



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



# A Intervenção Psicomotora na CERCICA-CerMov

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

– RAMO DE APROFUNDAMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS -

**Orientadora:** Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Júri:**

**Presidente:** Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

**Vogais:** Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Vogal:** Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Ana Rita Silva Pão Alvo

2014

## Agradecimentos

O espaço limitado desta secção de agradecimentos não me permite agradecer a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para que este período da minha formação académica fosse concluído. Neste sentido, um obrigada sincero a todos e a cada um daqueles que seguidamente serão referidos e sem os quais este caminho não teria sido possível percorrer.

À CERCICA e a todos os seus colaboradores, pelo acolhimento, alegria, disponibilidade, simpatia e carinho com que fui recebida. Pelo incontestável trabalho desenvolvido e pelo foco na promoção dos apoios, capacitação e inclusão da pessoa com dificuldades na sociedade.

À orientadora académica, Sofia Santos, por toda a disponibilidade, dedicação, exigência, acompanhamento, partilha, formação, motivação e liberdade para ser e agir. Pela sua contagiante força, alegria e vontade de aprender, ensinar e viver.

À orientadora local, Joana Rodrigues, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação da equipa da CerMov, pelo incansável acompanhamento e pela excelente orientação que me proporcionou. Por cada nova experiência, pela exigência e pela confiança. Pelos momentos de partilha, discussão e reflexão, pelos valores profissionais e humanos, pela motivação, empenho, organização e sentido de inovação. Por ser um exemplo a seguir, uma inspiração. Pelo apoio e incentivo na superação e construção de mim mesma, e na procura constante de ser sempre mais e melhor.

À coordenadora da CerMov, Ana Flores, pela confiança, disponibilidade, partilha de saberes e por todo o seu espírito entusiasta, criativo e empreendedor.

A toda a Equipa da CerMov, pelo acolhimento, por me ter recebido e me ter feito sentir, desde o primeiro momento, parte integrante de um grupo tão profissional e competente. Por me ter sido dada a oportunidade de aprender com cada um, pela confiança, pelo carinho e pela alegria.

Aos clientes, esses companheiros essenciais, sem os quais nenhum deste trabalho teria sido possível. Por cada palavra ou silêncio, pela simplicidade, espontaneidade e verdade de cada gesto, sorriso e abraço. Por me terem permitido chegar até si e aprender enquanto pessoa e Psicomotricista.

Ao meu pai (eternamente presente) e à minha mãe, pelos valores e suporte, por me permitirem escolher, crescer e ir sempre mais longe, por saber que posso sempre regressar. Por me exigirem a dar o melhor de mim e a ser feliz.

A toda a minha família e amigos, pela confiança e por terem estado incondicionalmente presentes.

Obrigada.

## Resumo

O presente relatório pretende refletir o trabalho desenvolvido ao longo do estágio curricular inserido no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, no âmbito da população com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID). Realizado na CERCICA-CerMov, ao longo de 8 meses, a intervenção psicomotora destinou-se a crianças, jovens e adultos e foi desenvolvida numa multiplicidade de contextos. Através da experiência pelo corpo em movimento, a intervenção psicomotora, enquanto apoio, visa a promoção do desenvolvimento da pessoa com dificuldade, numa interação entre as componentes física, psicológica, emocional e social, para a maximização do seu potencial adaptativo, tornando-a mais funcional, autónoma e aumentando a sua qualidade de vida. Assim, este documento encontra-se dividido numa primeira parte de exposição teórica, relativa ao contexto institucional onde o estágio foi desenvolvido, à caracterização da população-alvo e aos fundamentos gerais da intervenção psicomotora; na segunda parte, referente à prática de estágio em si, são apresentadas todas as questões práticas do processo de intervenção desenvolvido, com a caracterização e análise dos estudos de caso acompanhados. Por fim, é realizada uma conclusão reflexiva acerca desta experiência de formação.

**Palavras-Chave:** Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID); Intervenção Psicomotora; CERCICA-CerMov; Apoios; Comportamento Adaptativo (CA); Funcionalidade; Autonomia; Prática de Estágio; Intervenção em Meio Aquático; Experiência Motora.

## Abstract

The current report intends to portray the work developed during the curricular internship embedded to the discipline of Professional Skills Development, of the Psychomotor Rehabilitation Master, focused in the intervention with populations with Intellectual and Developmental Disabilities (IDD). The internship was developed in CERCICA-CerMov, during 8 months, developing psychomotor intervention with children, adolescents and adults, in various contexts. Through the body and movement experience, the psychomotor intervention, as a support, objectifies the development of the person with disabilities, connecting the motor, psychological, emotional and social contexts, maximizing their adaptive potential, promoting independent functioning and quality of life overall. Therefore, this report begins with an introductory part that contains the theoretical exposure related to the institution where the internship was developed, the characterization of the population and the general concepts of the psychomotor intervention; the second part refers to the professional practice, presenting all the stages of the intervention developed, with the characterization and analysis of the cases-study. At last, there is presented a reflexive conclusion about the internship experience.

**Keywords:** Intellectual and Developmental Disability (IDD); Psychomotor Intervention; CERCICA-CerMov; Supports; Adaptive Behavior; Independent Functioning; Internship Practice; Aquatic Therapy; Motor Experience.

# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>ii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>iii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>iii</b>
<b>Índice Geral</b> .....	<b>iv</b>
<b>Índice de Figuras</b> .....	<b>vi</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>vi</b>
<b>Índice de Anexos</b> .....	<b>vi</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>I. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Enquadramento Institucional Formal</b> .....	<b>3</b>
1.1. Caracterização da CERCICA .....	3
1.1.1. Resenha Histórica .....	3
1.1.2. Missão, Visão e Valores .....	5
1.1.3. A Intervenção e as Respostas da CERCICA .....	6
1.2. Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (NTAM) - CerMov .....	8
1.2.1. Tipo de Intervenções, Apoios e Terapias da CerMov .....	9
1.2.2. Espaços Físicos da CERCICA-CerMov .....	10
<b>2. Caracterização da População-Alvo</b> .....	<b>11</b>
2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID) .....	11
2.2. Trissomia 21 (T21) .....	18
2.3. Deficiência Motora.....	22
2.3.1. Paralisia Cerebral (PC).....	22
2.4. Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).....	24
2.5. Doença Mental .....	28
<b>3. A Intervenção Psicomotora e Contextos</b> .....	<b>31</b>
3.1. A Intervenção Psicomotora na DID.....	31
3.2. A Importância da Observação e Avaliação no Processo de Intervenção psicomotora.....	33
3.3. Âmbitos e Contextos da Intervenção Psicomotora na DID .....	35
3.3.1. O Meio Aquático .....	35
3.3.2. A Regulação Tónica e de Alerta .....	36
3.3.3. A Experiência Motora – Integração Sensorial e o Comportamento Adaptativo (CA) .....	38
3.3.4. Equitação Terapêutica.....	40
3.4. Métodos e Estratégias de Organização da Intervenção Psicomotora .....	42
3.5. O Papel do Psicomotricista na Intervenção .....	43

<b>II. PRÁTICA DE ESTÁGIO CURRICULAR .....</b>	<b>44</b>
<b>1. A Intervenção psicomotora na CerMov .....</b>	<b>44</b>
1.1. População-Alvo da Intervenção Psicomotora na CerMov .....	44
1.2. Contextos da Intervenção Psicomotora na CerMov .....	44
1.3. Planos Individuais dos Clientes na Intervenção Psicomotora .....	45
<b>2. A Prática de Estágio Curricular: Fases de Intervenção.....</b>	<b>47</b>
2.1. Fase de Observação Participada .....	48
2.2. Fase de Intervenção Supervisionada .....	50
2.3. Fase de Intervenção Autônoma.....	51
a)Intervenção em Meio Aquático .....	52
b)Intervenção psicomotora (em espaço de Sala/Ginásio).....	53
c)Educação Física Adaptada (Sala de Aparelhos).....	54
d)Oh Gui - Rugby Adaptado à Pessoa com DID.....	55
e)Surf na CERCICA – Surf Adaptado à Pessoa com DID.....	57
f)Equitação Terapêutica .....	58
2.3.1.Aspetos Transversais aos Contextos de Intervenção – Organização, Estrutura e Estratégias de Intervenção.....	59
<b>3. Estudos de Caso .....</b>	<b>63</b>
3.1. Protocolos de Observação e Avaliação dos Estudos de Caso.....	63
3.1.1.Checklist de Observação em Meio Aquático.....	63
3.1.2.Checklist de Observação do Comportamento Adaptativo .....	66
3.2. Apresentação dos Estudos de Caso.....	68
3.2.1.Estudo de Caso I - V.H. ....	68
3.2.1.1.Caracterização da Cliente.....	68
3.2.1.2.Procedimentos.....	70
3.2.1.3.Programa de Intervenção Psicomotora em Meio Aquático... 71	
3.2.1.4.Apresentação e Análise dos Resultados.....	72
3.2.1.5.Discussão dos Resultados.....	75
3.2.1.6.Conclusões.....	77
3.2.2.Estudo de Caso II – C.G.....	78
3.2.2.1.Caracterização da Cliente.....	78
3.2.2.2.Procedimentos.....	79
3.2.2.3.Apresentação e Análise dos Resultados.....	80
3.2.2.4.Programa de Intervenção Psicomotora .....	84
3.2.2.5.A Intervenção Psicomotora.....	85
3.2.2.6.Conclusões.....	90
<b>4. Projeto de Intervenção - Com 2P's -Pura Psicomotricidade ....</b>	<b>91</b>
<b>5. Outras Atividades .....</b>	<b>92</b>

<b>Conclusão</b> .....	<b>96</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>101</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>109</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> - Organograma da CERCICA.....	<b>4</b>
<b>Figura 2</b> - Planta da CERCICA.....	<b>9</b>
<b>Figura 3</b> - Horário semanal da Prática de Estágio na CerMov(2).....	<b>47</b>
<b>Figura 4</b> - Horário semanal da Prática de Estágio na CerMov(1).....	<b>47</b>
<b>Figura 5</b> - Total de Pontuações obtidas pela V.H. nas Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático.....	<b>72</b>
<b>Figura 6</b> - Total de Pontuações obtidas pela V.H. relativas ao Comportamento, Interação, Relação e Envolvimento com Técnico(s), Objetos e Espaço.....	<b>74</b>
<b>Figura 7</b> - Total de Pontuações obtidas pela C.G. nas Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático.....	<b>80</b>
<b>Figura 8</b> - Total de Pontuações obtidas pela C.G. relativas ao Comportamento, Interação, Relação e Envolvimento com Técnico(s), Objetos e Espaço.....	<b>81</b>
<b>Figura 9</b> - Total de Pontuações obtidas pela C.G. relativas às Competências da Independência Pessoal.....	<b>82</b>
<b>Figura 10</b> - Total de Pontuações da C.G. relativas à Avaliação dos Comportamentos Desviantes.....	<b>83</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – A Intervenção psicomotora na CerMov (população-alvo e contextos, em outubro de 2013) .....	<b>45</b>
<b>Tabela 2</b> - Perfil de Desenvolvimento no Meio Aquático (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver) (Estudo de Caso I) .....	<b>70</b>
<b>Tabela 3</b> - Objetivos Gerais de Intervenção em Meio Aquático (Estudo Caso I) .....	<b>71</b>
<b>Tabela 4</b> - Perfil de Desenvolvimento (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver) (Estudo de Caso II) .....	<b>84</b>
<b>Tabela 5</b> - Objetivos Gerais de Intervenção Psicomotora (Estudo Caso II).....	<b>85</b>

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> - Cronograma Anual.....	<b>viii</b>
<b>Anexo 2</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo - Intervenção em Meio Aquático (Individual) ...	<b>ix</b>
<b>Anexo 3</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção em Meio Aquático (Grupo) .	<b>xii</b>
<b>Anexo 4</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção em Hidroginástica Adaptada (CAO) .....	<b>xv</b>
<b>Anexo 5</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção Psicomotora Sala Ginásio (grupo crianças) .....	<b>xviii</b>

<b>Anexo 6</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção Psicomotora Sala/Ginásio (grupo jovens com DID).....	XX
<b>Anexo 7</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Educação Física Adaptada (Aparelhos) ....	XXii
<b>Anexo 8</b> - Estrutura-Tipo/Observações Gerais de Treino – Oh Gui Rugby Adaptado...	xxiii
<b>Anexo 9</b> - Estrutura-Tipo/Observações Gerais de Treino – Surf na CERCICA (Surf Adaptado) .....	xxiv
<b>Anexo 10</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Equitação Terapêutica.....	xxvi
<b>Anexo 11</b> - Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático .....	xxviii
<b>Anexo 12</b> - Checklist de Observação – Comportamento Adaptativo .....	xxxvi
<b>Anexo 13</b> - Declaração de Consentimento Livre e Informado – Estudo de Caso I V.H.....	xlv
<b>Anexo 14</b> - Plano Individual (PI) Estudo de Caso I – V.H. ....	xlvii
<b>Anexo 15</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo em Meio Aquático - Estudo de Caso I – V.H. ....	l
<b>Anexo 16</b> - Declaração de Consentimento Livre e Informado – Estudo de Caso II – C.G. ....	lii
<b>Anexo 17</b> - Plano Individual (Pi) Estudo de Caso II – C.G. ....	liv
<b>Anexo 18</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo em Meio Aquático - Estudo de Caso II – C.G. ....	lviii
<b>Anexo 19</b> - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo Psicomotricidade Individual .....	lx
<b>Anexo 20</b> - Projeto de Intervenção – <i>Com 2P's (Pura Psicomotricidade)</i> .....	lxiii

## Introdução

O relatório em questão encontra-se inserido na Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), também denominada por Estágio, enquanto parte integrante do Plano Curricular do 2º ano de Mestrado em Reabilitação Psicomotora (RPM), pela Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade de Lisboa, de acordo com o Despacho n.º 10099/2009 (2009).

