

CONTRIBUTOS DA PSICOMOTRICIDADE NA INTERVENÇÃO PRECOCE - ESTUDO DE CASO

Contributions of psychomotricity in early intervention - case study

Rita Santos

Técnica de Reabilitação Psicomotora

ritavarandasantos@gmail.com

Sónia Raquel Seixas

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Santarém

sonia.seixas@ese.ipsantarem.pt

Isabel Piscalho

Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Santarém

isabel.piscalho@ese.ipsantarem.pt

RESUMO

A função motora está presente desde a conceção e durante toda a vida, é a manifestação fundamental do desenvolvimento do homem e possibilita o relacionamento com o mundo e os demais. A Psicomotricidade assume assim um papel importante, pois tem como objetivo trabalhar o indivíduo com toda a sua história de vida (Caron, 2010). O Decreto-Lei 281/2009 considera a Intervenção Precoce na Infância como o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Este estudo de caso centra-se numa criança com perturbação do espectro do autismo e pretendeu verificar quais os contributos de um programa de Psicomotricidade implementado no jardim de infância. Os principais resultados observados em dois momentos de avaliação (antes e depois da implementação do programa) revelaram diferenças ao nível da concentração, da comunicação e dos comportamentos inadequados.

Palavras-chave: Intervenção precoce, psicomotricidade, autismo

ABSTRACT

Motor function is present from conception and throughout life, is the fundamental manifestation of the development of man and enables the relationship with the world and others. Psychomotricity thus assumes an important role, since it aims to work the individual with his entire life history (Caron, 2010). Decree-Law 281/2009 considers Early Intervention in Childhood as the set of integrated support measures centered on children and families, including preventive and rehabilitative actions in the field of education, health and social action. This case study focuses on a child with autism spectrum disorder and sought to ascertain the contributions of a Psychomotricity program

implemented in kindergarten. The main results observed in two evaluation moments (before and after the implementation of the program) revealed differences in concentration, communication and inappropriate behaviors.

Keywords: Early intervention, psychomotor, autism

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso incide sobre uma criança em idade pré-escolar com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), sendo que uma das definições mais recentes acerca desta mesma perturbação conta do DSM –IV – TR de 2002 (Kuperstein & Missalglia, 2005, p.1, as cited in Sousa & Santos, n.d), a qual refere que esta perturbação “consiste na presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social, da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses”. Não obstante, a presença de um desenvolvimento comprometido, pode ser atenuado através da psicomotricidade, pois esta encontra-se presente nos menores gestos e em qualquer atividade que envolva a motricidade da criança, destinando-se ao conhecimento e ao domínio do seu corpo (Sousa, 2004).

Assim, o objetivo do nosso estudo, centra-se em verificar se a psicomotricidade, implementada na Intervenção Precoce na Infância, acarreta benefícios para a criança com PEA, já que o comportamento infantil depende das experiências promotoras do seu desenvolvimento, bem como da estimulação sensorial que influencia o desenvolvimento neural (Rutter, 1981, cit. Cardeira, Almeida, Martins, Bento & Cabeleira, 2011).

2 ALGUNS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

2.1 Perturbação do espectro do autismo (PEA)

O termo Autismo foi criado em 1907 por Eugen Bleuler e adveio da palavra grega autos, que significa “o si mesmo”. Este, foi criado para designar o ensinamento psicótico do sujeito no seu mundo interior e foi definido como perda de contacto com a realidade, causada pela impossibilidade ou grande dificuldade na comunicação interpessoal (Moreira, 2009). Este mesmo conceito, tem sofrido, ao longo dos anos, algumas alterações, fruto das diferenças significativas que caracterizam as crianças com esta problemática, pelo que se constata que o seu uso inconsciente tem interferido na sua clarificação (Marques, 2000 as cited in Pereira, 2010).

Segundo Marques (2000, p. 15, as cited in Pereira, 2010) "o autismo é uma perturbação do desenvolvimento que afeta muitos aspetos de como a criança compreende o mundo que a rodeia e aprende com as suas experiências". Atualmente, a PEA é considerada uma Perturbação Global do Desenvolvimento, caracterizando-se por comportamentos relacionados com as seguintes áreas:

- Disfunções sociais;
- Perturbações na comunicação;
- Perturbações no jogo imaginativo;
- Interesses e atividades restritas e repetitivas (Pereira, 1998, as cited in Moreira, 2009).

A maioria dos indivíduos com PEA, embora não demonstrem deficiência ou incapacidade motora, apresentam um défice motor acentuado, com atraso no desenvolvimento psicomotor, hiperatividade e “*hand flapping*”¹; que podem ser provocados por sinais neurológicos como movimentos “anormais” das extremidades corporais, equilíbrio pobre, coordenação motora pobre, alteração na oponência do polegar, perturbações ao nível dos reflexos primários e muscular (híper ou hipotonicidade) (Vilensky et al, 1981 as cited in Moreira, 2009).

