em baixo, à esquerda ou à direita da ponta do nariz - realizando movimentos dismétricos e hipercontrolados e mostrando sinais discrepantes na lateralização;
- 1: se a criança não acertou ou acertou uma vez, realizando movimentos dismétricos e tremores na fase final e mostrando sinais disfuncionais.

A prova de imitação de gestos, visa avaliar a capacidade de análise visual de posturas e gestos desenhados no espaço, sua retenção visual de curto termo e respectiva transposição motora através de cópia gestual bilateral.

Quanto ao procedimento, pediu-se à criança que ficasse de pé, em frente à observadora, e que observasse com muita atenção as quatro posturas e gestos, desenhados no espaço, de modo a realizá-lo correctamente.

A cotação atribuída a esta tarefa distribui-se da seguinte forma:

- 4: se a criança reproduziu com perfeição, precisão, acabamento, suavidade e coordenação recíproca as quatro figuras;
- 3: se a criança reproduziu três a quatro figuras com ligeiras distorções da forma, da proporção e da angularidade;
- 2: se a criança reproduziu duas das quatro figuras com distorções da forma e da proporção; apresentou sinais de dismetria e de descoordenação recíproca e alterações na sequência;
- 1: se a criança não reproduziu nenhuma das figuras ou uma das quatro com distorções perceptivas e dismetrias.

Na prova do desenho do corpo, a BPM procura situar uma objetivação da representação do corpo, no sentido gnóstico, simbólico e gráfico.

Quanto ao procedimento, pediu-se à criança que desenhasse o seu corpo numa folha de papel.

A pontuação atribuída a esta tarefa definiu-se da seguinte forma:

- 4: se a criança realizou um desenho graficamente perfeito, proporcionado, rico em pormenores, disposição espacial correcta;
- 3: se a criança realizou um desenho completo, organizado, simétrico, com pormenores faciais e extremidades e com distorções mínimas;
- 2: se a criança realizou um desenho exageradamente pequeno ou grande, pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos;
- 1: se a criança não realizou o desenho ou realizou um desenho desintegrado e fragmentado, sem qualquer organização gráfica.

Factor Estruturação Espaciotemporal

A estruturação espaciotemporal é o fundamento psicomotor básico da aprendizagem e da função cognitiva.

Na BPM este factor é constituído por quatro subfactores: organização, estrutura dinâmica, representação topográfica e estrutura rítmica.

Para a realização das provas relativas a estes subfactores foi necessário uma fita métrica, uma mesa, uma cadeira, uma folha de papel lisa e de papel quadriculado, fósforos, um cronómetro e um lápis.

Na prova de organização espacial, pediu-se à criança para andar normalmente de um ponto da sala a outro, na distância de cinco metros e contar o número de passos em voz alta. Após ter realizado o primeiro percurso, pediu-se à criança para realizar o segundo percurso com mais três passos, utilizando para o cálculo o número de passos dados inicialmente. Por último, pediu-se à criança para realizar o terceiro percurso com menos três passos. Neste subfactor avalia-se a capacidade espacial concreta de calcular as distâncias e os ajustamentos dos planos motores necessários para os percorrer.

A cotação atribuída a estas tarefas distribui-se da seguinte forma:

- 4: se a criança realizou a tarefa com um controlo correcto nos três percursos, com contagem perfeita do número de passos e com preciso cálculo visuo-espacial e ajustamento inicial e final das passadas;
- 3: se a criança realizou os três percursos com ligeiro descontrolo final nas passadas, mantendo correcta contagem e cálculo;
- 2: se a criança realizou dois dos três percursos com hesitação e confusão na contagem e no cálculo; apresentou sinais de desorientação espacial e dismetria;

1: se a criança realizou um dos três percursos, ou não completou a tarefa; apresentou nítidos problemas de verbalização da acção, de planificação visuo-espacial, de retenção do número de passadas realizadas no primeiro percurso e de ajustamento espacial e direcciona na tarefa.

A prova da estruturacão dinâmica envolve a capacidade de memorizacão sequencial visual de curto termo, a capacidade da criança reproduzir sequências de fósforos em posições e orientações espaciais determinadas e ainda a reprodução ordenada da esquerda para a direita.

Quanto ao procedimento desta tarefa, a observadora mostrou à criança, as seis sequências separadamente, durante 5 segundos e esta tentou reproduzi-las, respeitando a orientacão dos fósforos.

A cotação atribuída a esta tarefa foi a seguinte:

- 4: se a criança em idade escolar realizou correctamente as seis tarefas;
- 3: se a criança em idade escolar realizou quatro das seis tarefas;
- 2: se a criança em idade escolar realizou três das seis tarefas, revelando dificuldades de memorizacão e sequencializacão visuo-espacial;
- 1: se a criança em idade escolar realizou duas das seis tarefas, demonstrando dificuldades gnósicas e práxicas significativas.

A representacão topográfica é um subfactor que retrata a capacidade espacial semiótica e a capacidade de interiorizar e realizar uma trajectória espacial apresentada num levantamento topográfico das coordenadas espaciais e objectais da sala.

Quanto ao procedimento para a realizacão da prova, a observadora, em conjunto com a criança, fez o levantamento topográfico da sala, desenhando, o mais exactamente possível, as suas proporções espaciais e a localizacão semiótica correspondente ao mobiliário e identificando com os respectivos números. De seguida, em termos de ensaio, a observadora posicionou-se juntamente com a criança na sala, desenhando posteriormente, um trajecto com o lápis, pedindo à criança a sua realizacão motora.

A cotação atribuída a esta tarefa distribui-se da seguinte forma:

- 4: se a criança realizou a trajectória de forma perfeita e bem orientada, sem manifestar hesitacão ou desorientacão espacial;
- 3: se a criança realizou a trajectória adequadamente com algumas hesitações, interrupções ou desorientações direccionais;
- 2: se a criança realizou a trajectória com frequentes hesitações, interrupções, desorientações angulares, desproporções espaciais e direccionais óbvias;
- 1: se a criança não realizou a trajectória.

A prova de estruturacão rítmica compreende a capacidade de memorizacão e reproduçã motora de estruturas rítmicas, avaliando problemas de percepção auditiva e de memorizacão de curto termo, e a translação dos estímulos auditivos para as respostas motoras.

Relativamente ao procedimento da prova, sugeriu-se à criança que ouvisse com muita atenção as sequências de batimentos apresentadas pela observadora, e posteriormente, sugeriu-se para reproduzi-las, respeitando a mesma estrutura e o mesmo número de batimentos.

A cotação atribuída a esta tarefa distribui-se da seguinte forma:

- 4: se a criança reproduziu exactamente todas as estruturas com estruturação rítmica e o número de batimentos preciso revelando perfeita integração auditivo-motora;
- 3: se a criança reproduziu quatro das cinco estruturas com uma realização adequada quanto à sequência e à ritmicidade, com ligeiras hesitações ou descontrolos psicotónicos;
- 2: se a criança reproduziu três das cinco estruturas, com irregularidades, alterações de ordem e inversões revelando dificuldades de integração rítmica;
- 1: se a criança reproduziu duas das cinco estruturas ou foi incapaz de realizar qualquer uma delas revelando nítidas distorções perceptivo-auditivas.

Factor Praxia Global

Através do estudo da praxia global é possível observar a perícia postural e a macromotricidade, relativas à coordenação dinâmica geral e à generalização motora.

Este factor pretende captar dados dispráxicos e desdobra-se nos seguintes subfactores: a coordenação oculomanual, a coordenação oculopedal, a dismetria e a dissociação.

Para a realização das provas subjacentes a este factor foi necessário uma bola de ténis, uma cadeira, uma fita métrica, um cesto de papéis e uma mesa.

A prova de coordenação oculomanual requer que a criança elabore um planeamento motor, ou seja, tem de avaliar a distância, a altura e as características do alvo, tem de ter a consciencialização quinestésica do lançamento, o peso da bola e a capacidade de reprogramar as sequências motoras.

Quanto ao procedimento da prova, a criança, em pé tem de lançar uma bola de ténis para dentro de um cesto de papéis, colocado em cima de uma cadeira, a uma distância de dois metros e meio.

Durante o lançamento, observaram-se alguns pormenores, tal como, a postura, a orientação de base de sustentação, a qualidade de apreensão da bola, o tipo de lançamento, as dismetrias, a velocidade e a força, o autocontrolo, a melodia cinética, o grau de perícia/imperícia, a integração visuoperceptiva, o controlo emocional, as expressões mímico-faciais.

A cotação atribuída a esta tarefa foi:

- 4: se a criança acertou quatro ou três dos quatro lançamentos, revelando perfeito planeamento motor, preciso autocontrolo, com melodia cinética e eumetria;
- 3: se a criança acertou dois dos quatro lançamentos, revelando adequado planeamento motor e controlo visuomotor com sinais disfuncionais indiscerníveis;
- 2: se a criança acertou um dos quatro lançamentos, revelando dispraxias, distonias, disquinesias e discronias;

1: se a criança não acertou nenhum lançamento, revelando dispraxias, distonias, disquinesias, desorientação espaciotemporal, reequilibrações, sincinesias.

A prova de coordenação oculopedal requer a capacidade de coordenar movimentos pedais com referências perceptivovisuais.

Quanto ao procedimento da prova, pediu-se à criança, para em pé, chutar uma bola de ténis de modo a que esta passasse entre as duas pernas da cadeira, que se encontrava a dois metros e meio de distância.

A cotação atribuída a esta tarefa foi idêntica à prova anterior.

Relativamente ao subfactor dismetria, este caracteriza a realização dispráxica e traduz a inadaptação visuo-espacial e visuoquinestésica dos movimentos orientados face um alvo. Na BPM, este subfactor não constitui uma tarefa em si, resultando da observação da coordenação global das duas tarefas anteriores.

A cotação atribuída a esta prova distribui-se da seguinte forma:

- 4: se a criança realizou as oito tarefas com movimentos adequados em relação ao objecto e à distância;
- 3: se a criança realizou as tarefas com ligeiras dismetrias;
- 2: se a criança realizou as tarefas com dismetrias, movimentos exagerados e insuficientemente inibidos;
- 1: se a criança realizou as tarefas com dismetria, revelando dispraxias de vária índole.

O subfactor dissociação compreende a capacidade de individualizar vários segmentos corporais que tomam parte na planificação e execução motora de um ou vários gestos intencionais sequencializados.

Para a realização das provas subjacentes a este factor considerou-se a seguinte sequência:

- 1º Membros superiores;
- 2º Membros inferiores;
- 3º Coordenação entre os membros superiores e inferiores.

Quanto aos procedimentos, na subtarefa dos membros superiores, a criança, na posição vertical realizou vários batimentos das mãos, em cima de uma mesa, de acordo com a seguinte estrutura sequencial:

- 1- dois batimentos com mão direita, dois batimentos com a mão esquerda;
- 2- dois batimentos com a mão direita, um batimento com a mão esquerda;
- 3- um batimento com a mão direita, dois batimentos com a mão esquerda;
- 4- dois batimentos com a mão direita, três batimentos com a mão esquerda.

Todas as estruturas foram sequencialmente reproduzidas quatro vezes seguidas.

Na subtarefa dos membros inferiores, a criança, na posição vertical, realizou vários batimentos dos pés no solo, seguindo as mesmas estruturas indicadas para as mãos, nomeadamente:

- 1- dois batimentos com o pé direito, dois batimentos com o pé esquerdo;
- 2- dois batimentos com o pé direito, um batimento com o pé esquerdo;
- 3- um batimento com o pé direito, dois batimentos com o pé esquerdo;
- 4- dois batimentos com o pé direito, três batimentos com o pé esquerdo.

Na última subtarefa de coordenação entre os membros superiores e os membros inferiores, a criança realizou batimentos das mãos em cima da mesa, seguidos de batimentos dos pés no solo, seguindo a seguinte estrutura:

1- um batimento com a mão direita, dois batimentos com a mão esquerda, um batimento com o pé direito, dois batimentos com o pé esquerdo;

2- dois batimentos com a mão direita, um batimento com a mão esquerda, dois batimentos com o pé direito, um batimento com o pé esquerdo;

3- dois batimentos com a mão direita, três batimentos com a mão esquerda, um batimento com o pé direito, dois batimentos com o pé esquerdo.

4- Prova de agilidade: a criança saltitou, afastando e juntando as pernas, ao mesmo tempo que realizou um batimento das palmas das mãos exactamente ao mesmo tempo em que afastava as pernas, sem interromper a sequência do saltitar.

A cotação adoptada a estas três subtarefas distribui-se da seguinte forma:

4: se a criança realizou as quatro estruturas sequenciais, ou três das quatro, com perfeito planeamento e preciso autocontrolo, com melodia quinestésica e eumetria;

3: se a criança realizou duas das quatro estruturas sequenciais, evidenciando adequado planeamento motor e adequado autocontrolo, com sinais disfuncionais indiscerníveis;

2: se a criança realizou uma das quatro estruturas sequenciais revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias;

1: se a criança não realizou nenhuma estrutura sequencial, revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias ou sinais de displanificação motora já enunciados nos subfactores anteriores.

Factor Praxia Fina

O factor praxia fina evidencia a velocidade e a precisão dos movimentos finos e a facilidade de reprogramação de acções, à medida que as informações táctiloperceptivas se ajustam às informações visuais.

Na BPM, este factor avalia-se através das provas relativas aos subfactores da coordenação dinâmica manual, do tamborilar e da velocidade-precisão.

Para a realização das provas relativas a este factor foram necessários dez clips, uma mesa, uma cadeira, um lápis, uma folha de papel quadriculado e um cronómetro.

A coordenação dinâmica manual engloba a dextralidade bimanual e a agilidade digital, visando o estudo da coordenação fina das mãos e dos dedos, em que se avaliou o comportamento emocional, o nível de verbalização, as sincinesias bucais e linguais, a qualidade de atenção foveal, a micromotricidade digital e a coordenação bimanual, a mão de suporte, segurança, ansiedade, dismetrias, disquinesias, distonias e dissincronias a nível distal.

Relativamente ao procedimento tido nesta prova, pediu-se à criança, em posição sentada, para compor e decompor uma pulseira de dez cliques o mais rapidamente possível, duas vezes.

A cotação atribuída é a seguinte:

- 4: se a criança compôs e compôs a pulseira em menos de dois minutos, revelando perfeito planeamento micromotor e precisão no autocontrolo visuomotor, melodia cinestésica e eumetria digital;
- 3: se a criança compôs e compôs a pulseira entre os dois a três minutos, com adequado planeamento micromotor e autocontrolo visuomotor, sem evidenciar sinais dispráxicos;
- 2: se a criança compôs e compôs a pulseira entre três a cinco minutos, revelando dispraxias, dismetrias, disquinesias, distonias e dissincronias, sinais de desatenção visual e hesitação na lateralização;
- 1: se a criança compôs e compôs a pulseira em mais de seis minutos ou não realizou a tarefa, evidenciando sinais disfuncionais óbvios.

A prova de tamborilar requer a realização precisa, independente e com harmonia nos movimentos finos, com uma transição dedo a dedo melódica e sequencializada, realçando a gnosis digital, a planificação micromotora distal e, naturalmente, a preferência manual e a discriminação direita-esquerda.

Quanto ao procedimento desta tarefa, primeiramente a observadora demonstrou à criança como é que os dedos eram colocados, realizando círculos na transição dedo para dedo desde o indicador até ao mínimo e, em seguida, na direcção inversa.

Pediu-se à criança, na posição sentada, que imitasse os movimentos e que completasse no mínimo três ensaios antes de se realizar a própria prova. As duas mãos foram avaliadas, realizando cada uma três sequências separadas e uma simultânea - tamborilar manual simultâneo.

A cotação atribuída distribui-se da seguinte forma:

- 4: se a criança realizou o tamborilar revelando perfeito planeamento micromotor, realizou círculos completos com uma transição melódica sem movimentos associados da mão contralateral;
- 3: se a criança realizou o tamborilar com adequado planeamento micromotor com ligeiras hesitações na sequência, tensões e dismetrias digitais, repetições de oponibilidade e ligeiras sincinesias contralaterais ou faciais;

2: se a criança realizou o tamborilar com fraco planeamento micromotor, com hesitações na sequência, dismetrias, disquinesias, frequentes repetições nas otonibilidades, sincinesias óbvias e saltos de dedos na sequência, discrepância significativa entre a realização sequencial e simultânea, revelando a existência de dispraxia fina.

1: se a criança não realizou a tarefa, evidenciando sinais disfuncionais da motricidade fina associados a disgnosia digital e dispraxia fina.

A prova de velocidade-precisão exige a integração de movimentos finos de um instrumento com as aquisições perceptivovisuais da coordenação visuomotor, figura-fundo e posição-relação espacial, e avaliou-se a preferência manual e a coordenação visuográfica.

Quanto ao procedimento tido na realização desta prova, pediu-se à criança, na posição sentada, que realizasse o maior número de pontos e de cruces, durante trinta segundos para cada subtarefa (total de um minuto), tendo em conta os limites dos quadrados do papel e na ordem sequencial da esquerda para a direita,

A cotação atribuída foi a seguinte:

4: se a criança realizou mais de cinquenta pontos e mais de vinte cruces evidenciando perfeito planeamento motor e preciso autocontrole com melodia cinestésica;

3: se a criança realizou entre trinta a cinquenta pontos e entre vinte a quinze cruces revelando adequado planeamento motor e ligeiras hesitações na sequencialização da tarefa;

2: se a criança realizou entre vinte a trinta pontos e entre quinze a dez cruces revelando dismetrias, distonias, disquinesias e descontrolo tónico-emocional;

1: se a criança realizou menos de quinze pontos e menos de dez cruces ou não completou a tarefa revelando deficiente preensão, rigidez, excessiva vigilância, tremores, distorções perceptivas e sinais dispráxicos óbvios.

7. TRATAMENTO DOS RESULTADOS

No sentido de facilitar a apresentação e discussão dos resultados obtidos, os mesmos são apresentados num quadro resumo com a cotação obtida em cada um dos factores psicomotores, seguidos da apresentação dos resultados obtidos pelos vários subfactores. Estes foram cotados com base na observação da realização de diversas tarefas de acordo com a Bateria Psicomotora, sendo a pontuação atribuída de acordo com a média aritmética.

Em todos os factores e respectivos subfactores “o nível de realização é medido numericamente da seguinte forma” (Fonseca, 2010, p. 108):

Cotação 1 ponto (Apraxia): ausência de realização ou realização imperfeita, incompleta e descoordenada;

Cotação 2 pontos (Dispraxia): realização fraca com dificuldades de controlo e sinais desviantes;

Cotação 3 pontos (Eupraxia): realização completa adequada e controlada;

Cotação 4 pontos (Hiperpraxia): realização perfeita, precisa, económica e com facilidade de aprendizagem (p.108)

O resultado total da BPM é obtido cotando todos o subfactores, sendo a cotação média de cada factor arredondada, ou seja, a cada tarefa aplicada é pontuada numa escala de 1 a 4 pontos, dividindo o valor total, obtido nos subfactores, pelo número de tarefas correspondentes a cada factor, obtendo-se valores que variam de um a quatro, correspondendo ao perfil psicomotor.

A cotação varia entre o valor máximo de 28 pontos (4 x 7 factores) e o valor mínimo de 7 pontos (1 x 7) e média de 14 pontos (Fonseca, 2010).

Em seguida, somando a pontuação dos sete factores, obtém-se uma segunda pontuação, permitindo classificar a criança quanto ao tipo de perfil psicomotor geral.

Como é referido por Fonseca (2010), com base nos intervalos pontuais pode construir-se uma “escala”, que aponta determinados valores, apresentando-se a classificação do perfil psicomotor, como se pode verificar no quadro 1.

PONTOS DA BPM	TIPO DE PERFIL PSICOMOTOR	DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM
27-28	Superior	--
22-26	Bom	--
14-21	Normal	--
9-13	Dispráxico	Ligeiras (específicas)
7-8	Deficitário	Significativas (moderadas ou severas)

Quadro 1 - Classificação do perfil psicomotor geral (Fonseca, 2010, p.116).

Fonte: FONSECA, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora Significação Psiconeurológica dos Factores Psicomotores*. 3ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.

Segundo Fonseca (2010), os perfis psicmotores são traduzidos da seguinte forma:

O perfil psicomotor superior ou bom - perfil hiperpráxico - é obtido por crianças que não apresentam dificuldades de aprendizagem específica, pelo que, apresentam uma organização psiconeurológica normal. No âmbito da cotação, nenhum factor ou subfactor apresenta pontuação inferior a 3.

O perfil psicomotor normal - perfil eupráxico - é obtido por crianças sem dificuldades de aprendizagem, tendo um nível de realização completo, adequado e controlado na maior parte

dos factores. Porém, podem apresentar factores psicomotores mais variados e diferenciados, revelando imaturidade ou imprecisão de controlo, mas sem sinais desviantes.

O perfil psicomotor dispráxico identifica crianças com dificuldades de aprendizagem ligeiras, apresentando um ou mais sinais desviantes, que “assumem uma significação neuro-evolutiva, consoante a idade e a severidade do sintoma que apresenta a criança” (Fonseca, 2010, p. 116).

O perfil psicomotor deficitário - perfil apráxico - é obtido por crianças com dificuldades de aprendizagem do tipo moderado ou severo, que como refere Fonseca (2010) apresentam sinais disfuncionais, equivalentes a disfunções psiconeurológicas, cujo potencial de aprendizagem se caracteriza por uma lenta, ou muito lenta, modificabilidade.

Posteriormente, apresenta-se ainda um gráfico do Perfil Psicomotor, onde mais facilmente se constata as possíveis clivagens entre as áreas fortes e as áreas fracas.

Parte III

Apresentação dos resultados

CAPÍTULO VI

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

INTRODUÇÃO

Uma vez terminada a explanação da metodologia, a etapa seguinte consiste em apresentar os resultados e interpretá-los. A interpretação dos resultados implica considerar todos os aspectos da investigação, nomeadamente a relação sistemática dos resultados com o problema em estudo e os objectivos.

A conclusão dos resultados e implicações decorrentes é feito através do contraste e comparação de resultados baseados na teoria, trabalhos de investigação e prática profissional em suas interferências (Fortin, 1999).

Os resultados obtidos na observação foram anotados e referenciados em folhas de registo (Anexo VII), adaptadas de forma a facilitar a aplicação da BPM em situação real, bem como a posterior leitura dos dados.

1.ASPECTO SOMÁTICO, DESVIOS POSTURAIIS E CONTROLO RESPIRATÓRIO

Tendo como referência os aspectos tipológicos propostos por Sheldon (1969) referido por Fonseca (2010, p.118), considerou-se que a Filipa é uma criança com um aspecto somático do tipo *endomorfo*, por apresentar um “aspecto arredondado e amolecido do corpo”, apresentando uma lordose, aquando da observação de perfil da criança.

Nas provas de controlo respiratório, a Filipa conseguiu efectuar as quatro inspirações e expirações com um ligeiro descontrolo em cada uma e de fraca amplitude, pelo que obteve **dois pontos** nesta prova.

Na prova da apneia, a Filipa não conseguiu manter o bloqueio torácico durante dez segundos, evidenciando a partir do oitavo segundo evidentes sinais de descontrolo, obtendo a cotação de **um ponto**.