Este Ramo de Aprofundamento possui um Regulamento Interno próprio que encerra os principais objetivos e normas básicas da sua organização, gestão e funcionamento. Assim, distinguem-se como principais objetivos gerais desta Unidade Curricular (Regulamento Interno do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - RIRACP, 2013)

- Estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, tanto na vertente científica como 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 novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

De uma forma mais específica, o RACP visa, sobretudo promover a aprendizagem e o treino para o futuro exercício da atividade profissional, facilitando a inserção do mestrando no mercado de trabalho. Para que tal seja possível, pretende-se que o mestrando trabalhe no sentido da aquisição de competências em três áreas fundamentais, de acordo com o RIRACP (2013):

- a) **Intervenção psicomotora Pedagógico-Terapêutica:** relacionar saberes próprios da especialidade, com as atividades profissionais de intervenção: avaliação psicomotora e estabelecimento do perfil intraindividual; conceção, aplicação e avaliação de programas de reabilitação psicomotora; identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor e elaboração das respetivas medidas preventivas e profiláticas;
- b) **Relação com outros profissionais:** relacionar saberes da especialidade com outras atividades profissionais nas equipas multidisciplinares, num processo de comunicação e partilha de saberes; participação na avaliação do desenvolvimento, de adaptação e aprendizagem dos indivíduos; participação na conceção e desenvolvimento de planos e programas multidisciplinares de reabilitação, em cooperação com outros profissionais, para a promoção do potencial de adaptação e de aprendizagem e a inclusão social do indivíduo;
- c) **Relação com a comunidade:** através do desenvolvimento de projetos, privilegiando a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos) nos processos de orientação e aconselhamento nas áreas de intervenção psicomotora ao nível pessoal, familiar e comunitário; observação e análise da conceção e dinamização de projetos; realização de eventos para divulgação das atividades de estágio e dinamização da relação da instituição com a comunidade.

Ou seja, pretende-se que as competências desenvolvidas pelo RACP dotem o mestrando, por um lado, da capacidade de planear, gerir e coordenar serviços e/ou Programas de RPM, em diferentes contextos e domínios de intervenção, sempre numa perspetiva de reflexão multidisciplinar e, por outro lado, que este possa ser um

contributo maior no ramo das novas possibilidades profissionais, desenvolvendo ações inovadoras e empreendedoras nesta área de intervenção (RIRACP, 2013).

Na área interventiva da Funcionalidade e Qualidade de Vida, pretende-se que sejam desenvolvidas competências específicas (RIRACP, 2013):

- Desenvolver metodologias e instrumentos específicos de Avaliação para as diferentes situações de Dificuldade/Necessidades de Apoio, com implicações no planeamento da intervenção em RPM;
- Desenvolver metodologias e instrumentos específicos de Intervenção para as diferentes situações de Dificuldade/Necessidades de Apoio, em RPM.

O estágio teve, então, lugar na Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade de Cascais (CERCICA), entidade sem fins lucrativos que intervém no âmbito da habilitação e capacitação das pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), na criação de oportunidades inclusivas, promovendo, de forma sustentada e num contexto profissional, a capacidade funcional, adaptativa e a qualidade de vida de cada indivíduo. Na sua diversidade de respostas para a comunidade, a CERCICA integra a CerMov, um núcleo terapêutico e de atividade motora, criado no sentido de dar respostas terapêuticas e/ou de promoção da saúde, tanto para os clientes da instituição, como para a comunidade em geral, de qualquer idade. Por ser neste núcleo que a intervenção do psicomotricista se situa, o presente relatório referir-se-á de uma forma mais específica ao mesmo, uma vez ter sido neste contexto que a prática de Estágio foi desenvolvida.

Esta exposição teórica tem como principal objetivo aliar a teoria e a prática, ou seja, por um lado, enquadrar a intervenção nesta instituição, com base em fundamentos presentes na literatura e que sustentam a prática psicomotora enquanto apoio para a população com dificuldade e, por outro lado, apresentar todo o trabalho prático e empírico desenvolvido ao longo do período de estágio. Neste sentido, no primeiro capítulo será realizada, inicialmente, uma apresentação e enquadramento formal do contexto institucional, sobretudo em termos de organização, missão e valores, espaços, tipos de intervenção e respostas para a sua população-alvo tão diversa. Assim, torna-se necessário que, posteriormente, seja apresentada uma revisão da literatura relativa às problemáticas mais prevalentes (definição, classificação, etiologia, epidemiologia e características), focando, sobretudo, a DID e as suas principais comorbilidades. Será ainda realizada uma breve apresentação da importância que a intervenção psicomotora tem, quais os fundamentos que sustentam a aplicabilidade prática com este grupo populacional, bem como o tipo de abordagem metodológica que deve ser feita (da avaliação/observação à intervenção). Num segundo capítulo, o foco será colocado na componente prática do estágio, na qual será apresentada a intervenção psicomotora levada a cabo na CerMov e as diferentes fases de intervenção em que a prática de estágio se desenvolveu, desde a observação à intervenção autónoma, passando pelas atividades paralelas desenvolvidas ao longo deste período. Serão ainda expostos os Estudos de Caso acompanhados, bem como os Protocolos de Avaliação construídos para este fim. Por último, será apresentada uma breve descrição do Projeto de Intervenção delineado, assim como as principais conclusões e reflexões que o estágio trouxe, sugerindo novas ideias e perspetivas de intervenções futuras neste contexto.

## **I. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Numa primeira fase, este capítulo destina-se a caracterizar, em traços gerais, a instituição na qual o trabalho de estágio foi desenvolvido, bem como a apresentar o tipo de população alvo de intervenção, numa breve descrição das problemáticas mais frequentes. Posteriormente, serão referidas as principais questões teóricas relacionadas com a intervenção psicomotora e os fundamentos teóricos essenciais para que esta intervenção se desenvolva com a população com DID, nos diferentes âmbitos, uma vez ser este o ponto central de todo o trabalho. Para além disso, serão ainda abordadas as questões afetas a todo o processo que antecede a prática interventiva em si, sobretudo no que diz respeito à importância de observar e avaliar, à organização da intervenção em termos de métodos e estratégias e, ainda, ao papel que o psicomotricista e a relação terapêutica tem no desenrolar de um processo terapêutico.

### **1. Enquadramento Institucional Formal**

A experiência de estágio na instituição (Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidade - CERCIC) traz a oportunidade da observação direta e participação ativa do psicomotricista, num contacto constante com a realidade da dinâmica institucional, essencial para uma prática profissional futura.

No presente caso, a CERCICA constituiu a sede da prática profissional, desde outubro de 2013 a junho de 2014, concretizada no seu núcleo terapêutico e de atividade motora – a CerMov, pelo que será realizada, em relação a esta, uma apresentação e caracterização mais pormenorizadas e contextualizadas.

#### **1.1. Caracterização da CERCICA**

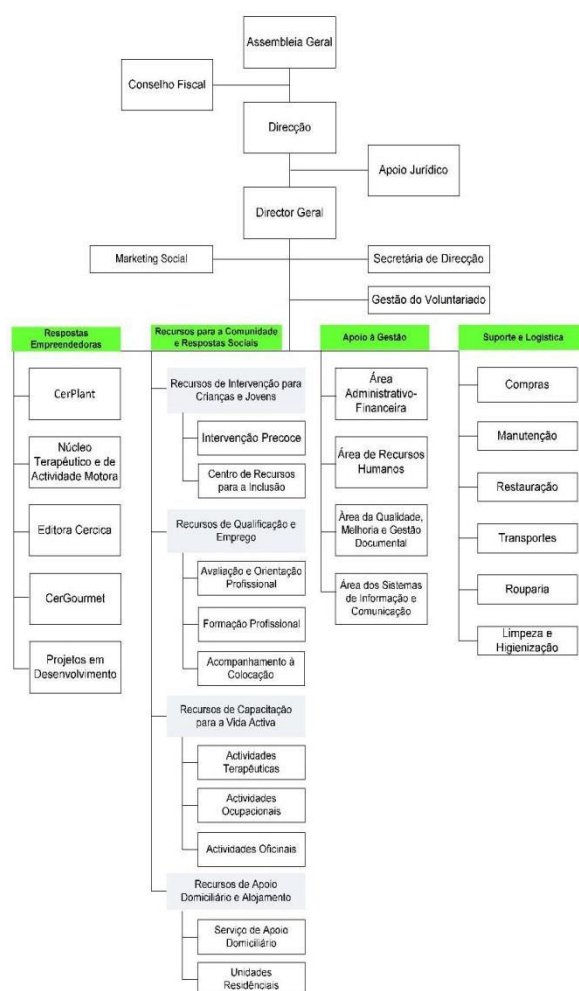
##### **1.1.1. Resenha Histórica**

É na segunda metade da década de 70 que o movimento CERCIC tem início, baseado nas respostas que pais, técnicos e comunidade procuravam para a temática da pessoa com DID (Fenacerci, 2013). Assim, com base nesta filosofia, é criada, a 11 de março de 1976, a CERCICA, com sede no Estoril, cuja principal missão procurava dar respostas, o mais adequadas possível, a crianças e jovens com DID, ajudando a ultrapassar as dificuldades por todos aqueles que estavam à sua volta (Fenacerci, 2013). Inicialmente sediada num imóvel alugado, contava apenas com uma valência educativa, na qual as crianças com necessidades educativas especiais, em idade escolar, constituíam a população alvo, uma vez que o acesso ao ensino regular se encontrava comprometido, indo ao encontro da ideia de rotura do caráter assistencialista que o movimento CERCIC consignava (CERCICA, 2010; Fenacerci, 2013). Assim, a 27 de outubro de 1976, o primeiro centro de atividades entrou em funcionamento, numa dinâmica de Escola de Ensino Especial, dando resposta a 15 alunos. Posteriormente, e dadas as necessidades crescentes de apoios que se fizeram sentir, nasceram novas respostas, tendo sido iniciada, em 1984, a via da pré-profissionalização para indivíduos com dificuldades (CERCICA, 2010). Mais tarde, em 1991, foram inauguradas as atuais instalações (com sede no Livramento - Rua Principal do Livramento), prestando apoio a 29 alunos, tendo para isso a Câmara Municipal de Cascais desempenhado um papel crucial ao ceder o terreno para a sua construção (CERCICA, 2010).

A CERCICA, enquanto entidade integrante de um movimento de solidariedade social sem fins lucrativos, presta serviços complementares em áreas da competência e obrigação do Estado, tendo como principal objetivo, por um lado, estruturar respostas pertinentes e necessárias ao desenvolvimento da pessoa com dificuldades, ao longo de todos os períodos da sua vida, e, por outro, potenciar e promover a sua inclusão na sociedade de forma tão diversificada quanto as necessidades assim o obrigam (Fenacerci, 2013). Desta forma, foi criando, ao longo do tempo, tanto as suas

*Respostas Sociais* – desde o Centro de Recursos para a Inclusão (2009), Centro de Recursos do Centro de Desemprego (2004), Intervenção Precoce (2000), Residências (1998), Serviço de Apoio Domiciliário (1997), Centro de Atividades Ocupacionais (1995), Formação Profissional (1990), Centro Educativo-Terapêutico (1976) – como as suas *Respostas Empreendedoras* – ViTal (Voluntários para os Tempos Livres) (1999), Cerjardins (2001), Núcleo Terapêutico de Atividade Motora (CERMOV) (2004), Editora Cercica (2006) (Fenacerci, 2013; Flores, 2013).

Atualmente, enquanto Cooperativa de Solidariedade Social e Utilidade Pública, os seus serviços são desenvolvidos tanto no sentido da intervenção social, como do empreendedorismo, numa perspetiva de reajustamento e criação das respostas mais adequadas às necessidades que cada cliente e a sua família apresenta (Flores, 2013). Assim, com todos os reajustamentos da dinâmica institucional e das próprias mudanças em termos da dinâmica oferta/procura, alguns reajustes foram sendo feitos, estando atualmente esta cooperativa organizada de forma hierárquica, tal como mostra o organograma (Figura 1).



**Figura 1** - Organograma da CERCICA (CERCICA, 2013b)

Deste modo, os corpos sociais encontram-se estruturados desde a Direção (órgão administrativo e representativo da Cooperativa), responsável por todo o planeamento, organização, orientações gerais, funcionamento e avaliação dos serviços da instituição, bem como por todos os elementos Coordenadores das diferentes valências, sendo estes as peças-chave enquanto elo de ligação entre os Serviços e a Direção, com a realização de reuniões mensais de coordenadores. Para além disso,

os coordenadores são ainda responsáveis por determinar e supervisionar os serviços respeitantes à sua valência, para além de coordenarem e organizarem os técnicos e auxiliares responsáveis por programas e serviços (CERCICA, 2013b; Flores, 2013;).

Numa dinâmica interativa e integrada de serviços e apoios, a CERCICA tem vindo a concretizar respostas para a autonomia, funcionalidade e qualidade de vida da pessoa com DID e para a comunidade em geral, organizando-se e agindo com base numa série de valores para atingir objetivos comuns, para a adaptação à mudança.

### **1.1.2. Missão, Visão e Valores**

De acordo com o Regulamento Interno Geral, aprovado em Assembleia-Geral de 27 de março de 2013, a CERCICA desenvolve a sua ação interventiva “no âmbito da solidariedade social e do desenvolvimento de atividades de apoio a pessoas com deficiência ou com problemas de inserção socioprofissional” (CERCICA, 2013b, p. 5).

Neste sentido, a *missão* da instituição consiste em “promover de forma sustentada e num contexto profissional de excelência, a qualidade de vida e a inclusão das pessoas com deficiência intelectual e incapacidades, posicionando-as como parceiro estratégico e nuclear para as famílias, entidades públicas, empregadoras e outros atores sociais” (CERCICA, 2013b, p. 3). Deste modo, com base na necessidade de um apoio completo à pessoa com DID, a CERCICA estrutura o seu plano de ação segundo um modelo ecológico, com a *visão* de ser uma “instituição de referência, no âmbito da habilitação e capacitação das pessoas com deficiência intelectual e incapacidades, na criação de oportunidades inclusivas para o exercício autónomo de uma plena cidadania” (CERCICA, 2013b, p. 3).

