



Universidade Técnica de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana

Relatório de Estágio Profissionalizante CERCI de Lisboa – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa

RELATÓRIO DE ESTÁGIO ELABORADO COM VISTA À OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM
REABILITAÇÃO PSICOMOTORA

Orientadora: Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogal

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Vogal

Professor Doutor António José Mendes Rodrigues

Adriana Afonso

2013

Agradecimentos

À minha família, pelo apoio incondicional e por toda a confiança.

Às minhas orientadoras, Elisabete Sousa e Mónica Estevens, por todas as aprendizagens, pela confiança no meu trabalho e pela disponibilidade com que sempre esclareceram as minhas dúvidas.

À Professora Doutora Sofia Santos, professora e orientadora sempre presente, disponível e transmissora de conhecimento. Um apoio imprescindível.

À CERIC Lisboa, e a todos os seus colaboradores, pela simpatia, carinho e disponibilidade com que me receberam e integraram.

A todos os clientes da CERIC Lisboa, pelos momentos de aprendizagem e desafio que me proporcionaram e pelo carinho que sempre demonstraram. A eles especialmente.

A todos os que estiveram próximos neste último ano.

Obrigada!

Resumo

O presente relatório reflete, de forma breve, o trabalho desenvolvido durante o estágio inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no âmbito da intervenção psicomotora na população com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID). O estágio realizou-se na CERC Lisboa, nomeadamente no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa, durante 8 meses de intervenção com jovens e adultos, focada na atividade motora e em meio aquático. O objetivo principal centrou-se na manutenção da funcionalidade psicomotora, na promoção de vivências corporais enriquecedoras e na promoção da qualidade de vida, através de atividades coletivas e lúdicas. A intervenção psicomotora, com esta população, deve ir ao encontro das competências e dificuldades dos indivíduos, nomeadamente ao nível da estimulação de comportamentos e competências adaptativas. As orientações da intervenção devem ainda permitir que esta seja socialmente válida e contribua para promover atitudes positivas nas pessoas com dificuldades. Assim, este documento apresenta o percurso de trabalho, desde a integração na instituição à organização e implementação das ações de intervenção terminando com uma avaliação e balanço global do período de estágio.

Palavras-Chave

Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais; Intervenção Psicomotora; Autonomia, Qualidade de Vida; Atividade Motora Adaptada, Atividade em Meio Aquático; CERC Lisboa; Escala de Comportamento Adaptativo; Apoios; Funcionalidade

Abstract

This report reflects, briefly, the work developed during the internship that is part of the Masters in Psychomotor Therapy, as part of the psychomotor intervention with people with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD). The stage took place at *CERC Lisboa*, in the *Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa* during 8 months of intervention with young and adult people, focused on adapted motor activity and aquatic activity. The main objective was the maintenance of psychomotor function, the promotion of enriching body experiences and quality of life through collective and ludic activities. The psychomotor intervention with this population should be oriented to the capacities and difficulties of people, particularly in terms of stimulating adaptive behaviors and skills. The guidelines for the intervention must allow it to be socially valid and contribute to promote positive attitudes in people with difficulties. Thus, this document introduces the working path, since the integration in the institution to the organization and implementation of intervention actions concluding with an evaluation and overall balance of the internship period.

Key-words: Intellectual and Developmental Disability; Psychomotor Intervention; Independent Functioning; Quality of Life; Adapted Physical Activity; Aquatic therapy; CERC Lisboa; Adaptive Behavior Scale; Supports; Functionality

Índice Geral

1.Introdução.....	1
2.Enquadramento da prática profissional.....	3
2.1 Enquadramento Institucional Formal.....	3
2.1.1 Caraterização da CERCI Lisboa.....	3
2.1.2 Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa.....	6
2.1.3 Complexo Municipal do Casal Vistoso.....	7
2.2 Intervenção Psicomotora e Contextos.....	8
2.3 Intervenção psicomotora na instituição.....	10
2.3.1 Atividade motora adaptada.....	12
2.3.2 Atividade em meio aquático.....	13
2.3.3 Relaxação.....	15
2.4 Métodos e Estratégias de Intervenção.....	18
2.5 Importância da Avaliação e da Avaliação Psicomotora.....	19
2.6 Caraterização da População-Alvo.....	22
2.6.1 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.....	22
2.6.2 Trissomia 21.....	25
2.6.3 Deficiência Motora.....	28
2.6.4 Doença Mental.....	30
3. Realização da Prática Profissional.....	32
3.1 Organização e Calendarização.....	32
3.2 Processo de Intervenção.....	32
3.2.1 População Apoiada.....	32
3.2.2 Avaliação e Instrumentos de Avaliação.....	34
3.2.3 Objetivos e atividades.....	36
3.2.4 Atividades Complementares ou de Formação.....	37
3.2.5 Resultados - Análise Crítica da Intervenção.....	39
3.2.6 Dificuldades e Limitações.....	40
4. Estudos de Caso.....	42
4.1 Dados anamnésicos do L.C.....	42
4.1.1 Avaliação inicial.....	43
4.1.2 Plano de intervenção.....	44
4.1.3 Intervenção psicomotora.....	46
4.1.4 Avaliação final.....	46
4.1.5 Conclusões.....	48
4.2 Dados amnésicos do L.F.....	48

4.2.1 Avaliação Inicial	49
4.2.2 Plano de Intervenção	50
4.2.3 Intervenção Psicomotora	51
4.2.4 Avaliação Final	52
4.2.5 Conclusões	53
5. Projeto “À conversa com...”	54
6. Conclusão.....	56
6. Referências Bibliográficas	58

Índice de Tabelas

Tabela 1: Cronograma de atividades	32
Tabela 2: Horário de Estágio	33
Tabela 3: Caracterização dos Grupos	33
Tabela 4: Resultados Gerais ECAP (L.C.)	44
Tabela 5: Objetivos Específicos - Atividade Motora (L.C.)	45
Tabela 6: Objetivos Específicos - Atividade em Meio Aquático (L.C.)	45
Tabela 7: Avaliação Final (L.C.)	47
Tabela 8: Resultados Gerais ECAP (L.F.)	49
Tabela 9: Objetivos Específicos - Atividade Motora (L.F.)	50
Tabela 10: Objetivos Específicos - Atividade em Meio Aquático (L.F.)	51
Tabela 11: Avaliação Final (L.F.)	52

Índice de Figuras

Figura 1: Estrutura geral da Definição de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (Luckasson et al, 2002)	23
--	----

Índice de Anexos

Anexo I: Exemplo de plano de sessão e relatório de atividade motora	ix
Anexo II: Exemplo de plano de sessão e relatório de atividade em meio aquático	xiii
Anexo III: Grelha de Avaliação em Psicomotricidade	xvii
Anexo IV: Declaração de Consentimento Livre e Informado	xxx

1.Introdução

O presente relatório insere-se na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, também denominado por Estágio, que de acordo com o disposto no Despacho n.º 10099/2009 publicado no *Diário da República, 2.ª série — N.º 73 — 15 de Abril de 2009*, faz parte integrante do plano curricular do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade Técnica de Lisboa. Esta unidade curricular apresenta um regulamento próprio, que apresenta como objetivos gerais (RACP, 2013):

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar;
- Desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de Intervenção;
- Desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

Ainda inserido no âmbito dos objetivos a atingir, o referido regulamento estipula como objetivos específicos:

- Proporcionar aprendizagem e treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências nos seguintes domínios:
 - a) **Intervenção pedagógico-terapêutica** (psicomotora): pretende-se que o mestrando relacione os saberes próprios da sua especialidade, (transversais e interdisciplinares) com as atividades profissionais associadas ao processo de intervenção, nomeadamente: avaliação do desenvolvimento psicomotor e estabelecimento do perfil intraindividual; conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da reabilitação psicomotora, ao nível do desenvolvimento, reeducação e terapia psicomotora; identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor e elaboração das respetivas medidas preventivas e profiláticas;
 - b) **Relação com outros profissionais**: pretende-se que o mestrando relacione os saberes próprios da sua especialidade com as atividades profissionais associadas ao processo de comunicação e partilha de saberes no seio de equipas multidisciplinares: participação tanto na avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e de aprendizagem em equipa multidisciplinar como na conceção e desenvolvimento de planos e programas multidisciplinares de reabilitação, em cooperação com outros profissionais, visando a promoção do potencial de adaptação e de aprendizagem e a inclusão social do indivíduo; e
 - c) **Relação com a comunidade**: pretende-se que o mestrando se integre na comunidade, através do desenvolvimento de projetos nas instituições ou na comunidade, privilegiando a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos) nos processos de: orientação e aconselhamento nas diferentes áreas de intervenção da psicomotricidade ao nível pessoal, familiar e comunitário; observação e análise da conceção e dinamização de projetos e realização de eventos

para a divulgação das atividades do RACP e dinamização da relação da instituição com a comunidade.

No que se refere especificamente ao presente contexto de estágio, e dado inserir-se no domínio da Funcionalidade e Qualidade de Vida, pretende-se que o aluno adquira **competências** para (RACP, 2013):

- Desenvolver metodologias e instrumentos específicos de avaliação para as diferentes situações de Deficiência com implicações no planeamento da intervenção em Reabilitação Psicomotora;
- Desenvolver metodologias e instrumentos específicos de intervenção para as diferentes situações de Deficiência, em Reabilitação Psicomotora;

O Estágio foi realizado na CERC Lisboa, no Centro de Transição para a Vida Ativa e Adulta com jovens e adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental, ao longo do ano letivo 2012/2013.

Para uma melhor compreensão do presente relatório, o documento está organizado em cinco partes principais. A primeira parte é constituída por uma breve caracterização da instituição, das suas respostas e serviços prestados à população, pela revisão bibliográfica do conceito de Psicomotricidade, da intervenção psicomotora, os contextos de atuação relevantes no âmbito do estágio descrito (atividade motora, atividade em meio aquático e relaxação) e ainda, a caracterização da população-alvo. A segunda parte retrata a realização da prática profissional, onde são abordadas todas as temáticas inerentes a um relatório desta natureza: descrição resumida da população apoiada, calendarização das atividades, caracterização do contexto de intervenção, processo de intervenção e por fim, atividades complementares de formação. A terceira parte encerra as informações relativas aos estudos de caso bem como os aspetos específicos da intervenção com os mesmos (anamnese, avaliação, intervenção etc.). Por fim, na última parte do relatório, é apresentada uma breve descrição do projeto realizado e as conclusões relativas à experiência durante o período de estágio, bem como algumas ideias e perspetivas para o futuro da intervenção.

2. Enquadramento da prática profissional

Neste capítulo abordam-se as questões teóricas mais relevantes relacionadas com a Psicomotricidade e a Intervenção Psicomotora, visto ser a base de todo o trabalho de estágio, bem como os vários contextos em que se aplica e as metodologias interventivas mais comuns. Apresentar-se-á também a caracterização da instituição e as metodologias específicas da intervenção psicomotora na mesma, bem como uma abordagem às questões teóricas relacionadas com a importância da avaliação e, nomeadamente, da avaliação psicomotora.

2.1 Enquadramento Institucional Formal

Com o estágio, o ano letivo de 2012/2013 distancia-se ligeiramente da Faculdade para poder dar espaço e oportunidade aos alunos de 2º ciclo de observarem e participarem na realidade das instituições, que serão, provavelmente, um local de trabalho importante no futuro. Assim, é possível observar e vivenciar de perto o quotidiano e as dinâmicas institucionais, neste caso da CERCÍ Lisboa, que a seguir se descreve.

2.1.1 Caracterização da CERCÍ Lisboa

Resenha Histórica

A segunda metade da década de 70 marca o início do movimento CERCÍ (Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades), assente nas preocupações das famílias, técnicos e comunidade perante questões relacionadas com a deficiência intelectual. Assim, é nesta altura que surge a CERCÍ Lisboa, registada como Pessoa Coletiva de Utilidade Pública, com o seu primeiro centro nos Olivais (Julho de 1975), para dar resposta às necessidades e preocupações desta população, assumindo-se como pioneira no trabalho desenvolvido junto da população com deficiência. Posteriormente, as respostas tiveram necessidade de se difundir um pouco por todo o território nacional sendo que, atualmente, podem contabilizar-se 51 núcleos CERCÍ a funcionar (Fenacerci, s/d). A par deste crescimento generalizado, a CERCÍ Lisboa amplia também as suas respostas e edifica mais dois centros: em Marvila e em Carnide.

As várias cooperativas assumem-se como entidades prestadoras de serviços que intervêm em áreas que são da competência e obrigação do Estado e apresentam como objetivo principal a estruturação de respostas adequadas ao desenvolvimento das crianças, jovens e adultos com deficiência, bem como, apoiar e promover a sua inclusão na sociedade (Fenacerci, s/d).

Neste sentido, a CERCÍ Lisboa mostra, sem dúvida uma visão atualizada e avançada no que concerne ao trabalho com a população com deficiência, promovendo diariamente, a autonomia e qualidade de vida dos seus clientes (CERCÍ Lisboa, 2012). Para isso, a instituição procura manter-se atualizada do ponto de vista teórico e prático, acompanhando as mudanças sociais e enfrentando os desafios que se colocam no âmbito das atuais políticas nacionais e internacionais, sempre numa perspetiva de abertura ao exterior e à comunidade.

Missão, Visão, Valores e Princípios

Desta forma, importa salientar as principais linhas orientadoras que regem o trabalho na CERCI Lisboa, e se assumem como *missão, visão, valores e princípios* (CERCI Lisboa, s/d).

A *missão* da instituição é a de “contribuir para a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e multideficiência, atuando na prevenção, sensibilização, promoção de competências e capacidades e desenvolvimento de atividades, através do fomento de uma comunidade orientada pelo otimismo, motivação e pela não discriminação” (CERCI Lisboa, 2011a).

Quanto à *visão*, incorpora alguns pontos já referidos acima, a mesma permite identificar a CERCI Lisboa como “entidade de referência no âmbito da inclusão social, proporcionando melhor qualidade de vida aos seus clientes e múltiplas formas de vivência em comum” (CERCI Lisboa, 2011a).

Relativamente aos *valores* estes englobam: otimismo, ética nos procedimentos, determinação na ação, democracia na partilha, flexibilidade nas atitudes, ousadia na inclusão e dedicação à causa (CERCI Lisboa, 2011a). Assim, cada um incorpora o seguinte:

- Otimismo: assumir uma atitude positiva encarando os desafios como oportunidades.
- Ética nos procedimentos: os princípios éticos são insubstituíveis e determinam todas as ações.
- Determinação na ação: assumir com persistência o alcance dos objetivos e procurar ativamente práticas inovadoras.
- Democracia na partilha: assumir um conjunto de princípios e práticas profissionais que permitam a proteção dos direitos humanos fundamentais e uma participação ativa na vida da CERCI.
- Flexibilidade nas atitudes: assumir atitudes de acordo com as várias situações.
- Ousadia na inclusão: assumir a inclusão como elemento orientador das ações de forma inovadora e personalizada.
- Dedicação à causa: assumir que as ações só têm significado útil se forem realizadas com interesse, empenho e dedicação (CERCI Lisboa, 2011a).

A instituição rege-se ainda por um conjunto de políticas organizacionais que norteiam o seu trabalho. São elas a política de ética, de qualidade, de confidencialidade e de recrutamento. No âmbito deste trabalho, sem desvalorizar as demais, parece ser relevante referir com pormenor o que diz respeito à política de qualidade da instituição (CERCI Lisboa, s/d) Esta visa, “assegurar a satisfação das necessidades e a promoção da qualidade de vida de todos os clientes, com respeito pela sua individualidade e pelos seus direitos fundamentais, com profissionais cada vez mais qualificados e motivados para a função que exercem e com pro-atividade na melhoria contínua dos processos definidos” (CERCI Lisboa, 2011a). Ainda neste domínio importa referir que a qualidade dos serviços prestados pela CERCI Lisboa foi reconhecida em 2011 pelo sistema europeu de qualidade – EQUASS, nível I *Assurance* - (CERCI Lisboa, 2012) e, as iniciativas formativas são reconhecidas pela Direção Geral do Emprego e das Relações do Trabalho (DGERT) (CERCI Lisboa, s/d). Especificamente quanto ao EQUASS, a sua implementação não só permite uma gestão económica e financeira mais eficaz, como promove a melhoria contínua das práticas de intervenção (CERCI Lisboa, 2011a)

A Intervenção e Respostas Sociais

Na prática, a intervenção na CERC Lisboa baseia-se numa abordagem sistémica e centrada tanto nas necessidades como nas expectativas e preferências de cada cliente e assenta em quatro princípios determinantes: o cliente faz parte ativa do seu projeto de vida; a família está sempre presente e acompanha o desenvolvimento do cliente e das ações com ele implementadas; as necessidades ou potenciais e expectativas do cliente norteiam toda a intervenção; e o planeamento da intervenção centra-se na promoção da qualidade de vida dos clientes (CERC Lisboa, s/d). Desta forma, cada cliente tem um Plano Individual de Intervenção, cuja elaboração conta com a participação da família e dos técnicos da CERC Lisboa, e um Gestor de Projeto de Vida, papel assumido por um técnico com qualificação superior e colaborador da instituição (CERC Lisboa, s/d).

Quanto às repostas sociais estas são diversificadas e abrangem um grande número de clientes nas mais diversas valências. Assim, a CERC Lisboa incorpora repostas como (CERC Lisboa, 2011a; CERC Lisboa, 2012):

- **Intervenção Precoce na Infância - Programa Comunitário de Intervenção Precoce (PCIP):** resposta social de intervenção integrada, centrada na criança (0-6 anos) e respetiva família, desenvolvida através de ações de carácter preventivo e habilitativo, no âmbito da educação, da saúde e da ação social;

- **Centro de Atividades Ocupacionais (CAO):** resposta social para jovens e adultos com deficiência e incapacidades moderadas/graves e que tem como objetivo desenvolver atividades promotoras de autonomia. A CERC Lisboa tem neste momento 3 centros: o Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (Marvila); Centro Ocupacional dos Olivais, (Santa Maria dos Olivais); e o Centro Ocupacional Espaço da Luz (Carnide);

- **Lar Residencial:** resposta social que tem como objetivo o alojamento temporário ou permanente de pessoas com deficiência e incapacidades com mais de 16 anos, assegurando condições de bem-estar e qualidade de vida ajustadas às suas necessidades;

- **Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência (CAAAPD):** resposta destinada a informar, orientar e apoiar pessoas com deficiência e incapacidades e suas famílias da CERC Lisboa ou da comunidade, promovendo a sua capacitação para a procura de soluções que respondam às necessidades apresentadas e favorecendo a inclusão social;

E ainda serviços como:

- **Centro de Recursos para a Inclusão (CRI):** objetiva apoiar a inclusão de crianças e jovens com deficiência e incapacidades integrados em escolas de ensino regular (da zona geográfica de Lisboa), através da implementação de planos de ação individualizados, de acordo com as suas necessidades e potenciais.

- **Centro de Formação Profissional (CFP):** visa desenvolver ações que permitam a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais iniciais promotoras do ingresso de pessoas com deficiência e incapacidades no mercado de trabalho.

Paralelamente ao calendário de atividades para usufruto dos clientes, a instituição implementou, recentemente, um plano de formação para colaboradores da CERC Lisboa e externos à instituição através do Departamento de Formação e Qualificação de Ativos (DQDA). Preocupada com a valorização pessoal e profissional dos colaboradores, esta iniciativa objetiva proporcionar atividades de formação profissional e de aprofundamento de competências para técnicos da área da educação e reabilitação (CERC Lisboa, 2012)

Na globalidade, a CERC Lisboa incorpora um conjunto de 137 colaboradores, nas mais diversas categorias e funções, construindo uma equipa multidisciplinar que dá resposta a cerca de 950 clientes, crianças, jovens e adultos com deficiência intelectual e multideficiência, em diversos âmbitos de intervenção social e ao longo de todo o ciclo de vida (CERC Lisboa, 2012)

A atividade de estágio aqui descrita foi realizada essencialmente num dos três Centros de Atividades Ocupacionais (CAO) da CERCI Lisboa, o Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), razão pela qual é apresentado em seguida.

2.1.2 Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa

O Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), o 2º centro educacional fundado em 1976, sito em Marvila, rege-se tanto pelo seu regulamento específico como pelo regulamento geral da instituição e assume, tal como os restantes, objetivos específicos que pretendem promover a satisfação das necessidades e expectativas individuais de cada cliente, impulsionando a sua autonomia (CERCI Lisboa, 2011b). Concretamente, e em termos de legislação, o CTVAA considera para as suas ações o Decreto-lei 18 de 1998, o Despacho 52 de 1990 e a Portaria 432 de 2006.

Assume como destinatários 86 jovens, com mais de 16 anos, com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais ou multideficiência, com limitações na atividade ou participação e quando a deficiência não se enquadra na legislação referente ao emprego protegido (CERCI Lisboa, 2011b).

As atividades no centro podem diferenciar-se em (CERCI Lisboa, s/d):

- Atividades Estritamente Ocupacionais: que englobam o trabalho e transformação das mais variadas matérias-primas em produtos finais;
- Atividades Lúdico-Terapêuticas: objetivam a ativação física e funcional e a estimulação sensorial;
- Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social: visam promover competências como o relacionamento interpessoal, autodeterminação, autonomia, bem-estar, cidadania e participação social;
- Atividades Socioculturais: de caráter geral, de âmbito lúdico, recreativo, desportivo, cultural, social, festivo ou formativo. Exemplos destas atividades são o grupo de teatro, de dança, o grupo de bombos “Bombarte” e o jornal informativo da CERCI. Estas são atividades em que a decisão de participar cabe a cada cliente de acordo com a sua disponibilidade e preferência.
- Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana: tarefas básicas de higiene pessoal, vestuário, refeição, domésticas e gerais da vida diária;
- Atividades Socialmente Úteis: promovem a valorização pessoal do cliente e o máximo desenvolvimento das suas capacidades, melhorando a sua autonomia e facilitam uma possível transição para programas de inserção socioprofissional.

O CTVAA funciona de Segunda a Sexta-Feira, entre as 9h e as 17h, num espaço acessível e com infraestruturas que permitem uma organização por salas ocupacionais, espaços terapêuticos, refeitório, ginásio, sala de convívio entre outros (CERCI Lisboa, 2011b).

Quanto à equipa técnica, esta é constituída por colaboradores qualificados abrangendo as mais variadas áreas de intervenção e apoio, sendo composta por psicólogos, assistentes sociais, técnicos de educação especial e reabilitação, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, monitores de atividades ocupacionais e auxiliares (CERCI Lisboa, s/d).

Relativamente a viaturas de transporte, a CERCI Lisboa possui 3 carrinhas, uma delas adaptada para transporte de cadeiras de rodas, possibilitando a deslocação dos clientes entre o seu local de residência e o centro, bem como as deslocações para outras atividades/apoios. De ressaltar que os clientes mais autónomos se deslocam de forma independente em transportes públicos diariamente para o centro, e outros contam com o apoio das famílias.

Os clientes distribuem-se pelas 5 salas ocupacionais, onde o trabalho em cada uma difere essencialmente no tipo de materiais utilizados para a transformação, de acordo também com os objetivos do seu projeto de vida. Esta distribuição é feita independentemente das competências de cada cliente, constituindo assim espaços e ambientes de partilha de experiências e contato com as diferenças de cada um promovendo e incentivando a inclusão de forma harmoniosa.

Anualmente são organizadas atividades e eventos temáticos que assinalam épocas específicas e que envolvem todos os clientes, colaboradores, famílias e comunidade em geral, como são exemplo a Festa de Natal, campanhas de angariação de fundos, convívios etc.

Para além das atividades já referenciadas, em momentos agendados ao longo do ano, ocorrem vários encontros, intercentros, numa parceria entre várias instituições nos quais, cada uma organiza e dinamiza momentos de atividade marcados pela partilha de experiências, convívio entre técnicos e clientes, e uma fuga à rotina, sempre saudável.

Para conhecimento de todos os interessados, os documentos que regulamentam e estruturam as práticas e ações da CERC Lisboa encontram-se disponíveis para consulta e leitura no local bem como no site da instituição.

2.1.3 Complexo Municipal do Casal Vistoso

Embora não seja uma infraestrutura da CERC Lisboa, importa incluir informação acerca do Complexo Municipal do Casal Vistoso.

O Complexo Municipal do Casal Vistoso é da exclusiva responsabilidade da Câmara Municipal e situa-se na zona do Areeiro, relativamente próximo da CERC Lisboa, embora as deslocações se façam com recurso aos transportes da instituição.

Este complexo funciona todos os dias da semana, num horário alargado, com múltiplas atividades e engloba um pavilhão desportivo e piscinas. As piscinas são utilizadas diariamente pelos clientes e técnicos da CERC Lisboa nas sessões de atividade em meio aquático, onde o trabalho se realiza tanto dentro de água como nos balneários (promovendo a organização e autonomia dos clientes). Estas, possuem acessibilidades adequadas para pessoas com mobilidade reduzida, balneários adaptados, escadas de acesso à piscina e um elevador hidráulico (embora em manutenção/sem utilização possível neste momento). A piscina tem uma dimensão de 25m por 20 m, profundidade de 1.20m e capacidade para uma divisão em 10 pistas (C.M.L, 2012). Esta profundidade permite que qualquer cliente consiga percorrer a piscina na posição vertical sem perigo ou insegurança. Em termos de recursos materiais, a piscina está dotada de vários materiais e equipamentos de apoio às aulas como colchões de vários tamanhos e formas, rolos, pranchas, entre outros.

2.2 Intervenção Psicomotora e Contextos

Segundo a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP), a Psicomotricidade é entendida como “o campo transdisciplinar que estuda o ser humano através do seu corpo em movimento, na relação entre psiquismo e motricidade.” Baseia-se numa visão holística e encara, de forma integrada funções de várias índoles: cognitivas, socioemocionais, simbólicas, psicolinguísticas e motoras. Objetiva, assim, apoiar a construção da intencionalidade do gesto, e a capacidade de cada um agir consigo mesmo, com os outros e com os objetos (APP, s/d.).

Boscaini (2004), define a Psicomotricidade como “uma articulação, entre o psíquico, o cognitivo e afetivo, e o neuromotor, entre o simbólico e o real, entre o verbal e não-verbal, entre a emoção, a sensação e o pensamento: articulação que se expressa dentro e através do corpo, onde a ação liga o corpo ao espírito” p.51. Blahus, (2004) refere que deve, necessariamente, ser entendida como uma disciplina científica caracterizada pela sua natureza transdisciplinar, e metodologia interdisciplinar e sintética.

A sua natureza transdisciplinar tem que ver com o facto de a Psicomotricidade não ser estritamente orientada para uma única disciplina pois não é fácil abranger, de forma individual, as várias e diferentes correntes na sua estrutura interna. Assim, o psicomotricista deve ser capaz de compreender várias abordagens. Quanto à interdisciplinaridade, é normalmente definida como a junção de disciplinas próximas e o seu ponto central constitui a passagem por várias relações que, no final, constituem uma fusão multidisciplinar genuína, que completa um determinado ramo científico (Blahus, 2004).

Considerando o exposto, o autor considera três áreas importantes a trabalhar para apoiar a Psicomotricidade enquanto área científica: primeiro, construir uma interdisciplinaridade teórica que sirva de base aos métodos práticos em clínica/educação, e não apenas baseados na intuição ou experiência; segundo, os métodos de diagnósticos devem ser padronizados e validados do ponto de vista psicométrico com apresentação de índices médios de diagnóstico para cada método, num catálogo ou base de dados útil para os profissionais; terceiro, a pesquisa empírica pode progredir e tornar-se útil pelo uso de métodos multivariados, projetos experimentais complexos bem como o uso de procedimentos analíticos mais amplos (Blahus, 2004).

Neste sentido, a Intervenção Psicomotora (IPM) consiste numa reeducação ou terapia de mediação corporal expressiva que intervém ao nível das expressões motoras inadequadas ou inadaptadas, em situações diversas, como problemas de desenvolvimento ou de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e do domínio psicoafectivo (APP, s/d.). Fazendo um paralelismo com a população em causa, a IPM pode promover o ajustamento dos movimentos, melhorar a eficiência dos gestos e eliminar as dismetrias e as sincinesias (Fonseca, 2006). Assim sendo, é indicada para pessoas passíveis de evoluir através do movimento, da ação, da experimentação e do investimento corporal, nomeadamente em situações específicas de incidência corporal (dispraxias, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal...), relacional (agressividade, instabilidade, dificuldades de concentração...) ou cognitiva (défices de atenção e memória) (Martins, 2001).