As crianças com PEA demonstram uma forma diferente de se relacionarem com os outros. De uma maneira geral manifestam uma falta de competência mais evidente no relacionamento com os outros. Na maior parte das vezes as interações sociais têm como base a satisfação dos seus

¹ Agitar as mãos.

interesses pessoais. Os interesses, os sentimento ou reações dos outros não são tidos em consideração. Por este motivo, as crianças com esta perturbação são normalmente caracterizadas como "à parte", "isoladas" ou "no seu próprio mundo" (Pereira, 2010). Também a ausência da partilha social se assume como outro aspeto presente nestas crianças. Os bebés com autismo, geralmente, exploram os brinquedos, mas não manifestam satisfação nem qualquer tipo de expressão facial, ou seja, não partilham socialmente a sua satisfação, apenas se encontram centrados no seu próprio prazer (Siegel, 2008 as cited in Pereira, 2010).

No que diz respeito aos comportamentos imitativos, existe igualmente uma vincada lacuna. Este tipo de comportamentos não se desenvolvem nas idades esperadas uma vez que a criança não está motivada para o fazer quando a recompensa é, unicamente, um elogio social. Deste modo, quanto mais a imitação abrange o modelo humano, mais entraves surgem para a sua realização. Contudo, quando recorrem à imitação, esta consiste em imitar algo preciso e concreto (Siegel, 2008 as cited in Pereira, 2010).

As competências comunicativas no autismo são outras das componentes que apresentam alterações, quer ao nível da comunicação verbal quer da não verbal. A ausência de linguagem oral é, normalmente, um dos primeiros sinais que alarma os progenitores, mesmo antes de existir um diagnóstico de PEA. Este atraso na emergência de linguagem oral é precedido por uma ausência ou atraso de linguagem não verbal como as expressões faciais diversificadas, a atenção partilhada, a intencionalidade comunicativa, o sorriso intencional e o contacto ocular (Pereira, 2010).

Em suma, a PEA consiste num distúrbio severo do neuro-desenvolvimento e manifesta-se através de dificuldades muito específicas na comunicação e na interação, associadas a dificuldades em utilizar a imaginação, em aceitar alterações de rotinas e, ainda, à exibição de comportamentos estereotipados e restritos. Estas perturbações implicam um défice na flexibilidade de pensamento e uma especificidade no modo de aprender que comprometem o contacto e a comunicação do indivíduo com o meio (Carvalho & Onofre, s/d as cited in Pereira, 2010).

2.2 Intervenção precoce na infância

Os autores Correia e Serrano (1994, as cited in Pereira, 2010), afirmam que os primeiros anos de vida desempenham um papel decisivo no desenvolvimento global da criança, dependendo o mesmo da qualidade e quantidade de interações estabelecidas entre a criança - família - meio, realçando a utilidade dos serviços de Intervenção Precoce (IP) e o seu impacto no desenvolvimento das competências da criança e da família.

A importância do envolvimento parental nos processos de intervenção com a criança tem sido discutida e defendida nos campos da IP (Carvalho, 2002 as cited in Pereira, 2010). Segundo Ribeiro e Sarmiento (2005, pp.25, as cited in Pereira, 2010) este é um eixo fundamental na IP, visto que uma intervenção significativa pressupõe o "conhecimento das motivações, interesses e necessidades dos diferentes elementos relacionados com os processos". Assim e para o perfeito funcionamento deste processo, a comunicação torna-se indispensável, pois servirá de veículo para o estabelecimento de relações e transmissão de conhecimentos e estratégias básicas aos pais (Pereira, 2010).

Os apoios que podem ser fornecidos à família dividem-se em três tipos: (1) emocionais - importante para famílias com fragilidade psicológica; (2) material - inclui o acesso a recursos financeiros e físicos de que as famílias necessitam para o bom funcionamento da intervenção e o alcance dos seus objetivos; (3) informativos - refere-se a conduzir a família ao conhecimento e, por conseguinte, à compreensão (McWilliam, 2010 as cited in Pereira, 2010). Destes suportes referidos, ainda se podem caracterizá-los de formais e informais. Os suportes formais são aqueles fornecidos por pessoas ou grupos, formalmente organizados com o propósito de responder às necessidades particulares de cada família, como associações e agências. Os informais são compostos por pessoas ou grupos que se tornam parte da vida familiar por qualquer outra razão que não o do problema da criança, como a família, os vizinhos e os amigos da família (McWilliam, 2010 as cited in Pereira, 2010).

Nos dias de hoje, a prática da intervenção precoce deve ser realizada de acordo com três "tónicas" fundamentais: (1) todos os organismos são passíveis de se adaptar ao seu meio envolvente, ou

seja, o seu comportamento e desenvolvimento não podem ser considerados imutáveis ou geneticamente fixos; (2) o desenvolvimento pleno das crianças só ocorre quando compreendido num contexto ecológico, onde está presente a sua família/cuidador; (3) a intervenção precoce, devido às complexidades das situações, deve atuar mediante uma equipa transdisciplinar (Shonkoff & Meisels, 2000 as cited in Oliveira, n.p.). Em suma, o comportamento de uma criança pode ser modificável/moldável, desde que a intervenção precoce atue com uma equipa transdisciplinares dentro do seu contexto.

O papel da intervenção precoce, dentro de um qualquer sistema socioeducativo, deverá ser hoje entendido, essencialmente, numa perspetiva preventiva. Prevenção a nível da criança, da família e da sociedade em geral (Almeida, 2000).

2.3 Psicomotricidade nos primeiros anos de vida

A psicomotricidade como disciplina nasceu em 1870 com a carência de respostas médicas respeitante a certos estados clínicos, como o caso da existência de disfunções motoras sem a presença de lesões cerebrais. Mais tarde apareceu a distinção entre a psicomotricidade e a neuropatologia, com a união de esforços de Bergés e Dupré (Branco, 2010).