Assim, é uma entidade que tem na base do desenvolvimento da sua atividade e administração os valores de *Respeito* de todos (direitos) e por todos (deveres), preservando a privacidade e confidencialidade; a *Inovação* dos serviços prestados, numa dinâmica de parceria e criatividade, cada vez melhores e mais adaptados às necessidades em causa; a *Transparência*, rigor e honestidade na prática, decisões e funcionamento, para a compreensão de todos os cidadãos; a *Responsabilidade* no trabalho inerente a cada um e, conseqüentemente, à equipa, de modo a atuar de acordo com a visão, missão e valores desta entidade; a *Confiança* e investimentos nas capacidades e no potencial de todos os intervenientes; e, por último mas não menor, o *Empreendedorismo* para criar e concretizar respostas inovadoras e sustentáveis, complementares às necessidades de uma sociedade inclusiva (CERCICA, 2010; CERCICA, 2013b).

À CERCICA concerne ainda um conjunto de medidas e estratégias organizacionais que baseiam a sua prática em Políticas de Ética, Políticas de Confidencialidade, Políticas de Prevenção e Intervenção em situações de violência, negligência, abuso e maus-tratos e Políticas de Qualidade (CERCICA, 2013b).

Parece importante mencionar que, atualmente, a Política de Qualidade constitui um ponto-chave, na qual o cliente constitui o foco principal de atenção e em relação ao qual existe a procura permanente de uma intervenção ajustada às suas necessidades, potencialidades e expectativas, a partir de uma forma de estar, agir e conviver cada vez mais exímia e sustentável por parte de todos os elementos interveniente no processo (desde o próprio cliente, à sua família, aos técnicos e colaboradores, ou a qualquer outra pessoa e entidade parceiras, pública ou privada envolvida e participativa na sua missão e sucesso). Assim, esta política, na CERCICA, visa “prestar serviços de excelência adequados às necessidades e expectativas dos clientes, atuando como facilitador na criação de oportunidades de inclusão para o exercício autónomo de uma plena cidadania” (CERCICA, 2013b, p.9). Foi desta forma que o sistema europeu de qualidade – EQUASS (European Quality in Social Services) *Assurance* – em 4 de novembro de 2011 reconheceu a qualidade dos serviços sociais

prestados pela CERCICA. A 23 de julho de 2013 foi renovado este reconhecimento pelo período de 2 anos, relativamente às respostas sociais

Em suma, inserida no processo de implementação de um sistema de gestão da qualidade e tendo em conta todos os aspetos que baseiam a filosofia e a prática desta cooperativa, a CERCICA redefiniu as missões das suas diferentes áreas, tendo ao dispor da comunidade várias unidades de prestação de serviços e produtos, como resposta às necessidades de apoio e expectativas com que se tem vindo a confrontar. Assim, atualmente conta com dez *Respostas Sociais e de Recursos para a Comunidade*, bem como com quatro *Respostas Empreendedoras* (CERCICA, 2013a):

### 1.1.3. A Intervenção e as Respostas da CERCICA

#### a) Respostas Sociais e Recursos para a Comunidade

A CERCICA organiza os seus Serviços Sociais em quatro recursos (CERCICA, 2010; CERCICA, 2013a):

- **Recursos de Intervenção para Crianças e Jovens** centrando-se nas crianças devidamente diagnosticadas e nos jovens com necessidades educativas especiais, com o principal objetivo de promover intervenções especializadas e terapêuticas, ao longo de todo o trajeto educativo e escolar. Assim, contam com os serviços de (1) **Intervenção Precoce** – dirigido às famílias e crianças entre os 0-6 anos, que se encontram em risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo; o objetivo principal visa potenciar o seu desenvolvimento, através de ações preventivas e reabilitativas; e o (2) **Centro de Recursos para a Inclusão** – direcionado para crianças e jovens com necessidades educativas especiais, em idade escolar, com o objetivo de promover, nas escolas, o máximo de recursos técnicos e humanos especializados, no sentido de facilitar o desenvolvimento e potenciar uma plena inclusão na escola e na comunidade.
- **Recurso de Qualificação e Emprego** – serviços mais direcionados para as questões profissionais e que visam, essencialmente, promover, de modo sustentado, ações de avaliação, orientação e formação profissional e, ainda, acompanhar todo o processo de colocação da pessoa com DID, com idade superior a 16 anos, de modo a potenciar o futuro acesso, a manutenção e a progressão no emprego, numa perspetiva de inclusão plena. Assim, conta com os serviços de (1) **Avaliação e Orientação Profissional** – direcionado para os clientes inscritos no Centro de Emprego, apoiando na tomada de decisões vocacionais e adequadas à sua inserção no mercado de trabalho; (2) **Formação Profissional (FP)** – numa vertente de desenvolvimento de formação e qualificação profissional com as entidades parcerias, de modo a promover o acesso ao emprego para a população-alvo em questão; (3) **Acompanhamento à Colocação** – direcionado já para uma fase posterior de assegurar ações de apoio à colocação e de acompanhamento, tanto à pessoa em questão, como às respetivas entidades empregadoras, visando a inserção profissional.
- **Recursos de Capacitação para a Vida Ativa / Centro de Atividades Ocupacionais (CAO)** – serviço direcionado para a pessoa com DID, com idade superior a 16 anos. Tem como principal objetivo desenvolver atividades que promovam as capacidades, qualidade de vida e bem-estar destes jovens adultos (CERCICA, 2013a; CERCICA, 2013b). Para além disso, esta é uma resposta social que visa potenciar a autonomia e a autoestima da pessoa, numa perspetiva de maior participação e interação social, envolvendo a família, significativos e a comunidade. O CAO trabalha no sentido de uma sociedade mais inclusiva, através de práticas de intervenção sempre pautadas pelos critérios da qualidade.

Assim, o CAO conta com uma vasta equipa multidisciplinar (psicólogos, terapeutas, educadores, monitores, vigilantes e outros técnicos especializados nas

áreas artísticas), permitindo proporcionar a estes jovens/adultos inserirem-se na vertente que mais se adequa à sua situação atual, desde as *Atividades Terapêuticas* (perspetiva da manutenção das capacidades e qualidade de vida dos elementos desta população alvo que apresentam maiores necessidades de apoio), *Ocupacionais* (direcionadas para a manutenção e desenvolvimento das capacidades e da autonomia) e *Oficinais* (com os mesmos objetivos das anteriores, embora mais voltado para as competências e produção de bens, numa perspetiva de inclusão). As respostas prestadas aos clientes vão desde as Atividades Motoras (dança, hidroginástica, educação física, atividade motora adaptada, vela adaptada, natação, rugby, surf), às Terapêuticas (Psicologia, Terapia Assistida com Cães, Equitação Terapêutica, Terapia Ocupacional, Correção Postural, Hidroterapia, Psicomotricidade e Fisioterapia), Socioculturais (colónias de férias, visitas e celebrações), estritamente Ocupacionais (bijuteria, tapeçaria/costura, pintura sobre tela, jardinagem, pasta de papel, decoração de vasos, entre outros), Socialmente Úteis (artes decorativas, de fogo e criativas, produção de plantas, limpeza e manutenção, protocolos de cooperação e organização da comunidade), e até às atividades de Desenvolvimento Social e Pessoal (promoção da competências pessoais, sociais).

- **Recursos de Apoio Domiciliário e Alojamento** – dirigidos às pessoas com DID, que necessitem de cuidados individualizados. Assim, conta com o (1) **Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)** com a prestação desses cuidados no domicílio, de modo a satisfazer as suas necessidades funcionais, instrumentais e de reabilitação, e, assim, contribuir para a autonomia e qualidade de vida deste grupo; e com as (2) **Unidades Residenciais (UR)** onde acresce a promoção do alojamento, em contexto de unidade residencial, apenas para os clientes com idade superior a 16 anos. Atualmente, existem 13 clientes internos fixos nas UR e 3 camas temporárias (para qualquer tipo de situação eventual); não obstante, considera-se que esta é uma unidade tem vindo a ser alvo de uma procura crescente, embora a sua expansão não parta apenas da vontade da instituição, mas antes de acordos com as entidades responsáveis – Segurança Social (CERCICA, 2010; CERCICA, 2013a; Flores, 2013).

#### **b) Respostas Empreendedoras**

Numa vertente mais voltada para a comunidade, a CERCICA alargou as suas respostas, na tentativa de manter a sua sustentabilidade, devido a todos os cortes orçamentais e à diminuição dos apoios do estado, com o conseqüente decréscimo da comparticipação em termos de terapias e serviços para a pessoa com dificuldades; assim, na CERCICA, tem vindo a ser desenvolvido o empreendedorismo, numa dinâmica de participação e trocas ativas e inclusivas entre clientes internos, externos e comunidade. Assim surgiram as *Respostas Empreendedoras*. Importa ainda referir que esta vertente é dinâmica e contínua, uma vez que a CERCICA se encontra aberta ao desenvolvimento de novos projetos, desde que inseridas no âmbito social, ambiental e economicamente sustentáveis, e que, paralelamente, contribuam para o desenvolvimento local e para uma sociedade inclusiva (CERCICA, 2010; CERCICA, 2013a; Flores, 2013):

- **Cerjardins** – desde 2001, é uma empresa da área da jardinagem, cujo principal objetivo visa produzir plantas e projetar, construir e manter espaços verdes, numa vertente de sustentabilidade económica e ambiental. Contribui para a profissionalização e inserção no mercado de trabalho de pessoas com DID e/ou consideradas em risco – CerPlant;
- **Editora CERCICA** – desde 2006, este serviço de edição de conteúdos educativos e lúdicos visa a acessibilidade a todos os públicos, contribuindo para uma sociedade inclusiva. Inicialmente vocacionada para a produção de livros

destinados a crianças e jovens com necessidades educativas especiais, em idade pré-escolar e nos primeiros anos de escolaridade, a Editora CERCICA dispõe atualmente de um serviço mais vasto, acrescentando às suas ofertas DVD's interativos com áudio e língua gestual, formato Daisy e Braille, fomentando a acessibilidade da informação, independentemente das necessidades de apoio em termos de leitura (Editora CERCICA, s.d.);

- **CerGourmet** – serviços de restauração, personalizados e diferenciados, que contam com cooperação de jovens em inserção profissional, na base da integração, responsabilidade e sustentabilidade sociais;
- **Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (NTAM)** – criado em 2004, serviço de intervenções terapêuticas, lúdico-recreativas, de promoção da saúde e da condição física, com o principal objetivo de promover a todas as pessoas (independentemente da idade, dificuldade ou necessidade de apoio) a melhoria da sua qualidade de vida e o exercício de uma cidadania plena. Em março em 2014, no âmbito do seu 10º aniversário, esta resposta alterou a sua nomenclatura, passando a adotar o prefixo de designação das outras áreas empreendedoras e a denominar-se **CerMov**, mantendo os seus serviços de atividades terapêuticas, atividades motoras na piscina e ginásio, para todas as idades (os documentos presentes neste relatório referentes a datas posteriores a esta mudança surgirão com esta nova denominação).

Uma vez ser este o serviço em que a presente prática de Estágio se insere, na área da Reabilitação Psicomotora, seguidamente será realizada uma apresentação mais detalhada e aprofundada desta resposta tão rica, variada e abrangente.

## 1.2. Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (NTAM) - CerMov

O Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora (NTAM) - CerMov, embora incluído no grupo das *Respostas Empreendedoras* da CERCICA, ao desenvolver respostas terapêuticas e de atividade motora para toda a comunidade que pretenda usufruir dos seus serviços, é, paralelamente, uma *Resposta Social*, dado oferecer atividades aos clientes internos. A CerMov não conta com qualquer tipo de entidade financiadora, apesar da Câmara Municipal de Cascais ser uma das principais entidades de apoio numa dinâmica de parcerias em diferentes projetos (e.g. Acordo de Cooperação, *Nada lá, Surf, Guardiões, Séniores em Movimento* - Flores, 2013).

Este é um serviço de período de funcionamento diário, de segunda a sexta (7h30 às 21h30) e sábados (8h15 às 13h30), situado nas instalações da CERCICA (ver figura 2), num espaço com boas acessibilidades e infraestruturas. Apresenta uma oferta variada de serviços terapêuticos de promoção do desenvolvimento e da condição física, disponíveis e acessíveis a todos aqueles que delas necessitam e/ou pretendam usufruir (CERCICA, 2010; Flores, 2013).

Conta com uma vasta equipa especializada e multidisciplinar de técnicos e outros profissionais que trabalham no sentido de promover o desenvolvimento dos seus clientes, nas diversas vertentes do Ser Humano. Assim, a equipa é composta por: 1 Coordenadora (Técnica de Educação Especial e Reabilitação - TSEER); 9 TSEER/Psicomotricistas; 1 Professor; 1 Técnico Superior de Exercício e Saúde; 1 Terapeuta da Fala; 5 Fisioterapeutas; 3 Psicólogos; 2 Terapeutas Familiares; 5 Vigilantes de apoio ao balneário e transportes; 2 Administrativas (Flores, 2013)

Para além desta equipa, destaca-se a importância do papel que a família/significativos dos clientes desempenham em todo o processo, estando envolvidos como agentes participativos, através dos eventos que vão sendo desenvolvidos (e.g. projetos, comemoração de datas festivas), bem como através de reuniões pontuais entre família e equipa de intervenção, onde se discutem os Planos Individuais do cliente e em

relação aos quais os familiares têm voz ativa na definição de objetivos e determinação de prioridades da futura intervenção (Flores, 2013).

Neste sentido, a CerMov procura rentabilizar a sua equipa multidisciplinar, através de uma série de intervenções, apoios e terapias que seguidamente serão apresentados.