Durante toda a observação psicomotora, a criança colaborou em cada prova solicitada, evidenciando alguns sinais de fadiga sem significado clínico, nomeadamente nas últimas provas, obtendo desta forma **três pontos**.

Os dados descritos permitem compreender apenas aspectos de caracterização global, não integrando qualquer subfactor da BPM.

Segue-se no ponto seguinte, a análise do perfil psicomotor com base na observação das tarefas subjacentes a cada factor psicomotor.

2. ANÁLISE DO PERFIL PSICOMOTOR GERAL

No âmbito da BPM, Vítor da Fonseca desenvolveu um conjunto de tarefas que se revelam significativas na identificação de sinais atípicos ou desviantes, e na detecção de défices funcionais em termos psicomotores e de aprendizagem (Fonseca, 2010).

O mesmo autor pretende obter um perfil que seja capaz de caracterizar a criança segundo um critério aplicado, estabelecendo-se relações com as unidades de Luria e compreender a estruturação e composição interna dos factores e dos processos psicomotores.

Desta forma, os próximos pontos deste trabalho debruçam-se sobre a análise de cada factor psicomotor, por forma a obter-se o perfil psicomotor da criança em estudo.

2.1 Tonicidade

Para a análise da tonicidade foram observados cinco domínios que são de seguida analisados mais pormenorizadamente, a saber: Extensibilidade, passividade, paratonia, diadococinesias e sincinesias.

Na extensibilidade dos membros inferiores explorou-se os adutores, onde a Filipa atingiu, com um grau de resistência máxima, um afastamento dos segmentos adutores de aproximadamente de 100°; observou-se os extensores da coxa, em que a criança evidenciou alguma resistência, sendo necessário a ajuda da observadora para assistir o movimento de flexão das pernas; observou-se os quadricípetes femurais, em que a criança atingiu um afastamento dos calcanhares da linha média dos glúteos de cerca de vinte centímetros, evidenciando alguma resistência muscular e sinais de contractibilidade. Face ao exposto a Filipa obteve a cotação de **dois pontos**.

Na extensibilidade dos membros superiores observou-se os deltóides anteriores e peitorais, em que não houve contacto dos cotovelos da Filipa, ficando afastados um do outro cerca de quinze centímetros, evidenciando resistência e rigidez na mobilização dos segmentos; observou-se os flexores do braço em que a criança efectuou, com alguma resistência, uma extensão máxima do antebraço e uma amplitude de supinação das mãos superiores; observou-se os extensores do punho, em que a criança não conseguiu tocar com o polegar no antebraço, revelando algum desconforto na realização da tarefa. Perante os resultados observados foi atribuída uma cotação de **dois pontos**.

Nas provas do subfactor da passividade a criança realizou a prova de forma incompleta, quer nos membros inferiores e superiores, em que a Filipa teve dificuldade em descontraír apresentando resistência significativa nos pés e nos braços, evidenciando movimentos irregulares, pelo que, atribuiu-se **um ponto** na prova da passividade.

Nas provas do subfactor da paratonia, a Filipa mostrou-se significativamente resistente não se verificando libertação tónica de cada membro.

Nos membros inferiores, ao levantar as pernas até à posição vertical, a Filipa não deixou cair as pernas ficando com elas bloqueadas, não realizando movimentos simultâneos e alternados.

Nos membros superiores, a realização da prova foi idêntica à anterior, no que respeita ao bloqueio dos braços em suspensão na posição vertical.

A criança estava tranquila, contudo demonstrou fortes resistências na manipulação dos quatro membros conservando posições atípicas, pelo que, obteve a cotação de **um ponto** nesta prova.

Nas tarefas do subfactor diadococinesias, a Filipa realizou alguns movimentos de supinação e pronação com nítidos movimentos involuntários, realizados com lentidão e com algum descontrolo. A criança desistia da tarefa com frequência verbalizando que não conseguia realizar a mesma. Face ao exposto foi atribuída a cotação de **um ponto**.

Na prova de sincinesias, a Filipa apertou a bola com a mão direita, com pouca força e de forma controlada, evidenciando óbvias sincinesias bucais quando começou a apertar a bola com mais força. Aos comportamentos observados corresponde a cotação de **dois pontos**.

No quadro seguinte é apresentada a cotação dos subfactores constituintes do factor psicomotor Tonicidade, cuja cotação média obtida é de **dois pontos** como se pode verificar no quadro n.º 2.

Factor Psicomotor	Tonicidade					Total
Subfactores	Extensibilidade	Passividade	Paratonia	Diadococinesias	Sincinesias	2
Cotação	2	1	1	1	2	

Quadro 2 - Cotação dos subfactores constituintes do factor Psicomotor Tonicidade

2.2 Equilibração

Passando à análise da equilibração, são referenciados os três grandes domínios deste factor, nomeadamente, a imobilidade, o equilíbrio estático e o equilíbrio dinâmico.

Na prova do subfactor da imobilidade, a Filipa obteve a cotação de **três pontos**, porque se manteve imóvel durante o tempo estipulado, sessenta segundos, manifestando uma rigidez corporal, com os braços estendidos ao longo do corpo, e ainda ligeiros sinais disfuncionais ao realizar movimentos faciais.

Na vertente do equilíbrio estático é analisado o apoio rectilíneo, o apoio na ponta dos pés e o apoio unipedal.

Na prova de apoio rectilíneo, a Filipa manteve-se imóvel, sem abrir os olhos durante dez segundos, evidenciando dificuldades em controlar a postura, pelo que obteve a cotação de **dois pontos**. Na manutenção do equilíbrio na ponta dos pés, a criança obteve a cotação de **dois pontos**, porque permaneceu dez segundos em equilíbrio, manifestando oscilações corporais, inclinando o corpo para o seu lado direito. Na prova do apoio unipedal, a criança com os olhos fechados, manteve-se em equilíbrio com o pé direito durante seis segundos e com o pé esquerdo durante cinco segundos realizando reajustes com os braços de modo a manter o equilíbrio, pelo que obteve a cotação de **um ponto**. A média deste subfactor foi de **dois pontos**.

Na vertente do equilíbrio dinâmico, que comporta as dimensões marcha controlada, evolução na trave, saltos com apoio unipedal e saltos de pés juntos, com os olhos fechados.

Na tarefa da marcha controlada, a Filipa percorreu a distância de um metro, não tendo terminado a prova, apresentado dificuldades em tocar com o calcanhar de um pé na ponta do pé contrário, e dificuldades em manter o controlo postural, pelo que, obteve a cotação de **um ponto**.

Nas tarefas de evolução na trave, a Filipa apresentou quatro quedas solicitando auxílio à observadora para percorrer a trajectória. A falta de confiança foi evidente pela necessidade de olhar com frequência para a trave. Nas deslocações laterais, a Filipa mostrou bastante insegurança com várias reequilibrações, tentou evitar as quedas com paragens na trave, porém, algumas mal sucedidas. Nestas provas foi atribuída a cotação de **um ponto**.

Na prova de saltos com apoio unipedal, a Filipa não completou os saltos ao longo da distância pretendida, evidenciando bastantes reequilibrações das mãos e desvios de direcção, revelando irregularidade rítmica. Face ao exposto, foi-lhe atribuída a cotação de **um ponto**.

Por último, o subfactor do equilíbrio dinâmico conclui-se com a realização das provas de saltos a pés juntos para a frente, para trás e com os olhos fechados. A criança não conseguiu cobrir mais de dois metros realizando saltos de pequena amplitude e com várias paragens e reequilibrações. Na realização dos saltos a pés juntos com os olhos fechados, a criança teve dificuldades em manter os pés paralelos e juntos e acabou por abrir os olhos, evidenciou ainda

grandes desvios direccionais demonstrando insegurança gravitacional. Nestas três provas obteve uma cotação de **um ponto**.

A média da cotação dos subfactores perfaz o total de **dois pontos** referente ao factor da equilibração como se verifica no quadro n.º 3.

Factor Psicomotor	Equilibração			Total
Subfactores	Imobilidade	Equilíbrio Estático	Equilíbrio Dinâmico	2
Cotação	3	2	1	

Quadro 3 - Cotação dos subfactores constituintes do factor Psicomotor Equilibração

2.3 Lateralização

A observação ao nível da lateralização inclui a lateralização ocular, auditiva, manual e pedal.

Nas tarefas da BPM que visam, particularmente, determinar a consistência da preferência dos telorreceptores - visão e audição, e dos proprioefectores - mão e pé. A Filipa realizou as tarefas com algumas hesitações, nomeadamente, na prova ocular, antes de se decidir pelo olho direito para espreitar pelo canudo, contudo quer na prova ocular como auditiva foi evidente o lado direito como predominante. Na prova manual e pedal foi verificada uma discrepância nos perfis proprioefectores, uma vez que a criança utilizou a mão direita para simular o uso da tesoura para cortar e o pé esquerdo na realização do passo gigante e na simulação do vestir. De acordo com o exposto foi atribuída uma cotação de **dois pontos** a estas tarefas, uma vez a Filipa apresentou alguns sinais difusos mal integrados bilateralmente.

A realização do conjunto de provas inerentes a cada um dos subfactores psicomotores permitiu observar, de acordo com o quadro n.º 4, que a Filipa obteve a cotação média de **dois pontos** que se traduz nalgumas hesitações na escolha e eleição do membro a utilizar, tendo o lado direito como dominante.

Factor Psicomotor	Lateralização				Total
Subfactores	Ocular	Auditiva	Manual	Pedal	2
Cotação	2	2	2	2	

Quadro 4 - Cotação dos subfactores constituintes do factor Psicomotor Lateralização

2.4 Noção do Corpo

A avaliação motora da Filipa ao nível da noção do corpo é avaliada de acordo com cinco parâmetros, a saber: sentido cinestésico, reconhecimento direita-esquerda, auto-imagem (face), imitação de gestos e desenho do corpo.

Na prova do subfactor sentido cinestésico, a Filipa nomeou correctamente três pontos tácteis, nomeadamente a boca, a testa e o pescoço, dos dezasseis solicitados. A criança não conseguiu distinguir as partes do hemicorpo direito do hemicorpo esquerdo, sendo que cada resposta foi antecedida de hesitação, pelo que, a esta tarefa foi atribuída a cotação de **um ponto**.

Na prova relativa ao subfactor reconhecimento direita-esquerda, a Filipa obteve uma cotação de **um ponto**, porque evidenciou confusão permanente na identificação das partes do corpo, realizando três tarefas, nomeadamente, “Mostra-me a tua mão direita”, “Mostra-me teu olho esquerdo” e “Mostra-me o teu pé direito”. Porém, nas ordens complexas, que envolvem localização contralateral e localização reversível, a Filipa mostrou evidentes dificuldades, ao não ter conseguido identificar nenhuma parte corporal no corpo da observadora.

Relativamente ao subfactor auto-imagem, a Filipa acertou dois dos quatro toques, na ponta do nariz. Realizou movimentos dismétricos, lentos e acompanhados de algumas rectificações do controlo postural, pelo que obteve a cotação de **dois pontos**.

Na prova do subfactor imitação de gestos, a Filipa evidenciou bastante dificuldade em realizar os gestos, tendo reproduzido correctamente o primeiro gesto. Os restantes gestos foram reproduzidos com grandes distorções, hesitações, dismetrias e sincinesias faciais, não apresentando qualquer semelhanças com os originais. Perante os resultados obtidos foi atribuída a cotação de **um ponto**.

No que respeita ao subfactor do desenho do corpo, a Filipa executou com alguma lentidão o desenho da figura humana, destacando-se a desproporcionalidade dos membros inferiores, como se pode verificar na Figura n.º 1, apresentando distorções e apenas evidenciou alguns pormenores faciais, pelo que obteve a cotação de **dois pontos**.

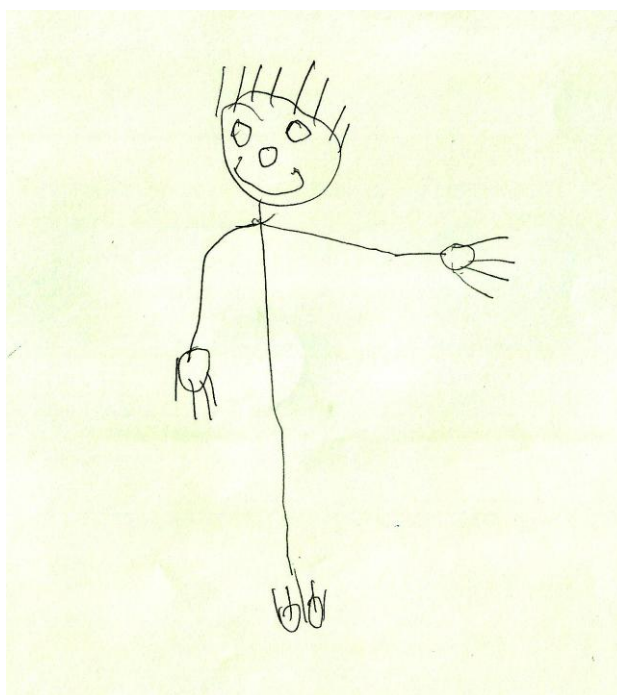


Figura 1 - Desenho da Figura Humana realizado pela Filipa

Como se pode verificar no quadro n.º5, a média dos subfactores fez o total de **um** ponto no factor da noção do corpo.

Factor Psicomotor	Noção do Corpo					Total
Subfactores	Sentido Cinestésico	Reconhecimento Direita-Esquerda	Auto-imagem	Imitação de Gestos	Desenho do Corpo	1
Cotação	1	1	2	1	2	

Quadro 5 - Cotação dos subfactores constituintes do factor Psicomotor Noção do Corpo

2.5 Estruturação Espaciotemporal

A análise ao nível da estruturação espaciotemporal incide na avaliação dos subfactores organização espacial, estrutura dinâmica, representação topográfica e estruturação rítmica.

No subfactor organização espacial, a Filipa realizou apenas o primeiro percurso com evidentes hesitações na contagem dos passos, essencialmente no segundo e terceiro trajecto, nomeadamente no reajuste da contagem e do cálculo, não tendo completado a tarefa. Ao longo da prova a criança evidenciou problemas na planificação visuo-espacial e na retenção do número

de passadas realizadas no primeiro percurso. Face aos resultados observados, a criança obteve a cotação de **um ponto**.

Na prova do subfactor da estruturação dinâmica, a Filipa não conseguiu realizar a tarefa evidenciando grandes dificuldades na disposição espacial, invertendo a posição dos fósforos, revelando dificuldades de memorização e ainda dificuldades gnósticas e práxicas. Como tal, a cotação atribuída foi de **um ponto**.

Em conjunto com a observadora, na prova do subfactor da representação topográfica, a Filipa realizou o levantamento topográfico da sala, como se pode verificar na figura n.º 2, dando as orientações verbais relativas à disposição dos móveis na sala e atribuiu-lhes um número. A Filipa não conseguiu realizar o trajecto, devido a apresentar bastantes hesitações, interrupções e confusões na direcção a tomar, não conseguindo efectuar adequadamente o pretendido. Como tal, foi atribuída a esta prova a cotação de **um ponto**.

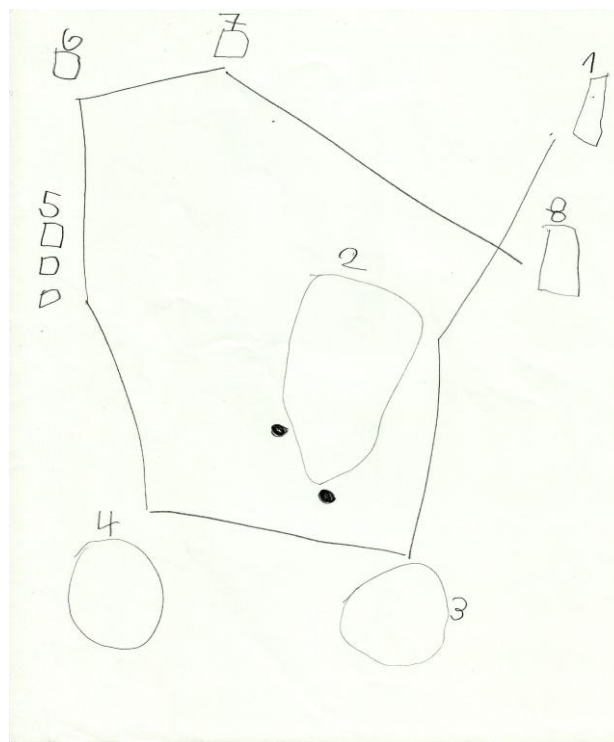


Figura 2 - Levantamento Topográfico

Na prova do subfactor da estruturação rítmica, a Filipa revelou grandes dificuldades na reprodução de todas as estruturas rítmicas, inclusive na sequência do ensaio. Não respeitou o número de batidas, as pausas e a intensidade das batidas, pelo que foi atribuída a cotação de **um ponto**.

Pelos resultados que constam no quadro n.º 6 verifica-se que a Filipa obteve a cotação de um ponto no factor estruturação espaciotemporal.

Factor Psicomotor	Estruturação Espaciotemporal				Total
Subfactores	Organização Espacial	Estruturação Dinâmica	Representação topográfica	Estruturação Rítmica	1
Cotação	1	1	1	1	

Quadro 6 - Cotação dos subfactores constituintes do factor Psicomotor Espaciotemporal

2.6 Praxia Global

A avaliação da praxia global reflecte a observação dos subfactores coordenação oculomanual, coordenação oculopedal, dismetria e dissociação.

Na prova do subfactor coordenação oculomanual a Filipa usou a mão direita nos cinco lançamentos, fazendo uma preensão adequada da bola. Realizou todos os lançamentos por baixo do ombro em lançamento pendular, evidenciando uma ligeira desorientação espaciotemporal e distonias, tendo acertado apenas um dos quatro lançamentos. A força e a velocidade utilizada nos lançamentos nem sempre foi ajustada para acertar no alvo, pelo que, face ao exposto, a criança obteve a cotação de **dois pontos**.

Na prova do subfactor coordenação oculopedal, a Filipa usou o pé direito para rematar a bola, tendo acertado apenas um dos quatro lançamentos. Verificou-se, tal como na prova do subfactor anterior, uma ligeira desorientação espaciotemporal e distonias, pelo que obteve a mesma cotação de **dois pontos**.

A prova do subfactor dismetria resulta da observação das duas provas anteriores, pelo que, se conclui que a Filipa realizou as tarefas com dismetrias demonstrando exagerados movimentos nos lançamentos que efectuou nos dois subfactores anteriores, obtendo assim a cotação de **dois pontos**.

A prova do subfactor dissociação englobou três subtarefas, nomeadamente, a independência bilateral dos membros inferiores e superiores e, por último a independência das quatro extremidades em relação ao tronco no seu conjunto.

Nas três subtarefas, a Filipa não conseguiu realizar nenhuma estrutura sequencial, executou as várias séries de forma lenta, sem conseguir reproduzir correctamente as estruturas. Os movimentos foram descoordenados evidenciando ligeiras dismetrias, dispraxias e

dissincronias, e muitas hesitações. Na prova da agilidade, foram evidentes as dificuldades sentidas pela Filipa em coordenar os movimentos dos pés e das mãos, acabando por desistir da prova. Face aos resultados observados, a criança obteve a cotação de **um ponto**.

No quadro n.º 7 apresenta-se a cotação média obtida pela criança neste factor, nomeadamente **dois pontos**.

Factor Psicomotor	Praxia Global				Total
Subfactores	Coordenação oculomanual	Coordenação oculopedal	Dismetria	Dissociação	2
Cotação	2	2	2	1	

Quadro 7 - Cotação dos subfactores constituintes do factor Psicomotor Praxia Global

2.7 Praxia Fina

A praxia fina integra todas as considerações e todas as significações psiconeurológicas já avançadas na praxia global, pelo que a sua análise incide na observação dos subfactores coordenação dinâmica-manual, tamborilar e velocidade-precisão.

Na prova do subfactor de coordenação dinâmica manual, a Filipa obteve uma cotação de **um ponto**, porque compôs a pulseira entrelaçando correctamente os clips até ao quarto clip e depois foi entrelaçando os restantes clips uns nos outros, não dando continuidade à pulseira. A criança revelou bastantes hesitações no encaixe dos clips evidenciando sinais dispráxicos, demorando o tempo total de 7 minutos até desistir.

Na tarefa do subfactor tamborilar, a Filipa mostrou dificuldades no planeamento micromotor e revelou bastantes hesitações na sequência a efectuar. Realizou movimentos lentos entre os saltos de dedos e não respeitou o modelo apresentado pela observadora. A criança evidenciou ainda sinais disfuncionais da motricidade fina associados a disgnosia e dispraxia fina. Nesta tarefa foi atribuída uma cotação de **um ponto**.

No que concerne a prova do subfactor de velocidade-precisão, a Filipa realizou catorze cruces e vinte e quatro pontos, pelo que, a criança não conseguiu respeitar as referências espaciais, em que o alinhamento das cruces excedeu o limite dos quadrados, como se verifica na Figura n.º 3 e alguns pontos não foram correctamente desenhados, como consta na Figura n.º 4. A Filipa ainda evidenciou algum descontrolo tónico-emocional, pelo que, face aos resultados observados, a criança obteve a cotação de **dois pontos**.

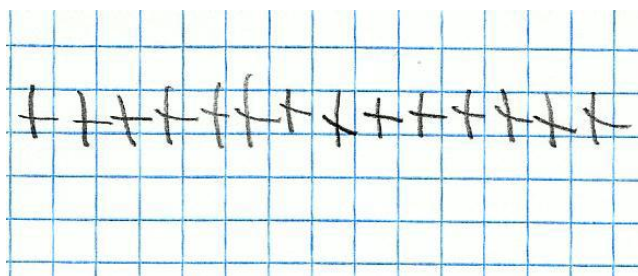


Figura 3 - Realização do maior número de cruces

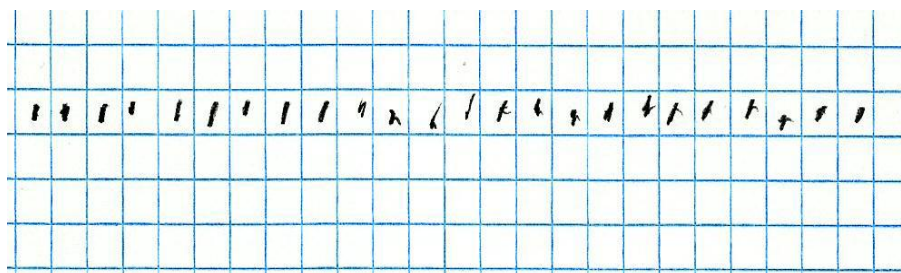


Figura 4 - Realização do maior número de pontos

No quadro n.º 8 apresenta-se a cotação obtida pela criança neste factor, nomeadamente um ponto.

Factor Psicomotor	Praxia Fina			Total
Subfactores	Coordenação Dinâmica Manual	Tamborilar	Velocidade de Precisão	1
Cotação	1	1	2	

Quadro 8 - Cotação dos subfactores constituintes do factor Psicomotor Praxia Fina

Terminada a análise dos registos da aplicação da BPM, foi preenchido, como solicitado por Vítor da Fonseca, o documento que se segue, onde se sintetizam os resultados obtidos nas várias provas dos sete factores, permitindo traçar o perfil psicomotor da Filipa, e permitir planificar uma intervenção que potencialize a sua aprendizagem nas áreas mais fracas.