Um dos primeiros contributos neste domínio de conhecimento foi Wallon com a introdução da possível relação entre a motricidade da criança, da emoção, do afeto, do meio, dos hábitos e do seu carácter. É, portanto, introduzido o conceito de corpo-mente, referindo-se ao facto de o corpo ser uma forma de expressão através do movimento e a mente constitui a base da expressão intelectual e emocional de cada um (as cited in Branco, 2010).

Ajuriaguerra contribuiu com a definição do objetivo psicomotor como uma reestruturação do sistema corporal, enaltecendo o estado emocional do sujeito, diferenciando a forma de receção e aprendizagem. Pelo que a psicomotricidade terapêutica reconhece uma grande ligação da terapia motora e a “mudança funcional evolutiva” (as cited in Branco, 2010, p.273).

João dos Santos refere que, em psicomotricidade são fundamentais e inseparáveis conceitos como o de relação, educação, pedagogia e terapia, pois só com a sua união é que é possível olhar, avaliar e tratar o sujeito na sua globalidade (as cited in Branco, 2010).

Para Fonseca (2001) “o objeto da psicomotricidade é a globalidade do sujeito e das suas relações com o corpo sejam elas integrativas, emocionais, simbólicas ou cognitivas, propondo-se desenvolver faculdades expressivas do sujeito (...) com objetivos e meios próprios que se destacam doutras abordagens” (p. 13).

Segundo Ramos e Fernandes (2011) a criança necessita ser vista em três dimensões: a corporal, a afetiva e a cognitiva, proporcionando assim um desenvolvimento evolutivo. Para tal, existem atividades que podem contribuir para este mesmo desenvolvimento entre elas a coordenação motora global, coordenação motora fina e a lateralidade (Almeida, 2006 as cited in Ramos & Fernandes, 2011).

Segundo Vítor da Fonseca e Rui Martins (2001), a intervenção psicomotora pode manifestar-se em diversas situações:

- Com incidência corporal: dispraxia, desarmonias tónico-emocionais, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal e da lateralidade, estruturação espacial e temporal, perturbações da imagem corporal, problemas psicossomáticos;
- Com incidência relacional: dificuldades de comunicação e de contacto, inibição, instabilidade, agressividade, dificuldades de concentração;
- Com incidência cognitiva, no plano do processamento da informação: défices de atenção, de memória, de organização perceptiva, simbólica e conceptual (Fonseca, 2001).

Faria (2004), evidencia que os programas de intervenção precoce, para crianças que se apresentam em situação de risco ou com atraso no seu desenvolvimento, têm exibido uma grande efetividade na redução dessas problemáticas. Estes programas pretendem encontrar e determinar o problema da criança através de uma tónica transdisciplinar, de forma a impulsionar o desenvolvimento de

habilidades básicas e visa os primeiros anos de vida para possibilitar à criança um processo evolutivo mais equilibrado.

Para os autores Delvan, Menezes, Geraldi e Albuquerque (2009) a ação deve ser potencializada pelo seu desenvolvimento numa ótica lúdica em que, através da brincadeira, se despertem qualidades necessárias para a assimilação dos estímulos externos por parte da criança. Apesar do trabalho realizado com a criança beneficiar de um caráter lúdico, na intervenção psicomotora a utilização da ação é sempre praticada para atingir um determinado fim. Em suma, o movimento só pode ser considerado terapêutico se for ponderado para um fim (Fonseca, 2001).

A psicomotricidade torna-se numa mais valia quando introduzida na vida das crianças desde cedo, pois, pelo seu cariz lúdico, permite combater e prevenir diversas problemáticas, sejam elas problemáticas com incidências corporais, relacionais ou cognitivas de uma forma divertida e prazerosa.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo de natureza descritiva, sob a forma de estudo de caso. Uma pesquisa qualitativa costuma ser direcionada ao longo do seu desenvolvimento. O seu foco de interesse é amplo, não procura enumerar ou medir eventos e, geralmente, não utiliza procedimentos estatísticos para análise de dados. Deste tipo de pesquisa faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contacto direto e interativo entre o pesquisador e a situação de objeto de estudo (Neves, 1996).

Godoy (1995a, as cited in Neves, 1996) enumera um conjunto de características essenciais capazes de identificar uma pesquisa de tipo qualitativo: (1) o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como instrumento fundamental; (2) o carácter descritivo; (3) o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida como preocupação do investigador; (4) o enfoque indutivo. Em certa medida, os métodos qualitativos assemelham-se a procedimentos de interpretação dos fenómenos que empregamos no nosso dia-a-dia, que têm a mesma natureza dos dados que o pesquisador qualitativo que emprega na sua pesquisa (Neves, 1996).

O mesmo autor enumera ainda três diferentes possibilidades oferecidas pela abordagem qualitativa: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia. No presente trabalho optou-se pelo estudo de caso uma vez que se baseia na análise profunda de uma unidade de estudo e visa o exame detalhado de um ambiente, de um sujeito ou de uma situação em particular (Godoy, 1995b, p.25 as cited in Neves, 1996).

Compreender e interpretar fenómenos, a partir dos seus significantes e contexto, são tarefas sempre presentes na produção de conhecimento (Neves, 1996).