### 1.2.1. Tipo de Intervenções, Apoios e Terapias da CerMov

A CerMov põe ao dispor dos seus clientes uma série de respostas, das quais se destaca a **Terapia Psicomotora** entendida como terapia de prevenção, educação ou reeducação da pessoa, através do estudo e compensação das suas condutas inadequadas ou inadaptadas, com base no trabalho da consciencialização corporal; apresenta-se seguindo uma tríade de incidência, ao considerar as problemáticas corporais, cognitivas e relacionais. De uma forma geral, visa a promoção e/ou manutenção de capacidades psicomotoras (tonicidade, equilíbrio, noção de corpo, estruturação espaço-temporal, lateralidade, praxia global e fina) e de relação; o serviço de **Psicologia** (foro psíquico, emocional e/ou relacional de crise ou descompensação), visando fortalecer os mecanismos psíquicos individuais, para que o indivíduo reencontre o equilíbrio e adquira novas competências; a **Terapia Familiar** (dirigida aos indivíduos e/ou às suas famílias), promovendo a capacidade de resolução dos problemas apresentados nas dinâmicas relacionais e comunicacionais do contexto familiar; a **Terapia da Fala** na prevenção, avaliação e tratamento de perturbações da comunicação (linguagem oral e escrita e não-verbal); a **Fisioterapia** com base no movimento, nas terapias manipulativas e em meios físicos e naturais, para tratar, habilitar ou reabilitar clientes com disfunções de natureza física, mental e desenvolvimental visando a funcionalidade e a qualidade de vida individual; a **Hidroterapia** que recorre às condições e propriedades do meio aquático, para aplicar, em conjunto, técnicas psicomotoras específicas e da Fisioterapia; a **Equitação Terapêutica** (cavalo numa abordagem interdisciplinar, no âmbito da Fisioterapia) que visa promover o desenvolvimento biopsicossocial da pessoa; e a **Correção Postural** como atividade de grupo, que objetiva o ensino e a prática de exercícios que permitem melhorar a atitude postural (CERCICA, 2010).

A CerMov perspetiva futuramente diversificar as suas respostas ao criar novos serviços tanto para a pessoa com DID, como para a população em geral (e.g. criação de uma Unidade Clínica de Integração de Serviços Terapêuticos; Atividades de Tempos Livres - ATL para crianças/jovens com necessidades educativas especiais ou mesmo serviços no âmbito do turismo sénior - CERCICA, 2013a).

Atualmente, para além das atividades regulares – serviços terapêuticos e de promoção do desenvolvimento e da condição física - a CerMov está a desenvolver uma série de projetos e atividades para os seus clientes internos e externos, bem como para toda a comunidade, destacando-se o Acordo de Cooperação, o Programa de Apoios Psicoterapêuticos, os *Guardiões da Acessibilidade*, o *Nada Lá*, o *Surf*, *Séniore em Movimento*, o *CercicaClube*, a *Vela sem Limites*, o *Oh Gui*, a *Comunidade na CERCICA – festas de aniversário e eventos*. Para além disso, está ainda na



Figura 2- Planta da CERCICA

coordenação do Grupo de Desporto da CPD (Comissão para a Pessoa com Deficiência do Concelho de Cascais), bem como faz parte integrante e parceira do Special Olympic (Flores, 2013)

### **1.2.2. Espaços Físicos da CERCICA-CerMov**

Dada a variabilidade de respostas, projetos e atividades que a CerMov assume, são vários os espaços da instituição utilizados por este serviço (e.g. piscina, ginásio, sala de fisioterapia, sala de movimento, sala de aparelhos), bem como outros espaços exteriores à CERCICA (e.g. ginásio da Escola EB2/3 da Alapraia; piscinas da Abóbada; campo de rugby do Dramático de Cascais). De acordo com a Coordenadora, as atuais instalações não são suficientes, uma vez que, devido à qualidade interna do serviço que tem vindo a ser reconhecida e divulgada por todos os que dele usufruem e nele participam, a procura de clientes externos tem vindo a ser cada vez maior, tornando cada vez mais difícil a gestão de todo o espaço (Flores, 2013).

Devido ao facto da prática de intervenção neste estágio se centrar, sobretudo, em três destes espaços (da CERCICA-CerMov) será feita uma breve apresentação descritiva dos mesmos.

#### **a) Ginásio**

O ginásio da CERCICA, situa-se no espaço da CerMov (ver figura 2). Por observação, apresenta-se como um espaço amplo, com luminosidade natural (e.g. porta de comunicação com o exterior, em vidro; janelas horizontais), bem como com outras fontes de luz artificial. O espaço é acessível, podendo chegar-se até aqui tanto pelos balneários, como pela porta de entrada principal (que dá acesso ao hall de entrada da CerMov).

Relativamente ao material que pode ser utilizado, destacam-se o espelho que ocupa a totalidade de uma das paredes, os espaldares, colchões, bancos suecos, steps, pinos, sinalizadores, bastões, pesos, arcos, alteres, bolas variadas (de diferentes modalidades desportivas, tamanhos, pesos, cores e texturas), blocos de espuma de vários tamanhos e cores, tabelas de basquetebol, raquetes, mesa de ténis-de-mesa, triciclos, cordas, vários puzzles e jogos de encaixe, mesa e cadeiras, aparelhagem (na arrecadação com colunas para o espaço do ginásio), entre outros.

Assim, ao ser um espaço versátil, é utilizado para uma série de atividades, tanto para clientes internos da instituição, desde a Atividade Motora Adaptada, às sessões de intervenção psicomotora individual ou em grupo, passando pelo trabalho de Expressão Corporal e Dança, como para os clientes externos, com aulas de variadas modalidades de atividade física, como Localizada (tonificação muscular, com benefícios ao nível da coordenação motora, flexibilidade e capacidade respiratória) e Pilates (trabalho muscular ao nível postural, de flexibilidade, força e resistência; benefícios em termos de diminuição da tensão e stress) (CERCICA, 2010).

#### **b) Piscina**

A piscina está situada num local estratégico, dentro da CERCICA (igualmente na área da CerMov – ver figura 2), uma vez que possui acesso interior (para clientes internos) e exterior, com facilidade de estacionamento e acessibilidade. O seu espaço envolvente é agradável, uma vez rodeado pelos campos trabalhados pelos clientes da instituição.

O acesso ao recinto da piscina é feito através de um dos dois balneários existentes (masculino e feminino), tanto pelos clientes, como pelos técnicos e vigilantes da piscina, sendo que todos devem respeitar as Normas de Funcionamento da Piscina, bem como os procedimentos de segurança adotados pela CerMov.

Em termos de dimensões, a piscina tem 15m x 9m, com uma profundidade que varia entre os 90cm (zona menos profunda) e os 110cm (zona mais profunda). Tem a

capacidade para uma divisão em 4 pistas. A temperatura da água é alvo de controlo sistemático variando, aproximadamente, entre os 30º e 32º (Flores, 2013).

No que concerne aos recursos materiais, este espaço está dotado de materiais e equipamentos variados de apoio às aulas (e.g. colchões, rolos, pranchas, bolas, cubos, pinos, jogos de encaixe, um escorrega, steps, arcos, pullboys, halteres). Existe ainda uma sala de apoio com sistema de som, utilizado, sobretudo, nas atividades de hidroginástica.

A CerMov aposta bastante na utilização deste espaço, tanto em termos de intervenção terapêutica, desenvolvida por TSEER's/psicomotricistas e fisioterapeutas, como através da dinamização de atividades aquáticas, como a Natação Bebés (adaptação ao meio aquático de bebés e crianças - 6 meses aos 3 anos), Natação Crianças 3-6 anos, Natação Crianças (>6 anos) e Adultos, Natação Terapêutica - individual ou grupo reduzido, Hidroginástica e Hidroginástica Sénior (CERCICA, 2010).

### **c) Sala de Aparelhos**

A sala de aparelhos é um dos poucos espaços utilizados pela CerMov que se encontra num edifício diferente daquele onde se encontra a piscina e o ginásio (ver figura 2). É uma sala de dimensões reduzidas, iluminada apenas por sistema de luz artificial, uma vez que se situa no piso térreo (com duas possibilidades de acesso: escadas ou corredores internos da instituição)

Relativamente ao material, dispões de 1 elítica, 3 passadeiras elétricas, 2 cicloergómetro, 1 step, 1 remo ergómetro, 1 ski, 2 bancos suecos, 1 espaldar, 3 colchões e bandas de suporte. Para além disso, existe também 1 rádio, 1 mesa e 2 cadeiras.

Este é, então, um espaço utilizado para a prática de Educação Física Adaptada aos clientes com DID, sendo aqui desenvolvido um trabalho de atividade física mais direcionada para a condição cardiovascular e de força muscular. Contrariamente ao que acontece com o espaço do ginásio e da piscina, a sala de aparelhos é utilizada apenas pelos clientes internos da CERCICA.

Concluída a apresentação organizacional e espacial da CERCICA-CerMov, seguidamente proceder-se-á à caracterização da população alvo de trabalho.

## **2. Caracterização da População-Alvo**

A CERCICA atende, em média, 121 indivíduos de CAO, com idades entre os 16 e os 56 anos, sendo que a DID constitui o diagnóstico-base para a sua admissão. Por esta razão, e apesar da diversidade de características individuais e sociais, será realizada uma breve caracterização da DID e ainda de algumas das patologias mais prevalentes entre os clientes com os quais se interveio. Neste âmbito, as principais temáticas aqui abordadas serão a DID, DID-Trissomia 21, Deficiência Motora – Paralisia Cerebral, Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e Doença Mental.

### **2.1. Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID)**

O modelo médico, inicialmente utilizado nas DID, que encarava a “dificuldade” como uma condição natural, de origem orgânica, subvalorizando, à partida, as capacidades de todos os indivíduos clinicamente diagnosticados, veio a ser contrariado, em parte, pelo modelo social, que coloca a tónica não no determinismo biológico da pessoa, em termos de participação ativa na comunidade, mas antes nas condições/mudanças sociais e estruturais que impossibilitam essa mesma participação de forma plena (Mckenzie, 2013).

Neste sentido, inicialmente encarada apenas na perspetiva das dificuldades que a pessoa apresentava para a aprendizagem (Quociente de Inteligência - QI), a DID

(antes Deficiência Mental) passou a ser vista, a partir da década de 90, muito para além desta perspetiva reducionista. De acordo com Brown, Parmenter e Percy (2009) e Schalock et al. (2007a), esta mudança tem vindo a ser uma consequência da evolução das práticas profissionais, das alterações atitudinais da sociedade face à diferença e, ainda, do repensar de novas terminologias, paradigmas, movimentos e ideais que abrem um novo caminho no sentido da igualdade, da inclusão, da funcionalidade e da qualidade de vida.

A terminologia em Portugal não é ainda consensual (Morato e Santos, 2007), apesar da necessidade de se repensar a compreensão dos serviços e apoios a providenciar à população com DID, no sentido da individualização, funcionalidade e participação, ser uma preocupação crescente (Verdugo e Schalock, 2010).

### **Definição**

A atual definição de DID defendida pela maioria dos autores (Schalock et al., 2007a; Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010; American Association on Intellectual and Developmental Disabilities-AAIDD, 2013) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), engloba as limitações significativas (que surgem antes dos 18 anos), tanto ao nível do funcionamento intelectual (QI - dois desvios-padrão abaixo da média), como do CA (dois desvio-padrão abaixo da média), que terão repercussões ao nível conceptual, social e das competências adaptativas práticas (Schalock et al., 2007a; Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010).

Neste sentido, é destacada a importância de se encararem as limitações do funcionamento no contexto ecológico típico da pessoa, de acordo com o seu escalão etário e grupo sociocultural onde pertencem; a avaliação deverá ter em conta as diferenças culturais e linguísticas, assim como as diferenças na comunicação e os fatores comportamentais; as limitações ao nível do comportamento adaptativo (CA) deverão ter como ponto de comparação os ambientes comunitários característicos dos seus pares e deverão estar sempre associadas às necessidades de apoio individuais; deverão ter ainda em consideração que qualquer limitação, em termos adaptativos, pode coexistir com pontos fortes e, deste modo, que com a rede de apoio adequada, com uma intensidade e duração temporal adaptadas, os pontos fortes poderão ser aproveitados para potenciar a capacidade funcional da pessoa com DID (Luckasson et al., 2002; Luckasson e Schalock, 2012a; Schalock et al., 2007a; Schalock et al., 2010). Assim, a importância do CA na DID não se esgota na avaliação, identificação e classificação multidimensional que é feita, mas, ainda, fornece as bases para um planeamento mais dirigido e individualizado dos apoios que cada pessoa necessita, valorizando sempre as suas forças/capacidades adaptativas para potenciar a sua funcionalidade (Lambert, Nihira e Leland, 1993; Luckasson e Schalock, 2012a).

### **Classificação**

Esta nova posição face à DID vem contrariar o enfoque anterior em termos classificativos pelo “grau de deficiência” (ligeiro, moderado, severo e profundo – American Psychiatric Association-APA, 2013). É assumido, agora, um sistema de classificação multidimensional, que se baseia nas capacidades intelectuais, CA, saúde, participação, contexto e intensidade dos apoios necessários (Schalock et al., 2007a; Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010). Estas necessidades de apoio são conceptualizadas de acordo com o tipo de apoios (intensidade e frequência) necessários para o indivíduo participar nas atividades interligadas ao funcionamento normativo humano, na sociedade onde se insere, de modo a que as suas dificuldades sejam superadas (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009); aqui, como apoios são considerados os recursos e estratégias que pretendam fomentar o desenvolvimento, a educação, os interesses pessoais e o bem-estar, no sentido da potencialização funcional do indivíduo (Schalock et al., 2010).

Nesta linha de pensamento, a DID deve ser classificada de acordo com as intensidades de apoios que o indivíduo necessita (Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009):

- *Apoios intermitentes*: apoios esporádicos/episódicos disponibilizados apenas em momentos necessários, de crise ou períodos de transição no ciclo de vida da pessoa; podem ser de alta ou baixa intensidade;
- *Apoios limitados*: apoios persistentes e consistentes em termos de intensidade (de natureza contínua), nomeadamente em períodos críticos;
- *Apoios extensivos*: apoios regulares e periódicos (e.g. diariamente ou semanalmente), num determinado ambiente (escola, trabalho ou casa), sem temporalidade limitada (e.g. suporte de vida em casa a longo prazo); e
- *Apoios permanentes*: apoios constantes e de alta intensidade, que são disponibilizados nos vários ambientes que envolvem o indivíduo, tendo uma natureza permanente.