Os problemas psicomotores podem ser definidos como um estado afetivo doloroso ou desconfortável ou uma insegurança causada por uma emoção que altera determinada situação, revertendo a ordem normal da realidade. Os sintomas são assim, defesas psíquicas contra uma desordem biológica ou psíquica que se manifesta através do corpo. Estes, englobam a atitude, a postura, o tónus emocional/relacional, o estilo motor e o compromisso do sujeito numa ação-reação, com todas as consequências provenientes da identidade do sujeito (Boscaini, 2004).

O diagnóstico psicomotor visa a identificação de problemas ou expressões psicomotoras com limitações e pressupõe um método que pode, simultaneamente, ser objetivo e subjetivo. Isto porque, o corpo psicomotor observado é objeto do conhecimento e, mais que isso, assume-se como sujeito de desejo, de comunicação e de ação. Este, pode estudar os indicadores psicomotores dentro do contexto relacional, considerando a interação psicomotora, a qual pode ser explicada através da forma de relação do sujeito com o seu corpo e com o psicomotricista (Boscaini, 2004).

No que concerne à população-alvo da IPM, engloba-se a pessoa ao longo de todo o percurso de vida, constituindo-se como um recurso de intervenção na infância, adolescência, idade adulta e nos idosos (Martins, 2001). Assim, as indicações pedagógicas e terapêuticas englobam uma diversidade de populações e, conseqüentemente, necessidades, entre as quais a população com DID (Fonseca, 2001).

Em termos de campos de atuação, a intervenção psicomotora intervém tanto a nível preventivo, educativo ou reeducativo/terapêutico, usando, essencialmente técnicas específicas como a relaxação e consciencialização corporal, a educação gestual e postural, as terapias expressivas, neuromotoras ou do movimento e atividades lúdicas em contextos hospitalares, educativos, da justiça ou estruturas de reabilitação (APP, s/d.).

A prática psicomotora pode desenvolver-se em vários contextos de ação, tendo como base a história individual do sujeito, a origem e características das dificuldades/problemáticas, o meio institucional em que ocorre, os objetivos definidos, a formação e personalidade do profissional e o tempo disponível (Martins, 2001). Outros aspetos como o tamanho dos grupos e duração das sessões apresentam uma importância igualmente vinculada e, devem ser pensados de forma ponderada e adequados a cada caso específico e aos objetivos definidos (Martins, 2001).

Considerando as questões operacionais, a intervenção pode apresentar-se diversificada em função das problemáticas ou idades existindo assim, metodologias educativas e terapêuticas baseadas numa abordagem individual vs. grupo, com uma atitude diretiva vs. não diretiva e de índole relacional vs. instrumental. Nesta linha de pensamento, e dado que será o elemento prático que mais facilmente distingue as várias intervenções, importa esclarecer as principais diferenças entre a perspetiva relacional e instrumental, referidas acima. Assim, a componente relacional apela fundamentalmente à gestão das problemáticas da identidade possibilitando a expressão emocional do sujeito de forma fluída. Quanto à componente instrumental, esta pretende uma ação mais precisa com os objetos e com o espaço a partir de experiências sensoriais e motoras, valorizando a intencionalidade das ações (Martins, 2001).

O Psicomotricista assume-se como elemento de mediação das relações, deve estar ativamente envolvido no processo terapêutico (Martins, 2001), ser o suporte da comunicação (Fonseca, 2006) e incorporar funções específicas relacionadas com: avaliação e diagnóstico do perfil e desenvolvimento psicomotor; domínio de técnicas e modelos de habilitação e reabilitação psicomotora; prescrição, planeamento, avaliação, implementação e reavaliação de programas de intervenção e criação de propostas de adaptações familiares ou escolares necessárias à maximização das respostas educativas e reeducativas (APP, s/d.). Pode ser considerado um especialista do movimento (Boscaini, 2004).

Uma atitude profissional na Intervenção Psicomotora, significa considerar, ao mesmo tempo, o corpo e a sua experiência, os seus instrumentos e as suas competências comunicativas dentro de uma relação. Isto requer uma visão geral da síntese objeto-sujeito, corpo-espírito, eu-outros, sensação-representação, corpo-palavra (Boscaini, 2004).

O psicomotricista deve ver, ouvir e perceber, sem tentar interpretar ou dissociar o olhar do ouvir, o dentro e fora e o real do subjetivo. A par desta atitude, deve ser parte integral de cada método sem esquecer os obstáculos profissionais que surgem no

reconhecimento dos fenómenos psicomotores (e.g. a excessiva subjetividade) (Boscaini, 2004).

Assim, são características inerentes ao psicomotricista (Llauradó, 2005):

- **Capacidade de escuta:** centra-se na necessidade de ser sensível às emoções das crianças/jovens ou adultos com quem se trabalha mas sem se deixar envolver pelas mesmas, apoiando-se na evolução de cada um com base na relação que se estabelece. Importa observar e avaliar cada pessoa por meio da sua expressividade psicomotora (através da sua relação com os outros, com o material, com o espaço e com o técnico), de forma a delinear o seu projeto interventivo. Neste domínio, surge o conceito de empatia, referindo-se à necessidade de aprender a fazer uma leitura tónica de cada um (postura, olhar, gestos e voz) de forma a retirar informações sobre a demanda consciente e inconsciente, dar sentido às ações e proporcionar respostas adequadas às exigências/solicitações;
- **Disponibilidade:** impõe a aceitação de cada um na sua especificidade, tal como é, com uma história pessoal e desejo de bem-estar. Este é um aspeto que se manifesta em vários níveis: intelectual, afetivo e corporal e incorpora elementos como a voz, os gestos e olhar. Todos estes podem ser reveladores de um estado de espírito, dando informações acerca do mesmo e suscitando uma reação no outro. A intervenção do psicomotricista deve iniciar-se a partir do diálogo tónico (que constitui a base do trabalho em psicomotricidade) estabelecido entre os sujeitos, e é a partir deste que se pode observar, intervir e interagir com o sujeito de forma a apoiar as vivências e permitir a construção da própria totalidade corporal;
- **Contenção** (possivelmente mais presente quando se trabalha de forma não diretiva, com base na atividade espontânea): está intimamente relacionada com a clarificação ou definição de limites, a segurança física e afetiva, um olhar periférico (que possibilite ver todos os elementos do grupo) e a contenção através da palavra que pode ser muito eficaz em comportamentos hiperativos ou agressividade.

Para além da atitude de escuta, o olhar assume-se como preponderante no estabelecimento do vínculo corporal, construindo as primeiras relações sociais, e pode dividir-se em: olhar funcional, usado para estabelecer contato com a realidade através da percepção e da representação; e olhar emocional/relacional, que em estreito contato com a escuta tónica, permite um contato profundo com o espaço interno das pessoas e dos outros (Boscaini, 2004).

Passa-se de seguida à caracterização da Intervenção Psicomotora no local de estágio.

2.3 Intervenção psicomotora na instituição

A intervenção psicomotora na instituição orienta-se essencialmente para as necessidades específicas e as preferências dos seus clientes com DID, procurando acima de tudo, a manutenção das capacidades funcionais e autonomia nas atividades da vida diária. Desta forma, as sessões acontecem em dois ambientes principais, o ginásio, para a atividade motora adaptada e para as caminhadas e as piscinas, para a atividade em meio aquático, e organizam-se em torno de objetivos definidos para os vários grupos nos vários ambientes. Assim, os aspetos psicomotores são trabalhados nas sessões referidas, contando sempre com atividades de trabalho em equipa, cooperação, cumprimento de regras, interação social, competências funcionais entre outras. Ambos os ambientes propiciam experiências enriquecedoras para o desenvolvimento pessoal, seja

de caráter físico, cognitivo ou social e afetivo (Martins, 2001). Contextualizando, a intervenção ao longo do estágio aconteceu sempre em grupo e de caráter maioritariamente instrumental.

O trabalho com a população em causa exige uma atenção especial já que, a procura intensiva de conhecimentos teóricos acerca do desenvolvimento e da evolução psicomotora da criança, apesar dos seus benefícios, tem contudo, conduzido a que se deixem de lado os esforços para fundamentar e aprofundar as temáticas relacionadas com a intervenção psicomotora com a população adulta, daí alguma escassez de material teórico e prático neste domínio. Assim, a prática psicomotora com adultos, depende muito da experimentação e da adaptação de métodos aplicados com crianças. Sendo necessário ter em conta que esses adultos vivenciaram já múltiplas experiências e construíram uma personalidade e maturidade para os seus pensamentos e ações. Por outro lado, esta população possui dificuldades intelectuais que se manifestam com limitações cognitivas que podem implicar as suas aprendizagens em vários contextos (Ojeda, 2005). Articulando a intervenção psicomotora com a população com DID, Leitão, Lombo e Ferreira (2008) afirmam que esta é fundamental pois permite a melhoria da relação do indivíduo com o meio envolvente, através da estimulação do seu processo de desenvolvimento e maturação. A intervenção deve ir ao encontro das competências e limitações dos indivíduos, nomeadamente ao nível da estimulação de comportamentos e competências adaptativas (Santos, 2007). As orientações da mesma devem garantir que esta seja socialmente válida, legal, prática e contribua para gerar atitudes positivas nas pessoas com DID (Verdugo e Bermejo, 2001).

No que respeita ao planeamento das sessões/atividades tem-se em conta que, na população em questão, as atividades/momentos de relaxação constituem um espaço de contato e união grupal, onde os participantes necessitam, na maioria das vezes, de um companheiro que lhes transmita segurança, uma vez que se torna difícil descentralizar e abstrair dos jogos/momentos vivenciados antes (na sessão), bem como das pessoas com quem se participou nos mesmos e o tônus muscular permanece elevado. É necessário algum tempo para conseguir uma diminuição do nível tónico e para que o corpo ativo deixe espaço para o descanso e recordação daquilo que foi vivenciado (Ojeda, 2005). Este momento é conseguido muitas vezes com recurso a uma “conversa final”, que para além de libertadora das tensões, assume um espaço para estimular a autoavaliação e até, a autodeterminação.

As sessões na CERCILIS Lisboa apresentam uma estrutura que define vários momentos de atividade: iniciando com uma conversa com os clientes, onde se abordam as atividades a realizar, um momento de atividade propriamente dita, que inclui jogos/dinâmicas psicomotoras de grupo, e um momento final, de retorno à calma, onde se inserem alongamentos/tarefas de relaxação e uma conversa final.

Quanto às restantes atividades planeadas, e no que concerne ao jogo, este momento implica um contato com o movimento, o material e o próprio corpo, no qual os participantes procuram situações em que possam assumir-se como líderes, que lhes traz, para além da diversão, a possibilidade de tomar decisões e dominar os outros (consequência de uma sociedade superprotetora e por vezes desconfiada que muitas vezes subestima as capacidades de decisão desta população) (Santos & Morato, 2012a). Por isto, o jogo permite a interpretação e experimentação de papéis de poder sobre os companheiros e, nos momentos em que as situações se invertem, acabam por recusar jogos/atividades em que se possam sentir dominados. Dependendo das características do grupo com que se trabalha o jogo pode ser mais de caráter livre ou, por sua vez, mais orientado/dirigido (Ojeda, 2005).

Para além dos aspetos motores trabalhados em múltiplos jogos e atividades, Ojeda, (2005) refere a importância de destacar o trabalho ao nível das capacidades cognitivas na Intervenção Psicomotora, e a dinâmica das sessões deve potenciar em

vários momentos este tipo de habilidades, aspeto este tido em conta na intervenção com os clientes na CERCI Lisboa.

De modo geral, a população com DID aparece muitas vezes como um grupo superprotegido para a qual a oferta de atividades é deficitária ou escassa, o que leva a que esta, esteja pouco disposta ao movimento ou à ação. Assim, o Psicomotricista assume um papel de protagonista enquanto “ativador corporal”, através da implementação de estratégias que considere válidas para os grupos com quem desenvolve atividade (Ojeda, 2005; Valente, Santos & Morato, 2011).

Assim, descreve-se em seguida, de forma sucinta, os principais fundamentos que regem o trabalho nos ambientes acima definidos, de forma a contextualizar a intervenção na instituição.

2.3.1 Atividade motora adaptada

Apesar da quantidade significativa de evidências acerca dos benefícios para a saúde, física e mental, da prática de atividade física, é um facto que as pessoas com dificuldades apresentam uma menor propensão para se envolver num estilo de vida fisicamente ativo, comparativamente com a população em geral (Rimmer & Marques, 2012; Rimmer, Riley, Wang, Rauworth, & Jurkowski, 2004). Desta forma, a promoção de níveis moderados de atividade física entre a população em causa é um objetivo a alcançar junto das entidades de saúde e política públicas, com vista não apenas à promoção do bem-estar mas para a prevenção de outras patologias (Rimmer *et al.*, 2004). No entanto, envolver-se numa atividade física pode ser dificultado já que, a maioria das atividades exige força, resistência, coordenação e equilíbrio, elementos estes que poderão estar afetados ou debilitados nesta população (Rimer & Marques, 2012).

Como já foi referido, as pessoas com DID apresentam limitações físicas (carência nas capacidades como a força, resistência muscular e cardiovascular, flexibilidade etc.), quando comparadas com pessoas sem dificuldades. Quanto mais dificuldades apresentarem, ou mais necessidades de apoio tiverem, mais o seu estado físico pode agravar. Neste sentido, é evidente o aumento de peso/obesidade nesta população, não especificamente como consequências das dificuldades específicas mas da pela falta de exercício, a superproteção familiar e a crença generalizada de que as pessoas não possuem capacidades para praticar exercício físico (Abellan & Vicente, 2002).

Nesta sequência, a atividade física/motora adaptada (AMA) refere-se a um termo abrangente que engloba serviços que visam a promoção de um estilo de vida ativo e saudável, de índole preventiva ou terapêutica para os problemas psicomotores que interferem com o alcance de determinados objetivos (Hutzler & Sherrill, 2007).

De acordo com a *International Federation of Adapted Physical Activity* (IFAPA, 2012), o seu foco principal recai sobre as diferenças individuais na atividade física que implicam uma atenção especial. Ou seja, o facto de ser adaptada refere-se à necessidade de ajustar aos dados provenientes de uma avaliação, sendo que as diferenças individuais podem ser consequência de deficiências, incapacidades ou outras necessidades especiais (IFAPA, 2012). Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, em 2001, a terminologia usada para definir a AMA pretende evitar o termo deficiência e centra-se na criação de oportunidades de vida ativa, independentemente da função ou estrutura do corpo e da existência ou não de limitações na atividade ou participação (Hutzler & Sherrill, 2007). Outras opiniões referem que os serviços de AMA promovem a adaptação de diversas variáveis que facilitam a realização das aspirações pessoais de cada um, com recurso ao movimento, incluindo a interação e o apoio de colegas/profissionais em atividades de grupo (Hutzler & Sherrill, 2007).

Abellan e Vicente (2002), referem como objetivos específicos, desta atividade na população com dificuldades intelectuais, os seguintes:

- desenvolvimento ou aquisição de aptidões físicas básicas (sensoriomotoras, manipulativas, agilidade etc.);
- promover um melhor equilíbrio pessoal, superando as maiores dificuldades;
- adquirir hábitos de comportamento que assegurem determinada autonomia e independência;
- desenvolver atitudes e comportamentos desejáveis que facilitem a integração sensorial da pessoa e;
- fortalecer as relações grupais.

Na CERC Lisboa, no âmbito da intervenção psicomotora, os objetivos da AMA centram-se na criação de experiências e atividades que favoreçam o movimento e um estilo de vida ativo, promovendo a manutenção das capacidades físicas e simultaneamente, a utilização do desporto para promover as relações e a interação social. As sessões ocorrem diariamente com grupos diferentes, no período da tarde e baseiam-se na prática adaptada de uma modalidade ou em jogos e atividades de grupo que promovam a funcionalidade e autonomia nas atividades da vida diária (e.g. cumprimento e compreensão de regras). Os grupos apresentam alguma homogeneidade, de forma a facilitar as dinamizações das atividades, mas sempre com alguns elementos capazes de potencializar a competitividade saudável e a motivação para alcançar determinados objetivos. Nestes casos, está sempre presente o sentimento de entreajuda, trabalho em equipa e cooperação entre os clientes. No âmbito da AMA podemos, ainda, referir a existência de sessões mais específicas e orientadas para grupos mais pequenos e com dificuldades semelhantes onde se trabalham noções relacionadas com a Psicomotricidade com estimulação simultânea das capacidades cognitivas e dos vários fatores psicomotores.

2.3.2 Atividade em meio aquático

As atividades na água encerram em si experiências únicas que permitem a ampliação física, mental e psicológica de conhecimentos e habilidades. Assim, o meio aquático permite efeitos terapêuticos já bem conhecidos e difundidos relacionados com: alívio da dor e dos espasmos musculares, manutenção ou aumento da amplitude de movimento das articulações, fortalecimento muscular, aumento da tolerância aos exercícios, reeducação de músculos inativos/paralisados, encorajamento das atividades funcionais e manutenção e melhoria de aspetos como o equilíbrio, a coordenação e a postura (Campion, 2000).

Mais especificamente, e para além de proporcionar uma melhor condição física, solicitando as capacidades motoras básicas e atentando também no equilíbrio emocional e desenvolvimento de autoestima de cada um, Freitas e Silva (2010) organizam os objetivos desta atividade em: **fisiológicos** (exploração dos movimentos articulares, controlo do movimento voluntário e uma melhoria do estado de saúde); **psicomotores** (reeducação do esquema corporal, da coordenação e da tonicidade); **psicológicos** (maior autoconfiança e comunicação com os pares e melhoria das capacidades de aprendizagem, concentração e descoberta) e; **sociais** (maiores níveis de autonomia e inclusão social). Tendo em conta estes objetivos, a intervenção psicomotora em meio aquático potencia um desenvolvimento harmonioso e integral das crianças ou jovens.

No momento de iniciação de atividades em meio aquático, há que ter em conta um novo processo adaptativo do indivíduo ao contexto que pressupõe a identificação da Intervenção Psicomotora como meio de estimulação, reeducação e terapia (Matias (2005).

As atividades pretendem criar um ambiente facilitador do desenvolvimento psicomotor, onde o corpo se assume como veículo de expressão de sentimentos, onde são respeitadas as etapas de desenvolvimento, e os objetivos e planeamentos são ajustados e personalizados. Através da organização de atividades e da utilização de instrumentos como o corpo, o espaço e o tempo, possibilita-se uma ação mais eficaz e adaptada (Matias, 2005).

Mais especificamente, com o corpo imerso, o *input* proprioceptivo fica comprometido, o tónus postural é reduzido, a informação táctil aumenta e os vários sistemas recorrem aos reflexos primitivos ou a movimentos que exigem menor coordenação motora de forma a monitorizar e controlar os movimentos e a postura, num ambiente onde as fontes de informação para feedback se encontram alteradas (Lambeck & Stanat, 2000). Neste contexto, perde-se estabilidade e ganha-se instabilidade, a partir do momento em que se alteram, de forma considerável, as referências plantares. Os esquemas motores já adquiridos são então postos à prova, o que implica uma nova e gradual readaptação postural a partir do momento em que se entra na água (Matias, 2005).

Segundo Freitas e Silva (2010), o trabalho em meio aquático tem, inicialmente, em conta três fatores essenciais: o equilíbrio, a respiração e a propulsão. Para além destes, é natural associar-se as noções de profundidade através de técnicas de deslocação em imersão, bem como a vivência de situações de saltos para uma correta noção de entrada na água, construindo a base para suportar o ensino e aprendizagem. Sem descurar a importância dos demais, o controlo respiratório assume-se como elemento preponderante e poderá ser a base de todo um trabalho. É um dos fatores determinantes no meio aquático sendo o ponto de partida para as imersões progressivas. Com as imersões surge uma nova adaptação à respiração, e daí uma nova motricidade e novas sensações. Pretende-se que o indivíduo perceba e aprenda a controlar as emoções através da frequência e amplitude da respiração (Matias, 2005).

Ao entrar dentro de água, há dois planos a considerar: “em baixo de água” e “à superfície”, e a passagem de um para o outro vai permitir vivenciar mudanças que obrigarão o indivíduo a captar um conjunto de novas referências que possibilitem organizar-se e orientar-se no espaço. A posição vertical torna-se mais instável, por estar sujeita a um número de forças que implicam reequilibrações e ativação de um maior número de grupos musculares e possibilitam uma maior liberdade de movimentos (Matias, 2005).

A gestão de todas as alterações é feita com base nas informações visuais, auditivas e táteis/cinestésicas. As informações visuais reportam para aquilo que o indivíduo vê e a sua interpretação do contexto (seguro e confortável, ou pelo contrário promotor de insegurança e medo) e as informações auditivas referem a adequabilidade do tom de voz e a forma como são dirigidas as informações verbais. Dadas as interferências do meio, deve falar-se diretamente para a pessoa, para que possa associar a instrução à expressão facial. A temperatura da água e do ar também se assumem como fontes de informação, pois dependendo da intensidade das atividades, a temperatura pode variar. Assim, o recomendável é que para atividades de intensidade moderada, a temperatura da água oscile entre os 30°C e os 32°C, já para sessões de intensidade mais elevada a temperatura deverá ser inferior. Por fim, as informações táteis e cinestésicas são transmitidas através do toque e das experiências motoras, e à medida que um indivíduo se autonomiza no meio, ganha confiança para usar os mais diversos materiais e realizar várias tarefas que desafiam tanto o equilíbrio como as habilidades motoras já adquiridas (Matias, 2005).

A metodologia de trabalho em grupo neste contexto apresenta, como principais vantagens o facto de oferecer mais motivação e oportunidades de socialização e um maior nível de concentração nas tarefas. Em termos organizacionais, os objetivos devem

ser incluídos numa linha de trabalho flexível que possa ser adaptada e modificada sempre que necessário (Campion, 2000).

O trabalho no meio aquático pode seguir vários métodos ou estratégias que, muitas vezes necessitam de adaptações específicas de forma a poder responder de forma adequada às características de cada pessoa/grupo. Assim, a atividade em meio aquático na CERC Lisboa desenvolve-se com base no Método de Halliwick, nem sempre nos seus formatos originais mas adaptado aos grupos em questão. Assim, será abordado o método e os seus principais fundamentos e componentes.

O método de Halliwick foi criado por James McMillan, tendo sido aplicado pela primeira vez em 1950, e tem como principal objetivo, o ensino da natação a pessoas com deficiência bem como promover a sua independência dentro de água. Baseia-se na facilitação dos movimentos e no aumento do *input* sensorial, podendo ser aplicado em vários âmbitos (musculoesquelético, neurológico ou reabilitação pediátrica) (Lambeck & Gamper, 2010).

O método é composto por um programa, baseado numa sequência de aprendizagem motora que foca o controlo postural e o ensino da natação, organizado em 10 pontos, divididos por 3 fases específicas: ajustamento mental, controlo do equilíbrio e movimento. Cada fase engloba objetivos e tarefas específicas assim, a 1ª fase inclui o ajustamento mental e a desinibição; a 2ª fase inclui as rotações (sagitais, verticais, laterais e combinadas), a impulsão, o equilíbrio em imobilidade e o deslize; a 3ª e última fase inclui a progressão simples e o movimento básico de Halliwick (Campion, 2000; Lambeck & Gamper, 2010; Lambeck & Stanat, 2000).

Sucintamente, a 1ª fase engloba a adaptação às propriedades do meio como a flutuação, as ondas e o fluxo bem como a diminuição gradual do apoio que é dado à pessoa. Uma das componentes essenciais desta fase, e que se torna imperiosa para a progressão para etapas seguintes, é o controlo respiratório. Na 2ª fase, as tarefas de controlo do equilíbrio permitem a aquisição de capacidades para manter ou alterar as posições na água, de forma independente. Por fim, na última fase, pretende-se que a pessoa seja capaz de criar movimentos competentes, eficazes e eficientes no meio aquático (Lambeck & Gamper, 2010; Lambeck & Stanat, 2000).

A progressão no método permite que inicialmente cada um ganhe conhecimento sobre si próprio e sobre o seu controlo de equilíbrio no meio para depois aprender a nadar. Nesta metodologia, pretende-se que as atividades sejam realizadas em grupo, dinamizadas por um técnico experiente, embora cada pessoa seja acompanhada por um instrutor específico (Kerbej, 2002).

Nas atividades diárias com os clientes na CERC Lisboa, apesar de se recorrer a alguns pontos do método referido para trabalhar competências específicas, muitas vezes os objetivos passam simplesmente, não pela aprendizagem perfeita de uma técnica de nado, mas pela aquisição de autonomia e à-vontade no meio, que proporcione acima de tudo o bem-estar físico, social e emocional dos clientes. Neste domínio, importa referir a componente social (com consequências positivas) que esta atividade encerra. Já que a atividade é realizada na comunidade, ou seja fora do ambiente institucional, há momentos de trabalho de competências sociais extremamente importantes, como o contato com outras pessoas de várias faixas etárias e de regras sociais das relações do dia-a-dia.

2.3.3 Relaxação

A relaxação surge neste capítulo, não como, base da metodologia de trabalho regular na CERC Lisboa, mas como estratégia proposta a ser dinamizada com os clientes. Assim, apesar de no percurso de trabalho desta instituição terem sido já realizadas algumas sessões com base na relaxação, pretende-se, neste estágio, que esta seja uma experiência continuada e que faça parte integrante da intervenção a

desenvolver. A proposta partiu da estagiária, com o intuito de criar experiências novas, igualmente enriquecedoras, nas vivências dos clientes e foi bem aceite pelo grupo de trabalho de reabilitação. Iniciou-se com base na novidade, na experimentação e daí possibilitará avaliar os resultados imediatos e perceber a aceitação dos clientes à mesma. O objetivo é intercalar algumas sessões de relaxação - com recurso à massagem, bem como às mobilizações ativas e passivas do corpo - com as já implementadas atividades em meio aquático e de atividade motora adaptada, pretendendo-se enriquecer e diversificar o tipo de intervenção.

Desta forma, serão abordados os principais fundamentos da relaxação, procurando conhecer e justificar a sua aplicação às populações com dificuldades. Ryman (1995 cit. in Payne 2003), define a relaxação como “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo” (p.3). Esta definição inclui os aspetos psicológicos da relaxação como as sensações agradáveis e a ausência de pensamentos negativos, stressantes ou preocupantes (Payne, 2003).

Neste seguimento, podemos considerar a relaxação como: medida preventiva de situações patológicas (principalmente relacionadas com o stress); medida terapêutica em situações de patologia já instalada (e.g. cefaleias, asma, deficiências imunológicas e pânico); e como competência para lidar com o *stress*, possibilitando um raciocínio mais claro e eficaz (Payne, 2003).

A aplicação técnica e estratégica da relaxação tem sido utilizada em diversos âmbitos e apresenta vários objetivos (Camacho & Paolillo, 2004):

- Regulador: produzir tranquilidade, sossego e retorno à calma;
- Económico: recuperar a máxima energia num curto espaço de tempo;
- Transcendente: anular as sensações do corpo e alcançar a meditação;
- Anestésico: anestesiar, diminuir ou anular sensações dolorosas;
- Agradável: ligação com sensações agradáveis e prazerosas do corpo;
- “Consciencializador”: transformar a atenção segmentar em global do corpo, com objetivo de tomada de consciência e domínio;
- Pedagógico: correlacionar o nome das partes do corpo e relacioná-las entre si;

Assim, os autores referem que o objetivo central da técnica se prende com a possibilidade de “gerar um espaço e tempo no qual a pessoa se encontre com o seu corpo e se abra para a escuta do que acontece com ele, se abra para sentir as emoções e as respostas do corpo durante a relaxação” (Camacho & Paolillo, 2004, p. 60).

Quanto aos mecanismos responsáveis pelo estado de relaxação, este têm vindo a ser estudados e há diversas teorias que os poderão explicar: fisiológicas (com ênfase no sistema nervoso, endócrino e músculo-esquelético) e psicológicas (mais relacionados com elementos psicológicos e comportamentais) (Payne, 2003).

No domínio específico da relaxação, importa esclarecer o papel do psicomotricista. Assim, apesar das propostas de relaxação serem dirigidas a um grupo, é importante dirigir a atenção para cada elemento na sua individualidade de forma a ajustar as suas respostas. Muitos dos participantes iniciam o momento de relaxação apenas quando o técnico está perto dele, lhe toca, lhe fala ou o mobiliza e esta necessidade de aproximação é muito frequente em determinadas pessoas (Camacho & Paolillo, 2004).