Sendo este um estudo de caso baseado numa criança de 3 aos diagnosticada com PEA e, sendo a psicomotricidade uma atividade lúdica que pode ser aplicada nas mais diversas problemáticas, torna-se relevante compreender que contributos a psicomotricidade pode trazer a esta criança.

3.2 Instrumento

Para a implementação do nosso estudo foi utilizada a escala de avaliação *The Schedule of Growing Skills II* em dois momentos distintos: antes da implementação do programa de intervenção, com o objetivo de verificar em que nível desenvolvimental a criança se encontra, e depois do programa, para podermos averiguar se existiram progressos e em que áreas de competências.

A escala de avaliação *The Schedule of Growing Skill* tem como principal objetivo a deteção precoce de alguma anomalia nas crianças. Avalia as competências no desenvolvimento infantil, permitindo identificar de formal fiável, simples e prática, o nível de desenvolvimento da criança em nove áreas de competências: controlo postural passivo e ativo, competências locomotoras, competências manipulativas, competências visuais, competências auditivas, compreensão da linguagem, vocalização e linguagem expressiva, interação social e autonomia pessoal (Bellman, Lingam & Aukett, 2008).

Trata-se de um instrumento de avaliação do desenvolvimento da criança entre os 0 aos 5 anos de idade. É um teste que pode ser aplicado entre 10 a 20 minutos e é composto por: “*the child record*”, que contém a lista dos 180 itens em sequência desenvolvimental; “*the profile*”, que fornece um resumo do nível de desenvolvimento da criança; “*the set of material*”, que contém vários instrumentos para a realização dos testes; o livro de bolso, onde explicita detalhes da aplicação e da contagem, explicando também alguns itens mais difíceis do “*child records*” (Bellman, Lingam & Aukett, 2008).

Aquando da aplicação deste instrumento de avaliação, são propostos vários exercícios às crianças (das mais diversas áreas de competências) para que se possa assinalar o que conseguem ou não realizar. É colocado um visto na grelha de avaliação sempre que a criança consegue realizar a tarefa, um Q quando a qualidade do desempenho é questionável, mas, mesmo assim, é pontuado e um X quando a criança não consegue realizar a tarefa. Só se passa para a área de competência seguinte quando a criança não conseguir realizar duas tarefas seguidas.

3.3 Recolha e tratamento de dados

Os dados para este estudo foram recolhidos no espaço em que decorreram as sessões de psicomotricidade, nas instalações de um Jardim de Infância, situado no distrito de Santarém. Foi aplicada a escala de avaliação “*The Schedule of Growing Skills II*”, através de observação direta num primeiro momento antes da intervenção, que serviu de guia para a elaboração dos objetivos a serem trabalhados e para a elaboração do plano de intervenção, plano este que será descrito adiante com maior detalhe. Após a implementação do plano de intervenção foi realizada uma avaliação final, que nos permitiu efetuar comparações.

3.4 Grupo de estudo

Sendo este trabalho um estudo de caso tem, somente, um sujeito: uma criança de sexo masculino, com três anos de idade, encontrando-se a frequentar o Jardim de Infância (identificada como RC).

O RC nasceu em 2011 de parto eutócito, não tendo havido nenhum problema durante a gravidez e tendo a mesma disposto de acompanhamento médico. No momento, é acompanhado em consulta de Pediatria e consulta de Desenvolvimento no Hospital de Santarém e em consulta de Neurologia Pediátrica no Hospital S. Francisco Xavier. Em 2014 foi reavaliado em consulta de Neurologia Pediátrica, registando-se um atraso muito marcado na comunicação e na interação com os pares, para além da pobreza de linguagem.

O RC demonstra dificuldades em interagir com as crianças da sua idade, brincando perto das mesmas mas nunca partilhando, preferindo brincar junto dos adultos de referência. Aquando da avaliação inicial, eram poucas as palavras que dizia, comunicando mutuamente por verbalizações e gestos. Apresenta um atraso global no seu desenvolvimento motor e não consegue compreender regras nem esperar pela sua vez num jogo. Quando contrariado, tem comportamentos agressivos e de teimosia.

4 RESULTADOS

4.1 Nível Desenvolvimental Inicial (Referenciado à Idade)

Neste ponto será apresentada a avaliação inicial da criança, tendo sido este o ponto de partida para o nosso programa de intervenção.

O RC foi avaliado através de observação direta e com o auxílio da escala de avaliação *The Schedule of Growing Skills II* (Tabela 1). A avaliação foi repartida em duas partes: numa primeira instância foi realizada na sala que frequenta onde, mesmo com a presença de outrem, o ambiente foi calmo e, numa segunda instância foi realizada numa sala à parte, só com a criança, para se poder avaliar com precisão alguns indicadores.

Tabela 1

Perfil de desenvolvimento do RC na avaliação inicial.