Bateria Psicomotora (BPM) destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança
(Vítor da Fonseca, 2010)

Nome: Filipa Sexo: Feminino D.N: 08/04/1999 Idade: 13 anos

Fases de aprendizagem: 6º ano de escolaridade

Observador: Celine Carvalho Datas da observação: 27 de Novembro de 2011

		4	3	2	1	Conclusões e Interpretações
1ª Unidade	Tonicidade			X		Dispráxia Satisfatório
	Equilibração			X		Dispráxia Satisfatório
2ª Unidade	Lateralização			X		Dispráxia Satisfatório
	Noção do Corpo				X	Apráxico Fraco
	Estruturação Espaciotemporal				X	Apráxico Fraco
3ª Unidade	Praxia Global			X		Dispráxia Satisfatório
	Praxia Fina				X	Apráxico Fraco

Escala de pontuação:

1. Realização imperfeita, incompleta e descoordenado (fraco) - perfil apráxico
2. Realização com dificuldades de controlo (*satisfatório*) - perfil dispráxico
3. Realização controlada e adequada (*bom*) - perfil eupráxico
4. Realização perfeita, económica, harmoniosa e bem controlada (*excelente*) - perfil hiperpráxico

Resultados: 11 pontos (Dentro do parâmetro 9-13) - Perfil Dispráxico

Aspecto somático: ECTO MESO ENDO

Desvios Posturais: Lordose

Controle Respiratório:

Inspiração..... 4 3 2 1
 Expiração..... 4 3 2 1
 Apneia 4 3 2 1

DURAÇÃO: 9 segundos

FATIGABILIDADE..... 4 3 2 1

TONICIDADE

Hipotonicidade Hipertonicidade

Extensibilidade:

Membros inferiores 4 3 2 1
 Membros superiores4 3 2 1

Passividade 4 3 2 1

Paratonia:

Membros inferiores 4 3 2 1
 Membros superiores4 3 2 1

Diadococinesias:

Mão direita4 3 2 1
 Mão esquerda4 3 2 1

Sincinesias:

Buciais 4 3 2 1
 Contralaterais 4 3 2 1

EQUILIBRAÇÃO

Imobilidade.....4 3 2 1

Equilíbrio estático:

Apoio rectilíneo 4 3 2 1

Pontas dos pés4 3 2 1

Apoio num pé (**Direito**)4 3 2 1

Equilíbrio dinâmico:

Marcha controlada 4 3 2 1

Evolução na trave:

1) Para a frente.....4 3 2 1

2) Para trás 4 3 2 1

3) Do lado direito4 3 2 1

4) Do lado esquerdo4 3 2 1

Pé cochinho esquerdo 4 3 2 1

Pé cochinho direito 4 3 2 1

Pés juntos para a frente 4 3 2 1

Pés juntos para trás 4 3 2 1

Pés juntos com os olhos fechados. 4 3 2 1

LATERALIZAÇÃO 4 3 2 1

- Ocular.....

E

D

- Auditiva

E

D

- Manual

E

D

- Pedal

E

D

- Inata

E

D

- Adquirida

E

D

NOÇÃO DO CORPO	4	3	2	1
Sentido Cinestésico	4	3	2	1
Reconhecimento (D/E)	4	3	2	1
Auto-imagem	4	3	2	1
Imitação de gestos	4	3	2	1
Desenho do corpo	4	3	2	1

ESTRUTURAÇÃO ESPACIOTEMPORAL

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

1	●	•	•	●	•	•	●	•	•	●	•	4	3	2	1
2	●			●	●	•	●	●	•	•	•	4	3	2	1
3	●	●	•	•	●	•	•	●	●	•	•	4	3	2	1
4	●	●	•	•	●	●	•	•	●	●	•	4	3	2	1
5	●	•	•	●	•	•	•	●	●		●	4	3	2	1

PRAXIA GLOBAL

Coordenação oculomanual	4	3	2	1
Coordenação oculopedal	4	3	2	1
Dismetria	4	3	2	1

Dissociação:

Membros superiores	4	3	2	1
Membros inferiores	4	3	2	1
Agilidade	4	3	2	1

PRAXIA FINA

Coordenação Dinâmica Manual	4	3	2	1
-----------------------------------	---	---	---	---

Tempo : 7 minutos

Tamborilar	4	3	2	1
------------------	---	---	---	---

Velocidade-precisão

- Número de pontos

24

4 3 2 1
- Número de cruces

14

4 3 2 1

3. APRESENTAÇÃO DO PERFIL PSICOMOTOR DA CRIANÇA EM ESTUDO

Após a aplicação da BPM e realizando o somatório das várias provas dos sete factores psicomotores, o valor obtido foi de 11 pontos, pelo que o perfil psicomotor da Filipa corresponde a um perfil psicomotor dispráxico, ou seja, a criança apresentou uma fraca realização das provas evidenciando dificuldades de controlo e sinais desviantes (Fonseca, 2010).

Como se verifica no gráfico 1, a interpretação dos resultados obtidos permite-nos verificar que na maioria dos factores psicomotores a Filipa apresenta dispraxia, porém, evidenciou apraxia em três factores, nomeadamente na noção do corpo, na estruturação espaciotemporal e na praxia fina, ou seja, nestes três factores, a criança revelou na maioria das provas uma realização imperfeita e incompleta evidenciando disfunções evidentes (Fonseca, 2010).

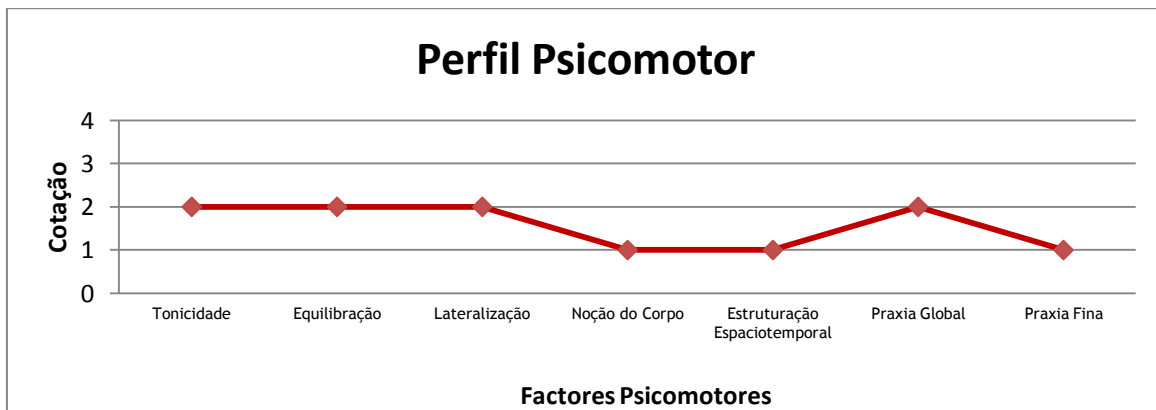


Gráfico 1 - Perfil Psicomotor da Filipa após aplicação da BPM

No que diz respeito à organização da psicomotricidade, segundo Fonseca (2010) a tonicidade é o seu alicerce fundamental, pois assegura a preparação da musculatura para as múltiplas e variadas formas de actividade postural e práxica. Pelos resultados obtidos, conclui-se que a Filipa é uma criança que apresenta algumas anormalidades do tónus muscular, exibindo graus leves de rigidez e hipotonia.

A equilibração é um passo essencial do desenvolvimento psiconeurológico da criança, logo um passo chave para todas as acções coordenadas e intencionais, que no fundo, são os alicerces dos processos humanos de aprendizagem (Fonseca, 2010). No segundo factor da BPM a Filipa teve um desempenho razoável, em que obteve melhor cotação na prova da imobilidade. No equilíbrio estático, foram visíveis os desequilíbrios e reajustes constantes, sendo que os movimentos não primaram pela harmonia.

A melhoria dos resultados no factor equilibração é bastante benéfica, na medida em, que segundo Fonseca (2010), com a instabilidade postural nenhum conhecimento é apropriável, uma vez que se perdem todas as referências para que o cérebro processe a informação. O desenvolvimento postural é essencial não só para o desenvolvimento motor e psicomotor, como também, para o desenvolvimento do conhecimento.

A lateralidade é segundo Fonseca (2010) muito importante pelo simples facto da criança ter que saber projectar o volume do seu corpo num ponto só, num ponto do seu cérebro, o que é uma construção psicológica. A realização do conjunto de provas inerentes a este factor reflecte que a Filipa evidencia algumas hesitações na escolha e eleição do membro a utilizar, tendo o lado direito como dominante.

Segundo Luria, a segunda unidade funcional do cérebro é responsável pela integração tactiloquinestésica da noção do corpo, sendo fundamental para a evolução da auto-referenciação endopsíquica na estruturação do Eu e da personalidade, “o abstracto da consciencialização sem a qual a actividade intencional não se elabora nem se integra” (Fonseca, 2010 p. 272).

Segundo Fonseca (2010), muito do processamento da informação, que consubstancia a aprendizagem, tem a ver com a consciencialização interna do corpo, uma certa forma de integração psicomotora, sobreposta a uma integração sensorial que lhe serve de suporte. Segundo o autor, a noção do corpo resume a totalidade de aprendizagem, não só por envolver um processo perceptivo complexo, como também por integrar a reter a síntese das atitudes afectivas vividas. A noção do corpo é construída com base numa aprendizagem motora superiormente integrada e consciencializada, facto que não se verifica na Filipa. A criança revelou dificuldades na orientação do espaço intracorporal e do espaço extracorporal

A criança ainda evidenciou um baixo controlo na estruturação espaciotemporal, em que foram evidentes as dificuldades de cálculo por parte da criança. Este resultado está de acordo com a teoria de Fonseca (2010), que refere que quando o factor lateralidade e noção do corpo estão comprometidos, como foi verificado anteriormente, não é possível estabelecer uma adequada estruturação espaciotemporal.

Nas crianças autistas, no domínio da motricidade global, os movimentos podem ser pobres, lentos ou diferidos na sua execução, notando algumas dificuldades ao nível da iniciativa motora, como dificuldade no arranque do gesto e controlo do equilíbrio (Schopler et al., 1983 e Sherril,

1998 cit. por Miranda, 2011). Pelos resultados obtidos no factor da praxia global, a Filipa demonstrou possuir limitações na concentração e na sua capacidade de planificar e sequenciar acções em novas situações. Os resultados obtidos fornecem igualmente indicadores sobre a organização da praxia da criança com reflexos nítidos sobre a inadequada planificação motora. Como se verificou nas três subtarefas do subfactor dissociação, a Filipa não conseguiu realizar nenhuma estrutura sequencial, executou as várias séries de forma lenta, sem conseguir reproduzir correctamente as estruturas. Como justifica Fonseca (2010), a integração da tonicidade, da equilibração, da lateralização e da noção do corpo, conferem ao movimento uma organização psíquica superior, sendo que a co-integração de sistemas neuronais não actua devidamente na criança, sendo estes cruciais à elaboração das praxias.

No âmbito da motricidade fina, constatou-se que o desempenho da Filipa não ultrapassou um ponto, sendo evidentes sinais apráxicos. Pelas observações das provas, verificou-se alguma lentidão na execução das mesmas e assimetrias faciais.

De acordo com Fonseca (2010), o desenvolvimento da motricidade fina é um processo de maturação lento. Não seria de esperar um resultado superior no que concerne este factor, uma vez que este é o inequívoco produto final dos restantes factores psicomotores. Tal como refere Gaetner (1981, cit. por Miranda, 2011), as dificuldades de coordenação afetam a manipulação precisa dos objectos. Estes resultados vão ao encontro da avaliação do perfil psicoeducacional de Eric Schopler realizado pelo Hospital Pediátrico de Coimbra, em que foi verificada como área emergente a motricidade fina.

Tal como é referido na revisão da literatura, na criança autista observam-se problemas motores tais como: ausência de esquema corporal, a criança autista não conhece o seu corpo o que dificulta alguma actividade que lhe é solicitada; apraxia, a criança não é capaz de realizar um gesto voluntariamente mas consegue executá-lo automaticamente; “Grasping”, o seja, segura o objecto na sua mão, mas não consegue larga-lo voluntariamente (Hughes, 1996 e Rogé, 1998, cit. por Miranda, 2011).

Perante o perfil psicomotor, constata-se que a criança em causa apresenta um conjunto de particularidades que traçam e solidificam a sua individualidade, pelo que, será de extrema importância a adequação de todas as situações de aprendizagem às suas especificidades.

Parte IV

Proposta de Intervenção

CAPÍTULO VII

UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOMOTORA NO AUTISMO

INTRODUÇÃO

A Psicomotricidade desempenha um papel fundamental no desenvolvimento da personalidade, integrando as interações cognitivas, emocionais, simbólicas e sensorio-motoras na capacidade de ser e de se expressar num contexto psicossocial (Ortega & Obispo, 2007).

Levin (2003) enfatiza que, cada vez mais, a intervenção do psicomotricista é requerida junto ao autista, contudo o embasamento para as acções ainda é escassa, visto que a “bibliografia é casuística sobre esta temática no âmbito psicomotor” (p. 191). Cabe então ao profissional, dissolver as oposições teóricas, e elaborar acções que permitam à criança autista adquirir noções indispensáveis ao seu desenvolvimento.

Após a caracterização do perfil psicomotor da criança em estudo, e a delineação das áreas fortes e fracas da criança propõe-se uma proposta de intervenção, centrada em actividades que visam maximizar as potencialidades da criança e minimizar as suas dificuldades ao nível da noção do corpo, da estruturação espaciotemporal e da motricidade fina, áreas mais fracas da Filipa.

É relevante salientar o facto da criança em estudo encontrar-se institucionalizada, sendo necessário igualmente colmatar as suas carências emocionais, através de uma reestruturação do seu *eu* e do apoio às suas necessidades.

Antes de se apresentar a proposta de intervenção, importa referir que são exigidos requisitos aos aplicadores, nomeadamente, trabalho em equipa, flexibilidade e criatividade, sobretudo quando se trabalha com crianças autistas. É de relembrar ainda, o cuidado a ter com a organização do espaço em que as actividades se desenvolvem tendo em conta as características da criança autista.

A proposta de intervenção que se apresenta vai incidir essencialmente no investimento do corpo para propiciar a tomada de consciência do mesmo, de modo, a criança ter um maior controlo dos actos motores e na coordenação gestual do quotidiano, o que facilitará uma melhor relação com o meio em que vive e com as pessoas que a rodeiam.

Atendendo às características da criança autista e ao contexto institucional, delineou-se alguns objectivos gerais, de modo a esta proposta de intervenção propiciar à criança autista uma forma confortável de viver no mundo e de ser eficiente.

Relativamente à metodologia geral, salienta-se que ela propõe uma abordagem bimodal que recorre ao movimento e essencialmente ao jogo. Toda a estruturação da proposta de intervenção propõe desenvolver exercícios que incidem fundamentalmente na Comunicação Não - Verbal.

O Objectivo Geral desta proposta é promover possíveis alterações positivas em três dimensões psicomotoras, que se avaliaram como áreas muito fracas da criança (Noção corporal, estruturação espaciotemporal e motricidade fina), após a aplicação da BPM.

A proposta de intervenção incide sobre actividades que contemplam exercícios motores que poderão ser desenvolvidos pelos técnicos da Instituição, sendo que as sugestões apresentadas não comportam a obrigação de respeitar a sequência de actividades, mas sim uma orientação de acções terapêuticas que tendem a organizar um desenvolvimento harmonioso, adequado às necessidades da criança autista.

Tendo em conta que a grande característica comum entre as crianças autistas é a existência de limitações ao nível da comunicação, da socialização e do pensamento abstracto e que, atendendo à revisão bibliográfica efectuada, estes factores determinam elevadas limitações, nomeadamente o aparecimento de graves problemas comportamentais, perturbando a integração social e a qualidade de vida dos indivíduos, parece igualmente essencial intervir no sentido de melhorar a Comunicação Não - Verbal da criança, de modo, a que esta possa viver e sentir seu corpo, tirando-a dos estereótipos e incentivando-a a descobrir o seu próprio movimento (Fernandes, 2008).

As actividades propostas vão reflectir-se sobre os três factores psicomotores em que a criança obteve um perfil apráxico, nomeadamente, a noção do corpo, a estruturação espaciotemporal e a praxia fina, sendo que as sugestões apresentadas têm por base os exercícios propostos pelos autores De Meur & Staes (1984) na obra “Psicomotricidade - Educação e Reeducação”, e aos autores Ortega & Obispo (2007), na obra “Manual de Psicomotricidad - Teoría, Exploración, Programación y Práctica”.

1.NOÇÃO DO CORPO

Segundo Fonseca (2010), a evolução da criança é sinónimo de consciencialização e conhecimento cada vez mais profundo do seu corpo, é através dele que esta elabora todas as experiências vitais e organiza toda a sua personalidade.

O mesmo autor refere que a noção do corpo, em psicomotricidade, não avalia a sua forma ou as suas realizações motoras, procura outra linha da análise que se centra essencialmente no estudo da sua representação psicológica e linguística e nas suas relações inseparáveis com o potencial de aprendizagem.

De Meur & Staes (1984) salientam que o esquema corporal é um elemento básico indispensável para a formação da personalidade da criança. A criança percebe o mundo que a rodeia em função da sua pessoa, pelo que, a sua personalidade irá desenvolver-se mediante uma progressiva tomada de consciência do seu corpo, das suas possibilidades de agir e de transformar o mundo à sua volta.

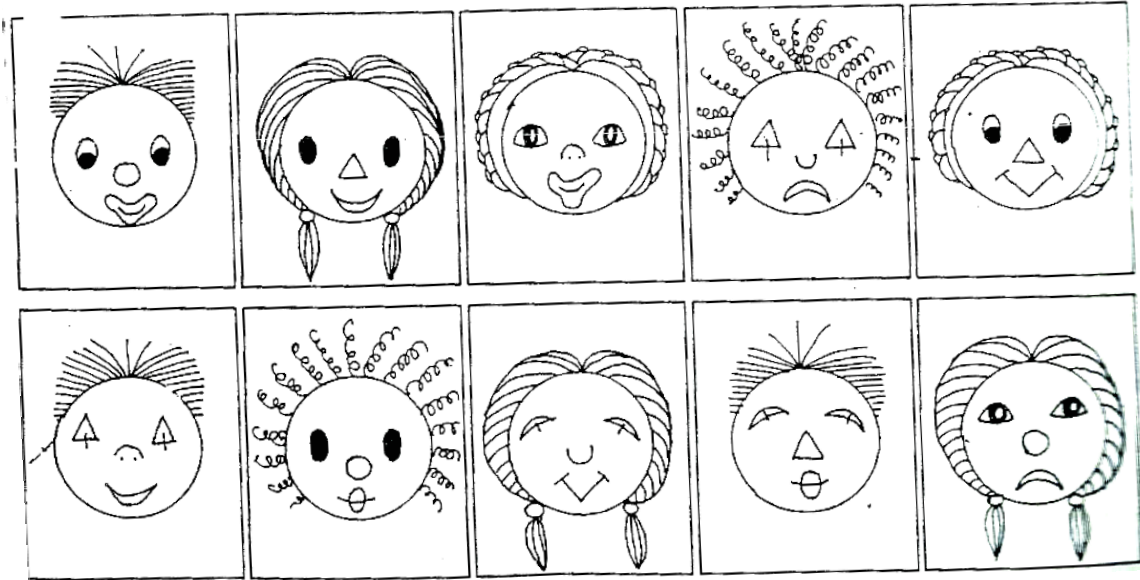
Ortega & Obispo (2007) referem que uma deficiente estruturação do esquema corporal pode ter consequências a nível perceptivo, motor e social.

No seguimento dos resultados obtidos pela Filipa no âmbito do quarto factor da BPM, sugere-se que, sejam realizados exercícios de conhecimento das partes do corpo, tendo como objectivos desenvolver competências ao nível da expressividade corporal, reflectindo o uso e o conhecimento do seu corpo e a importância deste na Comunicação. É também objectivo desenvolver competências ao nível do comportamento - orientando-se para uma perspectiva de auto - controle e diminuição de comportamentos agressivos e desadequados.

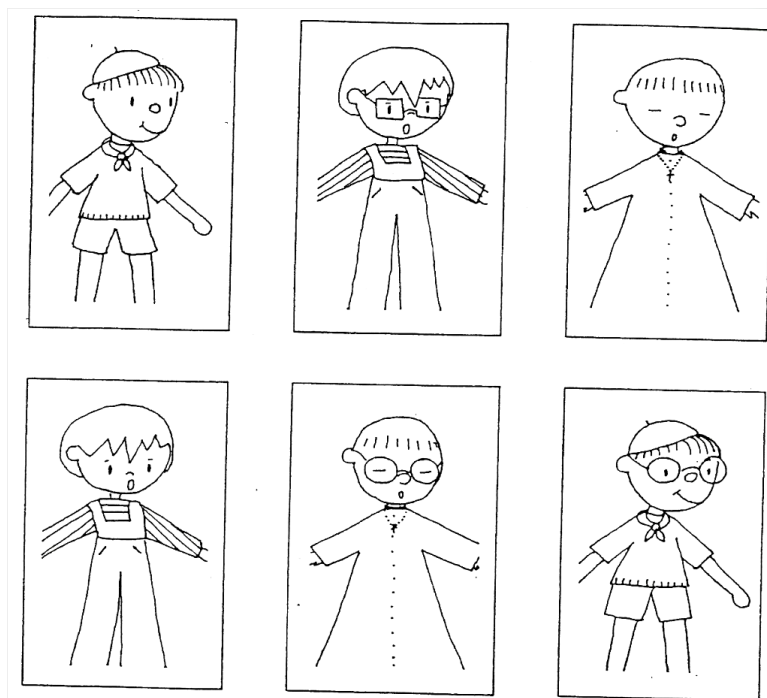
1.1 EXERCÍCIOS DE CONHECIMENTO DAS PARTES DO CORPO

A) Discriminação Visual

Exercício 1: A criança escolhe figuras em um conjunto, e tem de agrupar as que têm os mesmos cabelos, a mesma boca, os mesmos olhos, etc.



Exercício 2: A criança tem de encontrar as figuras idênticas, mencionando um detalhe.