Para além disso, há uma série de aspetos, no domínio da relaxação, que devem ser considerados por quem implementa ou dinamiza as sessões. O primeiro aspeto a ter em conta é a voz, uma vez que esta tem características peculiares, devendo ser tranquila, num tom calmo, com repetição das mesmas palavras, com objetivo de facilitar a construção do espaço intermédio que constitui a relaxação (Camacho & Paolillo, 2004). Outro aspeto prende-se com o toque enquanto delimitador do corpo e do espaço em que este se encontra, pode ser usado para nomeação das partes do corpo ou mobilização passiva. O toque na relaxação diferencia-se de outros tipos de contato e deve ser um elemento que marca, que toca áreas que não são privadas e ter uma “rota” estabelecida para que a pessoa não se surpreenda (Camacho & Paolillo, 2004). A capacidade de

relaxação depende da posição do sujeito, da proximidade com o terapeuta e do impacto do toque (Pitteri, 2004).

Relativamente ao enquadramento das sessões de relaxação, este deve considerar o tipo de participantes na sessão, o espaço físico em que a sessão se desenvolve (agradável, com pouca luz), o tempo/duração e os momentos (3 momentos específicos: a entrada calma, o desenvolvimento e o retorno/saída). Em termos de recursos, o Psicomotricista pode recorrer a elementos como a música (se sugerirem tranquilidade, calma e forem ritmicamente regulares), os materiais (as bolas ou os rolos de espuma funcionam como mediadores do contato corporal e a forma de contato pode ser variável, mais ou menos intensa, conforme as necessidades e preferências de cada um), e a mobilização passiva (mobilização de diferentes partes do corpo, atuando sobre as articulações) (Camacho & Paolillo, 2004).

Para além dos recursos utilizados, para a intervenção ser adequada é importante que o Psicomotricista, tenha clarificado quais os objetivos e o papel a cumprir durante a relaxação, apresente uma postura de escuta e disponibilidade e considere as especificidades da sua população-alvo, como por exemplo a idade (Camacho & Paolillo, 2004).

No que se refere aos métodos específicos de relaxação, estes assentam em pressupostos diferentes e são implementados em condições ou de formas distintas. Assim, os métodos de relaxação de índole física ou psicológica mais comuns são: a relaxação muscular progressiva de Jacobson, a relaxação diferencial, os alongamentos, os métodos de respiração, a auto-consciencialização, o treino autogénico de Schultz e Luthe e a meditação (Payne, 2003).

A população com dificuldades manifesta muitas vezes formas de expressão das suas necessidades pouco adequadas, e sem uma estimulação ponderada e o recurso a terapias de promoção de uma vida saudável, as pessoas desencadeiam alterações comportamentais e estereótipos de autoestimulação pouco positivos. Neste sentido, é importante estruturar terapias de estimulação que promovam o bem-estar físico e psicológico. A relaxação surge na literatura como uma terapia valiosa para pessoas com dificuldades desenvolvimentais, essencialmente no domínio dos problemas comportamentais (Chan *et al.*, 2010).

Relativamente à população com DID, embora revele falta de concentração, maneirismos na comunicação ou manifestações de ansiedade e agitação, há estudos que revelam que o recurso à relaxação pode ser bem-sucedido (Lindsay & Morrison, 1996). A aplicação das técnicas poderá ter efeitos benéficos, especificamente ao nível dos sistemas fisiológicos como o batimento cardíaco (Lindsay & Morrison, 1996; Yu, Lee, & Woo, 2009), na redução da tensão muscular (Yu, Lee, & Woo, 2009), na promoção de estados de calma, pensamentos positivos e redução de ansiedade (Yu, Lee, & Woo, 2009), sendo que esta redução poderá conduzir a melhores desempenhos em termos cognitivos e benefícios na comunicação (Lindsay, Black, Broxholme, Pitcaithly, & Hornsby, 2001).

Durante a atividade de estágio, sem a aplicação na íntegra de métodos específicos de relaxação, conseguiu-se a adaptação de algumas atividades e a criação de momentos positivos em ambientes tranquilizantes e relaxantes com efeitos benéficos a curto-prazo.

2.4 Métodos e Estratégias de Intervenção

Nesta fase do trabalho importa esclarecer alguns aspetos fundamentais que poderão apoiar a melhoria ou adequação das intervenções junto da população com dificuldades intelectuais.

Ao longo do processo interventivo é importante conhecer as potencialidades dos sujeitos, fazê-los passar por situações com significação e intencionalidade onde se sintam competentes e bem-sucedidos, elaborar programas de ensino e aprendizagem individualizados e motivantes através de atividades lúdicas e que impliquem a experiência de vivências com o corpo de forma a minimizar algumas dificuldades e otimizar as potencialidades. É preponderante alertar ainda para a necessidade dos jovens experimentarem várias situações de forma a minimizar as condutas de dependência, promovendo a autonomia e sendo capazes de decidir sobre questões que lhes são próximas (Santos e Morato, 2002). As estratégias devem assim, ser ajustadas e flexíveis de modo a permitir uma intervenção pedagógica ou terapêutica eficaz e de qualidade (França, Nunes, Maia, & Alves, 2008).

Na generalidade, e em termos metodológicos e pedagógicos, Piaget & Speck (1978, cit. in Vieira & Pereira, 2012) definiram uma série de princípios que interessa referir quando se fala em estratégias no âmbito das dificuldades intelectuais:

- *Princípio ativo*: para que se efetivem as aprendizagens, os jovens têm de ser colocados numa relação direta com os objetos;

- *Princípio da estruturação*: as atividades devem ser divididas em pequenas etapas, facilitando o sucesso individual e de forma a poder alcançar os objetivos propostos.

- *Princípio da transferência*: necessidade de repetir as tarefas/atividades, combinando objetos ou situações em contextos reais e diversificados;

- *Ação da linguagem com a ação*: coordenação e sincronia entre a comunicação verbal e as ações, de forma a efetivar a aprendizagem e permitir uma melhor compreensão.

- *Motivação para as aprendizagens sociais*: necessidade de criar situações positivas de aprendizagem nos domínios cognitivos, sociais e afetivos.

Para além dos aspetos supracitados, em termos específicos e no contexto prático há um certo número de estratégias e ações que devem ser tidas em conta de forma a facilitar o desempenho nas tarefas propostas. Destas, podemos destacar:

- **Feedback**: constitui um elemento essencial da aprendizagem e define-se como a informação de retorno aquando ou após a realização de um determinado comportamento/movimento (Godinho, Mendes, Melo, & Barreiros, 1999).

- **Repetição**: a repetição de uma determinada tarefa facilita a memorização da mesma e consequentemente a sua aprendizagem (Godinho et al., 1999).

- **Generalização**: refere-se à extensão da influência que a prática de uma habilidade tem na realização de outras (Godinho et al., 1999).

- **Instrução**: é importante que a transmissão dos objetivos seja feita de forma clara e perceptível, de forma a possibilitar a concretização correta das tarefas (Godinho et al., 1999).

- **Demonstração**: apresenta-se como estratégia complementar à instrução e refere-se à representação da ação pretendida de forma a facilitar a execução da mesma (Godinho et al., 1999).

- **Reforço Positivo**: apresenta-se como uma consequência agradável que se segue imediatamente a um comportamento e aumenta a probabilidade de este voltar a ocorrer. Este pode ser de natureza verbal, afetiva ou social. (Rodrigues, 1991; Vieira & Pereira, 2012)

- **Adequação à idade cronológica:** as atividades a desenvolver devem ser ajustadas à idade cronológica dos clientes e não à idade mental (Thompson *et al.*, 2004).

Salientadas algumas das estratégias a ter em conta ao longo da intervenção, passa-se de seguida a uma breve abordagem sobre as questões mais importantes do processo de avaliação, nomeadamente da avaliação psicomotora.

2.5 Importância da Avaliação e da Avaliação Psicomotora

A função da avaliação ocupa um lugar determinante em diversos contextos e programas de intervenção. Qualquer planeamento ou intervenção, a curto ou longo prazo, pretende atingir alterações ou determinados fins e objetivos que importa quantificar e qualificar (Ribeiro, 1999). Assim, é determinante que antes de qualquer intervenção seja realizada uma avaliação inicial/diagnóstica que dê conta ou valorize o que realmente acontece ou caracteriza uma situação (Godall & Hospital, 2004).

No que se refere à importância desta fase de trabalho, Pitteri (2004) refere que a opção de não avaliar é impor um método interventivo sem considerar as especificidades individuais, adaptar um indivíduo a uma técnica e não a técnica à pessoa, ignorar os riscos de uma intervenção inadequada, negar qualquer resistência a uma intervenção corporal ou técnica específica, não avaliar os instrumentos na prática e correr riscos ou incluir profissionais de outros domínios.

Relativamente à avaliação psicomotora, esta pretende ser uma avaliação das competências psicomotoras num plano funcional, particularmente nos domínios neuromotor, sensoriomotor, representação corporal e na organização espaço-temporal. Inclui, ainda, a avaliação das características psicoafectivas através da atitude na relação, o compromisso na ação e autoestima, bem como das expressões vivenciadas no plano corporal, emocional e relacional (Pitteri, 2004). Esta avaliação pressupõe uma atenção especial sobre dois fatores fundamentais:

1. Avaliação global do indivíduo: uma observação individual e compreensiva sem decompor a avaliação dos elementos funcionais e relacionais;
2. Manifestações psicomotoras no momento atual de vida e o seu carácter transitório;

Nesta sequência, a avaliação psicomotora, com a sua avaliação corporal como objetivo central da observação e intervenções que favorecem as experiências corporais, permite orientar as fronteiras na relação terapêutica, com base: na avaliação das competências psicomotoras (nas atitudes e comportamentos) e das características psicoafectivas que interferem com as mesmas, na elaboração de projetos de intervenção psicomotora, na melhoria das avaliações como resultado da avaliação, nas comparações e análises práticas e na comunicação com outros profissionais (Pitteri, 2004).

Na avaliação psicomotora, a qualidade das descrições, quer do desenvolvimento psicomotor individual, quer das previsões para as suas adaptações futuras, vão depender da qualidade da avaliação dos comportamentos (Albaret, 2003).

Segundo Loureiro (2009), o principal objetivo da avaliação psicomotora prende-se com a compreensão da unidade e da totalidade do propósito humano, considerando cada um como uma pessoa única, em relação com o meio ambiente onde está inserido e em estreita ligação com os outros. O exame psicomotor assume-se como ponto de partida de qualquer atividade experimental, pretendendo ser uma primeira abordagem às questões relacionados com o motivo da consulta/da prescrição da avaliação (Albaret, 2003).

No que se refere à implementação prática, a avaliação incorpora várias fases e pode ser implementada com recurso a vários métodos ou testes específicos. Das várias etapas importa destacar elementos importantes como a observação, a entrevista e aplicação de instrumentos de avaliação nos mais diversos domínios (Pitteri, 2004).

Assim, observar uma atividade é apreciar nela conteúdos para a sua avaliação e embora possa ser informal, ampliar as informações disponíveis para as avaliações posteriores (sejam individuais, do grupo, das propostas de intervenção ou dos técnicos) (Godall & Hospital, 2004).

A entrevista, engloba o primeiro período de observação das relações entre o psicomotricista e os membros da família. Por detrás de todo o processo há uma história biográfica, sobre a qual se pretende distinguir um percurso individual e construir uma anamnese bem estruturada e organizada (Pitteri, 2004).

Paralelamente à recolha de informação, é importante registar a participação emocional, quer verbal quer com base nas manifestações corporais e comportamentais da pessoa. Através das várias formas de expressão, a história individual e o ambiente em que esta se desenvolve são convertidos em palavras que nos permitem conhecer uma íntima parte do funcionamento sistemático e individual e a sua organização (Pitteri, 2004). Por isto, durante a fase avaliativa o psicomotricista deve ser capaz de instaurar o clima favorável para a expressão das potencialidades do sujeito sem se limitar à medição ou avaliação das suas principais carências ou dificuldades. (Albaret, 2003).

Um registo escrito, acessível a todos os intervenientes (e que respeite as diretrizes deontológicas) atua como um instrumento de comunicação válido, permitindo uma melhor compreensão da nossa profissão pelos outros profissionais (Pitteri, 2004).

Loureiro (2009) refere que a observação no contexto poderá, em algumas situações, deter mais importância do que a aplicação de uma bateria de testes, principalmente se for abrangente, ponderada e que penetre profundamente na pessoa observada, de forma a conhecer as suas principais necessidades

No entanto, apesar de se considerar importante as informações espontâneas recolhidas por observação, é importante ter em conta a utilização de instrumentos válidos e precisos pois, em certos casos, os dados recolhidos por observação poderão resultar apenas de impressões momentâneas portanto parciais e subjetivas (Godall & Hospital, 2004)

Nesta fase, os testes psicomotores devem ser instrumentos sensíveis, de maneira a que as tarefas permitam perceber as competências e dificuldades e tornem objetivos os problemas existentes. No final, devem permitir descodificar o significado dos indicadores a partir dos sinais corporais (Boscaini, 2004). Os testes permitem assim uma avaliação objetiva de um acontecimento, são padronizados, contêm normas a seguir e devem possuir qualidades ao nível da validade, fidelidade e sensibilidade. (Albaret, 2003)

Os instrumentos são essencialmente construídos para avaliar componentes psicomotoras nos seus aspetos funcionais mas as características psicoafectivas e as experiências individuais revelam-se nas interações pessoais, sendo o papel do psicomotricista o de procurar possíveis conexões entre as várias perspetivas (Pitteri, 2004).

Relativamente à avaliação de índole prática, esta deve ter em conta uma sucessão de situações centradas nas competências psicomotoras: tónus, qualidade do gesto, coordenação global e fina e dissociações, equilíbrio, esquema corporal, lateralidade, estruturação espacial e temporal, regulação emocional, atenção e memória. As funções psicomotoras interagem entre elas e cada uma providencia dados clínicos que superam amplamente o seu campo específico de avaliação Existem também exames/testes específicos de avaliação de competências particulares como o exame de relaxação, grafo motor ou logico-matemático (Pitteri, 2004).

Uma vez aplicados os testes, os dados devem ser interpretados à luz das condições da avaliação, mas ainda com base nas diferentes informações fornecidas

pelos vários intervenientes, por meio de entrevistas realizadas à pessoa avaliada bem como a elementos da família ou dos contextos mais próximos (Albaret, 2003).

Sendo assim, os resultados não são, de forma alguma, utilizados de forma independente do contexto, mas fazem parte dos conhecimentos complementares que relacionam as várias informações, antes de configurar ou construir um projeto terapêutico adaptado às particularidades da pessoa (Albaret, 2003).

Para estimular a autoavaliação e a colaboração entre iguais é importante esclarecer, no início das atividades, os objetivos didáticos concretos que estão a ser propostos e os critérios de execução para atingir sucesso nos mesmos e para estabelecer possíveis ajudas que possam surgir e superar dificuldades (Godall & Hospital, 2004).

Por fim, e no momento da definição de objetivos ou do planeamento da intervenção, é necessário hierarquizar os problemas por níveis de prioridade, com referência à cronologia do desenvolvimento motor, que atua como uma condição adequada para o prognóstico da funcionalidade e da eficácia da intervenção. O projeto interventivo deve ser concebido para um curto, médio ou longo prazo e incluir a seleção de mediadores (Pitteri, 2004). Especificamente no que diz respeito à definição de objetivos, Vieira e Pereira (2012) referem que no momento do planeamento dos mesmos é importante clarificar que sejam acessíveis, úteis na vida quotidiana, aumentem a capacidade de participação social, possíveis de ser alcançados no tempo consignado, respeitem a idade cronológica das pessoas e as suas motivações (individuais e da família).

No capítulo relativo à realização da prática profissional, abordar-se-ão as questões específicas relativas à avaliação durante o estágio, bem como os instrumentos utilizados.

2.6 Caracterização da População-Alvo

A CERC Lisboa, nomeadamente o CTVAA, trabalha diariamente com 49 pessoas do género masculino e 37 do género feminino (total de 86) cujas idades variam entre os 17 e os 52 anos, com DID como principal diagnóstico.

Os clientes da CERC Lisboa apresentam como elemento comum o diagnóstico de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) e é ao encontro do mesmo que se definem a intervenção, a missão e os objetivos da instituição. Não obstante, muitos clientes, para além do diagnóstico base de DID, apresentam outras patologias em comorbilidade que se assumem como diagnósticos secundários ou adicionais. De acordo com Koritsas e Iacono (2009), uma condição de patologia secundária surge quando uma pessoa com dificuldades experiencia complicações adicionais que reduzem a sua independência e autonomia.

Num registo de comorbilidade, as patologias mais frequentes são a trissomia 21, os défices motores, a paralisia cerebral, a multideficiência e a doença mental. De seguida são caracterizadas as patologias referidas.

2.6.1 Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

Definição

A denominação de Deficiência Mental há muito que é alvo de críticas e neste momento, para a substituir, surge o termo *Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental* (Morato & Santos, 2007; Santos & Morato, 2012), tal como preconiza a *American Association on Intellectual and Developmental Disability* (AAIDD). Observando-se que as avaliações meramente psicométricas deixaram de ter a importância antes reconhecida, tanto o funcionamento intelectual como o comportamento adaptativo passaram a ser conceitos chave neste domínio (Luckasson *et al.*, 2002; Schalock *et al.*, 2007; Schalock *et al.*, 2010).

A DID é caracterizada por “limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expresso nas competências concetuais, sociais e práticas, que se manifestam antes dos 18 anos de idade” (Schalock, *et al.*, 2007, p.118; Schalock *et al.*, 2010, p.6). Destacam-se, assim, como critérios de diagnóstico, o nível de funcionamento intelectual, o comportamento adaptativo e a idade de início. No entanto, para se aplicar a definição acima proposta, há 5 premissas essenciais que devem ser consideradas: as limitações no funcionamento devem ser consideradas dentro do contexto ecológico e sociocultural de cada indivíduo; a avaliação para ser válida deve considerar tanto a diversidade linguística e cultural como as diferenças sensoriomotoras, comportamentais e da comunicação; a par das limitações existem também capacidades, que devem ser valorizadas; a descrição das limitações deve visar o desenvolvimento de um perfil individual de apoios; e com os apoios apropriados e personalizados durante um período de tempo, pressupõe-se que o funcionamento vá melhorar (Schalock *et al.*, 2007, p.118; Schalock *et al.*, 2010, p.6).

Pretende-se deste modo que a DID deixe de ser considerada como uma condição exclusiva e intrínseca do indivíduo para ser vista como um estado específico de funcionamento, onde as dificuldades se refletem no ajuste entre as capacidades intelectuais e o contexto no qual a pessoa está inserida (Schalock *et al.*, 2007; Santos & Santos 2007).

É com base neste paradigma que os apoios se assumem como elementos preponderantes e são definidos como “recursos ou estratégias com objetivo de promover o desenvolvimento, educação, interesse e bem-estar pessoal e aumentar o funcionamento individual” (Schalock *et al.*, 2010 p.105; Thompson *et al.*, 2004).

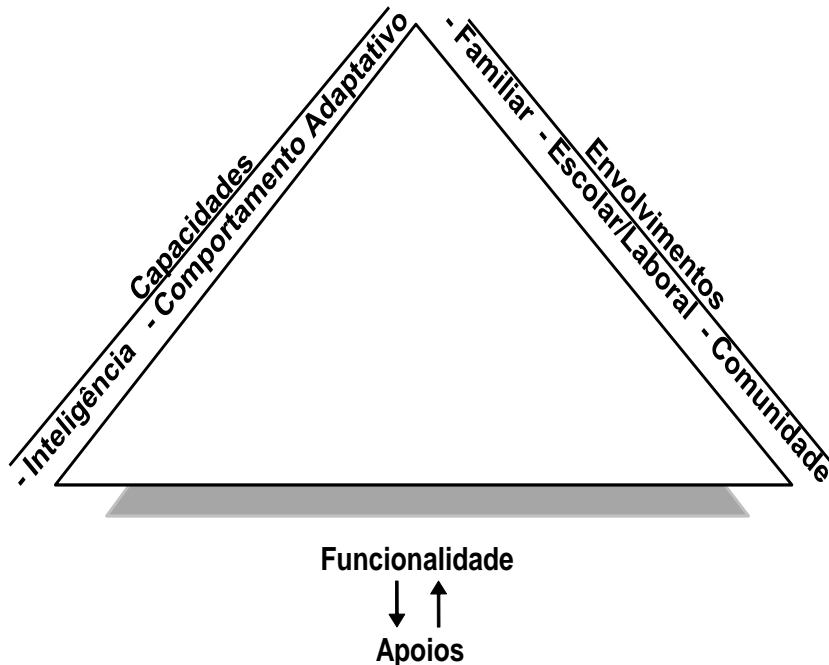


Figura 1: Estrutura geral da Definição de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (Luckasson *et al.*, 2002)

Resumindo, é fundamental que a classificação da DID passe a considerar quais os tipos de serviços e apoios que devem ser criados com objetivo de maximizar o potencial adaptativo dos indivíduos em questão, tendo em conta as suas especificidades e características individuais, bem como os fatores causais subjacentes às mesmas. Os apoios diferenciam-se consoante a sua intensidade em: apoios intermitentes (esporádicos, de natureza descontínua e presentes apenas em certas situações); apoios limitados (de natureza contínua especialmente nos períodos críticos); extensivos (que exigem já alguma constância, diariamente, pelo menos em alguns contextos); e perversivos (os mais intrusivos e intensivos, de carácter permanente) (Carr & Reilly, 2007; Luckasson *et al.*, 2002; Thompson *et al.*, 2004; 2009).

Os apoios podem ser providenciados por serviços ou pela rede social onde as pessoas estão inseridas e podem agrupar-se em nove áreas principais: desenvolvimento humano, ensino e educação, vida doméstica, vida em comunidade, emprego, saúde e segurança, comportamental, social e proteção e direitos (Carr & Reilly, 2007). Concluindo, os resultados desejados pela utilização dos apoios incluem o aumento da independência, das relações, das contribuições para a sociedade, da participação na comunidade e do bem-estar pessoal (Carr & Reilly, 2007).

De acordo com as recomendações da AAIDD existe um procedimento sistemático que deve ser usado para avaliar a necessidade de apoios e planear a sua implementação: primeiro, identificar as áreas para as quais os apoios são solicitados (a

identificação deve ser centrada na pessoa, no caso de se trabalhar com jovens ou adultos) segundo, identificar atividades de apoio para cada área específica, terceiro, avaliar a intensidade de apoio necessária (com referência aos níveis citados anteriormente) e por último, elaborar um plano de apoio individualizado que deverá incluir os objetivos definidos bem como um sistema de monitorização dos mesmos (Carr & Reilly, 2007; Thompson *et al.*, 2002).

Posto isto, importa referir os principais fatores causais subjacentes à DID.

Etiologia

Relativamente às questões etiológicas, apesar da sua pertinência, na maioria dos casos, o que sobressai na literatura é um desconhecimento sobre a origem das dificuldades, bem como a ideia de que estas podem ainda apresentar mais do que uma causa específica (McDermott, Durkin, Schupf, & Stein, 2007; França *et al.*, 2008). Neste âmbito, porém, em 1992 referiram-se como efeitos causais a prevalência de uma acumulação de múltiplos e interativos fatores e onde um evento poderá ser inerente a mais que uma causa, sem diagnóstico preciso da ocorrência de uma lesão principal (Belo, Caridade, Cabral, & Sousa, 2008; Luckasson *et al.*, 2002; Melo, 2008; Santos & Morato, 2002). É reforçada a ideia de que não há um número único de causas inerentes à ocorrência da DID e esta aparece como uma “construção multifatorial” e intergeracional, relacionada intimamente com fatores biomédicos, sociais, comportamentais e educacionais, que interagem ao longo do tempo (pré-natal, perinatal e pós-natal) (McDermott *et al.*, 2007; Schalock *et al.*, 2007; Schalock *et al.*, 2010).

Esclarecidos os principais fatores causais associados à DID, importa referir as principais características que lhe estão associadas.

Caraterização

Na população com DID ao nível das **tarefas cognitivas**, parecem subsistir, dificuldades vincadas nos domínios da atenção e concentração (que se refletem nas capacidades de seleção, focagem e fixação de dados) e da memória (observando-se menos potencialidades em registar, recuperar e reutilizar a informação) (Atwell, Conners, & Merrill, 2003; Fonseca, 2001; Jones, Vaughan, & Roberts, 2002; Santos & Morato, 2002). Também ao nível da linguagem, quer em componentes como a compreensão ou produção, como em termos de vocabulário, semântica e morfologia, as dificuldades são evidentes (Fonseca, 2001; Simons & Dedroog, 2009). Por fim, no que respeita à aprendizagem escolar, evidenciam-se dificuldades na leitura, escrita e cálculo (Fonseca 1984, 1999, cit. in Fonseca, 2001). Assim, na generalidade as tarefas que exigem uso de informação de forma consciente e explícita refletem desempenhos menos positivos relativamente a tarefas de execução automática ou implícita (Atwell, Conners, & Merrill, 2003).

As **características comportamentais** focam-se sobretudo nas dificuldades em (auto)regular, controlar, planificar, verificar e avaliar condutas, bem como em aplicar estratégias de metacognição (Fonseca 2001), sendo notórios menores níveis de motivação, limiares de resistência à frustração menos flexíveis (Santos & Morato, 2002) e maiores sentimentos de ansiedade (Melo, 2008). Os comportamentos estereotipados, de autoestimulação e automutilação aparecem como resultantes da dificuldade em organizar uma multiplicidade de estímulos e dados os planos de ação reduzidos, sendo assim prevalentes e recorrentes como estratégias de solução da passividade e apatia (Santos & Morato, 2002). Por sua vez, estas particularidades tendem a comprometer a participação e o desenvolvimento social do indivíduo pela inadequação do seu reportório social, e

pelas limitações na linguagem e no processo de ensino-aprendizagem inerentes (Fonseca, 2001; Fonseca, 1995 cit. in Santos & Morato, 2002; Santos & Morato, 2002). Presenciam-se ainda, dificuldades em realizar funções sociais, em estabelecer vínculos afetivos, desenvolver autoconceitos e interações sociais estáveis (Greenspan e Granfield, 1992 cit. in Fonseca, 2001);

Quanto a **caraterísticas psicomotoras**, apesar de cada pessoa apresentar um perfil motor próprio, pode-se referir a presença de dificuldades motoras em tarefas como escrever, desenhar ou manipular objetos e desempenhos com dificuldades em tarefas como saltar, correr, lançar ou na locomoção em atividades da vida diária (Gorla, Rodrigues & Pereira, 2001). Podem manifestar-se disfunções nos fatores psicomotores como o equilíbrio, orientação espacial e temporal, lateralidade ou tonicidade (Fonseca, 2001; Gorla, Rodrigues & Pereira, 2001), e alguns indivíduos podem caraterizar-se por hipertonia, hipotonia ou paratonia e inércia psicomotora para responder a novas situações (Fonseca, 2001). Em suma, o estudo de Mansur e Marcon (2006) refere, de forma mais específica, que as capacidades como motricidade fina e global, esquema corporal, organização espacial e temporal foram classificadas com um padrão de desempenho com dificuldades, onde a motricidade fina é a que, ainda assim, representa um quociente de desempenho mais elevado, e a orientação temporal a de menor quociente.

De referir ainda que embora esta população experiencie as mesmas etapas de desenvolvimento da população sem dificuldades, estas processam-se de forma diferenciada (Melo, 2008). Segundo Fonseca (2006), o desenvolvimento cognitivo da pessoa com DID não se processa ao mesmo ritmo que o desenvolvimento físico resultando daí todo um conjunto de traços específicos.

Desta forma, sumariando os aspetos referidos, apesar da existência de características comuns a esta população, não se deve descurar a necessidade de avaliar cada pessoa na sua individualidade e respetiva contextualização, recolhendo informação acerca das preferências e interesses específicos bem como da sua forma de responder às exigências do envolvimento, e daí compreender as necessidades de apoio inerentes a cada um. Estas considerações são fulcrais para encaminhar e orientar processos de intervenção conscientes, adequados e personalizados (Melo, 2008; Santos & Morato, 2002).

Como referido, na CERCI Lisboa é comum o diagnóstico duplo, razão pela qual se procederá a uma breve descrição das comorbilidades.

2.6.2 Trissomia 21

Definição

A Trissomia 21 (T21), apresenta-se como o principal e mais frequente fator causal da DID (Lott & Dierssen, 2010; Rachidi & Lopes, 2007) e da doença arterial congénita (Roizen & Patterson, 2003). Surge invariavelmente associada com a triplicação (trissomia) do cromossoma 21, originando principalmente alterações funcionais no desenvolvimento a nível cerebral, (Lott & Dierssen, 2010; Rachidi & Lopes, 2007) e no comportamento adaptativo (Määttä, Tervo-Määttä, Taanila, Kaski, & Iivanainen, 2006).