Áreas de Competências										
	Postura Passiva	Postura Ativa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60 Meses			20	28	20	21	22	24	23	34
			19	27	20	20	21	24	22	33
48 Meses			18	26	19	19	20	23	20	31
			17	25	19	18	19	23	19	30
				24					18	29
36 Meses			16	23	18	17	18	22	17	27
			15	22	17	16	17	21	16	26
				21				20		25
30 Meses			14	20	16	15	16	19	15	23
			13	19		14	15	18	14	22
				18						21
24 Meses			12	17	15	13	14	17	13	18
			11	16	14	12	13	16	12	19
			10	15	14	12	12	16	11	17
18 Meses			9	14	13	11	11	15	10	15
			8	13	13	10	11	14	9	14
			7	12	13	10	11	14	8	13
15 Meses			6	11	12	9	10	13	7	11
			5	10	12	9	9	12	6	10
				10			8	11	6	9
12 Meses		12	4	9	11	8	7	10	5	8
			3	8	10	7	6	9	4	7
				8	10	7	6	8	4	6
10 Meses		11	2	7	9	6	5	7	3	5
		10	1	7	9	6	5	7	3	4
8 Meses		9		6	8	5	4	6	2	3
		8		6	8	5	4	6	2	2
		7		6	8	5	4	6	2	2
6 Meses	9	6		5	7	4	3	5	1	1
	8	5		4	6	3	3	4		
	7	4		4	6	3	3	4		
3 Meses	6	3		3	5	2	2	3		
	5			2	4			2		
	4			2	4			2		
1 Mês	3	2		1	3		1	1		
	2				2					
	1				1					
		1			1					

Ao momento da avaliação o RC tem trinta e sete meses e dezassete dias de idade e, durante a mesma, demonstrou ser uma criança amigável e meiga. O RC tem períodos mínimos de concentração o que dificultou um pouco a avaliação, na medida em que era necessário estar permanentemente a chamar a sua atenção. Em algumas das tarefas solicitadas notou-se que o mesmo apresenta alguma rigidez tónica.

A linha laranja representa a idade cronológica do RC e a linha azul indica-nos o seu perfil de desenvolvimento nas competências avaliadas.

No que diz respeito às Capacidades Locomotoras, no indicador Movimento e Balanço, o RC salta elevando ambos os pés do chão, sendo este ponto avaliado com Q devido à qualidade de desempenho, tendo dificuldades em andar e correr em bicos dos pés. No indicador Escadas verificou-se que o mesmo sobe escadas com a mão segura sem alternância de pés.

Nas Capacidades Manipulativas, no indicador Mãos, verifica-se que o RC vira várias páginas de cada vez de um livro, mas não realiza pinça nítida nem vira páginas de um livro uma de cada vez. No indicador Cubos, constata-se que consegue construir uma torre com 4 a 6 cubos e no indicador Desenho o rabisco circular foi avaliado com Q devido à qualidade de desempenho.

Em relação às Capacidades Visuais, no indicador Função Visual, o RC apresenta dificuldades em apontar com precisão para um objeto pequeno e no indicador Compreensão Visual mostra-se interessado em movimentos distantes, mas não procura objetos escondidos nem se mostra interessado em gravuras.

No que se refere à Audição e Fala, no indicador Compreensão Auditiva, o RC aponta para as partes do corpo numa boneca, mas apresenta dificuldade em seguir uma ordem de dois passos.

Relativamente à Fala e Linguagem, no indicador Vocalização, o RC imita os sons dos adultos, mas avalia-se com Q o seu falar. Já no indicador Linguagem Expressiva, utiliza somente lalações, pois ainda não consegue utilizar uma palavra no seu respetivo significado.

Nas Capacidades de Interação Social, no indicador Comportamento Social o RC demonstra comportamentos rebeldes quando contrariado, não brinca com outras crianças nem partilha brinquedos, preferindo brincar junto de um adulto de referência. No indicador Jogo chuta uma bola grande, mas não encontra rapidamente um objeto escondido nem atira uma bola pequena com a mão por cima da cabeça.

Por fim, nas Capacidades Sociais de Autonomia, no indicador Alimentação, constata-se que o RC levanta o copo com uma mão, bebe e coloca-o novamente na mesa sem grande dificuldade, mas no indicador Higiene não tem qualquer avaliação, pois não dá sinal quando está molhado ou com fezes.

Em síntese, como podemos observar no Quadro 1, o RC apresenta um perfil de desenvolvimento abaixo da sua idade cronológica, sendo que esta diferença é considerada significativa.

4.2 Programa de Intervenção

Após os resultados obtidos com a avaliação inicial, foi realizado um programa de intervenção para o RC. Para a realização deste mesmo, foi tido em conta o perfil intraindividual da criança, ou seja, as suas áreas fortes e as suas áreas fracas.

Visto não haver nenhuma área que estivesse igualada ou acima da idade cronológica do RC, foram consideradas áreas fortes as que se encontraram mais perto da sua idade cronológica. De acordo com o Quadro 1, considerámos como áreas fortes as Capacidades Locomotoras e as Capacidades Manipulativas, estando estas avaliadas nos 24 meses, e como áreas fracas as Capacidades Visuais e a Fala e Linguagem, estando estas avaliadas nos 8 e 12 meses, respetivamente.

Posteriormente ao perfil intraindividual, foram estabelecidos os objetivos gerais e os objetivos específicos para o programa de intervenção. Todos os objetivos estabelecidos tiveram em conta o perfil de desenvolvimento do RC que, como descrito anteriormente, e apesar do perfil intraindividual nos mostrar quais as suas áreas fortes e as suas áreas fracas, não apresentou nenhuma competência que se encontre igualada ou acima da sua idade cronológica. Deste modo, as áreas fortes não foram apenas meios para atingir as áreas fracas como, também, foram trabalhadas com a finalidade de atingir a sua idade cronológica (Tabela 2).