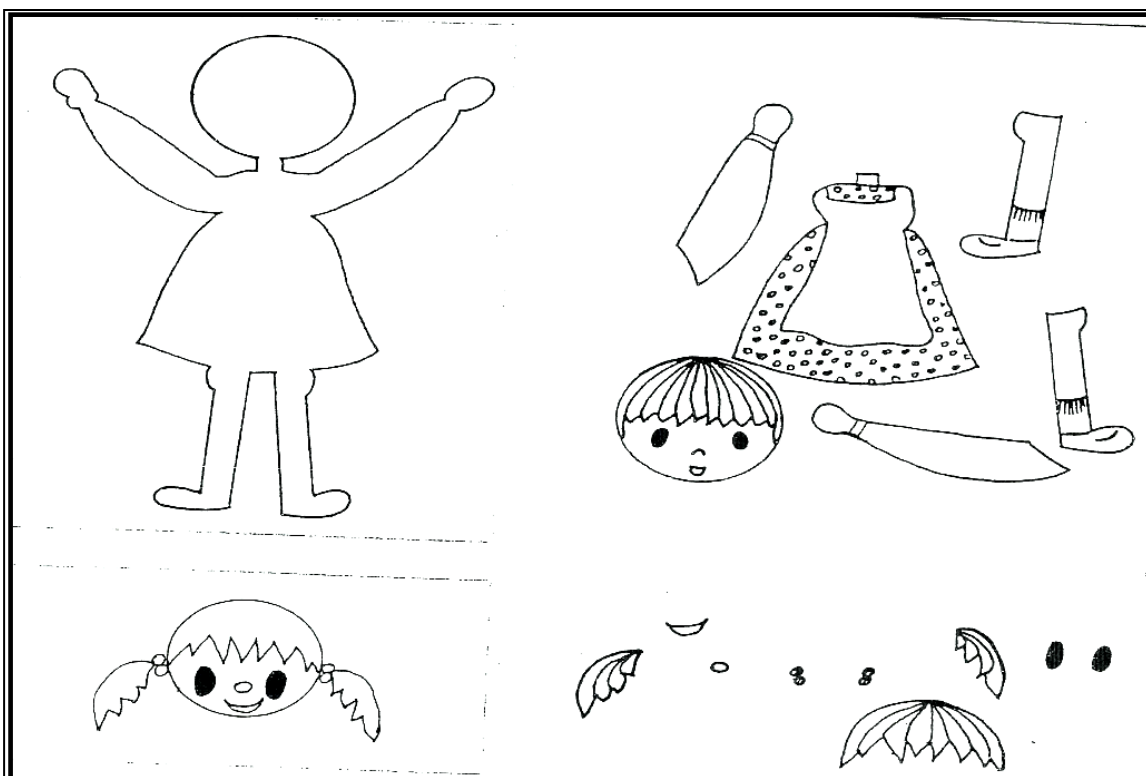
B)Desenvolver diversas noções corporais

Exercício 1: O educador fornece à criança figuras e solicita-lhe que aponte os lábios, as orelhas, o pescoço, etc.

Exercício 2: Solicita-se à criança que diga o nome da parte do corpo apontada pelo educador num desenho.

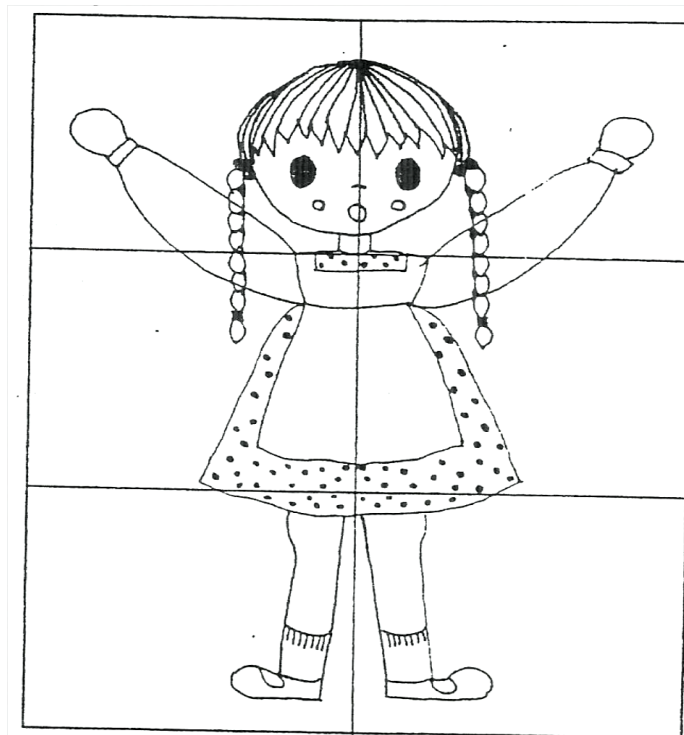
Exercício 3: Colocar diante da criança um desenho a preto e branco e pedir-lhe que pinte determinada parte com determinada cor.

Exercício 4: Jogo do encaixe: Pedir à criança que encaixe a cabeça, as pernas, o braço e o corpo e/ou que encaixe as partes do rosto.



Exercício 5: O educador conta uma história, e cada vez que citar uma parte do corpo a criança aponta em si mesma.

Exercício 6: Quebra-cabeça simples de seis peças, que possibilita a reconstituição de uma figura humana.



2. ESTRUTURAÇÃO ESPACIOTEMPORAL

A estruturação espaciotemporal decorre como organização funcional da lateralidade e da noção corporal, sendo conseqüentemente necessário desenvolver a consciencialização espacial interna do corpo (Fonseca, 2010).

No âmbito do factor da estruturação espaciotemporal, a Filipa obteve a cotação de um ponto, e derivado às dificuldades evidenciadas pela criança referidas na parte III do presente trabalho, sugere-se exercícios de noções espaciais, exercícios de memória, exercícios de organização e compreensão espacial, exercícios de topologia, e exercícios de ritmos, sendo objectivo destes exercícios desenvolver competências ao nível da noção espacial e temporal, desenvolver competências ao nível da precisão dos gestos em movimento e ainda promover competências de desenvolvimento intelectual, nomeadamente sobre experiências concretas generalizadas pelas abstracção (Ortega & Obispo, 2007).

Como é referido por Ortega & Obispo (2007), para a criança poder realizar actividades específicas que favoreçam o desenvolvimento da estruturação espaciotemporal é necessário que a criança tenha adquirido as seguintes etapas:

1. Afirmação da lateralidade para poder praticar exercícios de coordenação dinâmica, coordenação visuo-manual.
2. Conhecimento e orientação do próprio corpo e noções de:
 - Alto/baixo
 - Frente/atrás
 - Esquerda/direita
3. A orientação no espaço relativamente a objectos e a outras pessoas, a qual pode ser conseguida nos exercícios de organização espacial.
4. A percepção das diferentes distâncias e velocidades, onde o espaço e o tempo estão relacionados, pode desenvolver-se mediante a realização de actividades como:
 - Lançamento de objectos: bolas, sacos, etc...a um determinado lugar
 - Corrida mediante obstáculos
 - Marchas para uma determinada meta a várias velocidades

2.1 EXERCÍCIOS DE NOÇÕES ESPACIAIS

A) Adquirir a noção de fila

Os seguintes exercícios devem ser realizados em conjunto com várias crianças.

Exercício 1: Passar uma bola sob a perna das crianças

Exercício 2: As crianças ficam em fila e passam uma após a outra, através de um arco, sobre um banco.

B) Adquirir a noção de frente a frente

Exercício 1: Realizar uma dança dois a dois.

Exercício 2: Duas crianças ficam sentadas com as pernas afastadas, frente a frente, jogando uma bola, uma para a outra.

C) Adquirir a noção de costas contra costas

Exercício 1: Duas crianças, costas contra costas, pegam-se pelos braços e devem sentar-se; depois, devem tornar a levantar-se juntas.

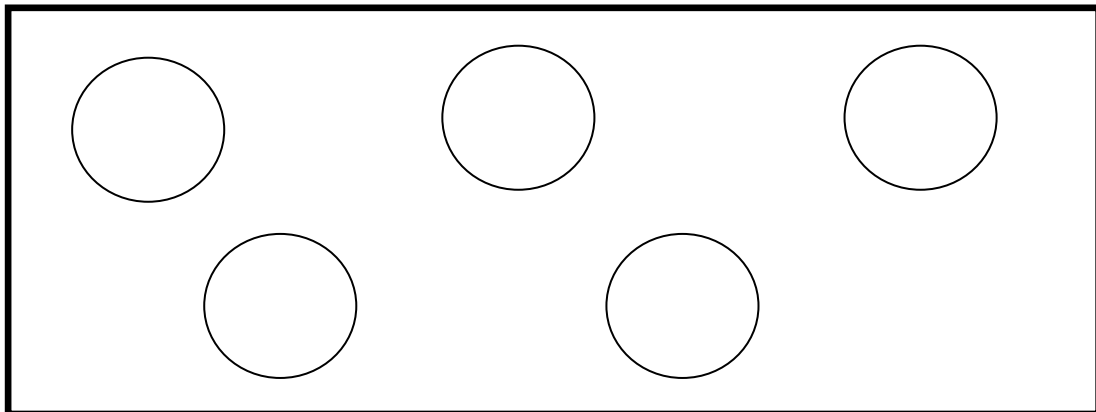
2.2 EXERCÍCIOS DE MEMÓRIA ESPACIAL

A) Encontrar o seu lugar

Exercício 1: Em conjunto com outras crianças, estas são dispostas em fila conforme uma determinada ordem. Ao som de uma música, elas devem deixar a fila e deslocarem-se pela sala. Quando a música parar, elas deverão formar novamente a fila na mesma ordem (o mesmo jogo pode ser realizado com as crianças dispostas em círculo).

B) Memorizar um espaço criado

Exercício 1: Exercício a realizar com várias crianças. Cada criança é colocada dentro de um arco. Pede-se às crianças para darem um passo para frente, para trás, um passo à esquerda, que andem à volta do arco. Depois tira-se o arco de cada criança. Refaz-se, então, o mesmo jogo sem os arcos. Deve-se observar se as crianças guardaram os seus pontos de referência.



C) Memória Perceptiva

Exercício 1: A criança observa uma série de objectos diferentes, colocados sobre a mesa. O educador esconde o conjunto dos objectos e dele retira um, sem mostrá-lo. Em seguida, o educador mostra mais alguns objectos e a criança deve dizer qual o objecto que está em falta.

2.3 EXERCÍCIOS DE ORGANIZAÇÃO E COMPREENSÃO ESPACIAL

A) Observar medidas objectivas

Exercício 1: Pede-se à criança que dê passos do mesmo comprimento. Ela contará os passos necessários para percorrer uma certa distância, por exemplo: da parede até a janela.

Exercício 2: A criança fica com os olhos vendados. Baseando-se no tamanho dos passos que a criança dá, o guia do jogo tenta fazê-la chegar a um determinado lugar. O guia ordena por exemplo: “Dá dois passos para a frente, um passo à esquerda, três passos para frente, etc.

B) Orientar-se com os olhos fechados

Exercício 1: Brincar às escondidas.

Exercício 2: A criança é levada a um lugar (por exemplo ao parque da cidade). Na volta, pede-se que ela indique o caminho.

C) Orientar-se com os olhos fechados

Exercício 1: A criança observa com atenção os móveis e outros detalhes da sala em que se encontra; depois os seus olhos são vendados. Faz-se com que ela gire sobre si mesma, o que a fará perder os seus pontos de referência. Em seguida, solicita-se que ela vá até ao móvel X, até ao móvel Y, etc.

Exercício 2: Organiza-se um circuito com caixas; é preciso passar por cima dessas caixas. Primeiro a criança faz o percurso com os olhos abertos, sem derrubar as caixas. Em seguida, os seus olhos são vendados e ela deve refazer o percurso, sempre sem derrubar as caixas.

D) Jogos de trajectos e de plantas

Exercício 1: Explica-se oralmente para a criança um percurso que ela deve seguir. Pouco a pouco complica-se esse caminho. Exemplo: Vais encontrar a senhora X. Primeiro, deves ir para o pátio e atravessá-lo para chegar à cozinha, à esquerda. Na cozinha, passas três mesas, e bates à porta da frente: e aí é que ela se encontra.

Exercício 2: Desenha-se no chão a miniatura de uma cidade: com escola, igreja, jardim, etc.. Nessa pequena cidade, a criança deverá conduzir um carrinho movido por controlo remoto.

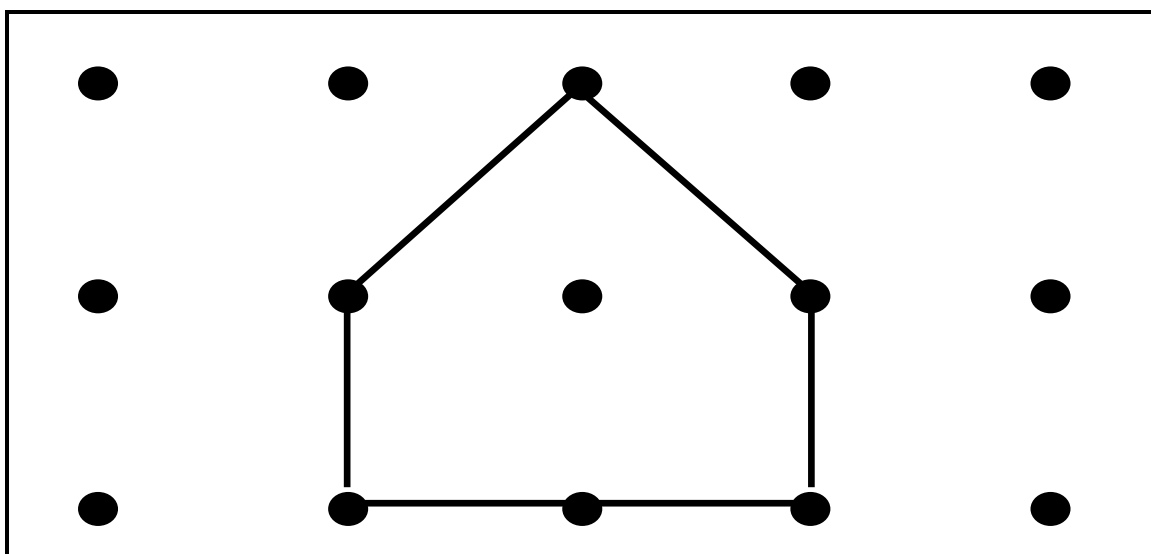
E) Prever diferentes trajectos seguindo uma instrução

Exercício 1: Pede-se à criança que vá procurar diversos objectos espalhados na sala. Inicialmente, ela terá liberdade total de movimento. Depois, pede-se que ela procure um determinado objecto, ou seguindo o trajecto mais curto para conseguir; ou evitando passar duas vezes pelo mesmo lugar; ou nunca voltando para trás.

Exercício 2: Andar no pátio com pequenas bicicletas ou carrinhos, seguindo as indicações de um monitor.

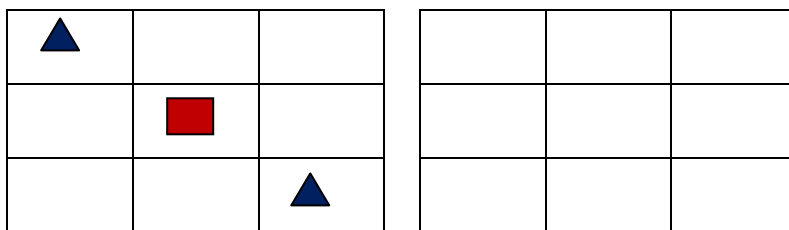
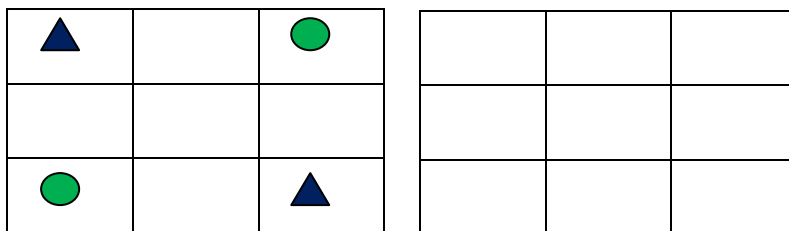
2.4 EXERCÍCIOS DE TOPOLOGIA

Exercício 1: Apresenta-se os exercícios em folhas onde estejam visíveis os modelos e os pontos que a criança vai ligar para reproduzir posteriormente os modelos (é necessário que os pontos estejam afastados um do outro 3 ou 4 cm).



Exercício 2: O exercício tem como base as formas e as cores e posteriormente, apresenta-se gráficos mais abstratos.

A criança deve reproduzir as mesmas formas com as mesmas cores e nos mesmos lugares:



2.5 EXERCÍCIOS DE RITMOS

A) Bater vários ritmos

Exercício 1: Bater num tambor sons fracos e fortes. Deixar a criança descobrir a diferença entre esta maneira de bater e a batida de apenas um tom.

Exercício 2: Bater vários ritmos:

Uma marcha: O O O O O

Uma corrida: OO OO OO OO OO

Uma valsa: OOO OOO OOO OOO OOO

Em seguida, alternar as batidas fortes e fracas:

ooO ooO ooO

oOo oOo oOo

B) Inventar ritmos

Exercício 1: Pedir à criança que invente ritmos, imitando ruídos do seu quotidiano, por exemplo: um comboio, um telefone, uma máquina de escrever, etc.

Exercício 2: Contar uma história em que se batem diferentes ritmos. Por exemplo: Uma criança ao passear (bater uma marcha) viu um cavalo a galopar (bater o galope), ao ver a criança, o cavalo começa a correr devagar e depois pára...a criança vai correr atrás dele em direcção ao rio (bater a corrida), etc.

C) Seguir instruções rítmicas

Exercício 1: Exercício a realizar com várias crianças. É dada a cada criança um lugar exacto, assinalado por uma cruz, um quadrado ou um arco.

- As crianças dão voltas pela sala seguindo um ritmo batido no tambor. Alternadamente: marcha, corrida, marcha lenta....Quando as crianças ouvirem três batidas rápidas e fortes, elas deverão voltar aos seus lugares.

3. PRAXIA FINA

Fonseca (2010) refere que a praxia fina evidencia a velocidade e precisão dos movimentos finos e a facilidade de reprogramação de acções, à medida que as informações táctiloperceptivas se ajustam às informações visuais.

No âmbito dos resultados obtidos pela Filipa no último factor da BPM, sugere-se exercícios de habilidade manual e exercícios de grafismo, pois tal como é referido pelo autor Fonseca (2010), os problemas na praxia fina são de uma importância vital para os problemas de aprendizagem, quer na leitura e na escrita, como na matemática e na educação visual. O objectivo destes exercícios incide sobre desenvolver adequadas adaptações motoras quando ocorre um cálculo visual correcto da direcção, da distância e da posição do objecto, desenvolver competências a nível da informação visuoperceptiva localizada e a micromanipulação, uma vez que são duas componentes de um mesmo sistema internamente coordenador (Fonseca, 2010).

3.1 EXERCÍCIOS DE HABILIDADE MANUAL

A) Trabalho com plasticina

Exercício 1: Solicitar à criança que faça um boneco com as duas mãos, com cuidado, para que ele fique harmonioso.

Exercício 2: Com a plasticina, pedir a criança para fazer uma bolinha de dois a três centímetros de circunferência.

- A criança amassa a plasticina com apenas uma das mãos;

- Depois, ela vai rolando a bola de plasticina na mão, movimentando apenas os dedos e sem utilizar a outra mão;
- Em seguida, a criança aperta a bola com força para nela deixar a marca dos dedos, uma mão de cada vez;
- Finalmente, a criança aperta a bola com muita força, de modo a plasticina passar por entre os dedos;
- Colocar a plasticina em cima da mesa e achatá-la batendo com a palma da mão e depois levantar as bordas para fazer uma espécie de prato;
- Pegar numa pequena bola de plasticina, utilizando a mão dominante, movimentá-la entre o polegar e o indicador até formar uma bonita esfera.

Exercício 3: Realizar modelagens habituais como: chávenas, animais, frutas, etc.

B) Trabalhar as articulações

Exercício 1: Realizar os movimentos de marionetas com os cotovelos colados ao corpo, cantando uma canção apropriada (Trabalhar os punhos).

Exercício 2: Numa caixa cheia de areia, desenhar círculos grandes com o indicador (Trabalhar os punhos).

Exercício 3: Traçar círculos com o polegar em posição oposta a cada dedo sucessivamente (Trabalhar os dedos).

Exercício 4: Tocar piano na mesa (Trabalhar os dedos).

3.2 EXERCÍCIOS DE GRAFISMO

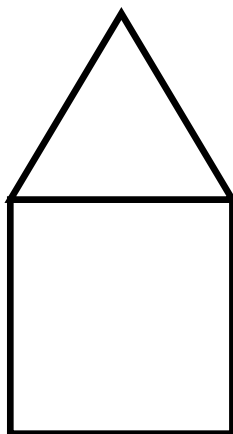
A) Trabalhar em plano vertical

Exercício 1: Traçar semicírculos (da esquerda para a direita inferior):

- No início, o movimento é executado com o cotovelo estendido, durante toda a duração do traçado;
- No início do movimento, o cotovelo poderá estar ligeiramente dobrado, devendo ser estendido durante a execução;
- Mais tarde, o movimento será executado na altura do punho, obtendo traçados menores.

Exercício 2: Desenhar espirais entre duas linhas verticais. Para consegui-lo a criança deve controlar o abaixamento progressivo do braço no sentido vertical.

Exercício 3: Desenhar linhas quebradas e telhados. A criança recebe vários desenhos que a façam perceber a noção de ponta, como por exemplo, a ponta de um lápis, umas tesouras, o telhado de uma casa em madeira. Em seguida, solicita-se à criança que desenhe uma casa quadrada com um telhado pontudo (ver figura abaixo). Caso a criança desenhe um telhado arredondado, será necessário pedir-lhe que trace duas linhas: a primeira sobre...levanta o lápis... e a segunda desce.



- Quando a criança traçar o telhado bem simétrico, solicita-se a traçar uma linha quebrada: como se estivesse a desenhar os telhados de uma rua inteira e assim sucessivamente sem parar.

B) EXERCICIOS EM PLANO HORIZONTAL

Exercício 1: Pedir à criança que contorne um traçado previamente desenhado.

Exercício 2: Exercício com normógrafo: a criança deve seguir o lápis o interior de uma forma. Este exercício requer moderação da força e velocidade de trabalho para que o traçado não saia fora do normógrafo.

Parte V

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO VIII

CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

INTRODUÇÃO

No presente capítulo procede-se à reposição dos objectivos e às questões que se pretenderam responder nesta investigação. Segue-se a partir dos resultados obtidos, as principais conclusões a que este estudo chegou em relação à avaliação do perfil psicomotor de uma criança autista institucionalizada, as limitações do estudo e por último apresenta-se algumas recomendações para futuras investigações.

1. REPOSIÇÃO DOS OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

O presente estudo diligenciou no sentido de avaliar o perfil psicomotor de uma criança autista institucionalizada, de modo a apresentar uma proposta de intervenção nos domínios em que a criança apresentasse mais dificuldades. Para a consecução do objectivo proposto utilizou-se a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, e avaliou-se a tonicidade, a equilibração, a lateralidade, a noção corporal, a estruturação espaciotemporal, as praxias global e fina da criança autista.

Face ao objectivo apresentado, procurou-se dar resposta às seguintes questões de investigação:

- A criança autista apresenta alterações no desenvolvimento do seu perfil psicomotor?
- Quais os factores psicomotores que se poderão encontrar alterados nesta criança e porquê?

2. CONCLUSÕES

Como foi referido na revisão da literatura, no contexto institucional, perante a reduzida estimulação motora, sensorial e cognitiva que caracteriza os cuidados institucionais, são geralmente verificados atrasos e défices desenvolvimentais significativos, sendo identificadas dificuldades na modulação sensorial (Lin, 2003, cit. por Pereira, 2008), assim como atrasos no crescimento físico e psicomotor (Provence & Lipton 1962, cit. por Pereira 2008).