Etiologia

Em termos de fisiopatologia, há, essencialmente, duas teorias que tentam justificar a presença de T21 (Antonarakis, Lyle, Chrast, & Scott, 2001). A primeira refere-

se à existência de uma cópia extra de determinados genes que poderá justificar o complexo fenótipo da T21 e a segunda refere que a presença de genes extra poderá impulsionar a expressão de outros genes ou produtos. A cópia adicional de um determinado gene resulta numa expressão elevada (variável em diferentes tecidos) de outros genes codificados no mesmo cromossoma e apresenta conseqüentemente diferentes fenótipos (Ruparelia, Wiseman, Sheppard, Tybulewicz, & Fisher, 2010). A maioria dos casos ocorre devido a erros na distribuição dos cromossomas antes da fertilização, outros pela não disjunção de cromossomas no início do desenvolvimento embrionário (mosaicismo) e uma mínima percentagem das ocorrências é devido a uma translocação de parte do cromossoma 21 para outro (Hultén, *et al.*, 2008).

Caraterização

Embora as manifestações clínicas variem entre indivíduos, a DID permanece como caraterística invariável e com forte impacto na saúde pública de indivíduos com T21 (Rachidi & Lopes, 2007). Muitos dos casos aparecem relacionados com fenótipos neurológicos e comportamentais variados, défice cognitivo (Chapman & Hesketh, 2001; Vicari, 2004, 2006 cit. in Rachidi & Lopes, 2007) e caraterísticas físicas que os tornam muito semelhantes entre si.

Na globalidade, pode-se apresentar um vasto conjunto de complicações, associadas à T21 como: problemas imunológicos, hematológicos ou endócrinos (Rachidi & Lopes, 2007) ou ainda patologias físicas e sensoriais (Määttä *et al.*, 2006). Posto isto, o fenótipo comportamental da T21 pode ser descrito com base nas caraterísticas sociais, cognitivas, linguísticas, motoras e psicopatológicas, como abordado de seguida (Fidler, Most, & Philofsky, 2008).

No que diz respeito ao perfil cognitivo, este pode ser diversificado e variar conforme a intensidade dos défices (Lott & Dierssen, 2010) incluindo na generalidade, uma capacidade de aprendizagem diminuída, dificuldades na generalização, na memória e no processamento auditivo, na seleção de vocabulário e no pensamento abstrato (Abellán & Vicente; Määttä *et al.*, 2006) Importa destacar que, a idade cronológica dos indivíduos é um fator crucial no padrão das competências cognitivas e da linguagem. Sendo assim, o fenótipo da comunicação difere ao longo das fases de desenvolvimento (Chapman & Hesketh, 2001)

Podem ser encontrados défices na morfossintaxe, na memória verbal a curto-prazo e na memória explícita a longo prazo mas, em contrapartida, a memória visuoespacial a curto prazo, a aprendizagem por associação e a memória implícita a longo prazo parecem ser funções preservadas (Lott & Dierssen, 2010). De acordo com Lott e Dierssen (2010), os indivíduos com T21 apresentam melhores desempenho nas tarefas visuoespaciais comparativamente com as tarefas que incluam funções da memória verbal a curto prazo.

No que se refere às competências de comunicação, podemos encontrar dificuldades ao nível da produção do discurso e da articulação relativamente a outras áreas do desenvolvimento (Chapman & Hesketh, 2001; Rachidi & Lopes, 2007). Neste domínio, parece que as crianças e jovens não atingem o mesmo nível de desempenho e capacidade em todas as áreas, o que se define como linguagem assincrónica. Dada a associação com a DID as competências neste domínio poderão apresentar dificuldades marcadas já que a aprendizagem da linguagem depende de capacidades cognitivas como o raciocínio, a compreensão de conceitos e a memorização, elementos estes afetados no quadro clínico apresentado (Kumin, 2004).

No entanto, embora as opiniões não sejam consensuais, uma área da linguagem que aparece relativamente ajustada tem que ver com o uso da mesma em contexto social, ou seja o uso apropriado de saudações ou a compreensão de regras não-verbais de conversação parecem ser um ponto forte (Fidler, Most, & Philofsky, 2008; Kumin, 2004)

Ainda no domínio do perfil cognitivo, Bruni (1998), refere que as competências cognitivas se relacionam intimamente com as competências motoras finas durante o percurso de desenvolvimento, já que muitas das capacidades cognitivas se desenvolvem através da manipulação de objetos e das experiências motoras, pelo que as crianças com T21 necessitam de uma orientação extra, pistas verbais e encorajamento para as aprendizagens motoras finas (Bruni, 1998).

Neste âmbito, com o aumento da idade, os indivíduos com T21 apresentam mais suscetibilidade de desenvolver condições físicas, neurológicas e psiquiátricas associadas ao envelhecimento, relativamente à população sem T21 (Lott & Dierssen, 2010). Caminhando no sentido do envelhecimento e do declínio progressivo de várias funções, a doença de Alzheimer parece destacar-se como principal problema nesta fase da vida (Lott & Dierssen, 2010; Määttä et al., 2006) e daí intensifica-se a deterioração da memória, da linguagem e do funcionamento cognitivo (Lott & Dierssen, 2010).

Quanto às características físicas faciais, salienta-se a hipotonia na musculatura dos lábios, língua e maxilar, uma boca pequena relativamente ao tamanho da língua e uma tendência para respirar pela boca (Roizen & Patterson, 2003), o que influencia intimamente o processo comunicativo e daí resultam as dificuldades na articulação, fluência, sequenciação e a qualidade dos sons do discurso (ressonância) (Kumin, 2004). Outras características do domínio físico prendem-se essencialmente com particularidades nas mãos, sendo estas de tamanho pequeno, com uma única prega palmar, quinto dedo curvo (designada clinodactilia), e estatura baixa e tendência para obesidade (Abellán & Vicente, 2002; Roizen & Patterson, 2003).

No que concerne ao desenvolvimento social, esta parece ser uma área relativamente “forte”, e os indivíduos são muitas vezes pessoas afetivas, felizes e sociáveis (Abellán & Vicente; Fidler, Most, & Philofsky, 2008) Contudo, em termos comportamentais, e dada a associação com o possível desenvolvimento de certas psicopatologias, as pessoas com T21 podem muitas vezes demonstrar comportamentos hiperativos, de agressão, teimosia, desobediência, inatenção, impulsividade (Fidler, Most, & Philofsky, 2008), ansiedade e comportamentos repetitivos (Abellán & Vicente, 2002; Määttä et al., 2006). Como consequência das dificuldades sensoriais existentes registam-se lacunas na aprendizagem e no comportamento adaptativo (Määttä et al., 2006)

Quanto ao desenvolvimento psicomotor, os indivíduos com T21 apresentam especificidades cerebrais, anomalias musculoesqueléticas e condições médicas associadas que afetam o desenvolvimento psicomotor. Relativamente às alterações cerebrais estas modificam a capacidade de transmissão de informação que, por sua vez, origina uma maior lentidão na tomada de decisões, no processamento, interpretação e elaboração de informação (Martínez & García, 2008).

No que respeita às desordens no sistema muscular e esquelético, as principais características assentam na evidência de um baixo tónus muscular (hipotonia, que pode determinar as dificuldades na aprendizagem motora) (Abellán & Vicente, 2002; Fidler, Most, & Philofsky, 2008; Martínez & García, 2008), fraqueza muscular e nos ligamentos e encurtamento dos membros superiores e inferiores (Martínez & García, 2008). No que diz respeito à coordenação motora global, referenciam-se características como uma marcha atípica, passos rápidos e arrítmicos, bem como a falta de sincronia entre os movimentos dos membros superiores com os inferiores (durante a marcha) (Abellán & Vicente, 2002).

A conjugação dos fatores acima descritos potencia irregularidades nos *inputs* propriocetivos para o tálamo, afetando de forma negativa o desenvolvimento motor (Martínez & García, 2008). É ainda de referir a falta de definição da dominância lateral, dificuldades no equilíbrio e na solução de atividades que implicam organização perceptiva (e.g. discriminação tátil, discriminação de formas e da figura-fundo e integração partes/todo) (Abellán & Vicente, 2002).

Na generalidade, o desenvolvimento motor na T21 é caracterizado por uma demora nas aquisições de competências de motricidade fina e global, no controlo visual, na velocidade, na força muscular e no equilíbrio (Abellán & Vicente, 2002; Martínez & García, 2008). No entanto, as pessoas com T21 procuram padrões de movimento que permitam compensar a falta de força, a instabilidade articular e o encurtamento dos membros (Martínez & García, 2008).

Quanto às condições médicas associadas que interferem com o desenvolvimento, as mais comuns são os problemas cardíacos e respiratórios, dificuldades auditivas e oftalmológicas, alterações digestivas e hormonais e epilepsia (Koritsas & Iacono, 2009; Martínez & García, 2008; Roizen & Patterson, 2003).

2.6.3 Deficiência Motora

A Deficiência Motora abrange um variado número de dificuldades ou patologias, uma das quais a paralisia cerebral. Observando a população-alvo a Paralisia Cerebral é a patologia mais frequente, passando-se à sua descrição.

Paralisia Cerebral

Definição

A Paralisia Cerebral (PC) é a patologia mais comum do desenvolvimento motor, movimento e postura que ocorre devido a distúrbios não progressivos aquando do desenvolvimento fetal, originando limitações na atividade (Carr & Reilly, 2007; O'Shea, 2008). Esta é uma definição que enfatiza os défices motores estando, muitas vezes, associados défices sensitivos, perceptivos, cognitivos, comunicativos, comportamentais, epilepsia e outros problemas músculo-esqueléticos (Blair & Watson, 2006; Eunson, 2012; Koritsas & Iacono, 2009; O'Shea, 2008; Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein, & Bax, 2007).

Apesar da ausência de uma definição de PC uniformizada e totalmente consensual existem critérios comuns: 1) é uma desordem do movimento ou postura; 2) resulta de uma anomalia no sistema nervoso central, permanente mas não imutável e 3) surge cedo no percurso de vida (Blair & Watson, 2006; Carr & Reilly, 2007; Sankar & Mundkur, 2005).

Etiologia

Existem vários fatores que podem assumir-se como elementos causais para a PC, surgindo uma etiologia multifatorial e diversificada que conduz a que os clínicos e investigadores se debrucem mais sobre os fatores de risco que permitam delinear ações de prevenção eficazes, do que propriamente sobre a clarificação da etiologia (Blair & Watson, 2006; Sankar & Mundkur, 2005). Os fatores causais podem ser congénitos, genéticos, inflamatórios, infecciosos, traumáticos ou metabólicos e diferenciam-se, de

acordo com o momento em que surgem (prenatais, perinatais e posnatais) (Carr & Reilly, 2007; Sankar & Mundkur, 2005). Nestes grupos incluem-se então as infeções intrauterinas, hemorragias intracranianas, situações de anóxia, meningites entre outras (Sankar & Mundkur, 2005). Na perspetiva de Eunson (2012), pode ser útil diferenciar as causas da PC em três grupos: lesões cerebrais, malformações cerebrais e desordens nas funções cerebrais (sem evidência de anormalias estruturais). A presença destes fatores não tem necessariamente de ser exclusiva, podem associar-se, e todos os outros fatores associados à PC, apresentam-se como fatores de risco. Neste âmbito a prematuridade, define-se como o fator de risco mais importante a considerar (Eunson, 2012; Sankar & Mundkur, 2005).

Caraterização

Embora a PC seja definida pela presença de dificuldades motoras, estas são frequentemente acompanhadas por défices cognitivos, sensoriais, na comunicação e no comportamento, e por epilepsia (Blair & Watson, 2006; Eunson, 2012) Posto isto importa referir, as características globais desta população.

A PC aparece frequentemente associado e acompanhado pela DID (O'Shea, 2008). De acordo com a *Surveillance for Cerebral Palsy in Europe (SCPE)*, 31-% das crianças com PC apresentam evidentes dificuldades intelectuais, 11-% tem deficiência visual e 21-% têm epilepsia (Blair & Watson, 2006). O grau de comprometimento dos problemas, associados à PC, têm muitas vezes, um efeito negativo relevante ao nível da funcionalidade, avaliação das dificuldades, expetativas de vida (Blair & Watson, 2006) na qualidade de vida e o nível de participação na sociedade (Eunson, 2012). Já que a PC tende numa fase da vida inicial, caracterizada por um ritmo de desenvolvimento acelerado, encontramos frequentemente comprometimentos no processo de aquisição de aprendizagens e consequentemente nos processos cognitivos (Aidar *et al.*, 2007). Pode-se ainda presenciar limitações no desempenho de atividades e tarefas do quotidiano (Aidar *et al.*, 2007).

No âmbito da classificação da PC, considera-se o tipo de distribuição das desordens do movimento (hemiplegia, diplegia e outra), o nível de comprometimento das dificuldades motoras (mínima, ligeira, moderada e grave), a gravidade do défice cognitivo e outros problemas associados, sendo que a combinação de todos estes fatores definem características únicas (Blair & Watson, 2006; Carr & Reilly, 2007).

Contudo, segundo Morris e Bartlett (2004) os sistemas que subdividem as dificuldades numa escala parecem não encerrar em si a confiabilidade e validade suficientes. Desta forma, em termos de classificação específica das funções motoras, surge o *Gross Motor Function Classification System (GMFCS)* de forma a responder à necessidade de existência de um sistema normalizado de avaliação. Assim, este consiste em agrupar as dificuldades/capacidades em cinco níveis essenciais, que variam desde o nível I onde as crianças apresentam capacidades de execução de todas as atividades comparativamente com aquilo que é esperado para a sua faixa etária, demonstrando apenas algumas dificuldades em tarefas de equilíbrio, velocidade e coordenação, até ao nível V onde podemos observar dificuldades vinculadas no controlo da postura e da cabeça bem como na aquisição de controlo para execução dos movimentos voluntários (Morris & Bartlett, 2004; O'Shea, 2008).

As manifestações da PC são essencialmente motoras e, como referem Leite e Prado (2004), o quadro clínico engloba situações de hemiplegia, diplegia e quadriplegia ou de espasticidade, ataxia ou discinesia. Mais especificamente, a espasticidade ressalta características como o aumento da tonicidade muscular, presença de movimentos

involuntários, posturas incorretas e deformidades físicas. Quanto à ataxia, esta apresenta-se com instabilidade no equilíbrio, pouco controlo cefálico, do tronco e dos membros, baixo tónus muscular e realização lenta dos movimentos. Por fim a discinesia (também referida como atetose), refere a presença de movimentos irregulares, lentos, contínuos e com um tónus variável entre a hiper e hipotonia. Importa referir que, a acrescentar a este quadro clínico surgem problemas associados ao nível da linguagem, da audição, da visão, do desenvolvimento intelectual, da personalidade, da atenção e da percepção (Carr & Reilly, 2007; Leite & Prado, 2004)

Em termos de necessidades de apoio, muitas vezes a classificação permite perceber e diferenciar se há dificuldades permanentes para funcionar de forma independente, se as necessidades recaem apenas sobre apoios físicos como cadeiras de rodas ou outros aparelhos ou se, as dificuldades apresentadas não interferem com o funcionamento individual (O'Shea, 2008).

2.6.4 Doença Mental

Comparativamente com a população em geral, ou sem patologias, os indivíduos com DID apresentam um risco acrescido para o desenvolvimento de problemas de saúde mental e, há evidências acerca de diagnósticos duplos que fazem coexistir a DID com a Doença Mental (DM) (Matson & Shoemaker, 2011; Vanny, Levy, Greenberg, & Hayes, 2009; Zaman, Holt, & Bouras, 2007). Segundo Matson e Shoemaker (2011), as condições clínicas mais comuns associadas à DID são o autismo, os comportamentos de autoagressão, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, a ansiedade, a depressão e as psicoses. Posto isto, e no âmbito deste trabalho, importa esclarecer de forma breve, a definição e principais características da DM.

Definição e Etiologia

A DM define-se como uma desordem com manifestações essencialmente comportamentais e sentimentais (Cornell University IRL School, 2007), consequentes de problemas complexos influenciados por fatores hereditários e perinatais, experiências de vida desgastantes e stressantes, dificuldades no ambiente familiar e doença física (Cornell University IRL School, 2007; Moss *et al.*, 1997). Entre as desordens mais comuns podem-se destacar a esquizofrenia, as desordens de ansiedade e a depressão (Cornell University IRL School, 2007). Nesta sequência, Fraser *et al.* (1986 cit. in Linna *et al.*, 1999), refere seis dimensões do comportamento disruptivo muitas vezes presentes nas pessoas com DID: conduta agressiva, distúrbios de humor, distanciamento, comportamento antissocial, maneirismos idiossincráticos e autoagressão.

O aumento da vulnerabilidade para a presença de problemas de saúde mental pode ser devido ao acréscimo da incidência de anomalias cerebrais que incluem a associação com epilepsia, problemas físicos e sensoriais e adversidades psicológicas e sociais (Zaman, Holt & Bouras, 2007).

Caraterização

Em termos de características principais, a DM manifesta-se por dificuldades na gestão/resolução de problemas da vida diária (e em situações mais limitantes) as pessoas podem mesmo chegar a perder os seus empregos/ocupações, os direitos parentais ou os direitos humanos mais básicos. Esta é uma patologia que necessita de cuidados médicos e de saúde e terapias psicológicas adicionais no entanto, quando presente de forma isolada (sem associação com a DID), na generalidade, não acarreta

défices cognitivos e há possibilidade de gerir a vida diária de forma autónoma (Cornell University IRL School, 2007). Assim, e fruto desta associação de condições clínicas, é importante que seja tida em conta a possibilidade de existência de condições deficitárias ainda mais acentuadas e competências diminuídas (Linna *et al.*, 1999). É, ainda, de realçar que a população com DID está entre as mais medicadas da sociedade sendo o impacto da farmacoterapia um aspeto preponderante a ter em conta na gestão das psicopatologias (Matson & Shoemaker, 2011). Neste sentido, as pessoas com DID apresentam uma elevada probabilidade de manifestar efeitos adversos e secundário à utilização de fármacos. A farmacoterapia deve ser usada para tratar condições de diagnóstico como a depressão ou as alterações no comportamento e os principais grupos de fármacos utilizados são os ansiolíticos, os estabilizadores de humor, os antipsicóticos e os antidepressivos (Zaman, Holt & Bouras, 2007). Segundo Holden e Gitlesen (2004; cit. in Haßler & Reis, 2010), a farmacoterapia é a prática mais usual no tratamento de problemas de comportamento nas pessoas com dificuldades intelectuais.

Concretizado o capítulo inicial de enquadramento teórico, introduz-se de seguida o capítulo referente à componente prática do estágio.

3. Realização da Prática Profissional

3.1 Organização e Calendarização

A atividade de estágio profissionalizante teve início a 18 de outubro de 2012 e terminou a 30 maio de 2013. Durante este período foram realizadas interrupções letivas, nem sempre de acordo com o calendário académico, mas em conformidade com a disponibilidade da estagiária e o calendário de atividades do CTVAA. Assim, a primeira interrupção decorreu durante o período de 17 de dezembro de 2012 a 2 de janeiro de 2013 (férias Natal), a segunda no Carnaval (dias 11 e 12 de fevereiro de 2013) e a última, nos dias 28, 29 de março e 1 de abril de 2013 (férias Páscoa). A estagiária esteve ainda ausente do CTVAA, nos dias 10 e 11 de abril e nos dias 9 e 10 de maio, para participar em atividades de formação complementares.

Neste sentido, tendo em conta o calendário acima apresentado, foi possível organizar o estágio de forma funcional, de acordo com o cronograma das tarefas desempenhadas durante o ano letivo, apresentado na seguinte tabela.

Tabela 1: Cronograma de atividades

Tarefas	2012			2013						
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai	Jun.	Jul.
Observação										
Observação Participada										
Dinamização de sessões (a título pontual)										
Avaliação Inicial/Definição de Objetivos										
Intervenção Psicomotora										
Avaliação Final										
Elaboração do Relatório de Estágio										
Entrega do Relatório de Estágio										

As tarefas apresentadas acima foram delineadas juntamente com as orientadoras locais e orientadora da faculdade de forma lógica, coerente e progressiva no tempo.

3.2 Processo de Intervenção

3.2.1 População Apoiada

Durante a atividade de estágio a estagiária teve contato direto com 35 clientes da CERC Lisboa, organizados em 5 grupos, em contexto de ginásio e meio aquático como se apresenta mais à frente. A escolha dos grupos foi determinada pela seleção dos 2 estudos de caso e assim, a estagiária interveio com os grupos onde os seus estudos de caso estavam presentes, dinamizando sessões orientadas com base nos objetivos delineados para os mesmos, tendo em conta o grupo em que estavam inseridos. Assim

sendo, foram dinamizadas autonomamente pela estagiária 5 sessões por semana (num total de 52 sessões): duas em meio aquático e três no ginásio. Foram ainda dinamizadas 3 sessões extra a pedido das orientadoras locais, em grupos diferentes dos habituais, perfazendo, assim um total de 55 sessões durante o estágio. Apesar de, com base no calendário académico, o número de sessões previstas ser superior, muitas sessões não se realizaram por motivos externos e fora do controlo da estagiária ou das orientadoras. Algumas sessões foram canceladas por problemas técnicos das piscinas municipais (e.g. temperatura da água) e outras coincidiram com dias de atividades intercentros, momentos de formação das orientadoras ou outras dinâmicas que impossibilitaram a realização de todas as sessões previstas.

Importa referir que para cada sessão foi feito um plano de sessão e um relatório associado (exemplo em anexo).

O horário de estágio fez um total de 21h semanais, possibilitando o cumprimento das horas de estágio preconizado no Regulamento, organizado da seguinte forma:

Tabela 2: Horário de Estágio

	<u>Segunda- feira</u>	<u>Terça- feira</u>	<u>Quarta-feira</u>	<u>Quinta-feira</u>	<u>Sexta- Feira</u>
<u>10h-10h30</u>	Tempo livre no centro	Tempo livre no centro	Tempo livre no centro	Tempo livre no centro	Tempo livre no centro
<u>10h30-13h</u>	Apoio nas atividades de piscina	Apoio nas atividades de piscina	Sessão em Meio Aquático – grupo 3	Apoio nas atividades de piscina	Sessão em Meio Aquático - grupo 5
<u>13h-14h</u>		Almoço		Almoço	Almoço
<u>14h-15h</u>		Sessão Atividade Motora grupo 1 -		Sessão Atividade Motora grupo 4 -	Apoio nas atividades de atividade motora
<u>15h-16h</u>		Sessão Atividade Motora grupo 2 -		Apoio nas atividades de atividade motora	

A par do trabalho direto e de acompanhamento/apoio no CTVAA, as tarefas a realizar estendem-se para além do horário acima referido, em horários extra estágio, contemplando horas em regime tutorial e de estudo (como o Regulamento também preconiza).

Tabela 3: Caracterização dos Grupos

Grupos	Atividade	Caraterização
1	Motora	N= 15 clientes (5 género masculino e 10 género feminino)
2	Motora	N= 12 (7 género masculino e 5 género feminino)
3	Meio Aquático	N=6 (3 género masculino e 3 género feminino)
4	Motora	N=6 (4 género masculino e 2 género feminino)

5	Meio Aquático	N=4 (2 género masculino e 2 género feminino)
Total de Participantes		N=35 Idades compreendidas entre 17 e 52

Os grupos de trabalho foram organizados de acordo com a atividade desenvolvida: atividade motora (1,2 e 4) e atividade em meio aquático (3 e 5).

Em termos de caracterização dos grupos de trabalho 1 e 2, em traços gerais, podemos referir que todos os elementos constituíam grupos ligeiramente heterogêneos, embora todos se adaptassem entre si, complementando capacidades e possibilitando, por vezes (e sempre que fosse necessário), um apoio mais específico a determinados clientes. Apesar da heterogeneidade de características, os grupos funcionaram de forma bastante harmoniosa e sem grandes disparidades ou diferenças relevantes. Já os elementos do grupo 4, por sua vez, apresentavam na generalidade traços comuns (à exceção de um elemento) permitindo um trabalho mais específico e adequado à globalidade dos elementos.

Quanto à atividade em meio aquático, os grupos 3 e 5 mantiveram a heterogeneidade nas características, sendo no entanto evidente a necessidade de um apoio específico e personalizado aos vários elementos.

3.2.2 Avaliação e Instrumentos de Avaliação

A avaliação realizada, assumiu um caráter informal pretendendo-se uma recolha de informações prática e funcional e que os resultados decorrentes da mesma pudessem ser analisados de forma qualitativa com referência a critério, ou seja com base na individualidade de cada cliente. Dada a escassez de instrumentos de avaliação específicos para esta população, optou-se por utilizar um documento que contempla itens de avaliação de vários domínios, elaborada por anteriores Psicomotricistas estagiárias na CERCIL Lisboa (“Grelha de Avaliação em Psicomotricidade”). Para a utilização correta da escala procurou-se perceber a origem de muitos dos itens que a mesma contemplava, verificando-se que a grande maioria dos itens é proveniente da Escala de Comportamento Adaptativo (ECAP), versão portuguesa de Santos e Morato (2004), e de documentos de avaliação para o meio aquático.

De seguida apresentam-se breves descrições dos instrumentos referidos.

3.2.2.1 Escala de Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa

Apesar da existência de várias escalas de avaliação do comportamento adaptativo, um dos instrumentos amplamente usado e standardizado é a Escala de Comportamento Adaptativo da AAMR, primeiramente projetada por Nihira *et al.* em 1969 e revista por várias vezes, sendo a última versão a de 1993, esta adaptada para adultos inseridos em ambientes residenciais ou na comunidade (Hatton *et al.*, 2001).

A versão portuguesa desta escala, designada ECAP, é uma revisão da versão de 1993, com adaptação e modificação de alguns itens, de forma a conseguir uma utilização adaptada à população portuguesa (Santos & Morato, 2012b).

A escala mantém a estrutura geral, dividida em duas partes principais, e pretende avaliar populações com DID, com idades compreendidas entre os 6 e os 60 anos, apresentando como objetivo principal a avaliação da capacidade de adaptação dos indivíduos ao contexto onde se inserem (Santos & Morato, 2012b).

A primeira fração da escala, parte I, enfatiza a independência pessoal e pretende avaliar as competências consideradas relevantes para a autonomia e responsabilidade

no dia-a-dia. Esta engloba 73 itens organizados em 10 domínios principais: autonomia, desenvolvimento físico, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade doméstica, atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização (Hatton, et al., 2001; Santos & Morato, 2012b). A segunda parte da escala, parte II, cotada separadamente da parte I, está delineada para avaliar os comportamentos sociais e organizada em 8 domínios: comportamento social, conformidade, merecedor de confiança, comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo, ajustamento social e comportamento interpessoal com perturbações (Hatton *et al.*, 2001; Santos e Morato, 2012b).

A escala contempla ainda 5 fatores, que englobam especificamente os vários domínios da seguinte forma (Santos, 2000; Santos e Morato, 2012b):

- Fator I: Autossuficiência pessoal (domínios da autonomia e desenvolvimento físico);
- Fator II: Autossuficiência na comunidade (domínios autonomia, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade pré-profissional e atividade doméstica);
- Fator III: Responsabilidade Pessoal e Social: (domínios atividade pré-profissional, personalidade, responsabilidade e socialização);
- Fator IV: Ajustamento Social (domínios comportamento social, conformidade, merecedor de confiança e comportamento interpessoal com perturbações) e;
- Fator V: Ajustamento Pessoal (domínios comportamento estereotipado e hiperativo, comportamento sexual, comportamento autoabusivo e comportamento interpessoal com perturbações).

A aplicação da escala deve ser feita através de observação direta ou sob a forma de entrevista à pessoa que possa ter mais conhecimento sobre o indivíduo e as suas capacidades. Antes de dar início à aplicação o avaliador deverá ter pleno conhecimento do processo de avaliação e todas as questões subjacentes (Santos & Morato, 2012b).

No momento da cotação e interpretação dos resultados, estes podem ser apresentados com base nos resultados dos domínios, nos valores de cada item ou nos valores médios dos domínios. Nesta fase, recomenda-se uma análise qualitativa dos resultados, item a item, em detrimento da consulta dos valores normativos. Este procedimento permite uma avaliação mais específica tendo em conta a individualidade do sujeito nos contextos comunitários onde se insere (Santos, 2000; Santos & Morato, 2012b).