Tabela 2

Objetivos gerais e específicos para o programa de intervenção.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
1. Desenvolvimento do tónus muscular	1.1. Promover a redução de paratonias 1.2. Promover a redução de sincinésias
2. Desenvolvimento da somatognósia	2.1. Desenvolver o sentido cinestésico
3. Desenvolvimento da motricidade global	3.1. Desenvolver a coordenação óculo-manual
	3.2. Desenvolver a coordenação óculo-pedal
	3.3. Desenvolver a agilidade
4. Desenvolvimento da motricidade fina	4.1. Desenvolver a coordenação dinâmica manual
	4.2. Desenvolver a pega em pinça
5. Desenvolvimento sensorial no âmbito da fala	5.1. Fomentar a compreensão de frases mais complexas
	5.2. Promover a imitação de palavras
6. Promover o comportamento social	6.1. Promover boas interações sociais
	6.2. Promover a atenção e a curiosidade ao meio que o envolve

Os objetivos gerais e específicos serviram de base à programação das sessões, sessões estas que foram planeadas e adaptadas de acordo com as necessidades da criança.

O plano de intervenção teve uma duração de seis meses. Todas as sessões realizadas foram sessões individuais, uma vez por semana e com duração de 30 a 35 minutos cada. O aspeto lúdico foi tido em conta em cada sessão realizada, para que a criança sentisse agrado, entusiasmo e desfrutasse em pleno das tarefas realizadas.

As sessões foram planeadas para que tivessem três momentos fundamentais: (1) Ativação Geral - que serve para preparar as estruturas necessárias à sessão; (2) Parte Fundamental - a sessão propriamente dita; (3) Retorno à Calma - que serve para retomar à calma as estruturas mobilizadas durante a sessão (ver Anexo 1). No fim de cada sessão foi realizado um relatório de sessão (diário de bordo) onde era anotado o comportamento do RC, bem como a sua adesão aos exercícios realizados na sessão. Assim, foi possível modificar-se e ajustar-se as sessões aos comportamentos e necessidades do RC.

4.3 Nível Desenvolvimental Final (Referenciado à Idade)

Após os seis meses a implementar o programa de intervenção, o RC foi reavaliado, com o mesmo método da avaliação inicial, ou seja, através de observação direta e com o auxílio da escala The Schedule of Growing Skills II (Tabela 3). A avaliação final foi realizada exatamente da mesma forma que a avaliação inicial.

Ao momento desta avaliação, o RC tem quarenta e quatro meses vinte e sete dias de idade e, durante a mesma, demonstrou ser uma criança amigável e meiga.

A linha laranja representa a idade cronológica do RC e a linha azul indica-nos o seu perfil de desenvolvimento nas competências avaliadas.

A avaliação final decorreu sem quaisquer incidentes, conseguindo-se o RC manter concentrado por alguns minutos. Verificou-se, ainda, uma diminuição da rigidez tónica dos membros superiores.

Tabela 3

Perfil de desenvolvimento do RC, na avaliação final.

Áreas de Competências										
	Postura Passiva	Postura Ativa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60			20	28		21	22		23	34
Meses					20			24	22	33
			19	27		20	21		21	32
48			18	26		19	20		20	31
Meses				25	19			23	19	30
			17	24		18	19		18	29
36										28
			16	23	18	17	18	22	17	27
				22				21		26
30				21	17	16	17	20	16	25
			15							24
			14	20	16	15	16	19	15	23
Meses				19						22
			13	18		14	15	18	14	21
										20
24			12	17	15	13	14	17	13	18
			11	16		12	13		12	19
			10	15	14	12	12	16	11	17
18										16
			9	14		11		15	10	15
			8	13	13		11		9	14
Meses			7	12		10		14	8	13
										12
			6	11			10	13	7	11
15										
			5	10	12	9	9	12	6	10
										9
12			4	9	11	8	7	10	5	8
		12						9		7
			3	8	10	7	6	8	4	6
10										
		11	2							5
				7	9	6	5	7	3	
Meses		10	1							4
8		9								3

No que diz respeito às Capacidades Locomotoras, no indicador Movimento e Balanço, o RC corre em bicos dos pés, sendo este ponto avaliado com Q devido à qualidade de desempenho, tendo dificuldades em dar três saltos ao pé coxinho e andar colocando o calcanhar de um pé em frente da ponta do outro. No indicador Escadas foi verificado que sobe escadas com alternância de pés e desce escadas sem alternância de pés, tendo sido este ponto avaliado com Q.

Nas Capacidades Manipulativas, no indicador Mãos, verifica-se que o RC vira várias páginas de cada vez de um livro e já realiza pinça nítida, mas ainda não vira páginas de um livro uma de cada vez, nem coloca 10 pinos numa chávena em trinta segundos. No indicador Cubos, constata-se que consegue construir uma torre com 7 ou mais cubos e no indicador Desenho imita a linha vertical e/ou horizontal, tendo sido este ponto avaliado com Q devido à qualidade de desempenho.

Em relação às Capacidades Visuais, no indicador Função Visual, o RC aponta com o indicador com precisão para objeto pequeno, sendo avaliado com Q devido à qualidade de desempenho. No indicador Compreensão Visual o RC completa quadros de formas, sendo avaliado com Q, pois apresenta dificuldade em procurar objetos escondidos² e em completar quadro de peixes.