Na diversidade de situações vividas pelas crianças maltratadas, suscitou especial atenção para uma criança com Perturbação do Espectro de Autismo devido às suas peculiares especificidades. O Autismo manifesta-se a nível comportamental tendo por base uma tríade de

défices, a Tríade de Wing: perturbações na Comunicação (Verbal e Não-Verbal), interacção social e padrões de comportamento, interesses e actividades restritos, repetitivos e estereotipados.

A patologia, as especificidades e as exigências de uma criança autista, implica reajustes nas respostas educativas no seio institucional, de modo a obter uma favorável aprendizagem e desenvolvimento da criança.

Como refere Fonseca (1984), a aprendizagem reflecte a aquisição de comportamentos hierarquizados, numa relação integrada entre o indivíduo e o seu desenvolvimento, reciprocamente dependente das várias influências do meio.

Ainda Barros, Pereira & Goes (2008) referem que a criança na idade escolar tem um contacto mais regular com o mundo que a rodeia, estando exposta a uma maior diversidade de contextos, exigências e oportunidades, que conseqüentemente trazem um conjunto de mudanças à vida da criança. Os mesmos autores referem que o desenvolvimento de competências físicas, cognitivas e sociais acontecem de forma rápida, sendo que a criança determina as suas experiências de forma mais marcante, de modo que a idade escolar constitui-se como um período crítico para a criança desenvolver auto-confiança.

Perante as particularidades que apresenta uma criança autista procurou-se avaliar o perfil psicomotor de uma criança autista institucionalizada, através da aplicação da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca, com o objectivo de compreender as áreas específicas de sucesso e de dificuldades da criança, além de realizar uma avaliação dinâmica do potencial de aprendizagem da mesma, determinando as suas capacidades e as suas necessidades mais específicas.

Após a aplicação da Bateria Psicomotora, concluiu-se que a criança deste estudo apresenta um perfil psicomotor geral dispráxico, ou seja, apresentou na realização das provas disfunções ligeiras e evidenciou dificuldade de controlo. Contudo as áreas mais fracas evidenciaram um perfil apráxico ao nível da noção do corpo, da estruturação espaciotemporal e da praxia fina, revelando uma realização imperfeita e incompleta das provas, evidenciando disfunções evidentes e uma frágil auto-confiança (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010) a noção do corpo é construída com base numa aprendizagem motora superiormente integrada e consciencializada, um vez que resulta da integração das partes do corpo que participam no movimento, e da forma como elas interagem com os objectos externos, facto que não se verificou na criança. Verificou-se igualmente um baixo controlo na estruturação espaciotemporal, em que foram evidentes as dificuldades de cálculo por parte da criança. Este resultado está de acordo com a teoria de Fonseca (2010), que refere que quando o factor lateralidade e noção do corpo estão comprometidos, como foi verificado, não é possível estabelecer uma adequada estruturação espaciotemporal. No âmbito da motricidade fina, constatou-se que a criança revelou evidentes sinais disfuncionais. Pelas observações das provas, verificou-se alguma lentidão na execução das mesmas e assimetrias faciais. De acordo com Fonseca (2010), o desenvolvimento da motricidade fina é um processo de maturação lento. Não seria de esperar um resultado superior no que concerne este factor, uma vez que este é o inequívoco produto final dos restantes factores psicomotores.

Delineado o perfil psicomotor da criança, apresentou-se uma proposta de intervenção psicomotora, no âmbito dos três factores psicomotores em que apresentou cotação mais baixa

(um ponto), pois acredita-se que a reeducação psicomotora é uma técnica que procura intervir nas estruturas psiconeurológicas, através da integração do movimento e das suas componentes elaborativas, de modo a transformar o cérebro num órgão com maior capacidade para captar, integrar, armazenar, elaborar e expressar informação, de modo a otimizar e maximizar o potencial de aprendizagem da criança (Fonseca, 2010).

Acredita-se ainda que a psicomotricidade, quando bem estruturada e elaborada, pode constituir um meio privilegiado de prevenção e intervenção nas dificuldades evidenciadas pela criança, podendo igualmente ser um meio adequado para otimizar os seus potenciais (Fonseca, 2010).

Como é referido por Fonseca (2006), a perturbação psicomotora está na base dum problema afectivo, que por sua vez requer um enquadramento conveniente sobre as noções de pessoa, movimento e corpo. Por conseguinte, o mesmo autor salienta que a terapia psicomotora situa-se entre a pedagogia e a psicoterapia, sendo um meio que faz actuar o corpo e dirige-se ao indivíduo na sua totalidade somatopsíquica.

A proposta de intervenção apresentada entra neste cenário como instrumento capaz de facilitar à criança autista um conhecimento do seu próprio corpo, para, munida deste conhecimento, ser capaz de projectar-se ao mundo externo.

Finaliza-se este estudo ressaltando que são necessários esforços contínuos e persistentes concentrados na desafiadora tarefa de integrar-se os achados das diferentes áreas a fim de compreender os mecanismos através dos quais diferentes facetas do comportamento combinam-se para formar o intrigante tratamento da criança com autismo.

Sugere-se à instituição que as capacidades cujo défice foi evidente neste estudo, sejam maior alvo de trabalho a desenvolver com a criança.

3.LIMITAÇÕES

O presente estudo comporta um conjunto de limitações. Em primeiro lugar, o reduzido número de participantes não permite generalizar os resultados obtidos e, conseqüentemente, uma compreensão robusta e conclusiva da sua discussão. Além disso, a inexistência de uma linha de avaliação inicial, aquando da entrada da criança na instituição, dificulta o estudo do impacto da institucionalização. Em face à exposição a múltiplos factores de risco, inerentes ao contexto familiar e institucional, torna-se difícil perceber se os resultados obtidos não poderão também relacionar-se com processos (in)adaptativos precedentes ao momento da colocação institucional.

Por último, outra limitação deste estudo foi não ter sido possível implementar a proposta de intervenção e efectuar uma reavaliação do perfil psicomotor devido à duração que estes procedimentos requerem.

4.RECOMENDAÇÕES

Sugere-se que em estudos próximos o desafio de utilizar uma amostra mais robusta de forma a constituir-se mais representativa e com resultados mais sustentáveis.

Outro desafio interessante seria estudar as crianças autistas que se encontram ao abrigo de outras instituições, de modo, a obter-se resultados de uma amostra cada vez mais alargada e diversificada em Portugal, e ainda poder comparar estes resultados com crianças que não estejam institucionalizadas.

Referências Bibliográficas

Céline Carvalho

- Alberto, I. (2002). "Como pássaros em gaiolas? Reflexos em torno da institucionalização de menores em Risco". In: Machado, C.; Gonçalves, R. (Coord.) - *Violência e Vítimas de Crimes*, Vol. 2. pp. 223-244. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alves, S. (2007). *Filhos da Madrugada - Percursos adolescentes em Lares de infância e juventude*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Amado, J; Ribeiro, F.; Limão, I; Pacheco, V. (2003). *A escola e os alunos institucionalizados*. Políticas de Educação, n.º 16. Lisboa: Ministério da Educação, Departamento de Educação Básica.
- Barreto, S. (2000). *Psicomotricidade, educação e reeducação*. 2ª Edição. Blumenau: Livraria Académica.
- Barros, L.; Pereira, A. & Goes, A. (2008). *Educar com sucesso - Manual para técnicos e pais*. 2ª Edição. Lisboa: Texto Editora.
- Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Lisboa: Dinalivro.
- Bowlby, J. (1998). *Apego e perda: separação, angústia e raiva*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cavaco, N. (2009). *O Profissional e a Educação Especial - Uma Abordagem sobre o Autismo*. Editorial Novembro.
- Correia, N. (2006). *Estudo Exploratório dos Níveis de Coordenação Motora em Indivíduos com Perturbações do Espectro de Autismo*. Tese de Mestrado. Universidade do Porto - Faculdade de Desporto. Recuperado em 27 de Janeiro de 2012, em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/13809/2/2901.pdf>.
- Coutinho, C. & Chaves, J. (2002). O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. In *Revista Portuguesa de Educação*, Vol.15, Nº. 1, pp. 221-243.
- De Meur, A. & Staes, L. (1984). *Psicomotricidade - Educação e Reeducação*. São Paulo: Editora Manole.
- Farrel, M. (2008). *Dificuldades de Comunicação e Autismo*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Fernandes, F. (2008). O Corpo no Autismo. *PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora*, Vol.9 n.º 1, 109-114. Recuperado em 12 de Janeiro de 2012, em www.cedapbrasil.com.br/portal/modules/wfdownloads/visit.php?...
- Fernandes, M. (2010). *Representação do Discurso no Autismo*. Tese de Mestrado. Universidade de Aveiro, Departamento de Línguas e Culturas. Recuperado em 12 de Janeiro de 2012, em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4029/1/4439.pdf>
- Fernandes, M. (2011). *Estudo Exploratório da Peabody Developmental Motor Scales-2 (PDMS-2), dos 36 aos 71 meses de idade*. Tese de Mestrado. Universidade Técnica de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana. Recuperado em 25 de Fevereiro de 2012, em <http://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/3365>
- Ferreira, C.; Hensius, A.(2010). A Psicomotricidade Junto ao Autismo Infantil: Trabalhando o Corpo através da Estimulação Sensorial. *Psicomotricidade na Saúde*. Rio de Janeiro: Wak Editora. Recuperado em 08 de Janeiro de 2012 de <http://www.entreatos.com/acoes/psicomotricidade-junto-ao-autismo-infantil/>.
- Ferreira, I. (2011). *Uma Criança com Perturbação do Espectro do Autismo - Um Estudo de Caso*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Educação. Recuperado em 12 de Janeiro de 2012, em <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1235/1/Tese.pdf>.
- Fonseca, V. (1984). *Uma Introdução às Dificuldades de Aprendizagem*. Lisboa. Editorial.

- Fonseca, V. (1988). *Da Filogênese à Ontogênese da Motricidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Fonseca, V. (2001). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade*. pp. 13-28. Lisboa: Edições FMH.
- Fonseca, V. (2006). *Terapia Psicomotora - Estudos de Casos*. 5ª Edição. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora - Significação Psiconeurológica dos Factores Psicomotores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fontoura, A. (2008). *E quem me abraça agora? - Aspectos Psicossociais da Organização e Funcionamento dos Centros de Acolhimento na Primeira Infância*. Tese de Mestrado. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e Empresa. Recuperado em 22 de Fevereiro de 2012, de <http://repositorio.iscte.pt/handle/10071/1654>.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*, Lisboa, Décarie Éditeur.
- Hewitt, S. (2006). *Compreender o Autismo - Estratégias para Alunos com Autismo nas Escolas Regulares*. Porto: Porto Editora.
- Jordan, R. (2000). *Educação de Crianças e Jovens com Autismo*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- Levin, E. (2003). *Clínica Psicomotora e o corpo na linguagem*. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Vozes.
- Magalhães, T. (2005). *Maus tratos em crianças e jovens*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Marques, C. E. (2000). *Perturbações do Espectro do Autismo - Ensaio de uma Intervenção Construtivista Desenvolvimentista com Mães*. Coimbra: Editora Quarteto Colecção Saúde e Sociedade.
- Martins, R. (2001). Questões sobre Identidade da Psicomotricidade - As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade*. pp. 29-40. Lisboa: Edições FMH.
- Mello, A. (2002). *Psicomotricidade: Educação Física: Jogos Infantis*. 4ª Edição. São Paulo: Ibrasa.
- Miranda, D. (2011). *Programa Específico de Natação para Crianças Autistas*. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett. Recuperado em 22 de Fevereiro de 2012, de http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1479/Disserta%C3%A7%C3%A3o_de_Mestrado_Daniel_Miranda%5B1%5D.pdf?sequence=1.
- Neto, F. (2002). *Manual de avaliação motora*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Ozonoff, S.; Rogers, S. & Hendren, R. (2003). *Perturbações do espectro do autismo: Perspectivas da investigação actual*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi.
- Ortega, J. & Obispo, J. (2007). *Manual de Psicomotricidad (Teoría, Exploración, Programación y Práctica)*. Madrid: Ediciones La Tierra Hoy.
- Pacheco, P. (2010). *Lares de Infância e Juventude: Contributos para um modelo de acolhimento e integração social*. Dissertação de Mestrado. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Recuperado em 22 de Fevereiro de 2012, de <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/1946>.

Peña, J. (2004). *Autismo y Síndrome de Asperger: guía para familiares, amigos y profesionales*. Salamanca: Amarú Ediciones.

Pereira, M. (2006). *Autismo - Uma perturbação Pervasiva do desenvolvimento*. Vila Nova de Gaia: Gailviro.

Pereira, M. (2008). *Desenvolvimento de Crianças em Centros de Acolhimento Temporário e Relação com os seus Cuidadores*. Tese de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho. Recuperado em 22 de Fevereiro de 2012, de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8078/1/tese%20final.pdf>.

Rebelo, L. (2011). *A autoconcepção dos professores sobre a criança autista em contexto escolar*. Tese de Mestrado. Lisboa: Escola Superior de Educação de Almeida Garrett. Recuperado em 17 de Janeiro de 2012, de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1478>

Rodrigo, J. (2008). *Estudo de Caso: Fundamentação Teórica*. Disponível em <http://mariaalicehof5.vilabol.uol.com.br/>, acessado a 4 de Junho de 2011.

Santos, M. (2010). *O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco - a experiência passada de institucionalização e o seu significado actual para os sujeitos adultos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Coimbra: Universidade de Coimbra. Recuperado em 22 de Fevereiro de 2012, de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/15593>.

Seixas, L. (2011). *O efeito da hipoterapia e da atrelagem adaptada na auto-eficácia e nas funções psicomotoras de crianças com necessidades educativas especiais*. Tese de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Recuperado em 12 de Janeiro de 2012, em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/5754/1/tesePDF.pdf>.

Siegel, B. (2008). *O mundo da criança com autismo - Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.

Yin, R. (2005). *Introducing the world of education. A case study reader*. Thousand Oaks: Sage Publications.

LEGISLAÇÃO

Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro

Decreto-Lei n.º 2/86, de 2 de Janeiro

OUTRA DOCUMENTAÇÃO

Regulamento interno do Lar de Infância e Juventude

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de Autorização à Instituição

Castelo Branco, 25 de Outubro de 2011

Exmo. Sr.

Presidente 

Assunto: Colaboração para a realização de Mestrado

Eu, Celine Carvalho, licenciada em Serviço Social, encontro-me no presente a realizar o Mestrado na área de Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor na Escola Superior de Educação de Castelo Branco, sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Mesquita.

Encontrando-me a realizar a dissertação final do mestrado, intitulada “O perfil psicomotor da criança autista institucionalizada, perspectivando a intervenção” penso que seria pertinente desenvolver a minha investigação na vossa Instituição, tendo como objectivo geral caracterizar o perfil psicomotor de uma criança autista institucionalizada de forma a perspectivar um plano de intervenção.

O autismo continua actualmente a ser estudado e pesquisado, porém, ainda pouco se sabe sobre a sua etiologia e intervenção.

Como é referido na literatura a criança autista tem dificuldades em apropriar-se do seu corpo, de entender e administrar sentimentos e emoções, que irão reflectir, principalmente, no seu relacionamento com os outros, conseqüentemente, nas suas próprias aprendizagens. Nesta linha de pensamento, o olhar psicomotor voltado para a criança autista poderá mudar o lugar que lhe foi dado, de alguém sem futuro e sem esperança, ampliando, assim, as formas de tratamento.

A nível institucional, conhecer o perfil psicomotor da criança contribuirá não só para o conhecimento científico, mas também para a sua utilização interventiva procurando atender os aspectos físicos, afectivos, sociais e cognitivos da criança com este tipo de problemática.

Pelo exposto, solicito a colaboração da Instituição, a cujo órgão de gestão V. Exa. preside, no sentido permitir a aplicação de uma Bateria de Testes Psicomotores de Vítor da Fonseca, a uma criança autista. Mais se informa que é garantido o anonimato da Instituição, dos colaboradores e da participante, com o compromisso de que, logo que a investigação esteja concluída, vos informar acerca dos resultados obtidos.

Para algum esclarecimento complementar, junto o meu endereço electrónico e contacto telefónico, seguindo-se em anexo e declaração de autorização, que poderei pessoalmente recolher.

Aguardando uma resposta, subscrevo-me com os melhores cumprimentos.

(Celine Costa Carvalho)

(Prof. Dr.^a Maria Helena Mesquita – Orientadora de dissertação Final)

Endereço Electrónico: [REDACTED]

Contacto Telefónico [REDACTED]

ANEXO II

Declaração de Autorização da Instituição

ASSUNTO:

**Pedido de colaboração
Projecto " O Perfil Psicomotor da Criança Autista Institucionalizada"**

Vimos pela presente informar Vossa Ex^a., de que o pedido de colaboração para o projecto supramencionado foi deferido.

Junto se anexa a Declaração de autorização devidamente assinada pela encarregada de educação da menor.

Mais se comunica e atento à disponibilidade de Vossa Ex^a. que se define o próximo dia 27, para realização/aplicação dos testes decorrente do projecto de investigação.

Saliente-se que findo o projecto deverá ser entregue uma cópia do mesmo à Instituição.

Com os nossos cumprimentos.

O Presidente da Direcção




DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu,
o(a) meu(minha) educando(a),
participar do estudo de avaliação psicomotora (aplicação da Bateria de Testes Psicomotores de Vítor da Fonseca) como parte da Dissertação Final de Mestrado de Educação Especial – Domínio Cognitivo e Motor intitulada “ O Perfil Psicomotor da Criança Autista Institucionalizada – Perspectivando a Intervenção”, a ser orientada pela Professora Doutora Maria Helena Mesquita.

Declaro ainda que autorizo a divulgação dos resultados globais obtidos, sendo preservado o nome (ou a identidade) dos envolvidos.

....., la notho de 2011

O(A) Encarregado(a) de Educação/Representante Legal

ANEXO III

Relatório Social da Segurança Social



1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome : [REDACTED]
Data de Nascimento : 8 de Março de 1999 Idade : 4 anos
Naturalidade : Aljezur
Filiação : [REDACTED]
Residência : [REDACTED]

2 - COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR

"A" [REDACTED]
"B" [REDACTED] pai, 29 anos, de 4ª. Classe, trabalha na construção civil
"C" [REDACTED] mãe, 36 anos, 4ª. Classe, doméstica
"D" [REDACTED] irmã, 14 meses

3 - SITUAÇÃO SÓCIO - FAMILIAR

3.1 - Situação Habitacional

O agregado familiar atrás mencionado reside num palheiro adaptado a casa. Este espaço está dividido em duas divisões, respectivamente uma cozinha e um quarto. Não existem as mínimas condições de habitabilidade, a casa é escura e desconfortável não possui água canalizada nem casa de banho. O único aspecto positivo a salientar é a existência de alguma higiene.

As crianças dormem no mesmo quarto com os pais.

3.2 - Situação Económica

O único rendimento que existe provém do trabalho na construção civil do progenitor, este ganha à hora 30,00€. Relativamente às despesas mensais o segundo refere a [REDACTED] o montante total os 60,00€ que dizem respeito ao consumo da electricidade e gás.

4 - SITUAÇÃO ACTUAL / CONCLUSÃO

A menor é oriunda de uma família de humilde condição sócio-económica e é a mais velha de uma fratria de duas irmãs. A [REDACTED] tem uma irmã actualmente com quinze anos que reside com a avó materna na zona do [REDACTED].

Instituto de Solidariedade e Segurança Social
Centro Distrital da Solidariedade e Segurança Social de Castelo Branco
Rua da Carapinha, Bloco 2 A 8000-164 Castelo Branco
Tel.: 272 310 419 - Fax: 272 330 464 - E-Mail: SSRCastelobranco@seg-social.pt



Parece nos que apesar de a criança ter sido avaliada em 31 de Outubro de 2003 em consulta de Desenvolvimento e a 10 de Dezembro do mesmo ano, em Pediatria (os pais foram coagidos a fazê-lo), por si só não é motivo suficiente para considerarmos que haverá por parte dos pais uma mudança de atitude. Consideramos que as menores se encontram em situação de risco até porque não se encontra uma justificação plausível para este tipo de postura por parte dos progenitores.
Concluímos por tudo o que foi dito, que as menores não encontram junto dos seus pais as condições que permitam proteger e promover a sua segurança, saúde, formação, educação, bem-estar e desenvolvimento integral, pelo que se propõe o seu acolhimento em Instituição.

A Técnica Superior de Serviço Social

ANEXO IV

Relatório Informativo da Equipa Técnica da Instituição

INFORMAÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA

As menores [REDACTED], de 10 e 7 anos de idade, ingressaram na [REDACTED] a 04 de Junho de 2004 e 08 de Julho de 2005 respectivamente.

Desde o seu ingresso que ambas revelam uma adaptação favorável às normas e regras de conduta institucionais. Mantêm boas relações interpessoais com pares e adultos.

A [REDACTED] transitou para o 5º ano de escolaridade onde integrará a valência de apoio educativo, ensino estruturado – *modelo teacch* – sala específica destinada aos alunos com perturbações do espectro do autismo e multideficiência, na Escola Básica [REDACTED]

Dadas as suas dificuldades, a [REDACTED] é acompanhada, assiduamente, nas consultas de especialidade – consulta de Autismo, Desenvolvimento, Pedopsiquiatria, Neurologia Infantil, Psicomotricidade e Terapias da Fala e Ocupacional.

A mesma tem evidenciado um progresso significativo nas suas competências pessoais e sociais, essencialmente, ao nível da autonomia, métodos de trabalho e socialização.

A [REDACTED] transitou para o 3º ano de escolaridade, muito embora não tenha atingido os requisitos mínimos subjacentes ao 2º ano. A menor apresenta um défice cognitivo sendo que no ano lectivo 2009/2010, beneficiou de apoio ao nível do ensino especial com adaptações curriculares em diversas áreas. A [REDACTED] foi inserida na sala de ensino estruturado de modo a reforçar as suas aprendizagens.

É uma criança com sérias lacunas ao nível do processo de aprendizagem ao qual se acresce ausência do investimento na escolaridade, baixa tolerância à frustração e chamada de atenção, défice de atenção e concentração e birras frequentes.

A avó materna das menores não mais visitou as mesmas na Instituição não existindo qualquer registo desde Janeiro de 2010. Os contactos telefónicos são, igualmente, inexistentes.

Quer a [REDACTED] quer a [REDACTED] não demonstram ou exteriorizam alteração comportamental e emocional face à ausência dos familiares perguntando apenas e só pela irmã Liliana nos períodos de férias. Tal situação pode resultar do facto de ambas conviverem com a saída de algumas residentes para casa dos familiares neste ciclo.

Não existindo qualquer mudança face à situação que motivou o impedimento de quaisquer contactos por parte da irmã [REDACTED] e seu companheiro e, porque ainda não se apurou a veracidade dos factos ocorridos, sugere-se-nos conveniente e imprescindível a manutenção da medida aplicada – acolhimento institucional uma vez que na Instituição são lhes garantidas todas as conjunturas facilitadoras do seu desenvolvimento integral.