Após uma interpretação ponderada, pretende-se definir áreas fortes e fracas de forma a definir apoios e elaborar planos habilitativos exequíveis e que visem a total participação dos indivíduos avaliados (Santos, 2000; Santos & Morato, 2012b).

3.2.2.2 Ficha de Registo – Atividade em Meio Aquático

Aquando da fase de pesquisa de instrumentos para avaliação dos comportamentos e das capacidades em meio aquático deparou-se com alguma escassez em termos de documentação validada e essencialmente, adaptada a esta população. O referido instrumento utilizado pela estagiária, não enunciava onde teria sido baseada (autores, fichas de avaliação validadas etc.) a seleção dos itens, sendo o trabalho inicial dedicado à pesquisa de documentos/instrumentos que pudessem sustentar a inclusão dos referidos itens numa avaliação em meio aquático.

Desta forma, foram encontrados alguns autores que sustentavam a importância dos referidos itens numa avaliação neste contexto. Assim, Lambeck e Gamper (2010), apresentam uma ficha de avaliação baseado no método Halliwick, na qual constam

aspectos como a função respiratória e a alteração e manutenção de posições básicas. Já Varela (1986) construiu então uma ficha de avaliação inicial, no âmbito da aprendizagem da natação para pessoas com dificuldades, onde constam exatamente um conjunto de itens que pretendem avaliar a respiração, o equilíbrio e controlo rotacional e a propulsão. Assim, consegue fundamentar-se a inclusão dos itens da escala utilizada com base em informações válidas.

Ainda neste contexto existe a “*Checklist* de Observação Psicomotora no Meio Aquático para crianças com Perturbações do Espetro do Autismo”, desenvolvida num trabalho de mestrado nesta faculdade e publicada na livraria online de terapia aquática da *EWAC Medical*. Apesar de desenvolvida para crianças com autismo é perfeitamente passível a sua utilização com outras populações. A *checklist* é composta por três unidades, na qual a unidade “A” se refere especificamente à adaptação ao meio aquática e é composta por itens similares àqueles que aparecem na escala utilizada para este trabalho (Freitas, 2012).

Feito este trabalho de pesquisa é possível encontrar fundamentos que apoiam a utilização da escala pela estagiária, tendo certezas de que os itens que nela constam são adequados e ajustados para um avaliação deste tipo.

3.2.3 Objetivos e atividades

No que respeita aos objetivos, pode esclarecer-se que grupos diferentes pressupõem objetivos diferentes e no caso específico desta intervenção, as principais diferenças, na atividade motora, centram-se entre os grupos 1 e 2 e o grupo 4. Assim, apesar dos grupos diferirem em termos de número de participantes, são também diferentes as competências e capacidades de cada um. Desta forma, com os grupos 1 e 2, foram dinamizadas atividades coletivas e dinâmicas, estimulando as capacidades motoras globais, como as modalidades desportivas ou os jogos de grupo com recurso a vários materiais, com objetivos gerais de mobilização geral, estimulação e aperfeiçoamento das capacidades motoras bem como noções de trabalho em equipa, cooperação e entreajuda. Foi também com estes grupos que foram desenvolvidas as atividades de relaxação pois possuíam capacidades que permitiam a compreensão daquilo que era pretendido. Quanto ao grupo 4, o facto de ser um grupo consideravelmente mais pequeno e com características diferentes, exigia um tipo de trabalho distinto. Para este grupo, as atividades visaram a estimulação das capacidades psicomotoras mais elementares e a manutenção da funcionalidade e autonomia nas atividades de vida diária. As tarefas incluíam essencialmente circuitos de tarefas (trabalho específico ao nível de fatores psicomotores como coordenação, equilíbrio, estruturação espacial e noção do corpo), alguns jogos coletivos e atividades de estimulação cognitiva (raciocínio, memória e resolução de problemas).

Ainda assim, apesar das diferenças entre os grupos, a estrutura geral das sessões (que já foi referida anteriormente neste trabalho) foi a mesma para ambos os grupos: conversa inicial, atividades específicas e conversa final. Em ambos os grupos eram ainda estimuladas as capacidades de comunicação verbal, explicação das atividades realizadas e as noções de orientação no tempo (referência ao dia, mês e ano).

No que respeita à atividade em meio aquático, podem encontrar-se igualmente, ainda que mais ténues, diferenças entre os grupos 3 e 5. No entanto, as tarefas desenvolvidas foram semelhantes. Trabalharam-se questões relacionadas com a adaptação ao meio, o controlo respiratório e os movimentos de progressão no espaço (através do batimento de pernas e do deslize). Contudo, os grupos são bastante heterogéneos entre si, havendo elementos que precisam de apoio físico e reforço e outros que trabalham já com a expectativa de aquisição, ainda que adaptada, de formas de nado funcionais.

Durante o estágio, a componente instrumental assumiu um papel central no decorrer das sessões, sendo estas planeadas antecipadamente (e adaptadas sempre que necessário), com base em jogos e dinâmicas de grupo orientadas e com objetivos específicos bem delineados. Ainda assim, apesar de não deter o mesmo protagonismo, a componente relacional está intrinsecamente presente nas sessões, já que estas implicam sempre relação entre os intervenientes ou criação de laços empáticos.

Fazendo o paralelismo entre atividades em meio aquático e no ginásio, no que respeita ao seu planeamento e implementação, muito embora ambos os contextos exijam uma grande capacidade de organização, pode afirmar-se que a atividade motora exigiu, sem dúvida, um esforço acrescido. As tarefas em meio aquático assumem uma estrutura e rotina já bem delineadas e que não permitem tanta flexibilidade e variedade de tarefas. Já no ginásio, para além de se trabalhar com grupos com muitos elementos, este é um contexto que possibilita um grande leque de atividades e tarefas, com diferentes objetivos e daí, uma organização mais ampla e dinâmica. A intervenção neste contexto, possibilitou um vasto conjunto de experiências e atividades, em grande grupo, desde os jogos coletivos, circuitos de tarefas psicomotoras, uma atividade ao ar livre às modalidades desportivas e relaxação. O planeamento das sessões, sempre que possível, possibilitou a adequação e adaptação de atividades ou tarefas, bem como a gestão de situações imprevistas de forma a implementar as intervenções sem quebras, grandes pausas ou momentos de inatividade. Para além da organização e implementação das atividades, há toda uma gestão da participação dos clientes e das relações entre si que deve ser ponderada e adaptada a cada momento. Sendo assim, a intervenção amplia-se para além do momento de atividade em si, contemplando um trabalho específico antes e depois de cada sessão, de forma a prever resultados, adequar estratégias e conseguir a máxima participação e motivação dos clientes.

3.2.4 Atividades Complementares ou de Formação

Neste ponto do relatório são referidas as atividades complementares ou de formação em que a estagiária participou e colaborou, durante o período de estágio.

Em termos de atividades desenvolvidas com os clientes nos espaços do centro ou em intercâmbio com outras instituições destacam-se:

- **Festa de Natal do CTVAA:** realizou-se no espaço do CTVAA, a 11 de dezembro de 2012 (entre as 14h e as 17h), com a presença de familiares e colaboradores, marcando um momento de convívio e apresentação de performances preparadas pelos clientes, no âmbito do grupo de teatro. Esta foi uma atividade à qual a estagiária assistiu e prestou apoio pontual;

- **Quinta Pedagógica** – acompanhamento de atividade: a manhã (das 10h às 12h) de 8 de março foi preenchida com uma deslocação à Quinta Pedagógica dos Olivais, para atividades no *atelier* de cerâmica. Esta é uma atividade realizada com regularidade com pequenos grupos de participantes e que a estagiária acompanhou, dando apoio na deslocação de alguns clientes e na execução das tarefas sugeridas;

- **Atividades Intercentros:** ao longo do ano são várias as atividades dinamizadas em formato de intercâmbio e convívio entre clientes de várias instituições. A estagiária participou nas seguintes:

- Matiné Dançante: organizado pela CERCI Oeiras nas suas instalações, no dia 22 de fevereiro.

- Projeto Golfinho: dia 20 de março, no Colégio Vasco da Gama, uma parceira entre este e a CERCI Oeiras.

- Marcha Ambiental: organizada pela CERCI Lisboa, dia 9 de abril, no Parque Natural de Sintra-Cascais, com o apoio da Câmara Municipal de Sintra.

- 16º Encontro de Futebol: organizado pela CERCI Póvoa, no dia 3 de maio, na Póvoa de Santa Iria.

Nas atividades intercentros a função da estagiária foi de acompanhamento e apoio aos clientes nas tarefas sugeridas. Os intercâmbios apresentam atividades diversificadas nas quais os clientes participam de forma autónoma ou com apoio dos técnicos;

- **“Dia diferente” da CERCI Lisboa**: atividade realizada pelos 3 CAO's da CERCI, a 23 de abril de 2013 (das 9h às 17h), numa dinâmica desportiva e recreativa para todos os clientes (desde os mais dependentes aos mais autónomos). A estagiária participou e colaborou na organização e implementação de algumas atividades, em conjunto com as técnicas de Reabilitação;

- **Campanha do Pirlampo Mágico 2013**: Campanha de angariação de fundos a favor das CERCI's que decorreu entre 13 de maio e 4 de junho de 2013. A estagiária prestou apoio e acompanhou as atividades ocupacionais diárias dos clientes no CTVA, bem como as refeições e os tempos livres e participou ainda, na venda dos produtos da campanha (em bancas de solidariedade na comunidade);

- **Ação Pirlampo Mágico - Canoagem, Vela Adaptada e visita ao Oceanário**: atividade organizada pela FENACERCI, no âmbito da campanha Pirlampo Mágico, com o apoio do Centro Náutico da Marina do Parque das Nações, no dia 22 de maio, entre as 10h e as 17h. A estagiária participou no período da tarde da atividade, apoiando e acompanhando os jovens na canoagem e possibilitando a experimentação da modalidade pelos percursos definidos.

No que respeita a momentos de formação, destacam-se os seguintes:

- Participação nas **“1ªs Jornadas Internacionais de Terapia Aquática”** organizadas numa parceria entre a Liga Portuguesa de Terapia Aquática e a Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa, nos dias 1 e 2 de dezembro de 2012 em Almada e Lisboa. As jornadas tiveram uma componente teórica e uma componente prática, com a participação no workshop de Halliwick (1h30) dinamizado por Johan Lambeck.

- Participação no seminário **“Saúde Mental na Deficiência Intelectual, um direito!”**, organizado pela Direção-Geral da Saúde e o Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., em colaboração com a FENACERCI e o CECD Mira Sintra, nos dias 10 e 11 de abril de 2013 em Lisboa. O seminário contou com preletores nacionais e internacionais onde o principal tema de debate foi o diagnóstico duplo na DID, ou seja a presença de doença mental em concomitância com as dificuldades intelectuais.

- Participação no **“5º Congresso Internacional de Psicomotricidade”**, organizado pelo Fórum Europeu de Psicomotricidade (FEP) com a colaboração da Federação das Associações de Psicomotricistas do Estado Espanhol (FAPEE), nos dias 9, 10 e 11 de maio de 2013 (20h de formação), em Barcelona. A temática central de debate foi **“As diferentes faces da Psicomotricidade”** e as dinâmicas contaram com participantes, entre estudantes e profissionais, de vários países.

Os momentos de formação, paralelamente ao estágio, permitiram acima de tudo a possibilidade de cruzamento das informações teóricas e práticas, debatidas ou apresentadas, com o dia-a-dia de trabalho com os clientes, numa troca de experiências e aprendizagens sempre enriquecedora. O facto das temáticas de formação focarem muitas vezes a população com que se trabalha no estágio, permitem compreender comportamentos, adequar estratégias de trabalho e melhorar as dinâmicas de intervenção, com contributos positivos tanto pessoal como profissionalmente.

3.2.5 Resultados - Análise Crítica da Intervenção

Qualquer processo, interventivo ou não, merece que se façam balanços e reflexões periódicas, que pretendam observar os acontecimentos numa perspetiva crítica, de forma a alterar ou manter os mesmos, com objetivo final de alcançar melhorias. Este trabalho não é exceção e, posto isto, merece neste momento, uma reflexão, em jeito conclusivo, daquilo que foram as ações interventivas durante o estágio. Ao longo do ano, muitos foram os momentos de análise e reflexão junto dos clientes e da orientação de estágio (tanto local como da faculdade) sobre o caminho que se estava a percorrer e a construir.

Desta forma, o balanço do período interventivo é bastante satisfatório e positivo. A diversidade de atividades realizadas, nos vários contextos, construiu momentos enriquecedores e diferentes, com vantagens nítidas para os clientes. O facto de se apresentarem tarefas diversificadas ou adaptadas, por vezes distantes daquilo que é hábito realizar-se e que fazia parte da rotina, trouxe uma motivação e desafio adicionais, tanto aos clientes como à estagiária.

Mais especificamente, e passando agora a analisar os contextos em separado, pode referir-se que na atividade motora, as tarefas permitiram a experiência de dinâmicas que para além de terem sempre subjacente um trabalho de estimulação psicomotora e de manutenção da funcionalidade motora, permitiram trabalhar questões inerentes à gestão das relações interpessoais, do trabalho em equipa e da compreensão e cumprimento de regras. Também o trabalho de relaxação se revelou enriquecedor e uma mais-valia, tanto em questões relacionais como de autoconhecimento, promoção de bem-estar e momentos de descontração. A opinião geral dos clientes sobre este trabalho foi sempre positiva e o interesse nas tarefas esteve frequentemente presente.

Também no meio aquático, o reflexo do trabalho realizado é positivo. Este é um contexto que possibilita a expressão de sentimentos e capacidades que por vezes desconhecemos, onde as relações despertam com mais facilidade, a proximidade física é mais evidente e o apoio que podemos prestar aos clientes se torna determinante.

Posto isto, importa referir que o trabalho desenvolvido com esta população e no contexto institucional assume, geralmente, uma perspetiva mais centrada na manutenção de capacidades e funcionalidade, e não tanto uma intervenção que objetiva a aquisição de competências/aprendizagens. A população-alvo encontra-se numa faixa etária caracterizada por alguma estabilidade, sendo fundamental a manutenção e potencialização da funcionalidade. Desta forma, é preponderante ter estas referências em conta, de forma a adaptar e ajustar o trabalho para aquilo que pode ser mais vantajoso e benéfico para a população. Na globalidade, o trabalho de estágio em contexto institucional pretende dar continuidade às atividades desenvolvidas, com as quais os clientes já estão familiarizados, promovendo momentos enriquecedores e promotores de bem-estar e qualidade de vida. Importa ainda destacar, que nesta fase, o trabalho assume muitas vezes um desafio adicional: para além das dificuldades inerentes à DID e outras condições, está eminente o início de uma nova fase da vida, o envelhecimento. Com isto, surge a comum inatividade ou falta de disposição ou disponibilidade para determinadas atividades (essencialmente as de atividade motora), trazendo consigo desafios acrescidos aquando do planeamento e implementação das mesmas.

Ainda assim, todos os esforços são reconhecidos e a criatividade e insistência poderão ser um elemento chave que permita alcançar os objetivos delineados.

Neste sentido, é de referir a importância da complementaridade entre observação/apoio e trabalho autónomo. Ou seja, o facto de a estagiária vivenciar semanalmente momentos de apoio/observação de sessões ou atividades desenvolvidas pelas orientadoras e, paralelamente, momentos em que intervém de forma independente

com os seus grupos, permite recolher estratégias, técnicas e formas de trabalhar que vão apoiando e ajustando o trabalho autónomo.

Todas as fases do estágio foram vividas de forma proveitosa e ajustada no tempo, desde a integração, ao trabalho autónomo e à fase final.

Por fim importa realçar aquilo que é, efetivamente, o trabalho do Psicomotricista ou outro técnico, no contexto institucional. Este é um ambiente que se revela rico e repleto de aprendizagens e novas vivências pois para além do trabalho específico que cada colaborador desenvolve, é inculcido em cada um o sentimento de entreatajuda, cooperação e polivalência. Estas são características preponderantes, pois toda a dinâmica institucional necessita de técnicos polivalentes e disponíveis para apoiar nas mais diversas situações, e este é um aspeto chave e essencial na promoção de crescimento, tanto pessoal como profissional.

3.2.6 Dificuldades e Limitações

Seguindo este raciocínio, muito embora o balanço geral do percurso no estágio seja positivo, há dificuldades ou limitações inerentes que não se assumem, necessariamente, como aspetos negativos mas sim como pontos de reflexão.

Entre as principais dificuldades sentidas ao longo do período de estágio destacam-se:

- *Gestão do tempo e organização das fases de trabalho*: o facto do tempo de estágio ser limitado impõe que se seja mais prático e funcional, de forma a efetivar as intervenções. A organização e distribuição das tarefas ao longo do tempo determinam de forma preponderante todo o percurso, dado que o tempo que se tem disponível nem sempre é suficiente para implementar/aprofundar todas as fases de trabalho desejáveis (desde a integração ao final do estágio). Assim, é necessário adaptar as expectativas, construídas inicialmente, ao tempo que se tem disponível.

- *Discrepância realidade/teoria*: ao longo do estágio percebe-se, por vezes, a existência de uma discrepância e falta de sintonia, entre aquilo que adquirimos na teoria e aquilo que é realmente o contexto prático. Por vezes, o primeiro impacto com a realidade traduz-se num certo desconhecimento, pois as situações e experiências são realmente diferentes daquilo que a teoria revela. Apesar de esta não ser a primeira experiência e contacto com esta população, é sem dúvida a mais intensa e prolongada no tempo, desde o início da formação académica.

- *Escassez de informação prática sobre o trabalho com esta população*: No seguimento do ponto anterior, pode referir-se a falta de material sobre o trabalho com esta população em termos de atividades, estratégias ou instrumentos de avaliação. A literatura é escassa no que diz respeito a artigos e textos válidos, que esclareçam o trabalho com esta população e, infelizmente, muitas das vezes os recursos surgem de adaptações do trabalho com crianças.

- *Dificuldade na definição de objetivos*: Antecedendo o trabalho interventivo, surgem dificuldades na definição de objetivos, para que estes sejam realistas e adequados. Importa, assim, refletir e ponderar sobre aquilo que poderá ser mais significativo para os clientes, nesta fase de vida e que lhes traga qualidade de vida.

- *Intervenção em grupo*: A par do trabalho em contexto institucional, e visto que é necessário dar resposta a um número elevado de clientes, a intervenção baseia-se essencialmente no trabalho em grupo, muitas vezes com características heterogéneas. O desafio e as dificuldades surgem no momento de selecionar atividades e dinâmicas em que todos os clientes do grupo possam participar, atendendo às suas preferências e prestando atenção às dificuldades individuais de cada elemento. O trabalho de grupo em contexto institucional surge assim com vantagens e desvantagens, pois para além de

permitir vivências coletivas positivas, não possibilita uma atenção específica a cada elemento e às suas dificuldades e necessidades particulares.

A par das dificuldades poderá ser relevante referir elementos que funcionaram como facilitadores em todo o percurso no estágio. Destes destacam-se, essencialmente, a relação próxima que se estabeleceu entre orientadoras, estagiária, direção técnica e outros colaboradores. A integração fez-se com facilidade e a disponibilidade manifestada e abertura com que a estagiária foi recebida facilitaram os primeiros contatos. A população com quem se trabalhou constitui sem dúvida um elemento determinante no que respeita à criação de relações empáticas e saudáveis. Os clientes estiveram sempre disponíveis para facilitar a relação com a estagiária bem como para a participação ativa nas atividades. Trabalhando com eles e para eles, estando atento às suas necessidades e preferências todo o processo pode ser facilitado.

4. Estudos de Caso

Como já foi referido, durante a atividade de estágio, foram selecionados dois clientes que seriam os “estudos de caso” e, sobre os quais recaíram, apesar de inseridos em grupos, os momentos de avaliação e a definição de objetivos. A intervenção foi orientada para as suas principais necessidades e expectativas, no entanto, as atividades eram organizadas para os grupos onde se encontravam, promovendo a sua interação com os mesmos. Sempre que foi possível, em termos operacionais, os apoios físicos e de reforço ou estimulação foram dados de forma individual aos clientes em questão.

Segue-se a apresentação dos estudos de caso, com base na recolha de dados e informações provenientes nos seus processos individuais. De salientar que a fase de recolha de dados regeu-se pelo cumprimento de regras específicas no que respeita aos procedimentos éticos e profissionais. Assim, as informações recolhidas são apenas as necessárias para a caracterização do cliente e aquelas que podem ser consultadas pela maioria dos colaboradores, a sua identidade está protegida e a família foi informada e autorizou a consulta dos dados.

4.1 Dados anamnésicos do L.C

Nasceu a 9 de julho de 1974 (39 anos neste momento), prematuro, com 7 meses, baixo peso à nascença, tendo o parto sido de cesariana. A gravidez decorreu sem problemas e com assistência médica. Teve convulsões ao 8º dia de vida e aos 6 meses de idade. A história de desenvolvimento refere que a alimentação nos primeiros tempos de vida foi, preferencialmente, com biberão, o sono era agitado e precisava da presença de alguém para conseguir adormecer. Quanto ao desenvolvimento psicomotor, verificou-se um “atraso generalizado” nas aquisições, sendo que aos 12 meses ainda não apresentava controlo cefálico e apesar de não apresentar problemas auditivos a comunicação já denotava limitações (atualmente emite alguns sons e palavras mas usa essencialmente formas de comunicação não-verbal), os primeiros passos foram dados aos dois anos e quatro meses (em bicos de pés, forma de deslocamento que ainda se mantém). Era uma criança hiperativa, com atenção dispersa, ligeira hipertonia e com registo de crises convulsivas parciais. Apresentava uma coordenação visuomotora com dificuldades e estrabismo (dificuldades visuais que ainda se mantém). Na infância teve parotidite, sarampo, varicela, rubéola e alguns sinais de epilepsia. Segundo o relatório do Centro de Paralisia Cerebral de Lisboa, o diagnóstico de DID e epilepsia (causa perinatal não totalmente confirmada) registou-se aos 12 meses tendo sido medicado com Luminaletas, Diplexil e Tegretol. Foi seguido no Centro de Paralisia Cerebral desde os 12 meses com um programa de estimulação e de ensino para a mãe. Foi submetido a uma intervenção cirúrgica aos adenoides aos 10 anos e frequenta a fisioterapia desde os 18 meses.

O percurso escolar iniciou-se com a frequência de um jardim-de-infância escolar e entre os sete e os oito anos foi integrado no Colégio de São Marcos, dada a incompatibilidade com o ensino regular devido às suas dificuldades. Nesta fase apresentava poucas aquisições na aprendizagem e alguns problemas de comportamento. Aproximadamente aos 14 anos a medicação anterior foi suspensa e passou a tomar apenas Melleril. O relatório final do referido colégio sugere a frequência de uma instituição com treino ocupacional.

Quanto ao percurso pedagógico e interventivo na CERC Lisboa, este iniciou-se a 11 de outubro de 1993, nessa altura com 19 anos, com posterior integração na mesma. De acordo com o relatório de Psicologia no momento de integração é referido que o L.C apresenta uma capacidade de compreensão com dificuldades, instabilidade emocional e psicomotora, humor flutuante, reflete a ausência de estimulação e de um trabalho

orientado, dificuldades na manutenção da atenção e necessidade de aquisição de regras de trabalho. O que consta no relatório de observação do domínio da Fisioterapia e Reabilitação refere a presença de hiperatividade, teimosia, compreende aquilo que lhe é solicitado mas a comunicação é reduzida (verborreia), apresenta tempos de concentração curtos e é obsessivo nas tarefas (até terminar). Em termos motores a marcha realiza-se com inversão dos pés e apoio na ponta do pé e apresenta dominância lateral direita. É autónomo nas tarefas de alimentação, na higiene e no vestir/despir.

No que respeita ao contexto familiar, vive com os pais, onde a figura paterna é bastante ausente e a relação com a mãe denota pouco respeito por esta. Já na altura do nascimento do L.C a mãe apresentava fragilidade psicológica, o ambiente familiar era perturbado e foi aconselhada terapia familiar, que não chegou a efetivar-se. O elemento com quem estabelece uma relação mais próxima e harmoniosa é com a irmã. Em termos de personalidade, gosta de se sentir responsável por uma tarefa e focar em si a atenção dos outros, quando contrariado amua e pode usar gestos obscenos, recorrer à agressividade apresentando uma capacidade de resistência à frustração limitada. Demonstra interesse por música, revistas, televisão e desporto e gosta de ajudar em algumas tarefas domésticas.

Atualmente a farmacologia administrada é Risperidona (2mg) ao pequeno-almoço e ao jantar.

No que se refere ao Plano Individual de Intervenção (2011-2013) do cliente, também denominado “Projeto de Vida”, concretizado pelas Técnicas de Reabilitação, Psicóloga, família e Diretora Técnica destaca-se o seguinte:

- Integra o CAO do CTVA e pontualmente o Lar Residencial;
- A avaliação das necessidades e potenciais foi feita por observação, com recurso a planos anteriores, com base na ECAP e nas dimensões da Qualidade de Vida (física e emocional) e permite destacar que as principais necessidades são ao nível da autonomia, higiene e arranjo pessoal, da manutenção da funcionalidade motora e da participação e interesse no trabalho realizado na sala.
- Necessita de estímulo e reforço para participar nas atividades e incentivo para a comunicação verbal (tarefas a pôr em prática pelas responsáveis de sala e Técnicas de Reabilitação);

Neste momento, para além do trabalho em sala, o cliente beneficia ainda de sessões de atividade motora (grupo 2), caminhada, teatro e atividade em meio aquático (grupo 3).

4.1.1 Avaliação inicial

Os dados utilizados na avaliação inicial do L.C são provenientes dos resultados da ECAP, aplicada em 2011, e da aplicação da grelha de avaliação referida anteriormente e elaborado por estagiárias. Assim, a estagiária optou por consultar os resultados da ECAP aplicada na CERC I em 2011 (como se apresenta mais à frente) pois estes constituem a última avaliação do cliente e na qual se baseou a elaboração do Projeto de Vida 2011-2013. Ou seja, a ECAP, voltará a ser aplicada, em altura ainda não definida, no ano presente ano, com a presença de técnicos, familiares e do cliente, de forma a definir o Projeto de Vida para o próximo triénio. Assim sendo, os dados recolhidos pela estagiária junto das técnicas de reabilitação, dos responsáveis de sala e por observação, serviram para assimilar informações acerca do cliente para, posteriormente definir objetivos de intervenção.

As atividades, nos mais diversos contextos de intervenção, no CTVAA, regem-se pelo calendário civil, pelo que as avaliações iniciais se realizam em Janeiro, as intermédias entre junho e julho e as finais em novembro e dezembro. Estas avaliações, durante o período de implementação dos Projetos de Vida definidos, baseiam-se numa monitorização de objetivos do cliente, em cada área de intervenção específica. Assim, a estagiária pôde acompanhar a monitorização de objetivos no momento da avaliação inicial e, organizar a sua intervenção para que, fosse possível dar continuidade aos objetivos que estavam já a ser trabalhados.

Desta forma, os dados da avaliação a ser utilizados na definição de objetivos, são provenientes da consulta dos resultados da ECAP 2011, dos objetivos definidos no Projeto de Vida e da avaliação atual realizada pela estagiária (avaliação esta de caráter qualitativo). Segue-se a apresentação dos principais resultados da ECAP.

Tabela 4: Resultados Gerais ECAP (L.C.)

Domínio	Total
Autonomia	63
Desenvolvimento Físico	30
Atividade Económica	0
Desenvolvimento da Linguagem	20
Números e Tempo	1
Atividade Doméstica	3
Pré-Profissional	3
Personalidade	7
Responsabilidade	2
Socialização	15
Comportamento Social	8
Conformidade	4
Merecedor de Confiança	1
Comportamento Estereotipado e Hiperativo	4
Comportamento Sexual	1
Autoabusivo	2
Ajustamento Social	4
Comportamento Interpessoal Perturbado	6

4.1.2 Plano de intervenção

Após a análise detalhada dos dados disponíveis que caracterizam e avaliam o L.C e dos objetivos que estavam já definidos e previam um período de trabalho até ao final de 2013, foi estabelecido um conjunto de objetivos pedagógico-terapêuticos nos diferentes contextos de intervenção, nomeadamente ao nível da comunicação, adaptação social e funcionalidade motora (objetivos gerais). Os objetivos apresentados como sendo para o Triénio 2011-2013, continuam a ser trabalhados e apresentam já a respetiva monitorização de 2012. Passa-se a apresentar, de seguida, os objetivos definidos para o cliente.