² O RC não procura objetos escondidos quando os mesmos são escondidos no momento mas, quando é hora do recreio, sabe que a bola que mais gosta está escondida/guardada no cacifo da sua educadora.

No que se refere à Audição e Fala, no indicador Compreensão Auditiva, o RC cumpre uma ordem com duas instruções, mas não compreende afirmações na negativa e no ITEM compreende adjetivos relacionados com a dimensão foi avaliado com Q devido à qualidade de desempenho.

Relativamente à Fala e Linguagem, no indicador Linguagem Expressiva, o RC tenta repetir palavras usadas por outros, mas não utiliza mais de sete palavras com significado e o uso de quatro palavras com significado foi avaliado com Q.

Nas Capacidades de Interação Social, no indicador Comportamento Social o RC brinca perto de outras crianças, mas não partilha brinquedos. No indicador Jogo, atira uma bola pequena por cima da cabeça, mas não encontra rapidamente um objeto escondido nem sabe aguardar a sua vez num jogo.

Por fim, nas Capacidades Sociais de Autonomia, no indicador Alimentação, o RC não necessita de ajuda durante toda a refeição, mas ainda só come com garfo não utilizando faca. No indicador Higiene já antecipa as necessidades de higiene e mantém-se seco durante o dia (este último ponto desenvolveu-se há pouco tempo).

Como podemos observar na Tabela 3, o RC continua a apresentar um perfil de desenvolvimento abaixo da sua idade cronológica, mas constataram-se evoluções em todas as competências.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após uma análise dos resultados iniciais e finais obtidos através da aplicação da escala de avaliação *The Schedule of Growing Skills II*, iremos proceder à comparação dos níveis desenvolvimentais (referenciado à idade) ilustrados na Tabela 4.

Tabela 4

Comparação dos níveis desenvolvimentais com referência à idade do RC.

	Avaliação Inicial			DIF	Avaliação Final			DIF	Resultado FINAL
	IC	SCORE	ID		IC	SCORE	ID		
Locomoção	37	12	24	-13	44	15	36	-8	5
Manipulação	37	15	24	-13	44	17	24	-20	-7
Visual	37	8	8	-29	44	12	15	-29	0
Audição/Fala	37	11	18	-19	44	16	36	-8	11
Fala/Linguagem	37	6	12	-25	44	10	15	-29	-4
Social	37	15	18	-19	44	17	24	-20	-1
Autonomia	37	9	18	-19	44	15	30	-14	5
Cognição	37	10	15	-22	44	25	18	-26	-4

Na avaliação inicial o RC apresenta uma diferença de menos 13 meses entre a idade desenvolvimental e a idade cronológica nas competências da Locomoção e da manipulação, sendo estas as que se aproximam mais à sua idade cronológica. Nas competências da Audição/Fala, Social e da Autonomia verifica-se uma diferença de menos 19 meses entre a idade desenvolvimental e a idade cronológica. Na competência da Cognição constata-se uma diferença de menos 22 meses, na competência da Fala/Linguagem uma diferença de menos 25 meses e na competência Visual uma diferença de menos 29 meses, sendo esta última a sua área mais fraca, ou seja, a que apresenta uma diferença maior entre a idade desenvolvimental e a idade cronológica.

Na avaliação final o RC apresenta uma diferença de menos 8 meses entre a idade desenvolvimental e a idade cronológica nas competências da Locomoção e da Audição/Fala, sendo estas as que mais se aproximam à sua idade cronológica. Na competência da Autonomia verifica-se uma diferença de menos 14 meses e nas competências da Manipulação e Social uma diferença de menos 20 meses. Na competência da Cognição constata-se uma diferença de menos 26 meses e nas competências

Visuais e da Fala/Linguagem uma diferença de menos 29 meses, sendo estas duas últimas as áreas que se encontram mais afastadas da sua idade cronológica.

Confrontando a avaliação inicial com a avaliação final, verificamos que o RC adquiriu competências em todas as áreas trabalhadas, exceto na área da Manipulação, mas estas competências adquiridas nunca foram suficientes para igualar a idade desenvolvimental com a idade cronológica. A área onde se verificou uma maior evolução foi na competência da Audição/Fala, seguida das competências da Locomoção e da Autonomia. Na área da Manipulação a idade desenvolvimental manteve-se nos 24 meses tanto na avaliação inicial como na avaliação final.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve como principal finalidade verificar se um programa de intervenção de Psicomotricidade implementado na Intervenção Precoce na Infância traria benefícios para a criança com PEA. As crianças com esta perturbação têm o seu desenvolvimento global comprometido e o caso do RC não foi diferente, já que este apresentava limitações ao nível da interação social, da comunicação e do jogo. O desenvolvimento é considerado um processo contínuo de mudanças, sendo estas mudanças o resultado de interações dentro do sujeito e de interações entre o sujeito e o meio (Haywood & Getchell, 2004) e a Psicomotricidade encontra-se além de uma técnica corporal, pois esta educa o movimento englobando, ao mesmo tempo, funções intelectuais através da motricidade (Vasconcelos, 2003), pelo que podemos afirmar que um programa de intervenção deste tipo foi adequado e benéfico para o RC.