[REDACTED], 30 de Junho de 2010

ANEXO V

Relatório Psicológico do serviço de Psicologia da Instituição

Ex.Mo Senhor(a)
Presidente do Conselho Executivo da
Escola Básica Integrada [REDACTED]
A/C Director(a) de Turma da Aluna
[REDACTED]

Assunto: Informação Psicológica

Vimos pela presente informar sua Ex.^a acerca da situação da [REDACTED] que frequenta o 6º ano de escolaridade e que se encontra a ser seguida no Serviço de Psicologia da [REDACTED].

Das avaliações psicológicas efectuadas, verifica-se que a [REDACTED] apresenta um quadro compatível muito fraco (Q.I. 47).

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), a aluna apresenta uma deficiência completa (95% a 100%) situando-se as suas lacunas ao nível das funções mentais globais onde se inclui as funções intelectuais b117; funções psicossociais globais b122, funções do temperamento e personalidade b126, funções da atenção b140, funções da memória b144, funções psicomotoras b147, funções do pensamento b160, funções cognitivas de nível superior b164, funções mentais da linguagem b167 e funções de cálculo b172.

A [REDACTED] padece de perturbação do espectro do autismo. Apresenta, semelhante, dificuldades nas funções sensoriais ao nível da visão b210 e nas funções dos anexos do olho b215 (nistagmo).

Perante o quadro descrito, a [REDACTED] é considerada uma aluna com Necessidades Educativas Especiais (N.E.E) pelo que é imprescindível que a mesma possa beneficiar de um currículo específico individual, adequações no processo de avaliação, tecnologias de apoio e apoio pedagógico individualizado.

[REDACTED], 17 de Janeiro de 2012

WISC-III™

Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças - Terceira Edição

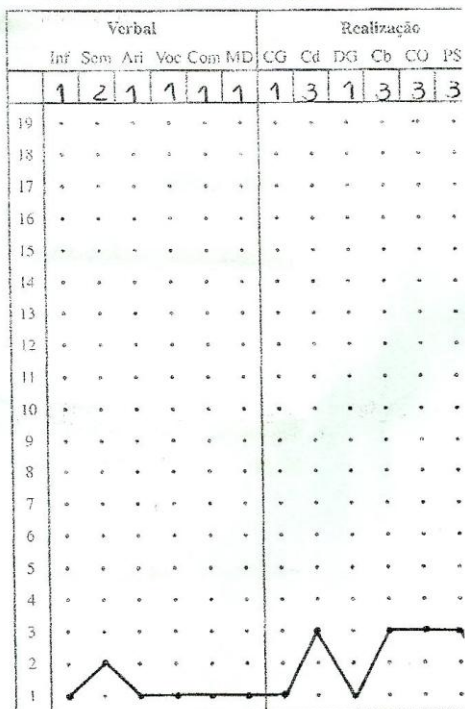
Nome: _____
 Sexo: ♀ _____
 Escola: _____
 Ano de Escolaridade: 6.º ano _____
 Local da Avaliação: _____
 Examinador: _____

	ANO	MÊS	DIA
Data de avaliação	2003	20	03
Data de nascimento	1999	04	09
IDADE	12	5	26

Subtestes	Resultados brutos	Resultados Padronizados				
		Verb.	Real.	CV	OP	VP
Completamento de Gravuras	4		7		7	
Informação	3	1		1		
Código	26		3			3
Semelhanças	4	2		2		
Disposição de Gravuras	2		1		1	
Aritmética	2	1				
Cubos	13		3		3	
Vocabulário	3	1		1		
Composição de Objectos	14		3		3	
Compreensão	2	1		1		
(Pesquisa de Símbolos)	12		(3)			3
(Memória de Dígitos)	4	(1)				
(Labirintos)	0		(1)			
Soma dos Resultados Padronizados		6	11	5	8	6
		Somatório da Escala Completa				
		17				

	Resultado	QV Índice	Percentil	95% Intervalo de confiança
mt. Verbal	6	47	<0,1	44 - 58
mt. Realização	11	52	0,1	49 - 67
mt. Escala Completa	17	47	<0,1	44 - 62
mt. CV Inferior	5	49	<0,1	46 - 62
mt. OP Inferior	8	54	0,1	51 - 69
mt. VP Inferior	6	57	0,2	56 - 77

WISC-III Perfil de Resultados Padronizados



WISC-III Perfil de Índices Factoriais (opcional)

	ICV				IOP				I
	Inf	Sem	Voc	Com	CG	DG	Cb	CO	
19
18
17
16
15
14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

ANEXO VI

Relatório Multidisciplinar do Hospital Pediátrico de Coimbra

CHC Hospital
Pediátrico



Hospital Pediátrico de Coimbra
Centro de Desenvolvimento da Criança Luís Borges/Direcção Regional de Educação do Centro
Unidade de Desenvolvimento, Autismo e Comunicação

Relatório Multidisciplinar nº1

Nome: [redacted] Nº Processo: [redacted]

D.N.: 08.04.1999

Residência: [redacted] Telefone: [redacted]

Estabelecimento de Ensino: EB1 [redacted]

Diagnóstico principal: - Perturbação do espectro do autismo

Motivo de consulta/Enviado por: Suspeita de perturbação do espectro do autismo / [redacted]

História da doença / Ponto da situação actual:

A [redacted] tem actualmente 9 anos e 7 meses de idade cronológica e foi observada/avaliada nesta unidade, por suspeita de perturbação do espectro do autismo, a pedido da Dr.ª [redacted] (Pedopsiquiatra do Centro Hospitalar da Cova da Beira). É seguida na Centro Hospitalar [redacted] nas consultas de Desenvolvimento, Neurologia e Pedopsiquiatria.

Veio acompanhada da Directora Técnica [redacted], instituição onde está desde os 4 anos. Está integrada no 2º ano da EB1 [redacted], e, com apoio da Educação Especial duas vezes por semana. Beneficia de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Psicomotricidade quinzenalmente.

Segundo informação recolhida, a [redacted] anda sempre com qualquer coisa na mão, manifesta estereotípias motoras, olha de canto, fala na terceira pessoa, isola-se e não gosta de brincar com as outras crianças.

Foi preenchido o protocolo que revelou a existência de défices na interacção social, comunicação e comportamentos repetitivos e estereotipados, o que permitiu confirmar o diagnóstico de perturbação do espectro do autismo.

Avaliação de Diagnóstico

Instrumentos de diagnóstico	Data	Idade Cronológica	Resultados
ADI-R ¹	24.11.2008	9A 7M	PEA ²
CARS ³			
DSM-IV ⁴			

Avaliação Psicoeducacional

- Perfil Psicoeducacional de Eric Schopler Revisto (PEP-R) – (Data: 24.11.2008; I.C.⁵ = 9A 7M)

Áreas Avaliadas	Resultados	
	Nível Funcional (meses)	Nível Emergente (meses)
Imitação	43-48 M	49-58 M
Percepção	42-54 M	---
Motricidade Global	31-33 M	52-70 M
Motricidade Fina	45-49 M	68-75 M
Coordenação Óculo-Manual	54-57 M	---
Realização Cognitiva	35-36 M	46-48 M
Desempenho Verbal	43-44 M	51-52 M
Global	42-46 M	52-56 M

¹ Autism Diagnostic Interview Revised;
² Perturbação do Espectro do Autismo
³ Childhood Autism Rating Scale
⁴ Critérios de Diagnóstico da DSM-IV para Autismo
⁵ Idade Cronológica

Em algumas das áreas avaliadas (Realização Cognitiva e Desempenho Verbal), a [redacted] não conseguiu completar todas as tarefas no sentido do seu sucesso, mas algumas delas são consideradas capacidades emergentes. Para alcançar o sucesso nessas tarefas é necessário:

Imitação

- ❖ Repetir séries de 2 e 3 dígitos após as ouvir.

Motricidade Global

- ❖ Apanhar uma bola quando esta lhe é lançada;
- ❖ Chutar uma bola com direcção.

Motricidade Fina

- ❖ Fazer uma taça com plasticina;
- ❖ Identificar pelo tacto e dar 4 objectos (lápiz, cubo, bola e moeda) que estão dentro de um saco (pode precisar de ver previamente os objectos).

Realização Cognitiva

- ❖ Identificar letras;
- ❖ Dar 2 e 6 cubos, a pedido;
- ❖ Agrupar cartas pela forma e cor da figura que cada carta tem;
- ❖ Reconhecer as imagens num livro de linguagem (apontar para as imagens quando lhe é pedido).

Desempenho Verbal

- ❖ Nomear as letras;
- ❖ Nomear os números de 1 a 10;
- ❖ Nomear as imagens num livro de linguagem.

- Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Forma Sintética) – (Data: 24.11.2008; I.C. = 9A 7M)

Áreas Avaliadas	Desvio-Padrão	Resultados Nível Funcional (ano e meses)	Percentis (população verbal com autismo)
Comunicação	-3	3 anos e 2 meses	65
Autonomia	-4	4 anos e 5 meses	85
Socialização	-3	2 anos e 8 meses	70
Comportamento Adaptativo Composto	-3	3 anos e 5 meses	80

Conclusão:

- Criança com perturbação do espectro do autismo.
- Nível de comportamento adaptativo composto muito abaixo da média (-2DP) para a sua idade cronológica (idade funcional de 3 anos e 5 meses; percentil 80 para a população de crianças verbais com autismo).
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): b122.3; b140.3; b147.3; b164.4.

Plano de intervenção:

- Deverá continuar a beneficiar de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Psicomotricidade;
- Deverá continuar a beneficiar do apoio diário da Educação Especial de forma sistemática e individual.
- Deverão usar suportes visuais em todos os processos de aprendizagem;
- [redacted] deverá ser ajudada a programar e a organizar todo o seu trabalho com um suporte visual sistemático, de forma a compreender que as tarefas têm princípio, meio e fim (horário e plano de trabalho);
- O ambiente escolar deverá ser calmo e previsível, evitando-se as mudanças bruscas;
- Ser-lhe proporcionado, o mais possível, a manutenção das rotinas, de forma consistente, estruturada

e previsível. As crianças com PEA não gostam de surpresas e devem ser preparadas previamente quando há alterações ou mudanças;

- Encorajar o contacto visual;
- As tarefas deverão promover a generalização das aprendizagens;
- A linguagem a utilizar deverá ser simplificada e deverão dirigir-se à [redacted] sempre pelo nome antes de lhe dar uma instrução;
- Encorajar e reforçar todas as tentativas de comunicação dando tempo à [redacted] para responder;
- As tarefas deverão ser decompostas em pequenos passos (análise de tarefas);
- Diariamente deverá ter um trabalho de casa simples, como por exemplo, um desenho, um recorte das imagens que anda a explorar; um jogo, etc;
- A avaliação psicoeducacional realizada com a Escala de Comportamento Adaptativo Vineland (Forma Sintética) sugere a necessidade de trabalhar com a [redacted] as seguintes competências:

Comunicação

- ✓ Dizer qual o maior de dois objectos não presentes;
- ✓ Relatar experiências com detalhe quando se lhe pergunta;
- ✓ Utilizar frases com preposições;
- ✓ Contar histórias populares, contos, lengalengas ou novelas de TV;
- ✓ Dizer a data do aniversário (dia e mês), quando questionada.

Autonomia

- ✓ Lavar e limpar a cara sem ajuda;
- ✓ Dar laços, sem ajuda;
- ✓ Tomar banho ou duche, sem ajuda;
- ✓ Vestir-se completamente sozinha, incluindo calos e fechos;
- ✓ Demonstrar compreender que não é seguro apanhar boleias, aceitar comida ou dinheiro de estranhos;

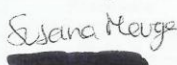
Socialização

- ✓ Ocupar-se em actividades de faz de conta, sozinha ou com os outros;
- ✓ Dizer os programas de TV favoritos e em que canal e dia passam;
- ✓ Partilhar brinquedos ou objectos sem ser preciso dizê-lo;
- ✓ Responder verbal e positivamente ao sucesso dos outros;
- ✓ Brincar com jogos que requerem capacidade de decisão.
- Existir articulação entre todos os elementos envolvidos no seu processo de ensino/aprendizagem (por exemplo, utilizar diariamente um caderno de registo das actividades que desenvolve na escola, nas terapias e em casa, de modo a que haja uma continuidade no seu trabalho);
- A próxima consulta terá lugar no dia 9 de Fevereiro de 2009.

A Professora



A Psicóloga










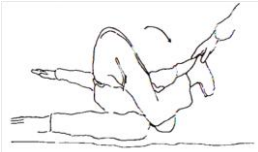
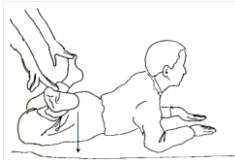


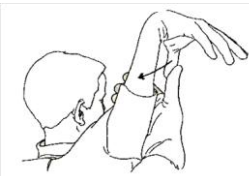
Data: Coimbra, 9 de Dezembro de 2008

ANEXO VII



Folhas de Registo da Observação na Aplicação da Bateria
Psicomotora de Vítor da Fonseca



ASPECTO SOMÁTICO, DESVIOS POSTURAIS, CONTROLO RESPIRATÓRIO E FATIGABILIDADE


	Aspecto Somático	Desvios Posturais	Controlo Respiratório			Fatigabilidade
			Inspiração	Expiração	Apneia	
Material	--	--	Cronómetro	Cronómetro	Cronómetro	--
Procedimentos	Visualizar a criança com o mínimo de roupa possível	Visualizar a criança com o mínimo de roupa possível	Pedir à criança que realize quatro inspirações simples: uma pelo nariz, outra pela boca, uma rápida e outra lenta	Pedir à criança que realize quatro expirações simples: uma pelo nariz, outra pela boca, uma rápida e outra lenta	Pedir à criança que se mantenha em bloqueio torácico durante o máximo de tempo possível.	Observar o comportamento, o grau de atenção, a motivação e sinais de cansaço
Cotação	<p>Ectomorfo </p> <p>Endomorfo </p> <p>Mesomorfo </p>	<p>Lordose </p> <p>Escoliose </p> <p>Cifose </p>	<p>4: se a criança realizou quatro inspirações ou expirações, de forma correcta e controlada;</p> <p>3: se a criança realizou quatro inspirações ou expirações completas;</p> <p>2: se a criança realizou quatro inspirações ou expirações sem controlo e com fraca amplitude, ou com sinais de desatenção;</p> <p>1: se a criança não realizou as quatro inspirações ou expirações, ou se realizou de forma incompleta e inadequada, sugerindo descontrolo tónico-respiratório.</p>	<p>4: se a criança manteve o bloqueio torácico acima de 30 segundos, sem sinais de fatigabilidade;</p> <p>3: se a criança manteve o bloqueio entre 20-30 segundos, sem sinais de fatigabilidade ou de descontrolo;</p> <p>2: se a criança manteve o bloqueio entre 10-20 segundos com sinais evidentes de fadiga e desconforto;</p> <p>1: se a criança não ultrapassa os 10 segundos ou não realiza a tarefa.</p>	<p>4: se a criança não evidenciou nenhum sinal de fadiga, mantendo-se motivada e atenta durante todas as tarefas;</p> <p>3: se a criança revelou alguns sinais de fadiga, sem significado clínico;</p> <p>2: se a criança revelou sinais de fadiga em várias tarefas, demonstrando desatenção e desmotivação;</p> <p>1: se a criança resistiu às tarefas, manifestando frequentes sinais de fatigabilidade e de labilidade das funções de alerta e de atenção.</p>	


Céline Carvalho	1ª UNIDADE					
	FACTOR - TONICIDADE					
	SUBFACTOR: EXTENSIBILIDADE					
	MEMBROS INFERIORES			MEMBROS SUPERIORES		
	Adutores	Extensores da Coxa	Quadrípete Femural	Deltóides Anteriores e Peitorais	Flexores do Antebraço	Extensores do punho
MATERIAL	Colchão Fita métrica			Fita métrica		
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve manter-se sentada. Com apoio pósterolateral das mãos, deve afastar lateralmente as pernas, estendidas o máximo possível.</p> 	<p>A criança deve estar deitada dorsalmente e elevar as pernas até flectir as coxas sobre a bacia.</p> 	<p>A criança deve estar deitada ventralmente e flectir apenas as pernas até à vertical.</p> 	<p>A criança deve manter-se na posição de pé com os braços pendentes e descontraídos.</p> 	<p>A criança deve manter-se na posição de pé com os braços pendentes e descontraídos.</p> 	<p>A criança deve manter-se na posição de pé com os braços pendentes e descontraídos.</p> 
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Amplitude de afastamento de ambas as pernas. - Grau de resistência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amplitude da extensão das pernas. - Grau de resistência. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ângulo formado pela perna e pela coxa. - Altura a que se situa os bordos externos dos pés em relação ao solo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar se os cotovelos se tocam atrás das costas. - Medir a distância entre os cotovelos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ângulo formado pelo antebraço e pelo braço após extensão máxima do antebraço (ângulo posterior do cotovelo) e amplitude de supinação da mão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Flexão máxima da mão sobre o antebraço (ângulo do punho).
COTAÇÃO	4: se a criança atingiu um afastamento nos adutores e nos extensores da coxa entre 140°-180°; um afastamento dos calcanhares da linha média dos glúteos superior a 20-25 cm nos quadrípetes femurais; a resistência não deve ser máxima;			4: se a criança tocou nos cotovelos (deltóides anteriores e peitorais); realizou extensão total do antebraço e máxima supinação da mão (flexores do antebraço); tocou com o polegar no antebraço (extensores do punho);		

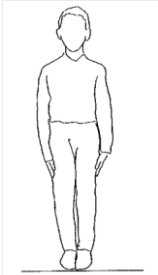
	<p>3: se a criança atingiu um afastamento nos adutores e nos extensores da coxa entre 100°-140°; um afastamento nos quadríceps femurais de 15-20cm; a resistência é máxima, não se identificando sinais tónicos disfuncionais;</p> <p>2: se a criança atingiu um afastamento nos adutores e nos extensores da coxa entre 60°-100°; um afastamento nos quadríceps femurais 10-15cm; com resistência óbvia, sinais de contractibilidade e esforço visíveis; existência de hiperextensibilidade; sinais distónicos óbvios;</p> <p>1: se a criança atingiu valores inferiores aos anteriores com evidência de sinais de hipotonia ou hipertonia, de hiperextensibilidade ou hipoextensibilidade, de limitação ou hiperamplitude, de espasticidade ou atetose, sugerindo um perfil atípico compatível com uma disfunção tónica.</p>	<p>não deve haver esforço e resistência; a realização é feita com disponibilidade e flexibilidade;</p> <p>3: se a criança obteve a mesma realização descrita na cotação anterior mas com maior resistência e uma mobilização mais assistida e forçada; com alguns sinais de esforço reconhecíveis;</p> <p>2: se a criança não tocou nos cotovelos nem com o polegar como esperado, acusando a resistência e rigidez na mobilização dos segmentos observados; apresentou sinais de esforço, hipoextensibilidade e hiperextensibilidade; com sinais distónicos evidentes;</p> <p>1: se a criança revelou sinais óbvios de resistência ou laxidez, com sinais de hipertonia ou hipotonia, sugerindo um perfil tónico desviante e atípico.</p>
<p>OBSERVAÇÕES</p>	<p>-Grau de resistência máxima, um afastamento dos segmentos adutores de aproximadamente de 100°;</p> <p>-Foi necessário a ajuda da observadora para assistir o movimento de flexão das pernas.</p>	<p>- Não houve contacto entre os cotovelos, ficando afastados um do outro cerca de quinze centímetros;</p> <p>- Evidenciou resistência e rigidez na mobilização dos segmentos</p>




		SUBFACTOR: PASSIVIDADE	
		MEMBROS INFERIORES	MEMBROS SUPERIORES
MATERIAL	Cadeira ou mesa alta		
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve estar sentada numa cadeira ou mesa alta de forma os pés ficarem suspensos.</p> <p>Observador: Deve-se mobilizar as pernas com apoio no terço inferior da perna de forma a que a articulação do pé fique livre. As imobilizações devem ser efectuadas no sentido antero-posterior e largar.</p> 	<p>A criança deve manter-se de pé com os braços pendentes e descontraídos.</p> <p>Observador: Introduce deslocamentos anteriores, balanços e oscilações em ambos os braços e mãos, ligeiramente acima da articulação do punho.</p> 	
AValiação	A oscilação pendular das pernas, a amplitude e frequência dos movimentos passivos, a resistência, a rigidez, as contrações e as torções dos pés.	Amplitude e frequência dos movimentos passivos; a resistência, a rigidez, as contrações e torções dos braços; e o grau de liberdade e movimentação das extremidades.	
COTAÇÃO	<p>4: se a criança apresentou nos membros e respectivas extremidades distais movimentos passivos, sinérgicos, harmoniosos, com pendularidade regular, com fácil descontração na musculatura proximal e distal, e sensibilidade de peso dos membros; ausência de manifestações emocionais;</p> <p>3: se a criança revelou descontração muscular e ligeira insensibilidade no peso dos membros, provocando pequenos movimentos voluntários de oscilação ou pendularidade; existência de ligeiras manifestações emocionais; ausência de sinais de resistência ou bloqueio;</p> <p>2: se a criança apresentou insensibilidade ao peso dos membros sem descontração, sem movimentos passivos e pendulares; presença de sinais de distonia e movimentos involuntários nas extremidades, nomeadamente, abruptos e dissinenergéticos; existência de manifestações emocionais;</p> <p>1: se a criança não realizou a prova ou se realizou de forma incompleta e inadequada, com total insensibilidade ao peso dos membros; apresentou dificuldades de descontração e movimentos abruptos, convulsivos, irregulares e titubeantes; presença de manifestações emocionais exageradas e atípicas.</p>		
OBSERVAÇÕES	- Teve dificuldade em descontrair apresentando resistência significativa nos pés e nos braços, evidenciando movimentos irregular		

		SUBFACTOR: PARATONIA	
		MEMBROS INFERIORES	MEMBROS SUPERIORES
MATERIAL	Colchão		
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve estar em decúbito dorsal e completamente relaxada.</p> <p>Observador: Sugerir à criança que descontraí-se ao máximo, verificar se abandona parcial ou totalmente os membros, deixando cair os membros no colchão verificando o grau de descontração; Efectuará movimentos à volta das articulações.</p> 	<p>A criança deve estar em decúbito dorsal e completamente relaxada.</p> <p>Observador: Sugerir à criança que descontraí-se ao máximo, verificar se abandona parcial ou totalmente os membros, deixando cair os membros no colchão verificando o grau de descontração; Efectuará movimentos à volta das articulações.</p> 	
AValiação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as resistências ou tensões próximas, distais, globais ou residuais. - Grau de abandono e libertação tónica de cada membro. - Contrações ou torções dos pés . 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar as resistências ou tensões próximas, distais, globais ou residuais. - Grau de abandono e libertação tónica de cada membro. 	
COTAÇÃO	<p>4: se a criança não relevou tensões ou resistências na manipulação dos quatro membros; apresentou capacidade de abandono, auto-relaxação, auto-descontração perfeita, precisa e de fácil controlo; não se verificou manifestações emocionais;</p> <p>3: se a criança revelou tensões ligeiras e resistências fracas em qualquer das manipulações; mostrou capacidade de abandono, auto-relaxação, auto-descontração completa e adequada; apresentou ligeiras manifestações emocionais;</p> <p>2: se a criança revelou tensões, bloqueios, resistências moderadas e frequentes em qualquer das manipulações; a paratonia é óbvia; apresentou contrações proximais e distais; evidenciou frequentes manifestações emocionais.</p> <p>1: se a criança revelou tensões, bloqueios e resistências, muito fortes; incapacidade e impulsividade de descontração voluntária; eclosão abrupta de manifestações emocionais; ausência de resposta, recusa por defensividade táctil; conservação de posições atípicas.</p>		
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Bloqueio das pernas e dos braços em suspensão na posição vertical. 		