Tabela 5: Objetivos Específicos - Atividade Motora (L.C)

		<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Meta</u>	<u>Estratégias</u>	<u>Monitorização (Dezembro de 2012)</u>	
Atividade Motora	<u>Triénio 2011-2013</u>	Realizar a marcha em terreno desnivelado	Apoio verbal e físico mínimo	Reforço positivo e comunicação verbal	Parcialmente Alcançado (PA)	Obs: necessita apoio verbal mínimo e apoio físico moderado para alcançar o objetivo;
		Aceitar sugestões de trabalho	Apoio verbal mínimo	Registo na avaliação da sessão	Parcialmente Alcançado (PA)	Obs: necessita apoio verbal moderado para alcançar o objetivo;
	<u>Atividade de Estágio</u>	Promover a interação com o grupo em atividades coletivas	Apoio verbal mínimo	Reforço verbal positivo	_____	_____
		Promover a manutenção da funcionalidade motora (operacionalizado através da: manutenção da capacidade de sentar/levantar, da marcha autónoma e estimular a mobilidade dos membros superiores e inferiores)	Apoio físico e verbal mínimo	Reforço verbal e demonstração	_____	_____

Tabela 6: Objetivos Específicos - Atividade em Meio Aquático (L.C.)

		<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Meta</u>	<u>Estratégias</u>	<u>Monitorização (Dezembro de 2012)</u>	
Atividade em Meio Aquático	<u>Triénio 2011-2013</u>	Realizar atividades de controlo respiratório com imersão facial.	Apoio verbal e físico mínimo	Reforço positivo e comunicação verbal	Parcialmente Alcançado (PA)	Obs: necessita apoio verbal moderado para alcançar o objetivo.
	<u>Atividade de Estágio</u>	Adquirir formas de deslocamento na posição horizontal.	Apoio verbal e físico moderado	Reforço verbal	_____	_____
		Realizar batimento de pernas de forma constante e coordenada.	Apoio verbal e físico mínimo	Reforço verbal	_____	_____
		Trabalhar o equilíbrio na posição horizontal	Apoio verbal e físico moderado	Reforço verbal	_____	_____

4.1.3 Intervenção psicomotora

A intervenção psicomotora com o grupo onde o L.C esteve inserido iniciou-se a 12 de dezembro de 2012 e a última sessão foi dinamizada a 8 de maio de 2013, num total de 13 sessões em meio aquático e 13 sessões de atividade motora. O cliente participou na grande maioria das sessões, sendo as ausências mais evidentes nas sessões em meio aquático, mas, ainda assim, a participação e assiduidade foram positivas. A relação empática entre o cliente e a estagiária criou-se com relativa facilidade, sendo que o cliente, procurou essencialmente carinho e atenção. O L.C é um indivíduo carinhoso e simpático com grande necessidade de sentir que a atenção lhe é dirigida constantemente. O desafio principal centrou-se na estimulação da participação do cliente nas tarefas. O cliente necessitou de um estímulo e reforço constante, pois a iniciativa própria para participar é bastante reduzida. Este era um fator presente tanto na atividade motora como no meio aquático. Assim sendo, na atividade motora, e como as sessões eram dinamizadas para um grupo com bastantes elementos, os objetivos centraram-se tanto na estimulação das capacidades motoras como na promoção de competências de interação social e trabalho em equipa. O L.C beneficiou de um apoio físico frequente na maioria das sessões e revelou-se participativo e empenhado nas mesmas, embora o tempo de participação por vezes fosse limitado, sendo necessário voltar a reforçar e estimular a continuidade nas tarefas. Ainda assim, o cliente mostrou-se bastante bem disposto nos jogos de grupo e nas tarefas a pares. O sentimento de satisfação pelas realizações foi notório, procurando sempre que reforçassem positivamente os seus comportamentos.

Quanto às sessões de relaxação, estas foram igualmente bem recebidas pelo L.C e o seu desempenho foi bastante satisfatório (as preferências centraram-se nas tarefas de massagem).

Já no meio aquático, as estratégias eram semelhantes, embora o grupo de trabalho fosse mais reduzido, o que permitia uma atenção mais individualizada. Neste contexto, os objetivos centraram-se principalmente na melhoria do ajustamento ao meio bem como na aquisição de capacidades básicas no meio aquático (e.g. respiração, tarefas em imersão e batimentos de pernas simples). De salientar que a relaxação em meio aquático não foi bem recebida e o cliente manifestava mais interesse em ocupar os momentos finais da sessão com tarefas mais divertidas e lúdicas. Tal como no ginásio, neste contexto a necessidade de reforço verbal e repetição das instruções era constante, de forma a possibilitar a realização das tarefas de forma fluida e sem momentos de pausa desnecessários. Também aqui o cliente tinha necessidade de sentir que o seu desempenho era positivo e que a estagiária ficava satisfeita, procurando sempre saber a avaliação que esta fazia das tarefas.

O fato de o cliente estar inserido num grupo heterogéneo mas beneficiar sempre que possível de uma atenção e apoio individual, trouxe vantagens ao seu desempenho e permitiu que este conseguisse acompanhar um grupo de trabalho independentemente das suas dificuldades.

4.1.4 Avaliação final

Em termos de objetivos delineados, importa neste momento referir, na globalidade, se estes foram ou não alcançados e de que forma poderão continuar a ser trabalhados. Esta avaliação final recai, essencialmente, numa análise qualitativa dos resultados obtidos.

Em termos globais, e no que concerne aos objetivos gerais mais relacionados com os comportamentos adaptativos, a estimulação da comunicação de forma adequada, bem como da participação ativa nas atividades, foram elementos subjacentes a todos os momentos de trabalho. Embora não fossem trabalhados de forma específica e

estruturada, foi sempre dada relevância à necessidade do cliente estabelecer formas de comunicação adequadas (reforçando as formas de cumprimentar ou evitar interromper quando as pessoas falam). Outros aspetos relacionados com as competências pessoais e sociais como regras de conduta ou aspetos relacionados com a higiene (lavagem das mãos, limpeza dos óculos etc.) foram também tidos em conta.

Mais especificamente, e no que diz respeito aos objetivos para o meio aquático, podemos relatar melhorias nas atividades de controlo respiratório e em imersão, onde o cliente se mostrou completamente à vontade com as imersões, bem como na realização dos batimentos de pernas. Apesar da necessidade de um reforço constante, foi possível notar ao longo das sessões que o cliente efetuava os batimentos de pernas de forma mais coordenada e prolongada no tempo. Em termos de equilíbrio, verificam-se ainda dificuldades e necessidade de apoio físico. Relativamente às aquisição de formas de deslocamento, este será um objetivo que necessita apoio constante para ser alcançado, já que autonomamente o cliente não consegue a progressão pretendida. No entanto aquilo que se pretende são formas de deslocamento funcionais e adaptadas e essas poderão contar sempre com o apoio do técnico.

No que respeita à atividade motora, o cliente realiza a marcha em terreno desnivelado, com ajuste postural que lhe permite manter o equilíbrio, embora por vezes possa precisar de algum apoio físico. Em termos de interação e participação, o balanço foi positivo e os objetivos alcançados. Quanto à aceitação de sugestões o cliente participou sempre naquilo que foi proposto devido essencialmente ao reforço e solicitação constante para a participação. No entanto não se opôs nem mostrou relutância às atividades propostas. No que se refere à manutenção da funcionalidade motora, as tarefas propostas assim o exigiram, e perante isto, não se verificaram retrocessos neste aspeto. Embora com algumas dificuldades, o cliente continua autónomo nas principais atividades da vida diária.

De referir que a grande maioria dos objetivos se definem como sendo objetivos de continuidade. Assim, mesmo que alcançados é importante que continuem a ser reforçados e trabalhados, ou então, caso seja necessário se alterem as metas definidas (e.g. alterar de uma apoio físico máximo para um apoio físico moderado).

Apresenta-se de seguida, de forma simplificada, o balanço do trabalho de intervenção, com base nos objetivos previamente delineados.

Tabela 7: Avaliação Final (L.C.)

	Objetivo Específico	Avaliação Final (Maio 2013)
Atividade em Meio Aquático	Realizar atividades de controlo respiratório com imersão facial	Parcialmente Alcançado
	Estimular a aquisição de formas de deslocamento na posição horizontal	Parcialmente Alcançado
	Realizar batimento de pernas de forma constante e coordenada	Parcialmente Alcançado
	Trabalhar o equilíbrio na posição horizontal	Parcialmente Alcançado
Atividade Motora	Promover a interação com o grupo em tarefas coletivas	Alcançado
	Realizar a marcha em terreno desnivelado	Alcançado
	Aceitar sugestões de trabalho	Parcialmente Alcançado
	Manter a funcionalidade motora	Parcialmente Alcançado

4.1.5 Conclusões

Como já foi salientado, de modo geral o L.C mostrou-se participativo, revelando agrado nas tarefas realizadas. No entanto, o reforço verbal e a estimulação constante são estratégias imperativas na intervenção. Apesar de ter capacidades de realização de inúmeras tarefas (com e sem apoio físico), revela-se parca ou pouco trabalhada a sua iniciativa e vontade de participação ativa. Desta forma, as sessões com o L.C, tanto de atividade motora como em meio aquático, contaram sempre com um apoio individual constante, bem como com reforço verbal positivo de forma a compensar os seus desempenhos e estimular a continuidade dos comportamentos positivos.

Na atividade motora é um jovem que gosta de trabalhar e sentir-se inserido no grupo, empenha-se por realizar as tarefas, apesar de não permanecer muito tempo nas mesmas (logo que pode vai sentar-se, também devido às dificuldades no equilíbrio), e, apesar das dificuldades na comunicação, procura sempre saber se o seu desempenho foi positivo. De salientar ainda a satisfação nas sessões de relaxamento, principalmente nas atividades de massagem.

Já no meio aquático, apesar de possuir um ritmo de trabalho próprio e necessitar de apoio físico, o cliente realiza todas as tarefas propostas com empenho. Neste contexto a necessidade de reforço constante é ainda mais preponderante, sendo essencial para possibilitar que o cliente dê continuidade aos exercícios (e.g. batimento de pernas). As tarefas de grupo ou contato com os colegas foram recebidas com satisfação e efetuadas com sucesso, revelando momentos de boa disposição e trabalho coletivo. O facto de trabalhar em grupo significa muitas vezes um elemento de estímulo e um empenho acrescido que facilita a sua participação.

Em termos de trabalho futuro, visto que a intervenção com o L.C assume um carácter estritamente de manutenção da funcionalidade motora, parece relevante continuar a solicitar a sua participação nas várias tarefas de forma a manter as suas capacidades físicas, com base em momentos de relação e interação com os colegas e a restante comunidade institucional. Apesar da falta de iniciativa para uma participação ativa torna-se importante manter o reforço verbal positivo e a estimulação constante para as tarefas.

Concluindo, a manutenção da participação e iniciativa nas atividades poderá ser o aspeto fundamental a trabalhar/dar continuidade, para evitar a aquisição de posturas passivas e de inatividade que poderão, a médio/longo prazo significar retrocessos na funcionalidade.

4.2 Dados amnésicos do L.F

O L.F nasceu a 4 de dezembro de 1979 (atualmente tem 34 anos) fruto de uma gravidez e parto normais, de tempo completo e sem complicações. Em termos de desenvolvimento psicomotor, o seu histórico individual refere que, começou a sentar-se aos 10 meses, não gatinhou mas arrastou-se a comunicação verbal surgiu tardiamente, apenas aos 3 anos e meio, depois de uma cirurgia aos ouvidos. O relatório não revela informações sobre a interação familiar, refere que é teimoso mas muito carinhoso e na infância interessava-se por jogos de rua ou em parques e ver televisão (desde que acompanhado). Em termos clínicos teve sarampo e varicela na infância, não tem alergias nem epilepsia, não suporta ambientes com muito ruído e não toma medicação (situação ainda atual).

Quanto ao percurso escolar, frequentou uma creche regular, frequentou o núcleo de Junqueiro para deficientes auditivos, e posteriormente o centro “Bola de Neve” de ensino especializado, desde 1990. Os relatórios dos estabelecimentos de ensino referem que é um jovem autónomo, desloca-se e alimenta-se sozinho e tem controlo dos esfíncteres. No entanto há suspeita de problemas auditivos e dificuldades na linguagem. Referem, ainda, que o L.F apresenta necessidades educativas associadas a um atraso

global de desenvolvimento e beneficiou de um programa educativo individual (PEI), na escola de ensino especializado. Em termos de personalidade, necessita de estímulo constante para terminar as tarefas, é pouco participativo e apresenta muitas vezes uma postura passiva, sugerindo-se a integração numa instituição onde possa beneficiar do desenvolvimento de atividades práticas.

Integrou a CERCILISBOA com 17 anos e o relatório de observação nesta instituição refere que é um jovem simpático e expressivo, ligeiramente tímido e com dificuldades na expressão oral (que dificultaram a observação). É autónomo nas AVD e nos transportes, tem as noções de segurança adquiridas, faz pequenas compras mas não tem noção dos trocos, não faz leitura funcional mas identifica as letras e escreve o seu nome. Apresenta algumas dificuldades na motricidade fina, principalmente nas atividades de expressão plástica o que permite propor mais experiências diversificadas a este nível e trabalhos práticos que possibilitem maior realização pessoal e social.

O seu Projeto de Vida na CERCILISBOA (2011-2013) refere que: integrou o CAO do CTVA em 2006 e anteriormente tinha já frequentado o projeto “Passo a Passo”; a avaliação das necessidades foi feita com base em planos anteriores, por observação e com recurso a escalas; as dimensões da qualidade de vida a privilegiar são as relações interpessoais, o domínio emocional e a ocupação útil/profissional; e as áreas a trabalhar são:

1. Higiene pessoal e arranjo/aparência pessoal
2. Manutenção da funcionalidade a nível motor
3. Valorização e reconhecimento pelas tarefas estritamente ocupacionais na sala (leitura e escrita)
4. Manter a sua ação e interesse pela atividade socialmente útil que desenvolve (paquete);
5. Manter autonomia na comunidade;
6. Melhorar competências sociais na comunidade;
7. Potencializar a capacidade para fazer recados no centro e compras menores;

De salientar que o L.F, como se constata acima, apesar de não ter uma atividade laboral remunerada fora da instituição, desenvolve uma atividade socialmente útil, na qual desempenha a função de pacote entre os vários centros da CERCILISBOA, distribuindo correio, fazendo recados entre outras tarefas. Esta é uma tarefa desempenhada com responsabilidade e empenho pelo cliente, que se preocupa ainda com as questões da assiduidade, organização e pontualidade. Outros apoios de que beneficia são a atividade motora (grupo 1 e grupo 4) e em meio aquático (grupo 5).

4.2.1 Avaliação Inicial

Esta fase do trabalho, partilha das mesmas considerações que foram expostas no caso do L.C.

Passa-se a apresentar de seguida, os resultados globais resultantes da aplicação da ECAP.

Tabela 8: Resultados Gerais ECAP (L.F.)

Domínio	Total
Autonomia	88
Desenvolvimento Físico	36
Atividade Económica	8
Desenvolvimento da Linguagem	25
Números e Tempo	4
Atividade Doméstica	5

Pré-Profissional	4
Personalidade	6
Responsabilidade	9
Socialização	20
Comportamento Social	0
Conformidade	5
Merecedor de Confiança	5
Comportamento Estereotipado e Hiperativo	5
Comportamento Sexual	0
Autoabusivo	1
Ajustamento Social	6
Comportamento Interpessoal Perturbado	3

4.2.2 Plano de Intervenção

Perante a análise das informações recolhidas, foram definidos os seguintes objetivos pedagógico-terapêuticos nos diversos contextos de intervenção com especial relevância para os domínios da adaptação social e comunicação e funções psicomotoras (objetivos gerais). De seguida são apresentados os objetivos para o cliente.

Tabela 9: Objetivos Específicos - Atividade Motora (L.F.)

		<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Meta</u>	<u>Estratégias</u>	<u>Monitorização (Dezembro de 2012)</u>	
Atividade Motora	<u>Triénio 2011-2013</u>	Manter a atenção e concentração durante a atividade (objetivo de continuidade)	Apoio verbal moderado	Feedback e comunicação verbal	Alcançado	Obs: objetivo alcançado de acordo com a meta estabelecida.
		Verbalizar o seu desempenho na atividade (objetivo de continuidade)	Apoio verbal moderado	Feedback e autoavaliação	Alcançado	Obs: objetivo alcançado de acordo com a meta estabelecida.
	<u>Atividade de Estágio</u>	Verbalizar/repetir instruções recorrendo a frases complexas	Apoio verbal moderado	Reforço verbal positivo	_____	_____
		Trabalhar e aperfeiçoar o desempenho em tarefas de estimulação psicomotora: -Aperfeiçoar o equilíbrio -Trabalhar a coordenação (óculo-manual e óculo pedal) - Desenvolver as noções de lateralidade e diferenciação direita/esquerda; -Desenvolver raciocínio através de tarefas/questões de estimulação cognitiva;	Apoio físico e verbal mínimo	Reforço verbal, repetição e demonstração	_____	_____

Tabela 10: Objetivos Específicos - Atividade em Meio Aquático (L.F.)

	<u>Objetivos Específicos</u>	<u>Meta</u>	<u>Estratégias</u>	<u>Monitorização (Dezembro de 2012)</u>		
Atividade em Meio Aquático	<u>Triénio 2011-2013</u>	Realizar deslocação em decúbito ventral com controlo respiratório.	Apoio verbal mínimo e físico moderado	Demonstração e feedback	Parcialmente Alcançado	Obs: realiza deslocação em posição ventral com apoio físico e verbal moderado. Apresenta bastantes dificuldades no controlo respiratório.
		Alcançar a descontração no meio.	Durante 3 minutos com apoio físico mínimo	Técnicas de relaxação	Alcançado	Obs: objetivo alcançado de acordo com a meta estabelecida.
Atividade de Estágio		Aperfeiçoar o controlo respiratório e a respiração em imersão.	Apoio verbal moderado	Reforço verbal positivo	_____	_____
		Desenvolver formas eficazes de deslocamento, recorrendo a técnicas propulsivas simples.	Apoio verbal e físico moderado	Reforço verbal positivo	_____	_____
		Trabalhar o equilíbrio e controlo postural na posição horizontal	Apoio físico e verbal mínimo	Reforço verbal positivo	_____	_____

4.2.3 Intervenção Psicomotora

A intervenção psicomotora teve início a 13 de dezembro de 2012 e terminou a 30 de abril de 2013, período de tempo no qual foram dinamizadas 11 sessões em meio aquático e 28 sessões de atividade motora. À semelhança do que aconteceu com o L.C, a relação de empatia criou-se com facilidade. Apesar de ser uma pessoa menos expressiva afetivamente e com menos à-vontade com a proximidade física, o L.F mostrou-se disponível para trabalhar e interagir com a estagiária nos vários contextos. É um indivíduo calmo, simpático, conversador e, embora a comunicação apresente um registo por vezes confuso e repetitivo responde de forma educada às solicitações, é responsável, assíduo e participativo. Dado ter estado inserido em 3 grupos diferentes, o trabalho realizado foi bastante diversificado, como já foi salientado na caracterização dos grupos. Na atividade motora o L.F experienciou sessões em grupo alargado, com bastantes elementos, bem como em sessões de trabalho mais específico e dirigido, num grupo mais homogéneo em termos de características e necessidades. Apesar de não necessitar de apoio físico constante para realizar as tarefas, insistiu-se num acompanhamento mais próximo no momento de esclarecer e facilitar a compreensão das

tarefas, bem como a estimulação de uma comunicação funcional e ajustada. Em meio aquático, o trabalho assentou essencialmente na melhoria do ajustamento ao meio bem como nas capacidades de propulsão. Neste contexto, destacam-se ainda alguns receios, pouco à-vontade com certas posições ou tarefas (devido às alterações no equilíbrio) e algum cansaço após determinadas atividades. Ainda assim, o cliente manteve-se sempre empenhado, participativo e sempre que possível, o cliente beneficiava de um apoio físico mais próximo e constante. Apesar de apresentar uma forma de comunicação limitada ou pouco explorada, o cliente manifestou-se sempre satisfeito com as atividades.

4.2.4 Avaliação Final

Relativamente aos objetivos gerais, pode-se referir que foram alcançados, e apareceram subjacentes a todo o trabalho realizado, tanto em meio aquático como no ginásio. O L.F apresenta um desempenho motor geralmente positivo e adequado, embora haja necessidade de reforçar certos aspetos, como se refere nos objetivos específicos. Quanto à promoção da adaptação social e da comunicação, este é um aspeto que deve ser tido em atenção visto que, apesar de ser uma pessoa autónoma e socialmente integrada, apresenta ainda algumas lacunas no que respeita à adequação dos comportamentos na comunidade (e.g. dada a presença constante de um discurso que nem sempre é coerente e ajustado) e às relações na instituição e no exterior.

No que se refere aos objetivos específicos, em meio aquático, pode-se referir que apesar de não ser o ambiente/contexto onde o cliente se sente mais confortável, realiza as tarefas com um bom desempenho, como é o caso das atividades de imersão (realiza respiração em imersão) e da deslocação no espaço na posição horizontal. Demonstra ainda algumas dificuldades na coordenação dos movimentos dos membros inferiores (realiza movimentos rápidos e curtos o que faz com que se canse facilmente) e na manutenção do equilíbrio em decúbito ventral e dorsal. Realiza com relativa facilidade e sem sinais de desconforto as tarefas em imersão (e.g. recolha de objetos).

Já no contexto da atividade motora, revela, igualmente, um desempenho positivo nas atividades propostas embora sejam nítidas algumas dificuldades. Estas revelam-se essencialmente em tarefas ou atividades que exijam uma estruturação do raciocínio, a compreensão de regras ou a memorização de várias indicações, bem como a estruturação temporal e a diferenciação direita-esquerda. Com o trabalho ao nível da estimulação da atenção (com frequente recurso ao reforço verbal), da verbalização do desempenho e na repetição de instruções, conseguem-se desempenhos positivos embora seja necessário continuar a reforçar tais aspetos.

Apresenta-se, de seguida, a avaliação qualitativa dos objetivos definidos.

Tabela 11: Avaliação Final (L.F.)

	Objetivo Específico	Avaliação Final (Maio 2013)
Atividade em meio aquático	Realizar deslocações em decúbito ventral com controlo respiratório	Parcialmente Alcançado
	Aperfeiçoar o controlo respiratório e respiração em imersão	Parcialmente Alcançado
	Desenvolver formas eficazes de deslocamento no espaço, recorrendo a técnicas propulsivas simples;	Parcialmente Alcançado

	Trabalhar o equilíbrio postural na posição horizontal	Parcialmente Alcançado
	Alcançar a descontração no meio	Alcançado
Atividade Motora	Manter a atenção e concentração na atividade	Alcançado
	Verbalizar o seu desempenho na atividade	Alcançado
	Verbalizar/repetir instruções recorrendo a frases simples	Parcialmente Alcançado
	Trabalhar e aperfeiçoar o seu desempenho em tarefas de estimulação psicomotora	Parcialmente Alcançado

4.2.5 Conclusões

Pretendendo concluir de forma global aquilo que foi a intervenção com o L.F, o balanço global é positivo e satisfatório. O L.F revelou-se sempre uma pessoa colaborante, participativa e bem-disposta.

Mais especificamente, na atividade motora o L.F pôde experienciar um vasto número de atividades e dinâmicas que enriquecem a sua prestação no trabalho em grupo e permitiram, de forma simples, manter um desempenho satisfatório ao nível da funcionalidade motora. Nas tarefas de ginásio o cliente necessitou de apoio verbal pontual dadas as dificuldades na compreensão e estruturação do raciocínio, foi sempre estimulado para uma comunicação funcional e ajustado, bem como para verbalizar o seu desempenho com recurso a frases organizadas e de certa complexidade (usualmente recorre a palavras soltas e frases pouco organizadas). Foi, ainda, necessário reforço relativamente constante para que mantivesse a atenção, tanto ao desempenho dos colegas, como às instruções dadas pela estagiária. Apesar das suas dificuldades em alguns aspetos do desenvolvimento psicomotor, como já foi referido, as tarefas motoras permitiram sem dúvida, a experiência de situações de jogo lúdico e pedagógico, bem como das relações interpessoais e coletivas entre os elementos do grupo.

Já nas atividades na piscina, o cliente mostrou-se sempre pronto a participar e com um bom desempenho. Apesar de algumas dificuldades presentes, o cliente está adaptado ao meio e mostra-se seguro. Embora surjam dificuldades na propulsão no meio (necessita de apoio físico mínimo) e na execução dos movimentos de forma harmoniosa e eficaz, apresenta um bom controlo respiratório e um desempenho positivo nas tarefas em imersão.

Concluindo, é um cliente com potencial para participar nas tarefas em grupo, onde se fomentem as relações, a compreensão e o cumprimento de regras. É importante dar continuidade às atividades motoras (tanto em ginásio como na piscina), de forma a manter a funcionalidade motora e a atividade nas tarefas diárias. Dado ser um sujeito que aprecia as noções de responsabilidade e assiduidade inerentes ao trabalho, importa que mantenha a sua atividade profissional, trabalhando os aspetos subjacentes como a organização, a competência e responsabilidade. É ainda importante realçar a necessidade de manter uma atenção especial para o seu aspeto físico e autonomia na manutenção da higiene e da aparência.

5. Projeto “À conversa com...”

Durante o estágio houve oportunidade de desenvolver um projeto que objetiva assumir-se como mais uma ferramenta para conhecimento prático e real daquilo que é o quotidiano de um jovem com DID. Neste sentido, foi elaborado um breve vídeo que retrata a opinião e reflexão do jovem, sob a forma de entrevista, acerca de temas pertinentes como a qualidade de vida (QV), o bem-estar, a autonomia, a responsabilidade e a tomada de decisões.

A par das reflexões e opiniões atuais acerca da QV das pessoas com DID, é pertinente perceber qual a opinião e compreensão que os jovens institucionalizados têm acerca destes conceitos.

O conceito de QV tem sido cada vez mais utilizado no âmbito das DID como noção de sensibilização, como construto social e tema importante no que diz respeito ao planeamento, prestação e avaliação de serviços e apoios (Schalock *et al*, 2002; Schalock *et al.*, 2005). O crescente interesse justifica-se pela ampliação da visão e reconhecimento da QV como um resultado relevante para as políticas e práticas no domínio social e da saúde. Viver uma vida com qualidade requer, muitas vezes, apoios, especificamente no caso da DID que apresenta implicações na tomada de decisões e autodeterminação. Estes apoios incluem a formação especializada, a orientação, a promoção de oportunidades estruturadas ou outras adaptações e têm fundamentado os programas e a prestação de serviços no contexto social e da saúde.

Apesar da subjetividade inerente à definição do conceito de QV surgem conceitos que poderão apoiar e facilitar a sua compreensão e, neste sentido, os grupos de trabalho e investigação apresentam consenso na definição de 8 domínios principais: bem-estar emocional, relações interpessoais, bem-estar material, desenvolvimento pessoal, bem-estar físico, autodeterminação, inclusão social e direitos (Keith, 2007; Schalock *et al*, 2002). Já Bach e Rioux (1996, cit. in Santos & Santos, 2007) sugerem que a QV pode ser compreendida com base no bem-estar social, quer experimentado pelos indivíduos, quer na comunidade e sociedade. Assim, o bem-estar social é a combinação de três elementos principais: a autodeterminação (autonomia nas escolhas e tomada de decisões), a democratização (possibilidade de participação dos indivíduos na tomada de decisões que está intimamente relacionado com as suas vidas ou bem-estar) e igualdade (ausência de barreiras e existência de respeito mútuo e reconhecimento da igualdade entre indivíduos) (Santos & Santos, 2007).

Relativamente à autonomia e inserção na sociedade, as evidências sugerem que as pessoas com dificuldades que vivem ou trabalham inseridas na comunidade são mais autodeterminadas e autónomas, têm mais escolhas e estão mais satisfeitas, quando comparados com os pares (Whemeyer & Bolding cit. in Walsh & Linehan, 2007).

A autodeterminação, por sua vez, aparece relacionada com uma visão clara do futuro e sentido de controlo do ambiente envolvente, com capacidade para obter apoios que suprimam as suas necessidades (Parmenter, Harman, Yazbeck, & Riches, 2007).

Foi sobre os aspetos da QV e da compreensão de conceitos como a autonomia, a igualdade de oportunidades, o bem-estar, a autodeterminação, a inclusão na comunidade e o emprego que se pretendeu refletir e abordar na breve filmagem realizada a um jovem da CERCI. Este é um jovem autónomo, adaptado e inserido na comunidade, com um emprego e uma visão e reflexão sobre a sua vida e a qualidade da mesma particularmente interessante.