A aquisição de competências foi notória, mesmo do ponto de vista da educadora que acompanha o RC na sala, apesar de não se ter conseguido igualar a sua idade desenvolvimental com a sua idade cronológica. Constatou-se que os períodos de concentração aumentaram, visto que já consegue visualizar a explicação da tarefa antes da realização da mesma. Podemos afirmar, igualmente, que a sua forma de comunicação melhorou, pois já não comunica somente por vocalizações e gestos, conseguindo verbalizar uma ou outra palavra e tentando frequentemente reproduzir palavras ditas pelos adultos. Apesar de não partilhar brinquedos e brincadeiras com as outras crianças da sua sala, quando integrado em tarefas de grande grupo, o RC já consegue permanecer mais algum tempo no seu lugar sem importunar os outros. Verificou-se, também, que os comportamentos agressivos e de teimosia diminuíram, conseguindo aceitar um "não" como resposta.

É importante salientar que durante todo o processo de intervenção, o RC era acompanhado por uma educadora da intervenção precoce, frequentava aulas de hip-hop e a educadora da sala ajudou a trabalhar as rotinas diárias. Relativamente à terapia da fala, só teve duas vezes durante este tempo do estudo.

Em relação às limitações encontradas, é importante realçar que o facto do estudo ser somente com uma criança se torna por si só um fator limitativo, já que impede a formulação de generalizações. Se o presente estudo tivesse sido realizado com um grupo da mesma faixa etária do RC, seria possível comparar resultados entre todas as crianças. A duração de cada sessão e o facto de ser meramente uma vez por semana, também pode ser considerada uma limitação pois, eventualmente, com mais tempo de sessão e mais do que uma vez por semana, se pudessem verificar resultados mais positivos. Não obstante, evitou-se sobrecarregar a criança em estudo, já que esta se encontrava também a frequentar outro tipo de atividades.

Com a aplicação deste programa ficam em aberto perspectivas positivas face ao contributo de programas de intervenção precoce de fundamento psicomotor, recomendando-se que, em estudos futuros, se possam conceber estudos desta natureza com um maior número de crianças.

8 REFERÊNCIAS

- Almeida, I. C. (2000). A importância da intervenção precoce no actual contexto sócio-educativo. *Cadernos CEACF*, 15/16, 55-74.
- Bellman, M., Lingam, S. & Aukett, A. (2008). *Schedule of Growing Skill II: user's guide*. (second edition). Londres: NFER. Nelson Publishing Company.
- Branco, M. (2010). *João do Santos - Saúde Mental e Educação*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Cardeira, C., Almeida, A., Martins, C., Bento, M. & Cabeleira, F. (2011). Perfil de desenvolvimento global de crianças institucionalizadas e não institucionalizadas. *INFAD Revista de Psicologia*, nº 1, Vol. 1, 379-388. Disponível em: http://infad.eu/RevistaINFAD/2011/n1/volumen1/INFAD_010123_379-388.pdf
- Caron, J. (2010). PSICOMOTRICIDADE: Um recurso envolvente na psicopedagogia para a aprendizagem. *Revista de Educação do IDEAU*, 5(10), 1-17.
- Dec-Lei 281/2009, de 6 de Outubro. Diário da República, 1ª Série, Nº 193, Pg. 7298 - 7301.
- Delvan, J. D. S., Menezes, M., Geraldi, P. A. & Albuquerque, L. B. G. (2009). Estimulação precoce com bebês e pequenas crianças hospitalizadas: uma intervenção em psicologia pediátrica. *Revista Contrapontos*, 9(3), 79-93.
- Farias, G. C. (2004). Intervenção Precoce: Reflexões sobre o desenvolvimento da criança cega até aos 2 anos de idade. *Pensar a Prática*, 7(1), 85-102.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade - Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Haywood, K. & Getchell, N. (2004). *Desenvolvimento motor ao longo da vida*. São Paulo: ARTMED.
- Moreira, I. (2009). *Contributos de um programa baseado na Dançoterapia/Movimento Expressivo no desenvolvimento da Comunicação Não-verbal em crianças e jovens com PEA*. PDF, Dissertação de Mestrado em Educação Especial, Faculdade de Motricidade Humana – Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Neves, J. L. (1996). Pesquisa Qualitativa - Características, Usos e Possibilidades. *Cadernos de Pesquisas em Administração*, Vol. 1, Nº.3, 1-5.
- Oliveira, S. (no prelo). *O Papel do Psicomotricista numa Equipa Local de Intervenção Precoce*.
- Pereira, A. F. (2010). *Crescer e aprender nas rotinas: Estudo de caso de uma criança com Perturbações do Espectro do Autismo*. Dissertação de Mestrado em Educação Especial área de Intervenção Precoce, Instituto de Educação - Universidade do Minho, Minho, Portugal.
- Ramos, C. S. & Fernandes, M. M. (2011). A importância de desenvolver a psicomotricidade na infância. *Efdesportes - Revista digital*, nº 153, Ano 15. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd153/a-importancia-a-psicomotricidade-na-infancia.htm>
- Sousa, D. C. (2004). O corpo e o movimento psicomotor. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, nº 14, 17-26. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3740245>
- Sousa, P. M. L. & Santos, I. M. S. C. (n.d.). Caracterização da Síndrome Autista. *Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0259.pdf>
- Vasconcelos, M. M. (2003). Psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, nº12, 51-60. Disponível em: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3742583>