A planificação dos apoios necessários passa, inicialmente, pela identificação das experiências e objetivos de vida de cada indivíduo, bem como por determinar a intensidade das necessidades de apoio, para que, posteriormente, com base nestes aspetos, se desenvolva e implemente um Plano de Apoio Individualizado, que seja monitorizado e avaliado periodicamente (Schalock et al., 2007a; Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009).

Este novo modelo baseia-se, então, na interação entre a funcionalidade da pessoa com DID e o tipo/quantidade/qualidade de apoios disponíveis (Santos e Morato, 2012b), refletindo a partilha de responsabilidade entre a pessoa e o ambiente (Mckenzie, 2013). Encara-se, assim, a pessoa numa perspetiva ecológica e positivista de desenvolvimento, acreditando na evolução e adaptação, e tendo como ponto central os apoios (Santos e Morato, 2012b).

Este parece ser o modelo que, atualmente, mais sentido faz, tendo em conta as orientações sociopolíticas e educativas atuais para uma participação mais ativa dos indivíduos com DID na comunidade. Assim, considerando os princípios da inclusão que a realidade social atual tenta promover, bem como o direito de acesso ao trabalho ou mesmo o envolvimento do próprio indivíduo com DID e da sua família nos processos de avaliação e intervenção educativas que instituições como a CERCICA tentam potenciar, só uma classificação deste tipo (delineação de um perfil específico e individualizado de apoios) faz sentido. A DID torna-se, portanto, numa dimensão da diversidade que deve ser tratada com práticas regulares de prestação de cuidados e apoios, tendo para isso a família e os serviços um papel fundamental em termos da criação de condições para a sua participação ativa e da procura de novas práticas que ajudem à construção de competências e capacidades individuais, para uma participação mais ativa e efetiva, enquanto cidadão pleno, no seu contexto e envolvimento (Mckenzie, 2013).

Mckenzie (2013) defende que a “ability” (capacidade) da pessoa, não é uma característica dependente apenas si mesma, mas antes das potencialidades e recursos que o contexto onde está inserida tem para lidar com a diversidade. Assim, cabe à comunidade perceber se é capaz de incluir todos os seus membros e identificar quais os apoios que necessita prestar às famílias e aos indivíduos para que tal seja possível. Assim, o mesmo autor sugere o neologismo “(poss)ability” como um conceito que encara as dificuldades de uma forma mais positiva e dinâmica, útil no contexto do discurso médico, social e comunitário, e na própria participação social dos indivíduos com DID.

Ao longo do presente relatório e de toda a prática de estágio, o modelo teórico adotado será o apresentado e patilhado por Luckasson et al. (2002), Schalock et al. (2007a), Schalock et al. (2010) e Schalock et al. (2012), que correlacionam as cinco dimensões da abordagem multidimensional da DID (capacidade cognitiva, CA, participação/interação e papéis sociais, saúde e contexto), numa perspetiva de funcionamento individual, na qual a rede de apoios desempenha um papel central em termos de aquisição de autonomia e independência. Tal decisão prende-se, não só por questões teóricas, de fundamentação teórica e científica, mas também pelo tipo de abordagem que a CERCICA faz, em termos práticos, relativamente aos seus clientes.

### **Etiologia e Epidemiologia**

Como em qualquer outra condição trabalhada ao nível da reabilitação e da saúde, sabe-se a importância que o conhecimento da causa de uma determinada condição tem, e com a DID, tal não é exceção. Assim, a sua etiologia é um ponto essencial a estudar, uma vez que a esta podem estar associados outros problemas que, por sua vez, influenciarão o funcionamento físico e psicológico da pessoa; para além disso, este conhecimento permite que a prevenção, minimização e o tratamento (através de uma avaliação e planeamento mais dirigidos) sejam feitos de forma atempada e económica, facilitando todas as decisões, tanto ao nível do planeamento técnico, como familiar (antecipando quais os apoios atuais, potenciais ou futuros a investir), bem como para o estabelecimento de outras redes de apoio. Para além disso, importa ainda referir que o conhecimento da etiologia é de extrema importância ao nível da investigação (comparação entre indivíduos) e desenvolvimento da ciência, na sua vertente teórica e na sua aplicação prática na área da DID (Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010).

Atualmente, e de acordo com a literatura e investigação levada a cabo dentro desta área nas últimas décadas, tem vindo a verificar-se a proliferação de nova informação genética (Butler e Meaney, 2005 cit in Schalock et al., 2010; Harris, 2010); a existência de alterações genéticas associadas às DID, de etiologia variada (Trissomia 21, Síndrome X-Frágil, Síndrome Prader-Willi/Angelman, Síndrome Smith-Magenis, entre outros) é uma das principais razões para que essa variedade de verifique (mais de 70% das DID conhecida pela sua base genética - Percy, Lewkis e Brown, 2009). No entanto, existe ainda uma grande percentagem de casos que a genética não consegue explicar (e.g. privação cultural – Schalock et al., 2010), sendo necessária uma abordagem multifatorial de todos os fatores de risco (e.g. social, comportamental) (Schalock et al., 2010).

Relativamente à prevalência, Harris (2010) apresenta o género masculino com maior tendência de apresentar um diagnóstico de DID (1.4:1), devido à importância desempenhada pelo único cromossoma X presente neste género, ao invés do género feminino, no qual a existência de um segundo cromossoma X poderá atenuar os efeitos do primeiro. Realizando um paralelismo com a presente prática de estágio, esta é uma situação observável na população da CERCICA.

A DID tem, portanto, uma etiologia de natureza multifatorial, composta não só pelos fatores de risco - classificados quanto ao tipo (biomédico, social, comportamental e educativos) e quanto ao tempo do fator (pré-natal, perinatal e pós-natal) -, mas também pela relação destes ao longo do tempo (Schalock et al., 2010). Ou seja, é a interação entre todas estas esferas da vida do indivíduo que irão influenciar o tipo de fenótipo comportamental, no qual todas as informações são importantes (desde a anamnese, até ao momento atual nas diferentes vertentes da vida da pessoa), uma vez que tudo isto influenciará os diferentes processos de avaliação, classificação e diagnóstico, bem como as decisões tomadas em termos de classificação e planeamento de uma intervenção (Harris, 2010). Fazendo novamente a ponte com a situação de estágio aqui em questão, é totalmente perceptível que a etiologia que aqui

falamos, nos clientes acompanhados, não é um destino, mas antes uma informação tão pertinente como qualquer outra proveniente da multidimensionalidade da sua existência, sendo este, sim, o “grande ponto de partida” para um planejamento mais dirigido em termos dos serviços e apoios necessários ao indivíduo em questão, indo ao encontro daquilo que Harris (2010) defende.

Assim sendo, de acordo com o estudado até então, é possível constatar que a DID é uma condição cujas manifestações constituem um conjunto de dificuldades cognitivas e adaptativas bastante heterogêneo. Neste sentido, a multiplicidade de casos dentro do estudo das DID é inquestionável, sendo, portanto, o espectro de características bastante variado (Schalock et al., 2012), apesar de se poderem apontar as mais comuns.

### **Caracterização**

Desde a infância, a pessoa com DID experiencia uma série de dificuldades desenvolvimentais na aprendizagem de diversas atividades da vida diária, no discurso, nas formas de locomoção ou no autocuidado das suas necessidades básicas (e.g. vestir, comer, controlo dos esfíncteres). Mais tarde, na idade escolar, a essas mesmas dificuldades acrescem outras que se fazem notar na aquisição de conteúdos académicos, necessitando de apoio para as suas necessidades educativas especiais. Com o avançar da idade, as necessidades vão-se alterando, assim como as limitações sentidas, destacando a área da ocupação laboral, da vida independente e das relações com os pares (Woolf, Woolf e Oakland, 2010). Ou seja, ao longo de toda a vida, esse grupo populacional experiencia uma série de dificuldades nos processos de raciocínio, memória, atenção, abstração, resolução de problemas, tomada de decisão, dificuldade na generalização, compreensão de relações causa-efeito, comunicação e regulação emocional (World Health Organisation-WHO, 2007). Para Fonseca (1995), em muitos dos casos é observada a existência de comportamentos estereotipados, de autoestimulação e de automutilação. Verificam-se dificuldades em termos perceptivo-cognitivos (na organização de estímulos múltiplos), corporais e motores (planos de ação mais reduzidos), baixa resistência à frustração e desmotivação, problemas linguagem, reportório social inadequado e dificuldades no processo ensino-aprendizagem. Ou seja, de uma forma geral, os domínios cognitivo, psicomotor, da linguagem e social encontram-se afetados (situação observável em todos os clientes com DID observados, independentemente da idade).

De uma forma mais concreta, em termos cognitivos, a pessoa com DID apresenta uma assincronia de desenvolvimento, sendo comuns as dificuldades em termos de habilidades conceptuais (imaturidade ou dificuldades na planificação e raciocínio abstrato); dificuldades na resolução de problemas complexos; dificuldades na compreensão e utilização de ideias complexas e simbólicas (operações e funções matemáticas); dificuldades na memória verbal de curto prazo; pensamento desorganizado; dificuldades na sequencialização do processamento da informação, bem como na compreensão lógica das atividades do dia-a-dia; limitações na antecipação causa-efeito, na compreensão e planeamento de consequências; dificuldade em manter a atenção e concentração (Burack, Hodapp e Zigler, 1998; Schalock et al., 2012).

No domínio social, verificam-se dificuldades na perceção, compreensão, retenção e aquisição das regras sociais, bem como na capacidade de iniciativa e responsividade social (dificuldades no julgamento social e nos processos ensino-aprendizagem com base nas experiências de interação com os seus pares). A interação com os pares também se encontra afetada, tendo dificuldades no reconhecimento de expressões faciais, revelando tendência para a passividade, isolamento e apatia, bem como alguma tendência para a vitimização e vulnerabilidade social, respostas sociais menos adequadas, entre outras. De acordo com a literatura, ao apresentarem menores

competências de autonomia, o indivíduo com DID é catalogado pela sua baixa produtividade, capacidade de persistência e níveis de responsabilidade reduzidos. A instabilidade emocional é também outro dos aspetos mencionados pela literatura, sendo que respondem, frequentemente, de forma desadaptativa neste tipo de contexto (Burack et al., 1998; Schalock et al., 2012).

Assim, concomitante a estas características, surgem as dificuldades em termos comportamentais, manifestadas através de situações em que o indivíduo apresenta dificuldades de inibição, (auto)regulação e (auto)controlo (comportamentos impulsivos, autoabusivos e de agressividade - Harris, 2010), planificação, verificação e avaliação das condutas, bem como de aplicação de estratégias de metacognição (Fonseca 2001); os seus níveis de motivação e de perseverança são reduzidos, com limiares de tolerância à frustração igualmente baixos, tornando-se menos flexíveis em relação às diferentes situações do seu dia-a-dia (Burack et al., 1998; Santos e Morato, 2002; Schalock et al., 2012). Assim, perante esta dificuldade de organizar os estímulos e consequentes reduzidos planos de ação, é comum a observação de comportamentos estereotipados, de autoestimulação e automutilação, considerados pela literatura como estratégias de solução da passividade e apatia (Santos e Morato, 2002). Surgem ainda referidos os problemas do foro psiquiátrico (esquizofrenia, psicoses maníaco-depressivas ou alterações de humor) e do foro emocional (Harris, 2010).

No que diz respeito à linguagem, é igualmente observável, na maioria dos casos, uma assincronia ao nível do desenvolvimento típico esperado para a sua idade; de acordo com Harris (2010), estas dificuldades apresentam uma prevalência em cerca de 80% dos diagnósticos com necessidade de apoios extensivos e permanentes. Em termos de cognição linguística, as principais dificuldades estão mais relacionadas com a cognição verbal, comparativamente à não-verbal, apresentando dificuldades na produção do discurso, traduzindo-se, muitas das vezes, por ecolálias e estereotípias; é comum a ocorrência de dificuldades de articulação, fonologia e imitação vocal. Assim sendo, o nível de compreensão e de ser compreendido da pessoa com DID poderá encontrar-se alterado, com um discurso, muitas das vezes, pobre e desorganizado (Burack et al., 1998; Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007).

Em termos físicos, a pessoa com DID apresenta dificuldades evidentes, facto possivelmente justificado pela maior lentidão em termos do seu desenvolvimento e maturação neuromuscular. Neste sentido, ao nível do domínio psicomotor, observam-se limitações em termos da integração sensorial (Santos e Morato, 2012a), com problemas visuais e limitações auditivas (Harris, 2010). Estas dificuldades, conjugadas com limitações nos processos de regulação da atenção contribuem para que as suas respostas motoras sejam, consequentemente, mais lentas, facto muitas das vezes justificado pela hipotonicidade que muitos destes indivíduos apresentam (Santos e Morato, 2012a). Assim, todos os fatores psicomotores se encontram, de alguma forma, afetados, desde a tonicidade (e.g. hipotonia na T21) até às praxias. Segundo Fonseca (1995), na DID verificam-se dificuldades em termos de processamento da informação, bem como uma menor precisão e maior lentidão na execução das ações, originando problemas de expressão, verificáveis através de dismetrias, dissincronias e dispraxias. Neste sentido, a pessoa com DID apresenta um desajustamento em termos de ativação e interconexão dos metacomponentes da inteligência (identificação, seleção, organização, estratégia de resolução, representação mental da informação, focagem da atenção, memorização, monitorização da solução, integração dos feedbacks) estando, portanto, toda a dinâmica (*input-elaboração-output*) comprometida.