Assim, precedente à realização das filmagens, esteve todo um processo que vai desde a elaboração da declaração do consentimento informado, que foi enviado à família e à entidade responsável pela atividade socialmente útil, leitura de informação teórica sobre esta matéria, seleção das questões a colocar, realização da entrevista até à organização dos conteúdos para o filme final.

Anteriormente à realização das filmagens, o cliente e a família tiveram conhecimento dos objetivos da mesma e assinaram o Consentimento Livre e Informado (em anexo) que autoriza a participação na mesma. Durante o estágio foi ainda possível obter autorização por parte da entidade responsável pela atividade socialmente útil (empresa na qual o jovem trabalha) para realizar filmagens no local de trabalho. Contudo não foi possível operacionalizar a visita ao local, o que limitou o conhecimento acerca das tarefas que o jovem realiza, daí o vídeo apresentar apenas o formato de entrevista.

6. Conclusão

O presente documento descreve um conjunto diversificado de experiências e aprendizagens fruto do período de estágio entre outubro de 2012 e maio de 2013. Contudo, as vivências vão para além daquilo que poder ser relatado e descrito no mesmo. O estágio permite um crescimento pessoal e profissional difícil de ser quantificado e representado de forma realista num documento escrito. Ainda assim, podemos qualificá-lo como uma mais-valia e uma experiência que marca cada estudante.

As experiências deste ano permitiram efetivamente um desenvolvimento profissional, só possível quando estamos inseridos num contexto real e prático, e pessoal que nos põe à prova e nos incita a melhorar e explorar tudo o que podemos fazer enquanto técnicos e cidadãos. Apesar de, muitas vezes, os aspetos teóricos não se apresentarem em total concordância com a prática, este é um ano que permite implementar as aprendizagens formais e teóricas que fomos adquirindo ao longo da formação académica, promovendo uma adequação à realidade e uma capacidade de organização, gestão do tempo e aquisição de competências que não tínhamos ainda experimentado. Foi possível correlacionar matérias e aprendizagens com os conteúdos teóricos do 1º ano do 2º ciclo à medida que se vai aperfeiçoando e adaptando a maneira de agir e intervir com os grupos e com as pessoas.

O crescimento pessoal refletiu-se na maturação de competências que permitem adequar elementos simples e imprescindíveis como a postura, a forma de comunicar, o estabelecimento de limites e a implementação de regras, tornando-nos melhores profissionais. Assim, esta fase potencia e desenvolve uma maturidade e sentimento de experiência que permitem a construção de um profissional dotado e capaz de intervir de forma adequada e ponderada. Foram aspetos como estes, por vezes tão simples mas que podem ser determinantes, que a estagiária construiu e maturou ao longo do período de estágio.

Relativamente à instituição e os seus clientes como beneficiários da intervenção julga-se que o feedback é também positivo. Puderam contar com uma pessoa disponível para ajudar e aprender, preocupada em adequar e melhorar a sua forma de trabalhar e em assimilar todas as experiências como enriquecedoras e positivas.

Este período permitiu perceber a importância de avaliar cada pessoa com base na sua individualidade, de planear sempre com objetivos exequíveis e passíveis de ser transferidos para o quotidiano, fomentar o trabalho em equipa e apostar na partilha de informação e conhecimentos com objetivo máximo de potenciar a autonomia dos jovens e adultos com DID e melhorar a sua qualidade de vida.

O trabalho com grupos, distintos entre si e com capacidades e preferências também diferentes, permite-nos adquirir agilidade e flexibilidade no planeamento e na adequação de estratégias ou metodologias interventivas, promovendo o crescimento profissional e pessoal de cada técnico. Apesar da heterogeneidade nas características, este é um trabalho que estimula a criação e o fortalecimento de laços e de relações que melhoram as vivências diárias, implicando atitudes de partilha, entreajuda e cooperação. A par do trabalho de manutenção de relações saudáveis e enriquecedoras é preponderante a implementação de atividades e dinâmicas que melhorem as capacidades psicomotoras dos clientes, de forma a preservar a sua funcionalidade nas atividades da vida diária e, conseqüentemente, a autonomia de cada um. É, ainda, importante fomentar nos próprios clientes a importância da manutenção de um estilo de vida saudável, alertando para a necessidade de procura de apoios para a resolução dos seus problemas ou superação de dificuldades, numa atitude de compreensão daquilo que são os direitos e deveres de cada pessoa.

A orientação técnica possibilita uma partilha e conjugação de informações, opiniões e estratégias enriquecedoras, permite o esclarecimento de dúvidas práticas que surgem em

momentos precisos e apoiam a resolução de problemas que implicam uma gestão ponderada, mas eficaz, no tempo.

Quanto às dificuldades ou limitações, essas constituem o ponto de partida para uma reflexão e adequação do trabalho de forma a melhorar o desempenho profissional e a intervenção. Dada a escassez de material prático que fundamente e apoie a dinamização de atividades com a população adulta com DID é de destacar a necessidade do desenvolvimento profissional constante, apoiando e incitando à investigação e atualização de conhecimentos neste contexto.

Hoje as pessoas com DID podem esperar viver mais tempo e com mais qualidade e estão cada vez mais visíveis e presentes na comunidade e na sociedade em geral. A esta tendência global, e positiva, corresponde um impacto também na prática diária dos técnicos, famílias, serviços de apoio e outros agentes que trabalham com as pessoas (Walsh & Linehan, 2007). É nesta fase que nós, profissionais, devemos surgir com protagonismo. A par das mudanças no percurso das pessoas com DID, e da transição dos centros educativos ou lares residenciais para a comunidade, numa perspetiva integrativa e equitativa, os profissionais que trabalham neste contexto estão agora, e futuramente, mais familiarizados com os conceitos de QV e autodeterminação no sentido de planear intervenções ajustadas e centradas na pessoa (Walsh & Linehan, 2007). Havendo ainda muito caminho a percorrer, é neste sentido que devemos orientar as nossas ações e, aplicando as ideias mais recentes da AAIDD, os profissionais assumem funções determinantes na identificação das necessidades de apoio, e respetiva intensidade, possibilitando vivências satisfatórias e com qualidade para cada pessoa (Walsh & Linehan, 2007).

Seguindo o raciocínio do aumento da esperança média de vida, consequência das mudanças no acesso aos cuidados de saúde, deparamo-nos com novas necessidades e desafios: o envelhecimento das pessoas com DID. O aumento da longevidade implica novos desafios nos cuidados às pessoas com DID mas também aos seus familiares, cuidadores, ou outros serviços de apoio. Assim, será importante considerar a necessidade de mudança no que diz respeito à prestação de cuidados. O aumento da idade das pessoas com DID requer, por parte de todos, novas perspetivas, ferramentas e abordagens (McCarron & McCallion, 2007).

Concluindo, uma maior complexidade das experiências de vida, das necessidades de saúde e as fases de transição requerem uma abordagem multidisciplinar e holística, e este pode ser o ponto de partida para novas pesquisas e investigações neste contexto (McCarron & McCallion, 2007).

Pretende-se então que os técnicos se adequem e de adaptem às necessidades reais de cada momento da vida das pessoas com DID, promovendo vivências e experiências com qualidade, respeito e profissionalismo.

6. Referências Bibliográficas

- Abellan, R. M., & Vicente, R. H. (2002). Deficiencia mental asociada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 77-89.
- Aidar, F., Silva, A. J., Reis, V. M., Carneiro, A. L., Vianna, J., & Novaes, G. (2007). Atividades aquáticas para portadores de paralisia cerebral severa e a relação com o processo ensino-aprendizagem. *Fitness & Performance* 6 (6), 377-381.
- Albaret, J.-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Évolutions Psychomotrices* 15 (60), 66-75.
- Antonarakis, S. E., Lyle, R., Chrast, R., & Scott, H. S. (2001). Differential gene expression studies to explore the molecular pathophysiology of Down syndrome. *Brain Research Reviews* 36, 261-274..
- APP (s/d) *Psicomotricidade: Práticas Profissionais*
- Atwell, J., Conners, F., & Merrill, E. (2003). Implicit and Explicit Learning in Young Adults with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation* 108 (1), 56-68.
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L., & Sousa, R. (2008). Deficiência Intelectual: Terminologia e Conceptualização. *Revista Diversidades* 22, 4-9.
- Blahus, P. (2004). On the conceptual foundations of Psychomotricity as science. *A Psicomotricidade* (3), 33-43.
- Blair, E., & Watson, L. (2006). Epidemiology of cerebral palsy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* 11, 117-125.
- Boscaini, F. (2004). The specificity of psychomotor semiology for an adequate diagnostic. *A Psicomotricidade* (3), 50-60.
- Bruni, M. (1998). *Fine motor skills in children with down syndrome*. Woodbine House.
- C.M.L. (2011). *Câmara Municipal de Lisboa*. Obtido em 12 de Novembro de 2012, de Piscina Municipal Casal Vistoso: <http://www.cm-lisboa.pt/equipamentos/equipamento/info/piscina-municipal-do-casal-vistoso>
- Camacho, M., & Paolillo, G. (Agosto de 2004). Relajación y narración: recursos originales en la práctica del psicomotricista en educación. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales* (15), 57-64.
- Campion, M. R. (2000). *Hidroterapia: princípios e prática*. Manole.
- Carr, A., & Reilly, G. O. (2007). Diagnosis, classification, and epidemiology. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh, & J. McEvoy (Eds), *The handbook of intellectual disability and clinical psychological practice* (95-142). Routledge.
- CERCI Lisboa. (2011a). *Plano Estratégico 2011-2013*
- CERCI Lisboa. (2011b). *Regulamento Interno - Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa*
- CERCI Lisboa. (2012). *Histórico*
- CERCI Lisboa (s/d.). *CERCI Lisboa*. Obtido em 15 de Novembro de 2012, de Centro de Atividades Ocupacionais: <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-atividades-ocupacionais/>
- Chan, S. W., Thompson, D. R., Chau, J. P., Tam, W. W., Chiu, I. W., & Lo, S. H. (2010). The effects of multisensory therapy on behaviour of adult clients with developmental disabilities - A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 4, 108-122.
- Chapman, R., & Hesketh, L. (2001). Language, cognition and short-term memory in individuals with down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice* 7 (1), 1-7.
- Eunson, P. (2012). Aetiology and epidemiology of cerebral palsy. *Pediatrics and child health* (9), 361-366.

- (Fenacerci, s/d.). *Fenacerci*. Obtido em 15 de Novembro de 2012, de Movimento CERCI: <http://www.fenacerci.pt/>
- Fidler, D. J., Most, D. E., & Philofsky, A. D. (2008). The Down syndrome behavioural phenotype: Taking a developmental approach. *Down Syndrome Research and Practice*, 37-44.
- Fonseca, V. (2001). A Deficiência Mental a partir de um enfoque psicomotor. In V. d. Fonseca, *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares* (99-117). Âncora Editoras.
- Fonseca, V. (2006). Terapias psicomotoras e as suas aplicações: debilidade mental. In V. d. Fonseca, *Terapia Psicomotora: estudos de caso* (112-115). Lisboa: Âncora Editora.
- França, A., Nunes, C., Maia, D., & Alves, F. (2008). Abordagem Pedagógico-Educativa: um percurso. *Revista Diversidades*, 9-13.
- Freitas, M., & Silva, J. (2010). Adaptação ao Meio Aquático: uma proposta pedagógico-terapêutica. *Diversidades*, 13-15.
- Freitas, D. A. (2012). *Observação e intervenção psicomotora em meio aquático em crianças com perturbações do espectro do autismo*. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de mestre em Reabilitação Psicomotora. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa
- Godall, T., & Hospital, A. (2004). *150 Propostas de atividades motoras para educação infantil*. Porto Alegre: Artmed.
- Godinho, M., Mendes, R., Melo, F., & Barreiros, J. (1999). *Controlo Motor e Aprendizagem*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana.
- Gorla, J. I., Rodrigues, J. L., & Pereira, V. (2001). Coordenação motora de pessoas com deficiência mental: avaliação e intervenção. *Revista educação especial e reabilitação*, 8 (2), 69-81.
- Haßler, F., & Reis, O. (2010). Pharmacotherapy of disruptive behavior in mentally retarded subjects: a review of the current literature. *Developmental Disabilities research reviews* 16, 265-272.
- Hatton, C., Emerson, E., Robertson, J., Gregory, N., Kessissoglou, S., Perry, J., et al. (2001). The adaptive behavior scale-residential and community (part I): towards the development of a short form. *Research in Developmental Disabilities* 22 , 273-288.
- Hultén, M. A., Patel, S. D., Tankimanova, M., Westgren, M., Papadogiannakis, N., Jonsson, A. M., et al. (2008). On the origin of trisomy 21 Down syndrome. *Molecular Cytogenetics* , 1-2.
- Hutzler, Y., & Sherrill, C. (2007). Defining Adapted Physical Activity: international perspectives. *Adapted Physical Activity Quarterly* 24 ,1-20.
- IFAPA (2012) *International Federation Adapted Physical Activity*. Obtido em 16 de Dezembro de 2012 de What is APA?: <http://www.ifapa.biz/?q=whatisapa>
- Jones, R., Vaughan, F., & Roberts, M. (2002). Mental Retardation and Memory for Spatial Locations. *American Journal on Mental Retardation* 107 (2), 99-104.
- Keith, K. D. (2007). Quality of life. In A. Carr, G. O. Reilly, P. N. Walsh, & J. McEvoy (Eds.), *The Handbook of Intellectual Disability and Clinical Psychology Practice* (143-168). Routledge.
- Kerbej, F. C. (2002). Natação para portadores de deficiências. In F. C. Kerbej, *Natação mais que 4 nados* (77-113). Manole Editora.
- Koritsas, S., & Iacono, T. (2009). Limitations in Life Participation and Independence Due to Secondary Conditions. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114 (6), 437-447.
- Kumin, L. (2004). *Communication skills in children with Down syndrome*. Woodbine House,.

- Lambeck, J., & Stanat, F. C. (2000). The Halliwick Concept: part I. *American Journal of Aquatic Physical Therapy* 2 (2) , 6-11.
- Lambeck, J., & Gamper, U. (2010). The Halliwick Concept. In B. E. Becker, & A. J. Cole, *Comprehensive Aquatic Therapy* (1-31). Washington State University Publishing, Pullman WA; 3ª edition.
- Leitão, A. Lombo, C. & Ferreira, C. (2008). O contributo da psicomotricidade nas dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, in *Revista Diversidades*, 6 (22), 21-24.
- Leite, J., & Prado, G. F. (2004). Paralisia cerebral: aspetos fisioterapêuticos e clínicos. *Neurociências* 12 (41), 41-45.
- Lindsay, W. R., & Morrison, F. (1996). The effects of behavioural relaxation on cognitive performance in adults with severe intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 40 (4), 285-290.
- Lindsay, W. R., Black, E., Broxholme, S., Pitcaithly, D., & Hornsby, N. (2001). Effects of Four Therapy Procedures on Communication in People with Profound Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14 , 110-119.
- Linna, S., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T., et al. (1999). Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European Child & Adolescent Psychiatry* 8 (4), 77-82.
- Llauradó, C. C. (Agosto de 2005). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 7-21.
- Lott, I. T., & Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome. *Down Syndrome Research and Practice* 8 , 623-633.
- Loureiro, M. B. (2009). Évaluation psychomotrice chez les personnes âgées à la lumière de Wallon. *Évolutions Psychomotrices* 21 (84) , 79-82.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coutler, D. L., Craig, E. M., Reeve, A., et al. (2002) *Mental Retardation : Definition, classification and systems of supports* (10th ed.). Washington, DC: American Association on Mental Retardation
- Määttä, T., Tervo-Määttä, T., Taanila, A., Kaski, M., & Iivanainen, M. (2006). Mental health, behaviour and intellectual abilities of people with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice* 11(1), 37-43.
- Matias, A. R. (2005). Terapia Psicomotora em Meio Aquático. *A Psicomotricidade* (5), 68-76.
- Mansur, S., & Marcon, A. (2006). Perfil Motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano* 16 (3), 9-15.
- Martínez, N. B., & García, M. M. (2008). Psychomotor development in children with Down syndrome and physiotherapy in early intervention. *International Medical Journal on Down Syndrome* 12 (2), 28-32.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade- as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. d. Fonseca, & R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (29-41). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Matson, J., & Shoemaker, M. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry* 24, 367-371.
- McCarron, M., & McCallion, P. (2007). Supporting families with ageing members who have intellectual disabilities. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh, & J. McEvoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (867-900). Routledge.

- McDermott, S., Durkin, M. S., Schupf, N., & Stein, Z. A. (2007). Epidemiology and Etiology of Mental Retardation. In J. W. Jacobson, J. A. Mulick, & J. Rojahn (Eds.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (3-40). Springer US.
- Melo, A. (2008). Dissertação de Mestrado. *Relação entre a frequência semanal de Atividade física e os níveis de Aptidão física, coordenação motora e os parâmetros de composição corporal em Indivíduos com Deficiência Intelectual*. Porto: Faculdade de Desporto da Universidade do Porto.
- Moss, S., Emerson, E., Bouras, N., & Holland, A. (1997). Mental disorders and problematic behaviours in people with intellectual disability: future directions for research. *Journal of Intellectual Disability Research* 41 (6) ,440-447.
- Morris, C., & Bartlett, D. (2004). Gross Motor Function Classification System: impact and utility. *Developmental Medicine & Child Neurology* 46 ,60-65.
- O'Shea, M. (2008). Cerebral Palsy. *Seminars in Perinatology - Elsevier*, 35-39.
- Ojeda, R. T. (2005). La práctica psicomotriz en personas adultas con discapacidad psíquica y física asociada. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 77-89.
- Parmenter, T., Harman, A. D., Yazbeck, M., & Riches, V. (2007). Life skills training for adolescents with intellectual disabilities. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh, & J. McEvoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychological practice* (687-728). Routledge.
- Payne, R. A. (2003). Contexto teórico. In R. A. Payne, *Técnicas de Relaxação: um guia prático para profissionais de saúde* (3-15). Lusociência - Edições técnicas e científicas; 2ª edição.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade* (3) , 45-49.
- Rachidi, M., & Lopes, C. (2007). Mental retardation in Down syndrome: From gene dosage imbalance to molecular and cellular mechanisms. *Neuroscience Research* 59 , 349-369.
- RACP (2013). *Regulamento do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais*. Faculdade de Motricidade Humana
- Ribeiro, L. C. (1999). *Avaliação da aprendizagem - 7ª edição*. Lisboa: Texto Editora.
- Rimmer, J. H., & Marques, A. (2012). Physical activity for people with disabilities. *The Lancet* 380 ,193-195.
- Rimmer, J. H., Riley, B., Wang, E., Rauworth, A., & Jurkowski, J. (2004). Physical Activity Participation Among Persons with disabilities: barriers and facilitators. *American Journal of Preventive Medicine* 26 (5) , 419-425.
- Roizen, N. J., & Patterson, D. (2003). Down's Syndrome. *The Lancet*, 361 ,1281-1289
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., & Bax, M. (2007). The Definition and Classification of Cerebral Palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology* , 3-14.
- Ruparelia, A., Wiseman, F., Sheppard, O., Tybulewicz, V. L., & Fisher, E. M. (2010). Down syndrome and the molecular pathogenesis resulting from trissomy of human chromosome 21. *Journal of Biomedical Research* 24 (2) , 87-99.
- Sankar, C., & Mundkur, N. (2005). Cerebral Palsy-Definition, Classification, Etiology and Early Diagnosis. *Indian Journal of Pediatrics*, 72 , 865-868.
- Santos, S. (2000). Escala de Comportamento Adaptativo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação* 7 (2), 103-112
- Santos, S., & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora.
- Santos, S. & Morato, P. (2004). Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa
- Santos, S., & Santos, S. (2007). Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação. IV série*, 14, 57-67.

- Santos, S., & Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). Porquê? *Revista Brasileira de Educação Especial* 18 (1), 3-16.
- Santos, S., & Morato, P. (2012b). *Comportamento Adaptativo: dez anos depois*. Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., et al. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *American Journal on Mental Retardation* 40 (6), 457–470.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X., et al. (2005). Cross-Cultural Study of Quality of Life Indicators. *American Journal on Mental Retardation* 110 (4), 298–311.
- Schalock, R. L., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., et al. (2007). The Renaming of Mental Retardation: understanding the change to the term Intellectual Disability Retardation, *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45 (2), 116-124
- Schalock et al.,(2010). *Intellectual Disability: definition, classification and systems of supports 11th ed*. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- School, C. U. (2007). Mental Illness and Intellectual Disability.
- Simons, J., & Dedroog, I. (2009). Body awareness in children with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities* 30, pp. 1343-1353
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hugues, C., Rotholz, D., et al. (2004). Supports Intensity Scale – User Manual. American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., Bryant, B., et al. (2002). Integrating Supports in Assessment and Planning. *Mental Retardation*, 5, 390-405.
- Valente, P., Santos, S., & Morato, P. (2011). A Intervenção Psicomotora como (um sistema de) apoio nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade* (14)
- Varela, A. (1986). Uma metodologia de ensino da natação para pessoas portadoras de deficiências. *Ludens* 11 (1), 49-55.
- Vanny, K. A., Levy, M. H., Greenberg, D. M., & Hayes, S. (2009). Mental illness and intellectual disability in Magistrates Courts in New South Wales, Australia. *Journal of Intellectual Disability Research* 53 (3), 289-297.
- Verdugo, & Bermejo. (2001). *Atraso Mental: Adaptação Social e Problemas de Comportamento*. Amadora: McGraw-Hill.
- Vieira, F., & Pereira, M. (2012). Como ensinar os alunos com deficiência mental profunda. In F. Vieira, & M. Pereira, *Se houvesse quem me ensinasse...A Educação de pessoas com Deficiência Mental* (pp. 123-150). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Walsh, P. N., & Linehan, C. (2007). Living and working in the community. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh, & J. McEvoy (Eds.), *The Handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (759-786). Routledge.
- Yu, D. S., Lee, D. T., & Woo, J. (2009). Improving health-related quality of life of patients with chronic heart failure: effects of relaxation therapy. *Journal of advanced nursing*, 392-403.
- Zaman, S. H., Holt, G., & Bouras, N. (2007). Managing Mental Health Problems in people with intellectual disabilities. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh, & J. McEvoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (787-831). Routledge.

ANEXOS

Anexo I

Exemplo de um plano de sessão e relatório de atividade motora

Atividade de Estágio 2012/2013 CERC Lisboa
Estagiária Adriana Afonso

Planeamento nº 12 de **Atividade Motora**

Grupos: 14-15h

Data: 19 de fevereiro de 2013

Domínio	Atividade	Descrição	Objetivos Esp.	Material	Crítérios de êxito	Estratégias	Duraçã o	Observações
Comunicação Interação Social Comportamento	Conversa Inicial	A sessão inicia-se com uma “troca de impressões”, onde os clientes, deverão verbalizar (espontaneamente e ou quando solicitado) sobre o seu estado de espírito/disponibilidade ou outro assunto relevante.	<ul style="list-style-type: none"> - Estimular a comunicação; - Promover a interação social; - Marcar o início da atividade; 		Os clientes devem: <ul style="list-style-type: none"> - Responder a questão quando solicitado; - Intervir de forma adequada e ordenada; - Respeitar o tempo limite de conversa; 	- reforço verbal;	5'	Os clientes mostraram-se disponíveis para iniciar a atividades. Por questões de gestão de tempo optou-se por realizar apenas duas das tarefas previstas (aquecimento e jogo –arcos -)
Motor Interação Social	Aquecimento	Os clientes, espalhados aleatoriamente pelo espaço deverão executar as seguintes ações: <ul style="list-style-type: none"> - movimentos de mobilização articular; - caminhar (sem música) 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a ativação geral da musculatura do corpo; - Trabalhar sobre várias intensidades/ritmos; - Promover amplitude de movimentos; 	- radio	Os clientes devem: <ul style="list-style-type: none"> - executar todos os movimentos de mobilização articular como solicitado; - caminhar pelo espaço quando não houver música; - iniciar a corrida no momento em que surge a música; - manter o 	<ul style="list-style-type: none"> - demonstração; - apoio físico; - reforço verbal; 	10'	O aquecimento decorreu com normalidade e sem grandes dificuldades. De referir apenas a necessidade de algum reforço das instruções nos momentos de início/fim da música.

		- correr (quando música iniciar);	- Estimular a atenção e concentração nas a tarefas;		deslocamento em corrida durante todos o período de música;			
Motor Consciencializa ção corporal Interação Social Cognição	Arcos – um em cada	Vários arcos espalhados pelo espaço; Os clientes aleatoriamente pelo espaço, deverão deslocar-se para dentro de um arco; é pedido que memorizem o arco em que estão; Quando iniciar uma música, os clientes deverão percorrer o máximo nº de arcos possível (correndo de uns para os outros); No momento em que a música para cada um deve regressar ao arco onde se encontrava inicialmente;	- Estimular a coordenação motora global; - Promover a memorização, atenção e concentração; - Aperfeiçoar a consciencializaã o corporal;	- arcos	Os clientes devem: - Selecionar um arco no espaço e memorizá-lo; - Deslocar-se pelo maior número de arcos possível no momento em que a música toca; -Retomar ao arco escolhido no início, no momento em que termina a música;	- demonstração; - apoio físico; - reforço verbal;	15'	O jogo em questão revelou-se de alguma complexidade no entanto, foi-se tornando mais acessível à medida que se foram realizando várias repetições. As dificuldades prendem-se sobretudo com a memorização dos locais iniciais e com os deslocamentos solicitados no momento da música (necessidade de bastante reforço e orientação nesta fase. Mesmo assim foi uma atividade com sucesso e com objetivos importantes para o grupo em questão. O L. mostrou-se participativo, compreendendo aquilo que era pretendido com facilidade.

<p>Comunicação Comportamento Interação Social</p>	<p>Conversa Final</p>	<p>A sessão termina com uma conversa final, onde se fala do sucedido na sessão, das maiores dificuldades e preferências e se realiza a avaliação;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partilha de experiências e sentimentos; - Estimular a comunicação; - Estimular a memória; - Trabalhar a capacidade de auto e hetero avaliação; - Promover a tomada de consciência do desempenho individual; - Marcar o final da sessão; 		<p>Os clientes devem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ser capazes de lembrar o sucedido na sessão com recurso a uma comunicação clara e eficiente; - tomar consciência do seu desempenho, realizando uma avaliação congruente; - participar e interagir na conversa de forma espontânea/ quando solicitado; 	<p>- reforço verbal;</p>	<p>5'</p>	<p>No momento final, todos os clientes referiram uma avaliação positiva na sessão e alguns reconheceram até pequenas falhas nas execuções.</p>
--	-----------------------	---	--	--	---	--------------------------	-----------	--

Planeamento da Próxima Sessão: Continuação do trabalho da sessão anterior;

Anexo II

Exemplo de um plano de sessão e relatório de atividade em meio aquático

Planeamento nº 8 de **Atividade em Meio Aquático**

Grupos: L.C, J.P, F, A.F, M.A

Data: 16 de Janeiro de 2013

Domínio	Atividade	Descrição	Objetivos Esp.	Material	Crítérios de êxito	Estratégias	Duração	Observações
Motor	Deslocamentos no meio	Os clientes devem deslocar-se ao longo da piscina de várias formas diferentes: - livremente - saltos para a frente - de costas	- Melhorar a marcha; - Desenvolver e manter o equilíbrio e a coordenação; - Melhorar o ajustamento ao meio; - Ativação muscular; - Trabalhar formas variadas de deslocação; - Promover o ajustamento e equilíbrio consequente dos vários movimentos;		-Realizar os diferentes movimentos de acordo com a instrução do técnico; - Deslocação feita com pernas semi - fletidas e ombros ao nível da água; - Realizar o percurso até ao final estabelecido;	- recurso à demonstração; - reforço verbal; - apoio físico;	10'	Os deslocamentos foram realizados sem grande dificuldade. Houve apenas necessidade de algumas correções e repetição da instrução (principalmente para o J.P e para o F.);
Motor		Os clientes deverão deslocar-se ao longo da			- Realizar a			A realização da 1ª tarefa revelou algumas dificuldades

	Contorno de objetos com controlo respiratório;	<p>piscina:</p> <p>1º contornando os arcos que estarão espalhados ao longo da mesma;</p> <p>2º percorrer o mesmo percurso mas realizando imersão para transpor os arcos dispostos pela pista. Ao passar um arco desloca-se para o seguinte e repete os movimentos;</p> <p>(cada percurso 2x)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o ajustamento ao meio; - Promover à vontade do contacto da água com a face; - Melhorar o equilíbrio, coordenação e orientação espacial - Promover e aperfeiçoar a eficiência da respiração em imersão; 	- arcos	<p>atividade até ao final do percurso estabelecido;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar o contorno dos obstáculos; - Realizar a imersão para transpor cada arco; 	<ul style="list-style-type: none"> - recurso à demonstração; - reforço verbal; - apoio físico; 	15'	<p>nomeadamente na compreensão de qual o trajeto a realizar (dado que os arcos se movimentavam no meio, tornando o percurso um pouco confuso) e na execução da tarefa um cliente de cada vez;</p> <p>A 2ª tarefa decorreu sem grandes dificuldades, verificando-se apenas a necessidade de prestar algum apoio no momento da imersão (alguns clientes fazem a imersão de forma muito superficial) e nas saídas do arco;</p>
Motor	Batimentos	Os clientes deverão percorrer a piscina (50m) executando o batimento de pernas de costas com o apoio de um	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar os movimentos de propulsão na água; - Promover competências necessárias à aprendizagem do estilo 	- rolos de espuma	<ul style="list-style-type: none"> - Manutenção da posição horizontal (em decúbito dorsal), - Executar batimento de pernas coordenado e 	<ul style="list-style-type: none"> - recurso à demonstração; - reforço verbal; 	10'	A execução do batimento de pernas costas decorreu sem grandes dificuldades. Todos os clientes realizaram o percurso

	pernas costas	rolo (ao nível da cintura pélvica);	costas; - Estimular a coordenação motora ao nível dos membros inferiores; - Promover a estabilidade na posição horizontal;		com intensidade suficiente; - Realizar o percurso até ao final estabelecido;	- apoio físico;		estabelecido embora alguns com apoio físico por parte da técnica e da estagiária.
Motor Comportamental	Relaxamento	Os clientes deverão colocar-se em cima de uma ilha, na posição que lhe for mais favorável, e permitir as mobilizações pelo espaço que serão feitas sobre o objeto;	- Promoção do relaxamento e diminuição da tonicidade; - Proporcionar à vontade com o meio aquático; - Facilitar o retorno à calma; - Promover a integração da informação; - Marcar o final da sessão;		- Manter-se na posição estabelecida durante a atividade; - Permitir as mobilizações passivas; - Manter-se calmo e seguro durante as execuções;	- reforço verbal; - apoio físico;	10'	O relaxamento decorreu de forma tranquila e todos os clientes participaram. Contudo, todos manifestam alguma dificuldade em assumir um estado descontraído e sem grande tensão muscular.