SUBFACTOR: DIADOCOCINÉSIAS	
MATERIAL	Mesa Cadeira
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve estar sentada confortavelmente com os antebraços flectidos sobre o braço, com os cotovelos em apoio em cima da mesa e com os braços em extensão anterior sem apoio.</p> <div style="text-align: center;">  </div>
AValiação	Avaliar as resistências tónicas proximais e distais; a amplitude, a ritmicidade, a velocidade e a duração dos movimentos de pronação e supinação; as diadococinesias, as crispações dos dedos, as reacções arrítmicas; a presença de movimentos associados involuntários; a discrepância dos movimentos das duas mãos.
COTAÇÃO	<p>4: se a criança realizou os movimentos de supinação e pronação correctamente, com precisão, amplitude adequada, de forma coordenada e harmoniosa; ausência de reacções tónico-emocionais; evidência de diadococinesias integradas inter-hemisfericamente;</p> <p>3: se a criança realizou movimentos de pronação e supinação com desvio do eixo do antebraço e afastamento do cotovelo; se a mão esquerda realiza ligeiros movimentos em espelho quando a mão direita realiza a tarefa, ou vice-versa; presença de reacções de ritmo na realização simultânea; reacções tónico-emocionais.</p> <p>2: se a criança realizou movimentos de pronação e supinação descoordenada e dismetricamente, desajeitada e embarçadamente; se a mão esquerda realiza movimentos nítidos em espelho quando a mão direita realiza a tarefa e vice-versa; reacções tónico-emocionais que interferem com a realização da tarefa;</p> <p>1: se a criança não realizou movimentos de pronação e supinação, ou realiza-os com movimentos involuntários bem marcados e nítidos; perda de ritmo e amplitude; movimentos em espelho permanentes; reacções tónico-emocionais visíveis.</p>
OBSERVAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> - Movimentos de supinação e pronação com nítidos movimentos involuntários, realizados com lentidão e com algum descontrolo; - A criança desistiu da tarefa com frequência verbalizando que não conseguia realizar a mesma.

SUBFACTOR: SINCINÉSIAS	
MATERIAL	Bola pequena de espuma
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve estar sentada com ambas as mãos em cima da mesa, realizando a contração máxima da mão dominante com uma bola.</p> <div style="text-align: center;">  </div>
AValiação	Avaliar os movimentos de imitação ou crispação, quer nos membros contralaterais, quer peribucais, ou mesmo linguais.
COTAÇÃO	<p>4: se a criança realizou a tarefa sem sincinesias bucais ou contralaterais; existência de movimento de contração da mão isolada e controlada; ausência total de movimentos associados;</p> <p>3: se a criança realizou a tarefa com sincinesias contralaterais pouco óbvias; realização adequada e controlada; existência de ligeiros movimentos ou contrações tónicas;</p> <p>2: se a criança realizou a tarefa com óbvias sincinesias bucais e contralaterais; presença de sinais desviantes e movimentos associados não inibidos;</p> <p>1: se a criança realizou a tarefa com sincinesias evidentes com flexão do cotovelo; crispação dos dedos da mão contralateral; existência de tensões tónico-faciais e sincinesias linguais; presença de movimentos associados difusos e reacções de sobressalto involuntárias; presença de tremores.</p>
OBSERVAÇÕES	- Apertou a bola com a mão direita, com pouca força e de forma controlada, evidenciando óbvias sincinesias bucais quando começou a apertar a bola com mais força.

	FACTOR - EQUILIBRAÇÃO
	SUBFACTOR: IMOBILIDADE
MATERIAL	Cronómetro
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve manter-se de pé e de olhos fechados com os braços pendentes ao lado do corpo e os pés juntos simétricos e paralelos durante 60 segundos.</p> <p>Observador: Deve manter na preparação da posição um contacto com a criança, transmitindo-lhe segurança e confiança.</p> <div style="text-align: center;">  </div>
AValiação	- Avaliar a capacidade da criança em conservar o equilíbrio com os olhos fechados, os ajustamentos corporais e as reacções tónico-emocionais.
COTAÇÃO	<p>4: se a criança manteve-se imóvel durante os 60 segundos, com controlo postural e segurança gravitacional;</p> <p>3: se a criança manteve-se imóvel entre 45-60 segundos; apresentou ligeiros movimentos faciais, gesticulações, sorrisos, oscilações, rigidez corporal, tiques, emotividade, etc.; realizou a tarefa por completo, adequada e controladamente;</p> <p>2: se a criança manteve-se imóvel entre 30-45 segundos; revelou sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos óbvios e insegurança gravitacional;</p> <p>1: se a criança manteve-se imóvel menos de 30 segundos; apresentou sinais disfuncionais bem marcados, reequilibrações abruptas com quedas, hiperactividade estática e insegurança gravitacional significativa.</p>
OBSERVAÇÕES	Manteve-se imóvel durante o tempo estipulado, sessenta segundos, manifestando uma rigidez corporal, com os braços estendidos ao longo do corpo, e ainda ligeiros sinais disfuncionais ao realizar movimentos faciais




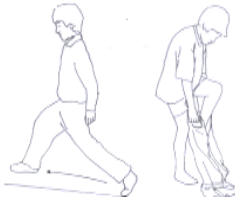
SUBFACTOR: EQUILÍBRIO ESTÁTICO			
	APOIO RECTILINEO	MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO NA PONTA DOS PÉS	APOIO UNIPEDAL
MATERIAL	Cronómetro		
PROCEDIMENTOS	<p>A criança, de olhos fechados, coloca um pé no prolongamento exacto do outro, estabelecendo o contacto com o calcanhar de um pé com a ponta do pé contrário durante 20 seg.</p> 	<p>A criança, de olhos fechados, coloca os pés juntos, e mantém-se em equilíbrio no terço anterior dos mesmos e em condições idênticas às descritas para o apoio rectilíneo, durante 20 segundos.</p> 	<p>A criança, de olhos fechados, apoia-se num único pé, flecte a perna contrária pelo joelho, efectuando um ângulo de 90°, durante 20 segundos. Depois alterna o pé de apoio e realiza a mesma tarefa.</p> 
AVALIAÇÃO	<p>- Avaliar as funções do controlo postural e da equilibração, e ainda detectar sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos.</p>		





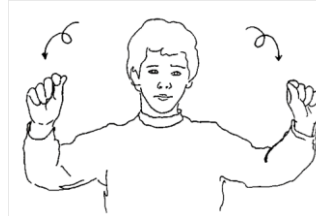

<p>COTAÇÃO</p>	<p>4: se a criança manteve-se em equilíbrio estático durante 20 segundos, sem abrir os olhos; apresentou um controlo postural perfeito e preciso; realizou pequenos movimentos de ajustamento postural mas manteve as mãos nos quadris; 3: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 15-20 segundos, sem abrir os olhos; revelou um controlo postural adequado; realizou pequenos movimentos de ajuste corporal; presença de ligeiros movimentos faciais, gesticulações, oscilações; 2: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 10-15 segundos sem abrir os olhos; revelou dificuldades de controlo postural e disfunções vestibulares e cerebelosas; presença de movimentos associados; 1: se a criança manteve-se em equilíbrio menos de 10 segundos, sem abrir os olhos ou não tentou realizar; presença de sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos bem marcados com reequilibrações e quedas; movimentos de compensação das mãos.</p>	<p>4: se a criança manteve-se em equilíbrio estático durante 20 segundos, sem abrir os olhos; apresentou um controlo postural perfeito e preciso; realizou pequenos movimentos de ajustamento postural mas manteve as mãos nos quadris; 3: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 15-20 segundos, sem abrir os olhos; revelou um controlo postural adequado; realizou pequenos movimentos de ajuste corporal; presença de ligeiros movimentos faciais, gesticulações, oscilações; 2: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 10-15 segundos sem abrir os olhos; revelou dificuldades de controlo postural e disfunções vestibulares e cerebelosas; presença de movimentos associados; 1: se a criança manteve-se em equilíbrio menos de 10 segundos, sem abrir os olhos ou não tentou realizar; presença de sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos bem marcados com reequilibrações e quedas; movimentos de compensação das mãos.</p>	<p>4: se a criança manteve-se em equilíbrio estático durante 20 segundos, sem abrir os olhos; apresentou um controlo postural perfeito e preciso; realizou pequenos movimentos de ajustamento postural mas manteve as mãos nos quadris; 3: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 15-20 segundos, sem abrir os olhos; revelou um controlo postural adequado; realizou pequenos movimentos de ajuste corporal; presença de ligeiros movimentos faciais, gesticulações, oscilações; 2: se a criança manteve-se em equilíbrio entre 10-15 segundos sem abrir os olhos; revelou dificuldades de controlo postural e disfunções vestibulares e cerebelosas; presença de movimentos associados; 1: se a criança manteve-se em equilíbrio menos de 10 segundos, sem abrir os olhos ou não tentou realizar; presença de sinais disfuncionais vestibulares e cerebelosos bem marcados com reequilibrações e quedas; movimentos de compensação das mãos.</p>
<p>OBSERVAÇÕES</p>	<p>A Filipa manteve-se imóvel, sem abrir os olhos durante dez segundos, evidenciadas dificuldades em controlar a postura.</p>	<p>Permaneceu dez segundos em equilíbrio, manifestando oscilações corporais, inclinando o corpo para o seu lado direito.</p>	<p>Manteve-se em equilíbrio com o pé direito durante seis segundos e com o pé esquerdo durante cinco segundos realizando reajustes com os braços de modo a manter o equilíbrio.</p>

SUBFACTOR: EQUILÍBRIO DINÂMICO										
	Marcha controlada	Evolução na trave				Saltos com apoio unipedal		Saltos a pé juntos com olhos fechados		
		Para a frente	Para trás	Para o lado direito	Para o lado esquerdo	Pé-coxinho direito	Pé-coxinho esquerdo	Para a frente	Para trás	Com os olhos fechados
MATERIAL	Fita métrica	Banco Sueco				--		--		
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve percorrer uma linha recta com 3 metros de comprimento, de modo a que o calcanhar de um pé toque na ponta do pé contrário, permanecendo sempre com as mãos nos quadris.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros de comprimento, 5 cm de altura e 8 cm de largura, de modo normal para a frente.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, de modo normal para trás.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, de modo normal para a direita.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, de modo normal para a esquerda.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, em saltos com apoio unipedal com pé - coxinho direito.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, em saltos com apoio unipedal com pé - coxinho esquerdo.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, em saltos a pés juntos para a frente.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, em saltos a pés juntos para trás.</p> 	<p>A criança deve percorrer uma distância de 3 metros, em saltos a pés juntos com os olhos fechados.</p> 
AVALIAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidade de conservar o equilíbrio com os olhos fechados - Movimentos faciais, gesticulações, sorrisos, oscilações, rigidez corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Marcha controlada - Pausas frequentes - Reequilibrações - Quedas - Sincinésias - Sinais de insegurança gravitacional 				<ul style="list-style-type: none"> -Captar sinais quanto à precisão, economia e melodia dos movimentos, quanto ao seu controlo em termos quantitativos e qualitativos e quanto ao grau de facilidade ou dificuldade apresentado na tarefa; - Reequilibrações abruptas, quedas unilaterais, descontrolo postural, movimentos compensatórios das mãos e qualidade de inibição de movimentos involuntários, dismetrias, discronometrias, arritmias reequilibrativas. 		<ul style="list-style-type: none"> -Captar sinais quanto à precisão, economia e melodia dos movimentos, quanto ao seu controlo em termos quantitativos e qualitativos e quanto ao grau de facilidade ou dificuldade apresentado na tarefa; - Reequilibrações abruptas, quedas unilaterais, descontrolo postural, movimentos compensatórios das mãos e qualidade de inibição de movimentos involuntários, dismetrias, discronometrias, arritmias reequilibrativas. <p>Com olhos fechados: observação especial na colocação dos pés, da bacia, do tronco e da cabeça, dos sinais globais de hipotonia ou hipertonia, dismetrias, desvios direccionais, sincinésias, bloqueios verbalizações, entre outros.</p>		

<p style="text-align: center;">COTAÇÃO</p>	<p>4: se a criança realizou uma marcha controlada com perfeito controlo dinâmico, sem quaisquer reequilíbrios compensatórios; realização perfeita, madura, económica e melódica; 3: se a criança realizou uma marcha controlada com ligeiros reequilíbrios compensatórios e sinais difusos, mas sem desvios. 2: se a criança realizou uma marcha controlada com pausas frequentes, com exagerados reequilíbrios, quedas e frequentes sinais vestibulares e cerebelosos; movimentos involuntários com frequentes desvios, sincinesias; sinais de insegurança gravitacional dinâmica; 1: se a criança não realizou a</p>	<p>4: se a criança realizou as subtarefas da evolução da trave com controlo perfeito do equilíbrio dinâmico sem reequilibrações; 3: se a criança realizou a tarefa com algumas reequilibrações mas sem quedas e sem sinais disfuncionais; 2: se a criança realizou as subtarefas com pausas, reequilibrações e dismetrias exageradas com sinais disfuncionais frequentes; insegurança gravitacional dinâmica; 1: se a criança não realizou as subtarefas ou se apresentou mais de três quedas por cada percurso; presença óbvio de sinais disfuncionais.</p>	<p>4: se a criança realizou os saltos facilmente sem reequilibrações nem desvios de direcção, demonstrando controlo dinâmico perfeito, rítmico e preciso; 3: se a criança realizou os saltos com ligeiras reequilibrações e pequenos desvios de direcção, sem demonstrar sinais disfuncionais evidenciando um controlo dinâmico adequado; 2: se a criança realizou os saltos com dismetrias, reequilibrações das mãos, desvios de direcção, alterações de amplitude, sincinesias, hipotonia generalizada, irregularidade rítmica, sincinesias, hipotonia generalizada; 1: se a criança não completou os saltos na distância relevando insegurança gravitacional, frequentes sincinesias e reequilibrações bruscas; com sinais óbvios de disfunção vestibular e cerebelosa.</p>	<p>4: se a criança realizou a tarefa, sem abrir os olhos, de forma dinâmica, regular rítmica, perfeita e precisa; 3: se a criança realizou os saltos, moderadamente, vigiados e controlados com sinais de reequilibração, de bloqueio e de decomposição; 2: se a criança cobre mais de 2 metros sem abrir os olhos, demonstrando paragens frequentes, hipercontrolo e rigidez corporal generalizada, com sinais difusos; confirmação de insegurança gravitacional; 1: se a criança não realizou a tarefa com os olhos fechados; apresentou frequentes quedas, reequilibrações bruscas, grandes desvios direccionais, fortes pressões plantares, desarmonias posturais globais e sincinesias; presença de disfunções vestibulares e cerebelosas.</p>	<p>4: se a criança realizou a tarefa, sem abrir os olhos, de forma dinâmica, regular rítmica, perfeita e precisa; 3: se a criança realizou os saltos, moderadamente, vigiados e controlados com sinais de reequilibração, de bloqueio e de decomposição; 2: se a criança cobre mais de 2 metros sem abrir os olhos, demonstrando paragens frequentes, hipercontrolo e rigidez corporal generalizada, com sinais difusos; confirmação de insegurança gravitacional; 1: se a criança não realizou a tarefa com os olhos fechados; apresentou frequentes quedas, reequilibrações bruscas, grandes desvios direccionais, fortes pressões plantares, desarmonias posturais globais e sincinesias; presença de disfunções vestibulares e cerebelosas.</p>
---	--	--	--	---	---


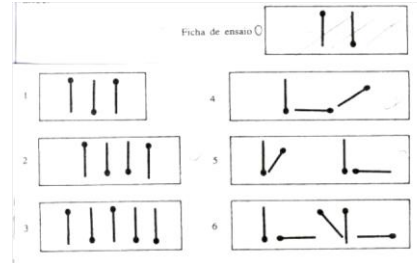
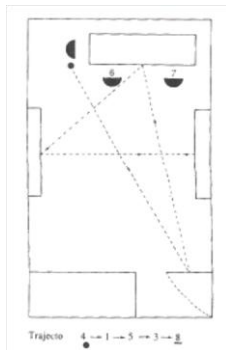
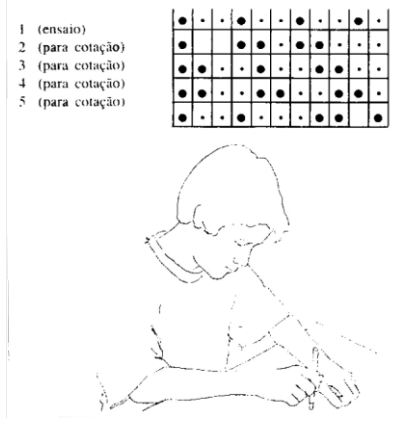
	<p>tarefa ou realizou-a de forma incompleta e imperfeita com sinais disfuncionais óbvios e movimentos coreáticos ou atetóides.</p>				
<p>OBSERVAÇÕES</p>	<p>Percorreu a distância de um metro, não tendo terminado a prova, apresentou dificuldades em tocar com o calcanhar de um pé na ponta do pé contrário, e dificuldades em manter o controlo postural.</p>	<p>Apresentou quatro quedas solicitando auxílio à observadora para percorrer a trajectória. Evidente falta de confiança com necessidade de olhar com frequência para a trave. Nas deslocações laterais, a Filipa mostrou bastante insegurança com várias reequilibrações, tentou evitar as quedas com paragens na trave, porém, algumas mal sucedidas.</p>	<p>Não completou os saltos ao longo da distância pretendida, evidenciando bastantes reequilibrações das mãos e desvios de direcção, revelando irregularidade rítmica</p>	<p>Não conseguiu cobrir mais de dois metros realizando saltos de pequena amplitude e com várias paragens e reequilibrações. Na realização dos saltos a pés juntos com os olhos fechados, a criança teve dificuldades em manter os pés paralelos e juntos e acabou por abrir os olhos, evidenciou ainda grandes desvios direccionais demonstrando insegurança gravitacional</p>	

2ª UNIDADE				
FACTOR - LATERALIZAÇÃO				
	SUBFACTOR LAT. OCULAR	SUBFACTOR LAT. AUDITIVA	SUBFACTOR LAT. MANUAL	SUBFACTOR LAT. PEDAL
MATERIAL	Folha de papel Tubo de papel	Telefone Relógio	--	Calças
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve olhar através de um tubo e depois por um buraco numa folha de papel.</p> <p>Observador: A apresentação do tubo deve ser feita na linha média do corpo, a folha de papel de modo a que a criança agarre com as duas mãos.</p> 	<p>A criança deve escutar um mecanismo de um relógio de corda e depois simular atender um telefone</p> <p>Observador: Deve sugerir à criança que reproduza respostas verbais.</p> 	<p>A criança deve simular actividades de coordenação oculomanual, como escrever no ar e cortar uma folha com uma tesoura.</p> 	<p>A criança deve efectuar actividades de coordenação oculopedal, como passo à gigante e enfiar as calças.</p> 
AValiação	Avaliar o olho preferencial	Avaliar o ouvido preferencial	Avaliar a mão preferencial	Avaliar o pé preferencial
COTAÇÃO	<p>4: se a criança realizou todas as tarefas espontaneamente, sem hesitações e com proficiência; o perfil foi homogéneo, sem sinais difusos ou bizarros perceptíveis; realização precisa, económica e perfeita;</p> <p>3: se a criança realizou as tarefas com ligeiras hesitações e perturbações psicotónicas e com perfis discrepantes entre os telerreceptores e os proprioefectores, sem revelar confusão; realização completa, adequada e controlada;</p> <p>2: se a criança realizou as tarefas com permanentes hesitações e perturbações psicotónicas com perfis inconsistentes e na presença de sinais de ambidextria; presença de sinais difusos mal integrados bilateralmente; incompatibilidade entre lateralidade inata e adquirida; lateralidade auditiva esquerda;</p> <p>1: se a criança não realizou as tarefas evocando ambidextria nítida, lateralidade mista mal integrada ou lateralidade contrariada.</p>			
OBSERVAÇÕES	Realizou a prova com hesitações, nomeadamente antes de se decidir pelo olho direito para espreitar pelo canudo. Lado dominante: direito	Lado dominante: direito	Lado dominante: direito	Lado dominante: esquerdo