De acordo com Santos e Morato (2012a), através da aplicação da Escala de Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa (ECAP), foram verificadas diferenças significativas no domínio psicomotor entre 2 grupos, com e sem DID, estando o nível do primeiro grupo significativamente abaixo do do segundo. De acordo com os autores, existe uma relação direta entre as dificuldades psicomotoras e as limitações

adaptativas, aspeto justificado pela coexistência de outras condições associadas, destacando a deficiência motora com maiores repercussões nas dificuldades de coordenação óculo-manual e podal, noção do corpo, lateralidade e manipulação de objetos. Assim, tais resultados sustentam a ideia de que um bom desenvolvimento em termos psicomotores é essencial para que o indivíduo seja capaz de adotar condutas adaptativas, diminuir as suas dificuldades e, assim, aumentar a sua funcionalidade.

De uma forma geral, a pessoa com DID apresenta, por um lado, comportamentos menos adaptativos no desempenho de tarefas da vida diária, e, por outro, maior número de comportamentos desadaptativos, quando comparados à população sem qualquer tipo de problemas. Estas dificuldades podem ser consequência da falta de experiência e de estimulação com que esta população se depara desde a infância, em coexistência com um padrão de superproteção, que traz consequências inevitáveis em termos de desenvolvimento cognitivo e que, por sua vez, influencia todas as outras áreas, justificando os baixos resultados apresentados pelo adulto com DID nos domínios de atividades económicas, domésticas e pré-profissionais (Santos e Morato, 2012a).

Estes resultados vêm demonstrar apenas uma parte do grande foco de estudo que se considera em expansão, atualmente, neste universo – o envelhecimento do indivíduo com DID. Devido aos avanços nas mais variadas áreas de investigação e intervenção, a esperança média de vida deste grupo tem vindo a aumentar e, com ela, uma série de novas preocupações. Para além do risco elevado que a população sénior encerra, por si só, considerando o processo de retrogénese normativo, é sabido que há um risco acrescido de desenvolvimento de outras condições, de forma concomitante, o que terá consequências diretas em termos de planeamento e intervenção a realizar com estes indivíduos (Harris, 2010). No caso específico da CERCICA, cuja população é maioritariamente jovem a adulta, o envelhecimento é uma das realidades cada vez mais presentes.

A este facto, importa ainda acrescentar que o diagnóstico duplo, nesta população, é extremamente comum; na literatura surgem referidas as situações frequentes da ocorrência de diversas condições associadas, como epilepsia (10 vezes superiores nas populações com DID do que na população geral, Harris, 2010), deficiência motora (diagnóstico de paralisia cerebral ronda os 30% (ou mais) dos diagnósticos, Harris, 2010), hiperfagia, poliembolocoilomania, hidrocefalia, microcefalia, problemas do sono, obesidade, perturbação de hiperatividade, entre outras (Jacobson et al., 2007; Santos e Morato, 2007; WHO, 2007). De uma forma geral, a importância de compreender esta heterogeneidade de comorbilidades existente nas DID em termos físicos, sensoriais, linguísticos, comportamentais, emocionais e sociais, permitirá perceber a multiplicidade de casos tão distintos passíveis de serem observadas nesta população.

Assim, em termos de comorbilidade mais presente na literatura, quando comparada com a população em geral, a população com DID apresenta uma taxa significativamente superior em relação a problemas ao nível da saúde mental (psicopatologias), como é o caso dos sintomas de depressão, ansiedade generalizada e esquizofrenia, tanto em crianças como em adultos; não obstante, ainda não existe consenso em termos da sua prevalência (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson e Allan, 2007). Nos últimos anos a investigação tem apontado, ainda, para uma coocorrência bastante significativa entre as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) e as DID (Matson e Shoemaker, 2009). Para além disso, os problemas de comportamento têm vindo a ser cada vez mais explorados nesta população; neste campo surgem os problemas de comportamento externalizantes em faixas etárias mais baixas, uma vez que estas crianças, em termos psicomotores, revelam problemas ao nível da experiência corporal, relacionados com dificuldades na regulação emocional e no controlo do comportamento (Emck, Plouvier e Lee-Snel, 2012).

Posto isto, seguidamente será feita uma abordagem mais detalhada da Trissomia 21 (forma mais comum de DID), das PEA, da Deficiência Motora-Paralisia Cerebral e da Doença Mental, dado que, na prática de estágio, foram estes os grupos mais comuns, em termos de diagnóstico, encontrados dentro do universo populacional.

## **2.2. Trissomia 21 (T21)**

### **Definição**

A Trissomia 21 (T21) em termos genéticos, é considerada a forma mais comum de DID, ocorrendo em, aproximadamente, 1 caso por cada 600-1000 nascimentos (European Down Syndrome Association, 2013; Grouios e Ypsilanti, 2011; Hippolyte, Iglesias, Van der Linden e Barisnikov, 2010; Lott e Dierssen, 2010). A T21 resulta de uma alteração ao nível do cromossoma 21 (HSA21), traduzida pela existência (total ou parcial) de um terceiro cromossoma no par 21 (Bessa, Lopes e Maciel, 2012; Lovering e Percy, 2009), tendo como principais consequências as alterações em termos funcionais do desenvolvimento cerebral (Lott e Dierssen, 2010; Rachidi e Lopes, 2007) e do CA (Määttä, Tervo-Määttä, Taanila, Kaski, e Iivanainen, 2006).

Devido aos avanços em termos médicos e interventivos, a esperança média de vida deste grupo populacional tem vindo a aumentar, sendo atualmente apontados os 60 anos de idade (Glasson et al., 2002).

### **Etiologia**

Ao nível da literatura, os fatores de risco mais defendidos relativamente ao aparecimento desta trissomia surgem associados a três causas principais: (1) a idade avançada do pai e da mãe (85% a nível materno); (2) a translocação, ou seja, um processo de associação de uma parte do cromossoma 21 a outro cromossoma (normalmente o 14 ou o 22; ou cromossomas 13 ou 15, menos frequente), verificado em 4% dos casos; (3) a duplicação interna de alguns genes críticos num dos cromossomas do par 21; ou ainda surge também na literatura a T21 como consequência de uma questão de mosaicismo (1%) (Lovering e Percy, 2009).

Em termos de diagnóstico, devido a todas as características fenotípicas desta síndrome, a deteção poderá ocorrer nos primeiros momentos após o nascimento da criança. Não obstante, cada vez mais este ocorre ainda no período pré-natal, através de análises sanguíneas ou outros exames de despiste, como ecografias, análise do cariótipo, amniocentese, entre outras (Lovering e Percy, 2009).

Devido à grande variância que a T21 apresenta, em termos fenotípicos (causada pela variação alelica, desequilíbrio genómico ou epigenético ou fatores envolventes), a investigação atual procura uma resposta para qual a relação existente entre os efeitos do genoma e os efeitos dos mecanismos patogénicos subjacentes ao défice cognitivo (Lott e Dierssen, 2010), evidenciando-se a importância do estudo aprofundado e da dissecação das infraestruturas genómicas do HSA21; a apreciação da sua variabilidade e a conservação das sequências funcionais nos organismos providenciam novas oportunidades para a compreensão da função dos genes codificados do HSA21 e para a explicação da patogénese das diferentes manifestações fenotípicas da T21 (Lovering e Percy, 2009). A etiologia genética da T21 é, portanto, um processo complexo, uma vez que mais de 300 genes são apontados como estando afetados, não sendo ainda clara o tipo de interação entre eles (Grouios e Ypsilanti, 2011).

### **Caracterização**

Tal como outras síndromes, as manifestações clínicas da T21 variam de pessoa para pessoa (Rachidi e Lopes, 2007), apesar de uma série de características comuns às referidas para o grupo das DID destacando-se, sobretudo, as características ao nível

cognitivo, motor, linguístico, social/comportamental, psicopatológico e psicomotor (Fidler, Most, e Philofsky, 2008).

Em termos cognitivos, o perfil do indivíduo com T21 pode ser variável (Lott e Dierssen, 2010); contudo, na literatura, são apontadas como transversais as dificuldades na capacidade de aprendizagem, generalização, pensamento abstrato, processamento auditivo, seleção de vocabulário (dificuldades na morfossintaxe) e funções que envolvam memória (verbal a curto-prazo e explícita a longo prazo) (Abellán e Vicente, 2002; Grouios e Ypsilanti, 2011; Lott e Dierssen, 2010; Määttä et al., 2006). Por outro lado, de acordo com Lott e Dierssen (2010), a aprendizagem por associação, a memória visuoespacial a curto prazo e a memória implícita a longo prazo surgem como funções preservadas (melhor desempenho em tarefas visuoespaciais, comparativamente a tarefas que envolvam memória verbal a curto prazo) - aspetos essenciais a ter em conta para a potencialização da aprendizagem, numa intervenção com este grupo populacional.

Relativamente ao domínio físico, Lovering e Percy (2009) realçam que, embora a T21 apareça comumente associada a uma série de características semelhantes em termos de aparência física, esta é variável, podendo estes sinais não estarem todos presentes no mesmo indivíduo, ou poderem, inclusivamente, tornar-se menos evidentes ao longo do desenvolvimento. Não obstante, tais indivíduos, de uma forma geral, apresentam baixa estatura e tendência para a obesidade (Abellán e Vicente, 2002; Roizen e Patterson, 2003). É uma síndrome caracterizada por um fenótipo bastante próprio, nomeadamente ao nível facial (braquicefalia-achatamento da região occipital do crânio, hipoplasia da região mediana da face, fendas palpebrais oblíquas, pregas em torno dos olhos, base nasal achatada - Lott e Dierssen, 2010), língua com tendência para fazer protusão (boca pequena relativamente ao tamanho da língua), prega palmar única, encurtamento do 5º dedo das mãos (clinodactilia), braquidactilia (dedos pequenos), e pela diminuição do tónus muscular (hipotonia), apresentando sinais de um desenvolvimento psicomotor atípico desde a infância, quando comparados com os pares (Fidler, Hepburn e Rogers, 2006). Neste sentido, destaca-se particularmente a hipotonia observável em termos da musculatura dos lábios, língua e maxilar, associada à tendência para a respiração bucal (Roizen e Patterson, 2003); assim, todos estes aspetos conjugados influenciam uma série de funções essenciais no dia-a-dia da pessoa e, sobretudo, todo o processo comunicativo, concretizando-se em dificuldades na articulação, fluência, sequenciação e qualidade dos sons do discurso (Kumin, 2004). Este é um dos aspetos claramente perceptível no grupo de trabalho na presente prática de estágio surgindo como ponto menos forte a trabalhar (sobretudo com crianças), estando presente na maioria dos planeamentos de sessão ao longo da intervenção.

As competências da linguagem e comunicação surgem igualmente afetadas na T21, sobretudo ao nível da produção e articulação do discurso (Chapman e Hesketh, 2001; Rachidi e Lopes, 2007), ao envolverem funções de raciocínio, compreensão de conceito e memorização. É observável um padrão assincrónico na linguagem das crianças e jovens com T21, comparativamente ao desenvolvimento considerado típico para os pares da mesma idade sem qualquer tipo de diagnóstico (Kumin, 2004), apresentando, comumente, uma discrepância entre a linguagem recetiva (mais desenvolvida) e expressiva (como área menos forte) (Dressler, Perelli, Feucht e Bargagna, 2010; Fidler et al., 2006).

Embora a literatura não seja ainda consensual, há autores que defendem que em situações de utilização da linguagem em contexto social (saudações de forma apropriada ao contexto ou compreensão de regras não-verbais de conversação), o indivíduo com T21 apresenta um comportamento ajustado (Fidler et al., 2008; Kumin, 2004). Fidler et al. (2006) corroboram a ideia ao defenderem a área da linguagem recetiva (relacionada com a área social) como área forte, em relação à qual, estudos

recentes com crianças com T21 demonstraram a sua boa capacidade em termos de habilidades sociais, características estas que são observáveis desde a infância até à idade adulta. Não obstante, importa ainda referir que, uma vez que as competências cognitivas e linguísticas não são estanques, estas tendem a alterar-se ao longo de todo o processo evolutivo, uma vez que a idade da pessoa com T21 é considerada um fator bastante influente em termos de alterações fenotípicas, nomeadamente, ao nível da linguagem (Chapman e Hesketh, 2001).

O desenvolvimento social surge, portanto, como uma das áreas fortes deste grupo, caracterizado pela afetividade, felicidade e capacidade de socialização (Abellán e Vicente, 2002; Fidler et al., 2008), tendendo esta última a aumentar, com o avanço da idade (Dressler et al., 2010). Para além disso, as capacidades associadas às atividades da vida diária tornam-se, de igual forma, uma das principais áreas fortes em termos de CA destes indivíduos (Abellán e Vicente, 2002; Fidler et al., 2008).

Os estudos demonstram que comparativamente a outros indivíduos com DID, os adultos com T21 apresentam menos episódios de comportamentos disruptivos, antissociais ou agressivos (Hippolyte et al., 2010), apesar da ocorrência significativa de problemas emocionais e relacionais, através de condutas opostas, intrusivas e de comportamentos de teimosia e desobediência, comportamentos hiperativos, impulsivos, agressivos, pouco flexíveis (Fidler et al., 2008), de ansiedade e comportamentos repetitivos (Abellán e Vicente, 2002; Määttä et al., 2006). Todos os aspetos referidos até então, em termos comportamentais, foram observáveis, tanto nas crianças, como nos adultos com diagnóstico de T21 presentes nos grupos de trabalho desta prática de estágio.