Planeamento da próxima sessão: Continuação do trabalho da sessão anterior;

Anexo III

“Grelha de avaliação em Psicomotricidade”
- Cliente L.F
- Cliente L.C

Avaliação Inicial (L.F.)

(Este documento resulta da aglutinação de vários itens de avaliação, com objetivo de abranger todos os campos suscetíveis de avaliação e pertinentes para o processo de intervenção)

Áreas de Avaliação:

1. Domínio Motor

1.1 Autonomia e desempenho no meio aquático

1.2 Autonomia e desempenho no ginásio

2. Domínio Cognitivo e da Comunicação

3. Domínio da Autonomia (alimentação, deslocação, higiene, tomada de decisões etc)

4. Domínio da Interação Social

1. Domínio Motor

1.1 Autonomia e desempenho no meio aquático

1.1.1 Entrada na água

- a. Entra pelas escadas de acesso, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões)
- b. Parte da posição de sentado e desliza para dentro de água de forma independente (de frente ou com viragem a 180°)

1.1.2 Saltos

- a. Realiza entrada de cabeça, partindo da posição de pé
- b. Realiza entrada de cabeça, partindo da posição de sentado
- c. Realiza entrada de pés, pela berma
- d. Não realiza saltos para a água

1.1.3 Saídas da água

- a. Sai da água pelas escadas de acesso autonomamente, utilizando os corrimões
- b. Sai autonomamente, da água pela berma da piscina
- c. Sai da água pela berma com apoio ou transportado pelo terapeuta

1.1.4 Adaptação ao Meio Aquático e Respiração

- a. Não aceita ou demonstra profundo incómodo com o contacto da água no rosto ou na orelha
- b. Fecha os olhos com força aquando o seu contacto com a água, limpando-os repetidamente com alguma brusquidão
- c. Realiza apneia sempre que a água entra em contacto com o rosto
- d. Não aceita ou mostra relutância na imersão parcial ou total da cabeça e rosto
- e. Não abre os olhos em imersão
- f. Resiste à flutuação dorsal
- g. Manifesta resistência perante experiências e novas atividades na água
- h. Apresenta sinais confusos, como sorrisos acompanhados de resistência ou afastamento

- i. Mantém o corpo em hipertonia, procurando sempre apoio fixo
- j. Desloca-se de forma cautelosa e insegura em meio aquático
- k. Apresenta-se apreensivo, angustiado ou assustado, chorando por vezes
- Outra opção: Está adaptado, embora possa apresentar alguns sinais de desconforto/ dificuldades.

1.1.5 Equilíbrio no Meio Aquático

- a. Segura-se firmemente à berma da piscina, apresentando receio, insegurança e outras reações negativas ao meio;
- b. Mantém equilíbrio dorsal (flutuação) ~~com ou~~ sem apoio;
- c. Mantém equilíbrio ventral ~~com ou~~ sem apoio (equilíbrio estático)
- d. Mantém o equilíbrio durante uma técnica propulsiva (equilíbrio dinâmico), com apoio
- e. Anda na água mantendo a verticalidade do tronco
- f. Executa saltos a pés juntos
- g. Consegue passar do equilíbrio dorsal para ventral e vice-versa (com rotação do eixo longitudinal com apoio)
- h. Passa do equilíbrio vertical para horizontal e vice-versa, com apoio;

1.1.6 Imersão

- a. Imerge tocando no fundo da piscina;
- b. Realiza imersão sem sinais de desconforto aparente
- c. Apresenta dificuldades em manter a face em imersão;
- d. Imerge apenas com apoio do técnico
- e. Não faz imersão

1.1.7 Controlo Respiratório

- a. Faz expiração à superfície da água (“soprar a água”)
- b. Faz expiração nasal em imersão
- c. Faz expiração bucal em imersão
- d. Realiza a apneia durante a imersão
- e. Mantém a expiração ritmada associada ao movimento básico ou progressão simples
- f. Controla a expiração nos deslocamentos debaixo de água
- g. Mantém o ritmo respiratório de acordo com a técnica propulsiva utilizada

1.1.8 Propulsão

- a. Nada uma técnica propulsiva;
- b. Explora capacidades propulsivas não padronizadas, de forma autónoma
- c. Realiza movimentos de braços alternados com ou sem apoio;
- d. Realiza movimentos de pernas alternados, com apoio (físico ou de material)
- e. Desloca-se debaixo de água e apanha objetos, com apoio
- f. Realiza, autonomamente, imersão completa do corpo com impulso para a frente e para baixo “golfinho” (com ou sem apoio)
- g. Apresenta movimentos segmentares curtos, quase nulos, dificultando a propulsão

1.1.9 Estilos de Natação – Crawl

- a. É capaz de manter o corpo numa posição próxima da posição hidrodinâmica fundamental, em decúbito ventral

- b. Realiza batimento alternado de pernas, acompanhando a rotação do corpo
- c. Realiza rotação da cabeça para inspiração
- d. Realiza rotação alternada dos braços
- e. Realiza rotação interna dos braços com palma da mão virada para fora
- f. A mão é o primeiro ponto de contacto do membro superior com a água, no momento da braçada
- g. Executa a entrada do membro superior na água com o cotovelo elevado
- h. Sincroniza o batimento alternado dos membros inferiores com a braçada
- i. Realiza seis batimentos de pernas por cada ciclo de braçada
- j. Sincroniza o ciclo respiratório com a braçada
- k. Realiza inspiração através da rotação lateral da cabeça
- l. Realiza expiração (pela boca e nariz) no momento da submersão do rosto

1.1.10 Estilos de Natação – Costas

- a. É capaz de manter o corpo numa posição próxima da hidrodinâmica fundamental, em decúbito dorsal
- b. Mantém a cabeça sempre na mesma posição durante o movimento do tronco e membros (ligeiramente fletida e elevada na água, queixo dirigido ao peito e olhar para os pés)
- c. É capaz de realizar a rotação do tronco no eixo longitudinal que acompanha a rotação do membro superior
- d. Realiza rotação alternada dos membros superiores, com ou sem apoio
- e. Realiza rotação interna do braço, seguida de adução da mão na entrada da água
- f. A mão é o primeiro ponto de contacto do membro superior com a água no momento da braçada
- g. Realiza movimentos alternados das pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores;
- h. Realiza seis batimentos de pernas por cada ciclo de braçada

1.2 Autonomia e desempenho no ginásio

1.2.1 Motricidade Global

1.2.1.1 Equilíbrio

- a. Caminha com segurança
- b. Caminha em cima de uma linha colocada no chão
- c. Apanha objetos do chão sem cair
- d. Caminha em bicos de pés
- e. Caminha sobre os calcanhares
- f. Corre
- g. Corre, parando e recomeçando, contornando objetos
- h. Caminha sobre o banco sueco, com ou sem apoio
- i. Salta a pés juntos
- j. Salta com apoio uni-podal
- k. Salta no mesmo local

1.2.1.2 Coordenação Oculo-Manual e Oculo Pedal

- a. Executa lançamentos por cima e/ou por baixo (preferencialmente por baixo)
- b. Rola a bola pelo chão, com a mão
- c. Dribla uma bola
- d. Recebe a bola com as mãos, sem deixar cair
- e. Pontapeia uma bola na direção definida
- f. Recebe uma bola com o pé

1.2.1.3 Preensão e Manipulação de Objetos

- a. Realiza preensão de objetos de vários tamanhos
- b. Efetua transferência de objetos de uma mão para a outra
- c. Efetua preensão palmar
- d. Efetua preensão em pinça (tripódica)

1.2.1.4 Noção Corporal

- a. Identifica partes do corpo
- b. Discrimina e nomeia partes do corpo
- c. Identifica e discrimina partes do corpo no outro

1.2.1.5 Lateralidade

- a. Identifica direita e esquerda em si próprio (bastantes dificuldades)
- b. Identifica direita e esquerda noutro – (não adquirido)

1.2.1.6 Estruturação Espacial e Temporal

- a. Reconhece as posições do envolvimento em relação a si
- b. Refere-se a posições, usando as expressões corretas
- c. Identifica relações espaciais entre objetos (com pouca clareza)
- d. Identifica relações espaciais em relação ao outro
- e. Tem perceção da distância
- f. Tem noção rítmica
- g. Orienta-se no tempo (relativamente a momentos do dia, dias da semana, horas etc) – algumas dificuldades na orientação pelos meses

2. Domínio da Cognição e Comunicação (atenção, memória, compreensão e expressão)

- a. Capacidade de atenção adequada à instrução e à tarefa
- b. Memoriza indicações simples
- c. Compreende uma ordem simples
- d. Segue uma instrução que implica mais que uma ação diferente (e.g 2 ações)
- e. Compreende questões na negativa
- f. Comunica através de frases simples
- g. Coloca questões (básicas)
- h. Usa frases complexas (com sujeito e complemento)
- i. Exprime sentimentos e vontades de forma clara
- j. Respeita regras implícitas numa conversa (distância, contato visual etc.)
- k. Dá ordens
- l. Faz pedidos de forma adequada
- m. Comunica de forma ativa com os pares
- n. Relata acontecimentos (simples)
- o. Responde a questões na negativa

3. Domínio da Autonomia

- a. Realiza tarefas do dia-a-dia com autonomia (na sua zona de conforto e.g: na instituição)
- b. Utiliza transportes públicos diariamente e de forma autónoma
- c. Alimenta-se independentemente
- d. Toma medicação de forma autónoma
- e. Veste-se, despe-se e calça-se de forma autónoma
- f. Toma banho de forma autónoma - necessita apoio verbal
- g. Usa a casa de banho, limpa-se e lava as mãos de forma autónoma
- h. Mantém o vestuário limpo (não por iniciativa própria)
- i. Dá indicações quando solicitado
- j. Orienta-se sozinho num ambiente familiar
- k. Toma decisões acerca da sua vida de forma autónoma (e.g: participa ativamente nas reuniões acerca do seu projeto de vida na instituição)

4. Domínio da Interação e Competências Sociais

- a. Cumprimenta os outros de forma adequada
- b. Pede desculpas
- c. Agradece/ pede por favor
- d. Manifesta comportamentos adequados a diversas situações sociais
- e. Espera pela sua vez
- f. Respeita as regras
- g. Não interrompe os outros quando falam
- h. Interage com os pares pelo menos num curto período de tempo
- i. Interage com os outros em atividades/ jogos de grupo
- j. Mostra iniciativa para ajudar os outros
- k. Pede ajuda
- l. Partilha com os outros
- m. Tem iniciativas afetivas – (Não)
- n. Responde as iniciativas afetivas (Não)
- o. Participa de forma ativa nas atividades propostas, e forma voluntária/ a pedido
- p. Estabelece ou mantém proximidade (Não)
- q. Estabelece contacto visual voluntário
- r. É impulsivo
- s. Participa na resolução de conflitos
- t. Cumpre as tarefas propostas sem necessidade de ajuda/reforço constante
- u. Utiliza o material adequadamente
- v. Participa em eventos/ atividades na sociedade ou comunidade (Não)
- w. Tem um grupo de amigos, com quem interage, fora da instituição (Não)
- x. Aceita e cumpre regras de trabalho/atividades em equipa

Outros registos:

- Lateralidade: D ou E
- Apresenta tonicidade muscular adequada à tarefa

- Apresenta força e extensibilidade muscular adequada às atividades
- Apresenta comportamentos estereotipados, maneirismos ou sincinesias
- Tem controlo dos esfíncteres (em meio aquático e terrestre)

Nota:

- O preenchimento dos itens é flexível, varia conforme os domínios e permite apontamentos sempre que necessário/relevante. Assim, há itens que podem ser respondidos com sim/não, outros salientando a opção mais adequada ou selecionando/riscando certas informações (e.g: com/sem apoio)
- Apesar da avaliação poder englobar inúmeros domínios, este documento vai ao encontro das atividades realizadas na CERCILisboa e dos domínios referidos como mais importantes/emergentes a trabalhar;

Avaliação Inicial (L.C)

(Este documento resulta da aglutinação de vários itens de avaliação, com objetivo de abranger todos os campos suscetíveis de avaliação e pertinentes para o processo de intervenção)

Áreas de Avaliação:

5. Domínio Motor

5.1 Autonomia e desempenho no meio aquático

5.2 Autonomia e desempenho no ginásio

6. Domínio Cognitivo e da Comunicação

7. Domínio da Autonomia (alimentação, deslocação, higiene, tomada de decisões etc)

8. Domínio da Interação Social

5. Domínio Motor

5.1 Autonomia e desempenho no meio aquático

5.1.1 Entrada na água

c. Entra pelas escadas de acesso, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões)

→ d. Parte da posição de sentado e desliza para dentro de água de forma independente (de frente ou com viragem a 180°)

5.1.2 Saltos

e. Realiza entrada de cabeça, partindo da posição de pé

f. Realiza entrada de cabeça, partindo da posição de sentado

g. Realiza entrada de pés, pela berma

→ h. Não realiza saltos para a água

5.1.3 Saídas da água

→ d. Sai da água pelas escadas de acesso autonomamente, utilizando os corrimões

e. Sai autonomamente, da água pela berma da piscina

f. Sai da água pela berma com apoio ou transportado pelo terapeuta

5.1.4 Adaptação ao Meio Aquático e Respiração

l. Não aceita ou demonstra profundo incómodo com o contacto da água no rosto ou na orelha

m. Fecha os olhos com força aquando o seu contacto com a água, limpando-os repetidamente com alguma brusquidão

n. Realiza apneia sempre que a água entra em contacto com o rosto

o. Não aceita ou mostra relutância na imersão parcial ou total da cabeça e rosto

→ p. Não abre os olhos em imersão

→ q. Resiste à flutuação dorsal – relaxamento não é muito bem aceite

r. Manifesta resistência perante experiências e novas atividades na água

s. Apresenta sinais confusos, como sorrisos acompanhados de resistência ou afastamento

t. Mantém o corpo em hipertonia, procurando sempre apoio fixo

u. Desloca-se de forma cautelosa e insegura em meio aquático

v. Apresenta-se apreensivo, angustiado ou assustado, chorando por vezes

- w. Outra: Está adaptado ao meio embora de acordo com aquilo que lhe for mais favorável;

5.1.5 Equilíbrio no Meio Aquático

- i. Segura-se firmemente à berma da piscina, apresentando receio, insegurança e outras reações negativas ao meio;
- j. Mantém equilíbrio dorsal (flutuação) com apoio;
- k. Mantém equilíbrio ventral com apoio (equilíbrio estático)
- l. Mantém o equilíbrio durante uma técnica propulsiva (equilíbrio dinâmico) com apoio material
- m. Anda na água mantendo a verticalidade do tronco
- n. Executa saltos a pés juntos (com dificuldade)
- o. Consegue passar do equilíbrio dorsal para ventral e vice-versa (com rotação do eixo longitudinal)
- p. Passa do equilíbrio vertical para horizontal e vice-versa, com apoio;

5.1.6 Imersão

- f. Imerge tocando no fundo da piscina com apoio;
- g. Realiza imersão sem sinais de desconforto aparente
- h. Apresenta dificuldades em manter a face em imersão;
- i. Imerge apenas com apoio do técnico
- j. Não faz imersão

5.1.7 Controlo Respiratório

- h. Faz expiração à superfície da água (“soprar a água”)
- i. Faz expiração nasal em imersão
- j. Faz expiração bucal em imersão
- k. Realiza a apneia durante a imersão, embora mantenha boca aberta
- l. Mantém a expiração ritmada associada ao movimento básico ou progressão simples
- m. Controla a expiração nos deslocamentos debaixo de água
- n. Mantém o ritmo respiratório de acordo com a técnica propulsiva utilizada

5.1.8 Propulsão

- h. Nada uma técnica propulsiva;
- i. Explora capacidades propulsivas não padronizadas, de forma autónoma
- j. Realiza movimentos de braços alternados com ou sem apoio;
- k. Realiza movimentos de pernas alternados, com apoio
- l. Desloca-se debaixo de água e apanha objetos, com apoio físico
- m. Realiza, autonomamente, imersão completa do corpo com impulso para a frente e para baixo “golfinho” (com ou sem apoio)
- n. Apresenta movimentos segmentares curtos, quase nulos, dificultando a propulsão

5.1.9 Estilos de Natação – Crawl

- m. É capaz de manter o corpo numa posição próxima da posição hidrodinâmica fundamental, em decúbito ventral
- n. Realiza batimento alternado de pernas, acompanhando a rotação do corpo
- o. Realiza rotação da cabeça para inspiração

- p. Realiza rotação alternada dos braços
- q. Realiza rotação interna dos braços com palma da mão virada para fora
- r. A mão é o primeiro ponto de contacto do membro superior com a água, no momento da braçada
- s. Executa a entrada do membro superior na água com o cotovelo elevado
- t. Sincroniza o batimento alternado dos membros inferiores com a braçada
- u. Realiza seis batimentos de pernas por cada ciclo de braçada
- v. Sincroniza o ciclo respiratório com a braçada
- w. Realiza inspiração através da rotação lateral da cabeça
- x. Realiza expiração (pela boca e nariz) no momento da submersão do rosto

5.1.10 Estilos de Natação – Costas

- i. É capaz de manter o corpo numa posição próxima da hidrodinâmica fundamental, em decúbito dorsal – batimento de pernas mais fácil que no crawl, e mantido durante mais tempo;
- j. Mantém a cabeça sempre na mesma posição durante o movimento do tronco e membros (ligeiramente fletida e elevada na água, queixo dirigido ao peito e olhar para os pés)
- k. É capaz de realizar a rotação do tronco no eixo longitudinal que acompanha a rotação do membro superior
- l. Realiza rotação alternada dos membros superiores, com ou sem apoio
- m. Realiza rotação interna do braço, seguida de adução da mão na entrada da água
- n. A mão é o primeiro ponto de contacto do membro superior com a água no momento da braçada
- o. Realiza movimentos alternados das pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores;
- p. Realiza seis batimentos de pernas por cada ciclo de braçada

5.2 Autonomia e desempenho no ginásio

5.2.1 Motricidade Global

5.2.1.1 Equilíbrio

- l. Caminha com segurança
- m. Caminha em cima de uma linha colocada no chão
- n. Apanha objetos do chão sem cair
- o. Caminha em bicos de pés (padrão normal de deslocação – caminha em bicos de pés)
- p. Caminha sobre os calcanhares com muita dificuldade
- q. Corre
- r. Corre, parando e recomeçando, contornando objetos
- s. Caminha sobre o banco sueco, com apoio
- t. Salta a pés juntos – apoio físico e bastante dificuldade
- u. Salta com apoio uni-podal
- v. Salta no mesmo local

5.2.1.2 Coordenação Oculo-Manual e Oculo Pedal

- g. Executa lançamentos por cima e/ou por baixo

- h. Rola a bola pelo chão, com a mão
- i. Dribla uma bola
- j. Recebe a bola com as mãos, sem deixar cair
- k. Pontapeia uma bola na direção definida
- l. Recebe uma bola com o pé

5.2.1.3 Preensão e Manipulação de Objetos

- e. Realiza preensão de objetos de vários tamanhos
- f. Efetua transferência de objetos de uma mão para a outra
- g. Efetua preensão palmar
- h. Efetua preensão em pinça (tripódica)

5.2.1.4 Noção Corporal

- d. Identifica partes do corpo
- e. Discrimina e nomeia partes do corpo, não nomeia por dificuldades na comunicação
- f. Identifica e discrimina partes do corpo no outro

5.2.1.5 Lateralidade (não diferencia)

- c. Identifica direita e esquerda em si próprio
- d. Identifica direita e esquerda noutro

5.2.1.6 Estruturação Espacial e Temporal

- h. Reconhece as posições do envolvimento em relação a si
- i. Refere-se a posições, usando as expressões corretas
- j. Identifica relações espaciais entre objetos
- k. Identifica relações espaciais em relação ao outro
- l. Tem percepção da distância
- m. Tem noção rítmica
- n. Orienta-se no tempo (relativamente a momentos do dia, dias da semana, horas etc)

6. Domínio da Cognição e Comunicação (atenção, memória, compreensão e expressão)

- p. Capacidade de atenção adequada à instrução e à tarefa
- q. Memoriza indicações simples
- r. Compreende uma ordem simples
- s. Segue uma instrução que implica mais que uma ação diferente (e.g 2 ações)
- t. Compreende questões na negativa
- u. Comunica através de frases simples
- v. Coloca questões
- w. Usa frases complexas (com sujeito e complemento)
- x. Exprime sentimentos e vontades de forma clara – de forma clara para as pessoas com quem estabelece relações preferenciais
- y. Respeita regras implícitas numa conversa (distância, contato visual etc.)
- z. Dá ordens
- aa. Faz pedidos de forma adequada
- bb. Comunica de forma ativa com os pares
- cc. Relata acontecimentos
- dd. Responde a questões na negativa

7. Domínio da Autonomia

- l. Realiza tarefas do dia-a-dia com autonomia (na sua zona de conforto e.g: na instituição)
- m. Utiliza transportes públicos diariamente e de forma autónoma
- n. Alimenta-se independentemente
- o. Toma medicação de forma autónoma
- p. Veste-se, despe-se e calça-se de forma autónoma com) apoio verbal e físico mínimo
- q. Toma banho de forma autónoma, com apoio físico mínimo
- r. Usa a casa de banho, limpa-se e lava as mãos de forma autónoma - necessita de supervisão
- s. Mantém o vestuário limpo, não de forma autónoma
- t. Dá indicações quando solicitado
- u. Orienta-se sozinho num ambiente familiar
- v. Toma decisões acerca da sua vida de forma autónoma (e.g: participa ativamente nas reuniões acerca do seu projeto de vida na instituição) – está apenas presente

8. Domínio da Interação e Competências Sociais

- a. Cumprimenta os outros de forma adequada
 - b. Pede desculpas
 - c. Agradece/ pede por favor
 - d. Manifesta comportamentos adequados a diversas situações sociais
 - e. Espera pela sua vez
 - f. Respeita as regras
 - g. Não interrompe os outros quando falam , interrompe pontualmente
 - h. Interage com os pares pelo menos num curto período de tempo
 - i. Interage com os outros em atividades/ jogos de grupo
 - j. Mostra iniciativa para ajudar os outros
 - k. Pede ajuda
 - l. Partilha com os outros
 - m. Tem iniciativas afetivas
 - n. Responde as iniciativas afetivas
 - o. Participa a pedido nas atividades propostas.
 - p. Estabelece ou mantém proximidade
 - q. Estabelece contacto visual voluntário/a pedido
 - r. É impulsivo, por vezes
 - s. Participa na resolução de conflitos
 - t. Cumprimenta as tarefas propostas sem necessidade de ajuda/reforço constante
 - u. Utiliza o material adequadamente
 - v. Participa em eventos/ atividades na sociedade ou comunidade, pequenos passeios com a família
 - w. Tem um grupo de amigos, com quem interage, fora da instituição
 - x. Aceita e cumpre regras de trabalho/atividades em equipa, por vezes

Outros registos:

- Lateralidade: D ou E
- Apresenta tonicidade muscular adequada à tarefa
- Apresenta força e extensibilidade muscular adequada às atividades
- Apresenta comportamentos estereotipados, maneirismos ou sincinesias
- Tem controlo dos esfíncteres (em meio aquático e terrestre)

Nota:

- O preenchimento dos itens é flexível, varia conforme os domínios e permite apontamentos sempre que necessário/relevante. Assim, há itens que podem ser respondidos com sim/não, outros salientando a opção mais adequada ou selecionando/riscando certas informações (e.g: com/sem apoio)
- Apesar da avaliação poder englobar inúmeros domínios, este documento vai ao encontro das atividades realizadas na CERCILisboa e dos domínios referidos como mais importantes/emergentes a trabalhar;

Anexo IV

Declaração de Consentimento Livre e Informado



Declaração de Consentimento Livre e Informado
Projeto : “À conversa com...”



Eu, Adriana Afonso, venho por este meio solicitar a colaboração de Vossa Excelência no projeto de Estágio-Investigação como estagiária do 2ºano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade Técnica de Lisboa, cujo tema é “Um dia na vida de...”. Os principais objetivos prendem-se com o perceber e dar a conhecer o dia-a-dia de um jovem integrado na CERCILisboa focando essencialmente aspetos relacionados com as várias dimensões da Qualidade de Vida (bem estar físico e emocional, desenvolvimento pessoal, família, inclusão social, recreação e lazer, auto determinação, autonomia e tomada de decisões etc.)

Esta investigação revela-se interessante não só enquanto técnico ou apoio, como também ao nível da investigação no sentido de perceber como é que cada pessoa com DID vive o seu dia-a-dia, de acordo com as várias vertentes da vida em comunidade (funcionamento pessoal, responsabilidade pessoal e social e funcionamento na comunidade).

Este trabalho não envolve riscos para a sua saúde, esperando-se como benefícios contribuir para a dignificação da QV em adultos com DID, no sentido de se potenciar o seu bem-estar e satisfação pessoal. A sua participação não é obrigatória, reservando-lhe a total liberdade de escolha, ou de desistir em qualquer momento, se considerar conveniente.

Para implementar o projeto será necessário obter autorização por parte do cliente escolhido, da família/responsável legal e da CERCILisboa.

Quanto às questões operacionais será necessário fazer gravações de vários momentos selecionados durante um ou mais dias, de forma a poder conhecer o maior leque de atividades ou tarefas possíveis, em que o cliente esteja inserido, e construir um vídeo final que caracterize um dia-tipo do mesmo.

Eu, abaixo-assinado, -----
-----, declaro ter compreendido
a explicação que me foi fornecida acerca do projeto-investigação que se
tenciona realizar.

Foi-me ainda dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei
necessárias, e de todas obtive resposta adequada.

Declaro ainda que fui informado de todos os procedimentos e foi-me ainda
dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e obter respostas a
todas. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a
minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo.

Por fim, consinto participar no projeto proposto e implementado pela
estagiária.

Data: ____ / _____ / 201__

Assinatura do cliente: _____

Assinatura do familiar do cliente: _____

Assinatura dos responsáveis do projeto:

(Dra. Adriana Afonso)

(Professora Doutora Sofia Santos)