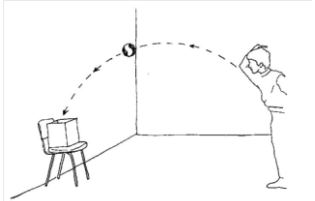
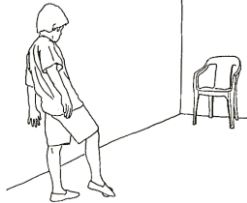
FACTOR - NOÇÃO DO CORPO					
	SUBFACTOR: SENTIDO CINESTÉSICO	SUBFACTOR: RECONHECIMENTO DIREITA-ESQUERDA	SUBFACTOR: AUTO- IMAGEM	SUBFACTOR: IMITAÇÃO DE GESTOS	SUBFACTOR: DESENHO DO CORPO
MATERIAL	--	--	--	--	--
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deverá manter-se de pé, calma com os olhos fechados e ao som do observador deverá nomear os vários pontos do corpo em que foi tocada.</p> <p>Criança + de 6 anos nomeia: testa, boca/lábios, olho direito, orelha esquerda, nuca/pescoço, ombro esquerdo, cotovelo direito, joelho esquerdo, pé direito, pé esquerdo, mão esquerda, polegar, indicador, médio, anelar, mínimo direitos.</p> 	<p>A criança deverá estar calma e efectuar o que o observador pede.</p> <p>a)“Mostra-me a tua mão direita” b)“Mostra-me o teu olho esquerdo” c)“Mostra-me o teu pé direito” d)“Mostra-me a tua mão esquerda” e)“Cruza a tua perna direita por cima do teu joelho esquerdo” f)“Toca na tua orelha esquerda com a tua mão direita” g)“Aponta o meu olho direito com a tua mão esquerda” h)“Aponta a minha orelha esquerda com a tua mão direita”</p> <p>.</p> 	<p>De olhos fechados e com os braços em extensão lateral, mãos flectidas com indicadores estendidos, com movimento lento até tocar com as pontas do indicador na parte do nariz.</p> 	<p>A criança deverá ficar de pé face ao observador e observar os quatro gestos que ele irá realizar. De seguida pede-se que repita os mesmos movimentos.</p> <p>Criança com + de 6 anos:</p>  	<p>Pede-se à criança que desenhe o seu corpo (um boneco) o melhor que sabe.</p> <p>Observador: Deverá estar atento.</p> 
AValiação	-Avaliar o grau de conhecimento integrado que a criança possui do	-Avaliar se a criança tem conhecimento do seu corpo em termos simbólicos.	-Avaliar a componente facial da noção do corpo, a sua localização e diferenciação táctiloquinestésica, a	-Avaliar a capacidade de análise visual de posturas e gestos desenhados no espaço, sua	- Avaliar a capacidade estrutural gráfica, geometrização, pobreza ou

	seu corpo.		direccionalidade, a consciência extra e intracorporal e a harmonia e eumetria dos movimentos no espaço envolvente.	retenção visual de curto termo e respectiva transposição motora através de cópia gestual bilateral.	ausência de pormenores anatómicos.
COTAÇÃO	<p>4: se a criança nomeou correctamente todos os pontos (dezasseis) tácteis, não evidenciando sinais difusos; realização perfeita, precisa e com facilidade de controlo; segurança gravitacional;</p> <p>3: se a criança nomeou correctamente doze pontos tácteis, apresentando ligeiros sinais difusos;</p> <p>2: se a criança nomeou oito pontos tácteis, apresentando sinais difusos óbvios - abre os olhos, verbalizações, gesticulações, instabilidade, defensividade táctil;</p> <p>1: se a criança nomeou quatro a oito pontos tácteis, evidenciando sinais vestibulares bem marcados, confusão cinestésica geral.</p>	<p>4: se a criança realizou as oito tarefas de forma perfeita e precisa;</p> <p>3: se a criança realizou seis das tarefas, apresentando ligeiras hesitações e confusões;</p> <p>2: se a criança realizou quatro tarefas, apresentando hesitação e confusão permanentes;</p> <p>1: se a criança não realizou as tarefas ou realizou uma ou duas ao acaso, apresentando marcada hesitação e confusão na identificação e localização das partes do corpo.</p>	<p>4: se a criança tocou quatro vezes exactamente na ponta do nariz com movimento eumétrico, preciso e melódico;</p> <p>3: se a criança falhou uma a duas vezes, mantendo um movimento adequado e controlado sem manifestar outros sinais disfuncionais;</p> <p>2: se a criança acertou uma a duas vezes - em cima ou em baixo, à esquerda ou à direita da ponta do nariz - realizando movimentos dismétricos e hipercontrolados e mostrando sinais discrepantes na lateralização;</p> <p>1: se a criança não acertou ou acertou uma vez, realizando movimentos dismétricos e tremores na fase final e mostrando sinais disfuncionais.</p>	<p>4: se a criança reproduziu com perfeição, precisão, acabamento, suavidade e coordenação recíproca as quatro figuras;</p> <p>3: se a criança reproduziu três a quatro figuras com ligeiras distorções da forma, da proporção e da angularidade;</p> <p>2: se a criança reproduziu duas das quatro figuras com distorções da forma e da proporção; apresentou sinais de dismetria e de descoordenação recíproca e alterações na sequência;</p> <p>1: se a criança não reproduziu nenhuma das figuras ou uma das quatro com distorções perceptivas e dismetrias.</p>	<p>4: se a criança realizou um desenho graficamente perfeito, proporcionado, rico em pormenores, disposição espacial correcta;</p> <p>3: se a criança realizou um desenho completo, organizado, simétrico, com pormenores faciais e extremidades e com distorções mínimas;</p> <p>2: se a criança realizou um desenho exageradamente pequeno ou grande, pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos;</p> <p>1: se a criança não realizou o desenho ou realizou um desenho desintegrado e fragmentado, sem qualquer organização gráfica.</p>




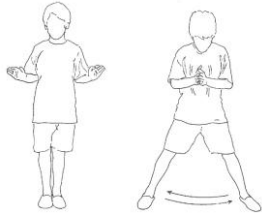
<p>OBSERVAÇÕES</p>	<p>Nomeou correctamente três pontos tácteis, nomeadamente a boca, a testa e o pescoço, dos dezasseis solicitados; cada resposta foi antecedida de hesitação.</p>	<p>Confusão permanente na identificação das partes do corpo, realizando apenas três tarefas, nomeadamente, “Mostra-me a tua mão direita”, “Mostra-me teu olho esquerdo” e “Mostra-me o teu pé direito”.; Nas ordens complexas, que envolvem localização contralateral e localização reversível, a Filipa mostrou evidentes dificuldades, ao não ter conseguido identificar nenhuma parte corporal no corpo da observadora.</p>	<p>Acertou dois dos quatro toques, na ponta do nariz. Realizou movimentos dismétricos, lentos e acompanhados de algumas rectificações do controlo postural.</p>	<p>Bastante dificuldade em realizar os gestos, tendo reproduzido correctamente o primeiro gesto. Os restantes gestos foram reproduzidos com grandes distorções, hesitações, dismetrias e sincinesias faciais, não apresentando qualquer semelhanças com os originais.</p>	<p>Lentidão na elaboração do desenho da figura humana, destacando-se a desproporcionalidade dos membros inferiores, apresentando distorções e apenas evidenciou alguns pormenores faciais.</p>
---------------------------	--	--	---	---	--

	FACTOR - ESTRUTURAÇÃO ESPACIOTEMPORAL			
	SUBFACTOR: ORGANIZAÇÃO ESPACIAL	SUBFACTOR: ESTRUTURAÇÃO DINÂMICA	SUBFACTOR: REPRESENTAÇÃO TOPOGRÁFICA	SUBFACTOR: ESTRUTURAÇÃO RÍTIMICA
MATERIAL	Fita métrica	Mesa, cadeira, folhas de papel, fósforos, cronómetro	Folha de papel, lápis	Mesa, cadeira, lápis
PROCEDIMENTO	<p>Pedir à criança (idade escolar) para andar normalmente de um ponto da sala a outro, na distância de 5 metros e contar o número de passos em voz alto. Após ter realizado o primeiro percurso, pediu-se à criança para realizar o segundo percurso com mais três passos, utilizando para o cálculo o número de passos dados inicialmente. Por último, pediu-se à criança para realizar o terceiro percurso com menos três passos.</p> 	<p>Mostrar à criança, as seis sequências de fósforos separadamente, durante 5 segundos e a criança deve reproduzi-las, respeitando a orientação dos fósforos (3 fósforos - 3 segundos; 4 fósforos - 4 segundos; 5 fósforos - 5 segundos), da esquerda para a direita.</p> 	<p>A observadora, em conjunto com a criança, faz o levantamento topográfico da sala, desenhando, o mais exactamente possível, as suas proporções espaciais e a localização semiótica correspondente ao mobiliário e identificando com os respectivos números. De seguida, em termos de ensaio, a observadora posiciona-se juntamente com a criança na sala, desenhando posteriormente, um trajecto com o lápis, pedindo à criança a sua realização motora.</p> 	<p>Pedir à criança para ouvir com muita atenção as sequências de batimentos apresentadas pela observadora, e posteriormente, sugerir para reproduzi-las, respeitando a mesma estrutura e o mesmo número de batimentos.</p> 
AValiação	-Avaliar a capacidade espacial concreta de calcular as distâncias e os ajustamentos dos	-Avaliar a capacidade de memorização sequencial visual de curto termo, a capacidade da criança reproduzir sequências de fósforos em posições e	-Avaliar a capacidade espacial semiótica e a capacidade de interiorizar e realizar uma trajectória espacial apresentada num levantamento	-Avaliar a capacidade de memorização e reprodução motora de estruturas rítmicas.




	planos, com operação de cálculos.	orientações espaciais determinadas e ainda a reprodução ordenada da esquerda para a direita.	topográfico das coordenadas espaciais e objectais da sala.	
COTAÇÃO	<p>4: se a criança realizou a tarefa com um controlo correcto nos três percursos, com contagem perfeita do número de passos e com preciso cálculo visuo-espacial e ajustamento inicial e final das passadas;</p> <p>3: se a criança realizou os três percursos com ligeiro descontrolo final nas passadas, mantendo correcta contagem e cálculo;</p> <p>2: se a criança realizou dois dos três percursos com hesitação e confusão na contagem e no cálculo; apresentou sinais de desorientação espacial e dismetria;</p> <p>1: se a criança realizou um dos três percursos, ou não completou a tarefa; apresentou nítidos problemas de verbalização da acção, de planificação visuo-espacial, de retenção do número de passadas realizadas no primeiro percurso e de ajustamento espacial e direccional na tarefa.</p>	<p>4: se a criança em idade escolar realizou correctamente as seis tarefas;</p> <p>3: se a criança em idade escolar realizou quatro das seis tarefas;</p> <p>2: se a criança em idade escolar realizou três das seis tarefas, revelando dificuldades de memorização e sequencialização visuo-espacial;</p> <p>1: se a criança em idade escolar realizou duas das seis tarefas, demonstrando dificuldades gnósicas e práxicas significativas.</p>	<p>4: se a criança realizou a trajectória de forma perfeita e bem orientada, sem manifestar hesitação ou desorientação espacial;</p> <p>3: se a criança realizou a trajectória adequadamente com algumas hesitações, interrupções ou desorientações direccionais</p> <p>2: se a criança realizou a trajectória com frequentes hesitações, interrupções, desorientações angulares, desproporções espaciais e direccionais óbvias;</p> <p>1: se a criança não realizou a trajectória.</p>	<p>4: se a criança reproduziu exactamente todas as estruturas com estruturação rítmica e o número de batimentos preciso revelando perfeita integração auditivo-motora;</p> <p>3: se a criança reproduziu quatro das cinco estruturas com uma realização adequada quanto à sequência e à ritmicidade, com ligeiras hesitações ou descontrolos psicotónicos;</p> <p>2: se a criança reproduziu três das cinco estruturas, com irregularidades, alterações de ordem e inversões revelando dificuldades de integração rítmica;</p> <p>1: se a criança reproduziu duas das cinco estruturas ou foi incapaz de realizar qualquer delas revelando nítidas distorções perceptivo-auditivas.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Realizou apenas um percurso. Evidenciou bastante confusão na contagem dos passos, essencialmente no segundo e terceiro trajecto, nomeadamente no reajuste da contagem e do cálculo, não tendo completado a tarefa. Ao longo da prova a criança evidenciou problemas na planificação visuo-espacial e na retenção do número de passadas realizadas no primeiro percurso.</p>	<p>Não conseguiu realizar a tarefa evidenciando grandes dificuldades na disposição espacial, invertendo a posição dos fósforos, revelando dificuldades de memorização e ainda dificuldades gnósicas e práxicas.</p>	<p>Realizou o levantamento topográfico da sala, dando as orientações verbais relativas à disposição dos móveis na sala e atribuiu-lhes um número. A Filipa não conseguiu realizar o trajecto, devido a apresentar bastantes hesitações, interrupções e confusões na direcção a tomar, não conseguindo efectuar adequadamente o pretendido.</p>	<p>Revelou grandes dificuldades na reprodução de todas as estruturas rítmicas, inclusive na sequência do ensaio. Não respeitou o número de batidas, as pausas e a intensidade das batidas.</p>

	3ª UNIDADE		
	FACTOR - PRAXIA GLOBAL		
	SUBFACTOR: COORDENAÇÃO OCULOMANUAL	SUBFACTOR: COORDENAÇÃO OCULOPEDAL	SUBFACTOR: DISMETRIAS
MATERIAL	Bola de ténis, cadeira, fita métrica, cesto de papéis	Bola de ténis, cadeira, fita métrica	--
PROCEDIMENTOS	<p>A criança, em pé lança uma bola de ténis para dentro de um cesto de papéis, colocado em cima de uma cadeira, a uma distância de dois metros e meio.</p> 	<p>A criança, para em pé, chuta uma bola de ténis de modo a que esta passe entre as duas pernas da cadeira, que se encontra a dois metros e meio de distância.</p> 	<p>Não constitui uma tarefa em si, resultando da observação da coordenação global das tarefas de coordenação oculomanual e oculopedal.</p>
AVALIAÇÃO	-Avaliar a postura, orientação de base de sustentação, qualidade da preensão da bola, tipo de lançamento, as dismetrias, a velocidade...	-Avaliar a capacidade de coordenar movimentos pedais. Avaliar ainda a postura, orientação de base de sustentação, tipo de lançamento,...	- Média dos subfactores coordenação oculomanual e oculopedal.

<p>COTAÇÃO</p>	<p>4: se a criança acertou quatro ou três dos quatro lançamentos, revelando perfeito planeamento motor, preciso autocontrolo, com melodia cinética e eumetria; 3: se a criança acertou dois dos quatro lançamentos, revelando adequado planeamento motor e controlo visuomotor com sinais disfuncionais indiscerníveis; 2: se a criança acertou um dos quatro lançamentos, revelando dispraxias, distonias, disquinesias e discronias; 1: se a criança não acertou nenhum lançamento, revelando dispraxias, distonias, disquinesias, desorientação espaço-temporal, reequilibrações, sincinesias.</p>		<p>4: se a criança realizou as oito tarefas com movimentos adequados em relação ao objecto e à distância; 3: se a criança realizou as tarefas com ligeiras dismetrias; 2: se a criança realizou as tarefas com dismetrias, movimentos exagerados e insuficientemente inibidos; 1: se a criança realizou as tarefas com dismetria, revelando dispraxias de vária índole.</p>
<p>OBSERVAÇÕES</p>	<p>Usou a mão direita nos cinco lançamentos, fazendo uma preensão adequada da bola. Realizou todos os lançamentos por baixo do ombro em lançamento pendular, evidenciando uma ligeira desorientação espaciotemporal e distonias, tendo acertado apenas um dos quatro lançamentos. A força e a velocidade utilizada nos lançamentos nem sempre foi ajustada para acertar no alvo.</p>	<p>Usou o pé direito para rematar a bola, tendo acertado apenas um dos quatro lançamentos. Verificou-se uma ligeira desorientação espaciotemporal e distonias.</p>	<p>Realizou as tarefas com dismetrias demonstrando exagerados movimentos nos lançamentos que efectuou nos dois subfactores</p>

	SUBFACTOR: DISSOCIAÇÃO			
	MEMBROS SUPERIORES	MEMBROS INFERIORES	COORDENAÇÃO DOS QUATRO MEMBROS	
MATERIAL	Mesa			
PROCEDIMENTOS	<p>Criança na posição vertical realiza vários batimentos com as mãos em cima de uma mesa, de acordo com uma estrutura sequencial:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 MD 2ME 2. 2 MD 1ME 3. 1MD 2 ME 4. 2 MD 3ME 	<p>Criança na posição vertical realiza vários batimentos com os pés, no chão, de acordo com uma estrutura sequencial:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2 PD 2PE 2. 2PD 1PE 3. 1PD 2PE 4. 2PD 3PE 	<p>Criança na posição vertical realiza vários batimentos com a mão, em cima de uma mesa e com os pés, no chão de acordo com uma estrutura sequencial:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1MD 2ME 1PD 2PE 2. 2MD 1ME 2PD 1PE 3. 2MD 3ME 1PD 2PE 	<p>Prova de agilidade: Criança na posição vertical saltita, afastando e juntando as pernas com batimentos de palmas de forma alternada (bate as palmas - afasta as pernas e vice-versa).</p> 
AValiação	-Avaliar a Associação rítmica coordenada, continuada, dispraxias, dismetrias, dissincronias dos membros superiores.	-Avaliar a associação rítmica coordenada, continuada e estruturada dos membros inferiores.	-Avaliar a associação rítmica coordenada, continuada e estruturada dos membros superiores e inferiores.	-Avaliar a associação rítmica, coordenada, contínua e estruturada dos membros superiores e inferiores.
COTAÇÃO	4: se a criança realizou as quatro estruturas sequenciais, ou três das quatro, com perfeito planeamento e preciso autocontrolo, com melodia	4: se a criança realizou as quatro estruturas sequenciais, ou três das quatro, com perfeito planeamento e preciso autocontrolo, com melodia	4: se a criança realizou as quatro estruturas sequenciais, ou três das quatro, com perfeito planeamento e preciso autocontrolo, com melodia	4: se a criança realizou as quatro estruturas sequenciais, ou três das quatro, com perfeito planeamento e preciso autocontrolo, com melodia quinestésica e

	<p>quinesésica e eumetria; 3: se a criança realizou duas das quatro estruturas sequenciais, evidenciando adequado planeamento motor e adequado autocontrolo, com sinais disfuncionais indiscerníveis; 2: se a criança realizou uma das quatro estruturas sequenciais revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias; 1: se a criança não realizou nenhuma estrutura sequencial, revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias ou sinais de displanificação motora já enunciados nos subfactores anteriores.</p>	<p>quinesésica e eumetria; 3: se a criança realizou duas das quatro estruturas sequenciais, evidenciando adequado planeamento motor e adequado autocontrolo, com sinais disfuncionais indiscerníveis; 2: se a criança realizou uma das quatro estruturas sequenciais revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias; 1: se a criança não realizou nenhuma estrutura sequencial, revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias ou sinais de displanificação motora já enunciados nos subfactores anteriores.</p>	<p>quinesésica e eumetria; 3: se a criança realizou duas das quatro estruturas sequenciais, evidenciando adequado planeamento motor e adequado autocontrolo, com sinais disfuncionais indiscerníveis; 2: se a criança realizou uma das quatro estruturas sequenciais revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias; 1: se a criança não realizou nenhuma estrutura sequencial, revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias ou sinais de displanificação motora já enunciados nos subfactores anteriores.</p>	<p>eumetria; 3: se a criança realizou duas das quatro estruturas sequenciais, evidenciando adequado planeamento motor e adequado autocontrolo, com sinais disfuncionais indiscerníveis; 2: se a criança realizou uma das quatro estruturas sequenciais revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias; 1: se a criança não realizou nenhuma estrutura sequencial, revelando dispraxias, dismetrias, distonias, disquinesias e dissincronias ou sinais de displanificação motora já enunciados nos subfactores anteriores.</p>
<p>OBSERVAÇÕES</p>	<p>Não conseguiu realizar nenhuma estrutura sequencial, executou as várias séries de forma lenta, sem conseguir reproduzir correctamente as estruturas. Os movimentos foram descoordenados evidenciando ligeiras dismetrias, dispraxias e dissincronias, e muitas hesitações.</p>			<p>Evidentes as dificuldades em coordenar os movimentos dos pés e das mãos, acabando por desistir da prova.</p>

	FACTOR - PRAXIA FINA		
	SUBFACTOR: COORDENAÇÃO DINÂMICA MANUAL	SUBFACTOR: TAMBORILAR	SUBFACTOR: VELOCIDADE-PRECISÃO
MATERIAL	10 Clips	Mesa Cadeira	Lápis Folha de papel quadriculado Cronómetro Mesa Cadeira
PROCEDIMENTOS	<p>A criança deve estar sentada e compor e decompor uma pulseira de clips o mais rápido possível. São permitidos 2 ensaios.</p> 	<p>A criança deve estar de olhos abertos, imitar os movimentos (o tamborilar) dos dedos da mão do observador. Desde o indicador até ao mínimo e vice-versa, com cada uma das mãos e com as duas em simultâneo. São permitidos 3 ensaios.</p> 	<p>A criança deve realizar, numa ordem sequencial da esquerda para a direita, o maior número de pontos e cruzes durante 30 segundos tendo como limite as quadrículas do papel quadriculado. É permitido 1 ensaio com a assistência do observador e devida cotação.</p> 
AValiação	-Avaliar o comportamento emocional, o nível de verbalização, as sincinesias bucais e linguais, a qualidade de atenção foveal, a micromotricidade digital e a coordenação bimanual, a mão de suporte, segurança, ansiedade, dismetrias, disquinesias, distonias e dissincronias a nível distal.	-Avaliar se a realização é precisa, independente, harmoniosa de movimentos finos, com transição dedo a dedo melódica e sequencializada; avaliar a planificação micromotora distal, a preferência manual e a discriminação direita-esquerda.	- Avaliar a precisão na execução: traços, tangentes, omissões, espaços em branco, perpendicularidade e alinhamento das cruzes, tamanho das cruzes.
COTAÇÃO	<p>4: se a criança compôs e compôs a pulseira em menos de dois minutos, revelando perfeito planeamento micromotor e precisão no autocontrolo visuomotor, melodia cinestésica e eumetria digital;</p> <p>3: se a criança compôs e compôs a pulseira entre os dois a três minutos, com adequado planeamento micromotor e autocontrolo visuomotor, sem evidenciar sinais dispráxicos;</p> <p>2: se a criança compôs e compôs a pulseira entre três a cinco minutos, revelando dispraxias, dismetrias, disquinesias, distonias e dissincronias,</p>	<p>4: se a criança realizou o tamborilar revelando perfeito planeamento micromotor, realizou círculos completos com uma transição melódica sem movimentos associados da mão contralateral;</p> <p>3: se a criança realizou o tamborilar com adequado planeamento micromotor com ligeiras hesitações na sequência, tensões e dismetrias digitais, repetições de oponibilidade e ligeiras sincinesias contralaterais ou faciais;</p> <p>2: se a criança realizou o tamborilar com fraco planeamento micromotor, com hesitações na sequência, dismetrias, disquinesias, frequentes repetições nas oponibilidades, sincinesias óbvias e saltos de dedos na</p>	<p>4: se a criança realizou mais de cinquenta pontos e mais de vinte cruzes evidenciando perfeito planeamento motor e preciso autocontrolo preciso com melodia cinestésica;</p> <p>3: se a criança realizou entre trinta a cinquenta pontos e entre vinte a quinze cruzes revelando adequado planeamento motor e ligeiras hesitações na sequencialização da tarefa;</p> <p>2: se a criança realizou entre vinte a trinta pontos e entre quinze a dez revelando dismetrias, distonias, disquinesias e descontrolo tónico-emocional;</p>

Perfil Psicomotor da Criança Autista Institucionalizada - Perspectivando a Intervenção

	<p>sinais de desatenção visual e hesitação lateralização; 1: se a criança compôs e decompôs a pulseira em mais de seis minutos ou não realizou a tarefa, evidenciando sinais disfuncionais óbvios.</p>	<p>sequência, discrepância significativa entre a realização sequencial e simultânea, revelando a existência de dispraxia fina. 1: se a criança não realizou a tarefa, evidenciando sinais disfuncionais da motricidade fina associados a disgnosia digital e dispraxia fina.</p>	<p>1: se a criança realizou menos de quinze pontos e menos de dez cruces ou não completou a tarefa revelando deficiente preensão, rigidez, excessiva vigilância, tremores, distorções perceptivas e sinais dispráxicos óbvios.</p>
OBSERVAÇÕES	<p>Compôs a pulseira entrelaçando correctamente os clips até ao quarto clip e depois foi entrelaçando os restantes clips uns nos outros, não dando continuidade à pulseira. A criança revelou bastantes hesitações no encaixa dos clips evidenciando sinais dispráxicos, demorando o tempo total de 7 minutos até desistir.</p>	<p>Mostrou dificuldades no planeamento micromotor e revelou bastantes hesitações na sequência a efectuar. Realizou movimentos lentos entre os saltos e não respeitou o modelo apresentado pela observadora. A criança evidenciou ainda sinais disfuncionais da motricidade fina associados a disgnosia e dispraxia fina</p>	<p>Realizou catorze cruces e vinte e quatro pontos, não conseguiu respeitar as referências espaciais, em que o alinhamento das cruces excedeu o limite dos quadrados e alguns pontos foram desenhados em cima de uma linha. A Filipa ainda evidenciou deficiente preensão.</p>