Ainda no que diz respeito ao desenvolvimento psicomotor, são observáveis alterações ao nível cerebral e musculoesquelético. Martínez e García (2008) referem que o facto desta síndrome se caracterizar pela existência de um cromossoma extra, se traduz num estado de desequilíbrio generalizado ao nível cerebral do indivíduo, com consequências quer a nível da organização bioquímica e funcional, quer a nível estrutural e anatómica (redução do número de neurónios presentes no córtex cerebral, alterações na estruturas e redução do número das espinhas dendríticas, redução do tamanho de áreas cerebrais específicas). Grouios e Ypsilanti (2011) referem, particularmente, a existência de uma lateralização funcional atípica nestes indivíduos que, por sua vez, associada a todas as alterações aqui apresentadas modificam a capacidade de organização perceptiva (e.g. discriminação tátil, discriminação de formas e da figura-fundo e integração partes/todo - Abellán e Vicente, 2002), bem como a capacidade de transmissão da informação; ou seja, de acordo com investigações recentes, as crianças com T21 apresentam dificuldades (menor velocidade) no tratamento, processamento, interpretação e elaboração da informação (Lott e Dierssen, 2010; Martínez e García, 2008), no planeamento motor (Dressler et al., 2010; Fidler et al., 2006) apresentando, conseqüentemente, uma maior lentidão na tomada de decisões (Lott e Dierssen, 2010; Martínez e García, 2008). Para além disso, a questão musculoesquelética surge igualmente afetada, sendo apontadas como dificuldades mais frequentes as funções relacionadas com o tónus muscular (tendência para hipotonicidade; dificuldade na estabilização das articulações), traduzindo-se em dificuldades ao nível do equilíbrio e coordenação motora global (Abellán e Vicente, 2002; Fidler et al., 2008; Martínez e García, 2008), musculatura e ligamentos laxos e encurtamento dos membros superiores e inferiores (Martínez e García, 2008). É ainda comum observar padrões de marcha atípicos (e.g. passos rápidos e arritmados; assincronia de movimentos entre membros inferiores e superiores) (Abellán e Vicente, 2002).

Com a população-alvo da prática de estágio foi possível verificar, desde o início do processo interventivo, que as crianças com T21 apresentavam particulares dificuldades em termos de habilidades de praxia fina, tendo sido feito um trabalho

progressivo, respeitando o *princípio próximo-distal* (desenvolvimento motor segue um percurso, no sentido das articulações proximais do eixo corporal (ombro) para as articulações distais (mãos) - Fonseca, 2005). Ou seja, embora o indivíduo com T21 se caracterize por uma maior lentidão na aquisição de competências de motricidade global e fina, controlo visual, velocidade, força muscular e equilíbrio (Abellán e Vicente, 2002; Martinez e García, 2008), estas procuram padrões de movimento que lhes permitam ultrapassar as suas dificuldades (Martinez e García, 2008), cabendo a cada um dos profissionais que com eles trabalham utilizar os seus pontos fortes do sentido da potencialização dos seus domínios menos fortes.

Para além de todas as questões referidas até então, acresce ainda o facto de este ser um grupo considerado de risco para o desenvolvimento de uma série de comorbilidades, tanto na infância, como na adolescência e idade adulta, das quais se destacam os problemas cardíacos congénitos, anormalidades hematológicas, problemas gastrointestinais, apneia obstrutiva do sono, hipotireoidismo e obesidade (Jensen, Taylor e Davis, 2013), problemas cardiorrespiratórios (Lott e Dierssen, 2010; Lovering e Percy, 2009) e as dificuldades visuais (cataratas, estrabismo, nistagmos) e auditivas (Bessa et al., 2012; Jensen et al., 2013).

Os adultos com T21, quanto mais velhos, mais vulneráveis são a desenvolver condições físicas, neurológicas e psiquiátricas associadas ao envelhecimento (Lott e Dierssen, 2010), traduzindo-se, muitas vezes em sintomas de depressão, comportamentos pautados pela passividade, apatia, isolamento e mutismo (Dykens, 1998 cit. in Santos e Morato, 2012b). Neste sentido, Määttä et al. (2006) apontam todas estas dificuldades como as causas principais em termos de dificuldades no CA deste grupo. De acordo com o estudo levado a cabo por Dressler et al. (2010) com adultos com T21, apesar de se ter verificado que a sua capacidade adaptativa aumenta de forma gradual e progressiva, atingindo o seu pico entre os 20 e os 30 anos de idade (durante a infância, as capacidades adaptativas acompanham as capacidades cognitivas; ao longo da adolescência e início da idade adulta, a capacidade adaptativa supera a cognitiva) tendendo a estabilizar, após esta marca etária, a capacidade adaptativa tende a diminuir. Tal facto pode ser justificado pela diminuição das experiências e oportunidades de participação em programas de integração escolar, terapêuticos e recreativos.

Seguindo esta linha de raciocínio, atualmente, um dos principais focos de estudo em relação a este grupo populacional encontra-se relacionado com o aumento da prevalência de sintomas de demência (como é o caso do Alzheimer - Lott e Dierssen, 2010; Määttä et al., 2006), associado ao aumento da esperança média de vida já anteriormente referido. A presença de demência nos indivíduos com idades inferiores a 40 anos ronda os 2%, indo até aos 40% nos indivíduos acima dos 60 anos (Holland et al., 2000 cit. in Adams e Oliver, 2010). Neste sentido, intensifica-se a deterioração da memória, da linguagem e do funcionamento cognitivo (Lott e Dierssen, 2010), que muitos autores têm apontado como um dos principais fatores explicativos da diminuição das capacidades adaptativas que muitos destes indivíduos apresentam na vida adulta. De acordo com Prasher, Chung e Haque (1998), o processo natural de envelhecimento não é um preditor obrigatório para que haja um declínio em termos de CA nesta população, mas antes a presença de algum tipo de demência é a principal causa para que tal sinal se observe. Uma vez a atual população institucionalizada com DID em Portugal tender a engrossar ainda mais esta faixa etária populacional, situação igualmente verificada na CERCICA, parece de particular interesse este ponto de investigação, no sentido do desenvolvimento de filosofias e práticas interventivas mais dirigidas e eficazes.

Em suma, é possível perceber que, com a combinação de todas as características acima apresentadas, os *inputs* propriocetivos atípicos para o tálamo da pessoa com T21 estão comprometidos e, conseqüentemente, todo o desenvolvimento psicomotor

da pessoa também estará (Martínez e García, 2008). Logo, esta asserção poderá ser tida como ponto de partida, no qual se perspectiva que, durante toda a vida da pessoa, um ambiente de estimulação e de participação ativa é crucial para que esta tenha um desenvolvimento mais adaptado, funcional, autónomo e independente (Hodapp, Evans e Gray, 1997 cit. in Dressler et al., 2010; Shepperdson, 1995).

Após a descrição da T21, seguidamente será abordada a Deficiência Motora e, fazendo parte desta, a Paralisia Cerebral, caracterizada de forma mais específica.

### **2.3. Deficiência Motora**

A Deficiência Motora engloba qualquer condição de dificuldade ou impossibilidade (congénita ou adquirida) ao nível da postura e movimento, traduzindo-se por lesões nas estruturas reguladoras e executoras do sistema nervoso (cérebro e espinal medula), muscular (músculos voluntários) e osteoarticular (Casares, 2003; Rodrigues, 1998). Consequentemente, estas lesões são causadoras de diferentes graus de limitações, de carácter transitório ou permanente. Assim, as dificuldades ou patologias que compõem o quadro da deficiência motora são as mais variadas (e.g. paralisia cerebral, espinha bífida, malformações congénitas, neuropatias periféricas ou miopatias, sequelas de traumatismo craniano, lesões medulares ou amputações traumáticas, entre outras - Rodrigues, 1998).

#### **2.3.1. Paralisia Cerebral (PC)**

##### **Definição**

A Paralisia Cerebral (PC) é uma patologia neurodesenvolvimental de origem motora, originada por alterações (malformações ou lesões) no cérebro ainda imaturo (período de desenvolvimento fetal ou durante primeira infância); é uma condição não progressiva, de carácter permanente, mas não imutável (Bax, Goldstein, Rosenbaum, Leviton e Paneth, 2005; Carr e Reilly, 2007; O'Shea, 2008; Sankar e Mundkur, 2005).

##### **Etiologia**

A etiologia da PC é também variada, resultando de uma interação entre diferentes fatores de risco endógenos e exógenos (momento em que o agente etiológico atua – período pré-natal, perinatal ou pós-natal - a sua duração e intensidade), relativamente ao Sistema Nervoso Central em desenvolvimento (Carr e Reilly, 2007; Rotta, 2002; Sankar e Mundkur, 2005).

De uma forma mais específica, a PC pode surgir devido a fatores pré-natais (cerca de 1% dos casos), como infeções, intoxicações por consumo de substâncias, efeitos provocados por exposição a agentes teratogéneos ou outras condições maternas, como anemias, diabetes, entre outros. Noutros casos, são os fatores perinatais os responsáveis pelo desenvolvimento desta condição, estando documentados 95% dos casos como tendo surgido devido a alterações durante o parto ou na primeira semana de vida (meningite, hipoglicémia, anóxia, convulsões, hemorragias intracranianas). Por fim, 12% a 21% dos casos surgem de causas pós-natais, destacando-se infeções virais bacteriológicas, distúrbios metabólicos, hiperbilirrubinemia, traumatismos craneoencefálicos ou situações de subnutrição (Rotta, 2002; Sankar e Mundkur, 2005).

Por outro lado, Eunson (2012) sugeriu que etiologia da PC poderá ser encarada de acordo com outra perspectiva: (1) PC resultante de lesões cerebrais (funções e estruturas), (2) PC resultante de malformações cerebrais (estruturas) e (3) PC resultante de desordens nas funções cerebrais (sem anomalias estruturais). De qualquer das formas, a perspectiva etiológica multidimensional da PC deverá considerar todos os fatores de risco (e.g. prematuridade - Eunson, 2012; Sankar e Mundkur, 2005) que possam estar associados (no sentido preventivo) e as implicações

que esta condição tem na vida da pessoa em questão, no sentido de uma classificação e intervenção mais individualizada, dirigida e eficaz (Blair e Watson, 2006; Sankar e Mundkur, 2005).

### **Caracterização**

Em termos do seu quadro clínico, a PC apresenta, sobretudo, dificuldades ao nível motor (desenvolvimento motor, movimento e postura - Carr e Reilly, 2007; O'Shea, 2008); de acordo com a *Surveillance for Cerebral Palsy in Europe (SCPE)*, 31% das crianças com PC apresenta DID (O'Shea, 2008), 11% deficiência visual e 21% situações de epilepsia (Blair e Watson, 2006). Tais números são representativos do tipo de comprometimento que a maioria da população com PC apresenta ao longo da sua vida, sobretudo pelo facto de, durante a infância, esta condição se desenvolver rapidamente, trazendo consequências a nível da redução do número de experiências, processos de aquisição de aprendizagem e, por sua vez, pelas dificuldades nos processos cognitivos (Aidar, Silva, Reis, Carneiro, Vianna e Novaes, 2007). Assim, os domínios cognitivo, comunicativo, sensorial, perceptivo e comportamental podem encontrar-se comprometidos, sobrepondo-se mesmo às questões motoras já referidas anteriormente (Bax et al., 2005; Blair e Watson, 2006; Eunson, 2012; Koritsas e Iacono, 2009; O'Shea, 2008; Rosenbaum, Paneth, Leviton, Goldstein e Bax, 2007).

Embora a classificação não seja ainda totalmente uniforme, existem fatores comuns que têm em consideração (1) o tipo de distribuição das dificuldades no movimento (e.g. hemiplegia, diplegia ou outra), (2) a forma de manifestação ao nível do tónus e movimentos (e.g. espasticidade - tónus muscular aumentado, movimentos involuntários, incorreções posturais, deformidades físicas); ataxia - tónus muscular reduzido, dificuldades de controlo cefálico, do tronco e dos membros, equilíbrio instável, lentificação dos movimentos; discinesia ou atetose - tónus variável, movimentos irregulares, lentos e contínuos; (3) o nível de comprometimento das dificuldades motoras (mínima, ligeira, moderada ou grave), (4) causas e tempo de surgimento da PC e ainda (5) a existência de outros problemas associados (dificuldades ao nível intelectual, sensorial (visão e audição), perceptivo, da linguagem e da personalidade) (Bax et al., 2005; Blair e Watson, 2006; Carr e Reilly, 2007; Leite e Prado, 2004).

Todas as situações devem ser tidas em conta aquando da avaliação e estudo de caso da pessoa em questão, pois exercem uma forte influência em termos da sua funcionalidade, expectativas, participação na sociedade e qualidade de vida futuras (Blair e Watson, 2006; Eunson, 2012). É com base na observação e caracterização da pessoa que o quadro clínico da PC é definido e, conseqüentemente, determinadas quais as principais necessidades de apoio para que a pessoa seja mais funcional e independente (e.g. Tecnologias de Apoio - O'Shea, 2008).

No âmbito das intervenções de estágio, foi possível contactar e trabalhar, de forma direta, com clientes com diagnóstico de PC, apresentando uma boa capacidade funcional, tendo em conta a sua idade e contexto. Não obstante, foram observáveis dificuldades de equilíbrio, velocidade, coordenação, controlo cefálico e postural (e.g. necessidade de utilização de um capacete de proteção craniana), e ainda alterações no padrão da marcha (com elevadas necessidades de apoio). Destaca-se a importância que o meio aquático tem enquanto contexto facilitador para o desenvolvimento das capacidades e minimizador das dificuldades motoras, deste grupo populacional (aspecto aprofundado mais à frente).

Concluída esta exposição, em seguida serão abordadas as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA).

## 2.4. Perturbações do Espectro do Autismo (PEA)

Tal como tem vindo a ser referido, a literatura tem abordado cada vez mais a etiologia da DID e a coexistência de outros fenótipos neurodesenvolvimentais (manifestações neurológicas e neurocomportamentais). Se, por um lado, um número significativo dos indivíduos com DID apresenta diagnóstico de Perturbações do Espectro do Autismo (PEA), por outro, uma percentagem ainda maior com primeiro diagnóstico de PEA apresenta situações de DID associada, estando esta coocorrência comprovada pelas investigações genéticas atualmente desenvolvidas (Ellison, Rosenfeld e Shaffer, 2013), sendo este facto igualmente observável em contexto institucional, como no caso da CERCICA.

Neste sentido, considera-se pertinente uma abordagem mais detalhada sobre as PEA, relativamente à sua definição atual, critérios de diagnóstico, etiologia e principais características desta população.

### Definição

Considerado como uma perturbação global do desenvolvimento, o *autismo* diz respeito a perturbações graves e precoces ao nível do neurodesenvolvimento infantil, manifestando-se ao longo da vida e podendo ocorrer em comorbilidade com outras condições. Assim, o conceito de *espectro* espelha as alterações cognitivas, linguísticas e neurocomportamentais que podem ocorrer, com graus de intensidade e gravidade diferentes, consoante o tipo de combinações de sintomatologia, traduzindo-se em quadros clínicos variados, com necessidades de apoio distintas (Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular-DGIDC, 2008).

Assim, durante largos anos, as PEA englobaram cinco perturbações distintas: Perturbação Autística ou Autismo Clássico, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância, Perturbação Global do Desenvolvimento sem outra especificação; atualmente, de acordo com as mais recentes diretrizes do Manual de Diagnóstico de Saúde Mental – V (DSM-V), estas condições continuarão a ser incluídas nas PEA, com exceção do Síndrome de Rett, que passará a constituir um diagnóstico isolado, e do Síndrome de Asperger, que deixará de ser considerado enquanto condição clínica (APA, 2013).

De uma forma mais específica, os presentes critérios de classificação das PEA têm em consideração cinco pontos essenciais, devendo estes dados ser obtidos por observação ou por anamnese, potenciando consideravelmente a estabilidade do diagnóstico (APA, 2013):

(A) Dificuldades consistentes na comunicação social e na interação social, em todos os contextos (défice na reciprocidade socioemocional; défice nos comportamentos de comunicação não-verbal utilizados para a interação social; défice no desenvolvimento, manutenção e compreensão de relações sociais);

(B) Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses, ou atividades, manifestados por, pelo menos, duas das seguintes situações: discurso, movimentos motores ou uso de objetos de forma repetitiva ou estereotipada; aderência excessiva a rotinas, padrões ritualizados de comportamentos verbais e não-verbais, ou resistência excessiva à mudança; interesses fixos e muito restritos, que são anómalos na intensidade ou no foco; híper ou hiporreatividade ao *input* sensorial ou interesse invulgar em aspetos sensoriais do ambiente;

(C) Os sintomas devem estar presentes na primeira infância (embora possam ser evidentes apenas quando as exigências sociais excedam as capacidades do sujeito, ou, noutras situações, possam ser minimizados através da aprendizagem de estratégias ao longo da vida);

(D) Os sintomas causam alterações clínicas significativas na funcionalidade da pessoa (domínio social, ocupacional, entre outras);

(E) As dificuldades apresentadas pelo indivíduo não são explicadas de forma clara pelo diagnóstico de DID ou por Atraso Global do Desenvolvimento (uma vez que estas duas condições coocorrem frequentemente, ou seja, nos casos de PEA a comunicação social deve estar abaixo do esperado para o nível de desenvolvimento geral).

Importa então ressaltar que, uma vez que não existe um marcador biológico específico para as PEA, o seu diagnóstico é de caráter comportamental, baseado nas manifestações observadas em duas grandes áreas do desenvolvimento, tal como referido: (A) comunicação social e (B) padrões repetitivos de comportamento (rotinas, movimentos, interesses, evitamento de estímulos sensoriais). Neste sentido, uma vez que apresentam características comuns, as PEA passarão a ser consideradas de acordo com a gravidade com que essas manifestações ocorrem, traduzindo-se esta classificação em diferentes níveis de acompanhamento (*nível I* – requer acompanhamento ligeiro; *nível II* – requer acompanhamento moderado; *nível III* – requer acompanhamento intensivo), de forma distinta para a comunicação social e para os interesses restritos e comportamentos repetitivos, uma vez que esta pode ser distinta e variável em termos temporais e contextuais, espalhando de forma mais real que o autismo é um espectro e não um grupo de doenças distintas. Assim, embora esta caracterização de especificadores seja um auxílio para uma descrição sucinta da sintomatologia da pessoa em questão, importa ressaltar que a definição de um perfil de apoios para estes indivíduos deve ser feita a nível individual e com base nos próprios interesses, prioridades e objetivos da pessoa (APA, 2013).

Para além disso, relativamente ao critério (E), deverá destacar-se se a pessoa apresenta ou não alterações intelectuais, alterações na linguagem, condições médicas (e.g. epilepsia), genéticas (e.g. Síndrome de Rett, Síndrome X-Frágil, T21) ou ambientais (e.g. Síndrome Fetal-Alcoólico, Recém nascido de muito baixo peso) associadas, outras condições neurodesenvolvimentais (e.g. PHDA, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação, Perturbação Disruptiva do Comportamento, Perturbação da Conduta, Ansiedade, Depressão, Perturbação Bipolar, Tiques ou Perturbação de Gil La Tourette, Automutilação, Perturbações da Eliminação, ou Perturbações do Sono) ou, ainda, situações de catatonia (APA, 2013).

## **Etiologia**

Relativamente às causas que desencadeiam as PEA, não existe ainda um consenso, sendo portanto considerada enquanto condição de natureza multifatorial, com influência de fatores genéticos (pré e pós-natais) que, combinados de forma complexa, se refletem num quadro comportamental variado (Federação Portuguesa Autismo, 2013; Handleman e Harris, 2006 cit. in DGIDC, 2008).

Ainda que os primeiros estudos desenvolvidos tenham apontado para que o autismo fosse o resultado de interações pais-filhos e modos de educação paternal deficitários, originando na criança dificuldades de relação e diferenciação do eu, ou mesmo que o autismo seria uma consequência de uma predisposição biológica (Kanner, 1949), nos últimos anos essas asserções foram sendo postas de lado. Assim, de acordo com McDougale, Erickson, Stigler e Posey (2005), novas teorias explicativas foram sendo desenvolvidas, sobretudo ao nível da neurobiologia (dados da imagiologia cerebral, eletrofisiologia e teoria dos neurónios-espelho), da genética (estudos realizados com gémeos e com membros da mesma família), dos fatores ambientais (fatores maternos intrauterinos e eventos pós-natais que podem alterar o substrato genético - Landa, Holman e Garrett-Mayer, 2007) e da imunologia (correlação entre desregulação do sistema imunitário e comportamentos autistas – Bathia, Rajender, Malhotra, Kanwal, e

Chaudhary, 2010; Rapin e Tuchman, 2008), embora algumas destas questões etiológicas sejam ainda pouco conclusivas (McDougle et al., 2005).

### **Caracterização**

Devido a esta multiplicidade de influências casuísticas nas PEA, as manifestações de diagnóstico apresentam-se igualmente heterogêneas, podendo variar dependendo da gravidade da situação, nível de desenvolvimento e idade cronológica, daí o *espectro* ser tão alargado (APA, 2013). Os critérios essenciais para as PEA baseiam-se nos défices consistentes ao nível da *Comunicação e Interação social* (Critério A) e nos *Padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses, ou atividades* (Critério B); sintomas presentes desde a primeira infância e que limitam o funcionamento quotidiano, a nível social, ocupacional ou outro (Critérios C e D) (APA, 2013).

De uma forma mais específica, estas alterações ao nível da *comunicação social*, manifestam-se ao nível verbal e não-verbal, dependendo das características do indivíduo em questão e do perfil de apoios que este possui. Assim, em termos de linguagem, as dificuldades observavam-se ao nível recetivo (dificuldades de compreensão) e expressivo (“atrasos” da linguagem; discurso unilateral ou ecológico; linguagem formal e estritamente literal), sobretudo em situações de comunicação social recíproca. Para além disso, verificam-se igualmente alterações ao nível da reciprocidade socioemocional (interação com o outro, expressão de pensamentos e sentimentos), assim como dificuldades na imitação de comportamentos, desde a infância (APA, 2013).

Em termos de comunicação não-verbal, as dificuldades são observadas, desde as idades mais precoces, através da ausência, redução ou atipicidade do contacto ocular (dificuldades em seguir, com o olhar, um objeto em movimento; olhar fixamente), dos gestos funcionais (fraco reportório e défice na utilização de gestos sociais nos momentos de interação; dificuldades em apontar, mostrar, trazer objetos), das expressões faciais, dificuldades na adequação da postura corporal e da orientação do corpo no espaço (APA, 2013).

No domínio relacional, as dificuldades situam-se no seu desenvolvimento, manutenção e compreensão, tendo sempre como ponto de comparação o esperado para os pares da mesma idade, género e cultura. Assim, o interesse social pode estar ausente, reduzido ou atípico, manifestando-se através de comportamentos de rejeição, passividade ou aproximações desadequadas (agressivas ou disruptivas). Estas manifestações são sobretudo visíveis em crianças mais pequenas (défices ao nível das brincadeiras sociais de partilha e imaginação - e.g. jogo simbólico), mais tarde, através das brincadeiras pouco flexíveis, com regras fixas (comum a preferência por atividades individuais ou que envolvam pessoas que não se enquadrem na faixa etária do sujeito em questão) e, já na idade adulta, em termos de adequação dos comportamentos e linguagem a diferentes situações e contextos (APA, 2013).

Por sua vez, no que concerne os *Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades* observáveis nas PEA, incluem-se todos os comportamentos repetitivos e estereotipados, como as estereotipias motoras simples (e.g. *flapping*, estalar dos dedos), o uso repetitivo de objetos (e.g. rodar moedas e alinhamento de brinquedos) ou o discurso repetitivo (e.g. ecolálias, repetição imediata de palavras ouvidas; uso da segunda pessoa do singular para se referir a si mesmo; uso estereotipado de palavras, frases ou padrões prosódicos). Para além disso, são aqui consideradas as situações de rotinas excessivas e padrões restritos de comportamento verbal e não-verbal, manifestando-se através de comportamentos de resistência à mudança dessas mesmas rotinas (rigidez cognitiva) (APA, 2013).

Neste sentido, surgem ainda as situações de interesses fixos e restritos, com graus de intensidade atípicos, que na literatura aparecem comumente associados à hiper ou hiporreatividade ao *input* sensorial (APA, 2013). De acordo com Attwood (2010), nos

indivíduos com PEA são frequentes as alterações ao nível da sensibilidade auditiva, tátil, visual, gustativa, olfativa e ainda alterações do sentido do equilíbrio e do movimento, da perceção de dor e de temperatura, traduzindo-se, então, num processamento sensorial invulgar.

Em termos motores, e no contexto da prática destacam-se as dificuldades de controlo da motricidade fina e global, dificuldade na realização de sequências motoras complexas (e.g. por imitação), movimentos oculares atípicos e dificuldade na aprendizagem motora (Esposito e Pasca, 2013).

Assim, os sinais de disfunção motora nas PEA começam a surgir desde idades precoces, facto observável através dos comportamentos das crianças, analisados de acordo com os marcos esperados para os seus pares, e manifestando-se através de alteações no tónus, respostas reflexas atípicas, assimetrias motoras, atrasos na aquisição da marcha ou padrões de marcha alterados (Esposito e Pasca, 2013). Em idades posteriores (pré-escolar e escolar), o comportamento motor da criança com PEA revela-se igualmente distinto do dos seus pares sem qualquer diagnóstico; assim, as investigações apresentam-nos situações de dificuldades na coordenação de membros superiores (tarefas de destreza manual e de coordenação óculo-manual) e de membros inferiores (atividades que envolvam habilidades de equilíbrio, agilidade e velocidade) (Borremans, Rintala e McCubbin, 2009; Ghaziuddin e Butler, 1998; Green et al., 2002; Miyahara et al., 1997). De acordo com um estudo realizado por Brás, Correia e Silva (2009), estas informações foram corroboradas, acrescentando ainda que as aquisições motoras da criança com PEA parece não seguir a mesma ordem de desenvolvimento daquela que a criança com desenvolvimento considerado típico apresenta.

A utilização de movimentos funcionais e coordenados e a interação social são duas competências inseparáveis para que o domínio social seja desenvolvido, daí que a vertente de associação entre motricidade e competências sociais tenha, vindo a ser alvo da investigação mais recente nesta área (Bhat, Landa e Galloway, 2011). Neste sentido, Piek, Bradbury, Elsley e Tate (2008) apresentam a relação direta entre dificuldades de coordenação motora e fraca interação social, através de investigações realizadas com crianças em idade pré-escolar com diagnóstico de PEA. Assim sendo, de acordo com Bhat et al., (2011), potenciar uma melhoria do desempenho motor promove, por sua vez, o posterior desenvolvimento motor, bem como as habilidades de comunicação e socialização das crianças com PEA. É neste sentido que se perspetiva que as alterações da motricidade poderão ser um indicador precoce de PEA, uma vez estas serem aspetos independentes do desenvolvimento social ou linguístico (Bhat et al., 2011; Esposito e Pasca, 2013).

No que concerne às comorbilidades com a DID, esta relação tem-se revelado considerável; não obstante, a sua variabilidade em termos de incidência é igualmente grande, não sendo possível caracterizar o perfil cognitivo deste grupo de forma homogénea, sendo necessário o estudo de cada caso através de instrumentos padronizados de diagnóstico, dados anamnésicos, observações clínicas e reais nos vários contextos da vida da pessoa (Lima, Torgal e Gouveia, 2012).

Em relação aos clientes no grupo de intervenção do estágio, foi possível realizar um paralelismo entre as informações aqui apresentadas e os seus perfis de desempenho, funcionalidade, capacidade adaptativa e, conseqüentemente, de necessidades de apoio, revelando-se bastante heterogéneos. No entanto, as dificuldades nas duas grandes áreas do desenvolvimento aqui consideradas foram claramente percetíveis.

Assim, foi possível o contacto com indivíduos de diferentes faixas etárias, cujas necessidade de apoio são, sobretudo, de carácter de acompanhamento intensivo, com dificuldades graves nas competências da comunicação verbal (número de palavras reduzido; discurso inteligível; ecolália diferida; utilização de sistemas de comunicação

umentativa) e não-verbal (evitamento do contacto ocular), dificuldades na iniciação da interação social (apenas esporadicamente) e respostas sociais mínimas; apresentam comportamentos repetitivos e rotinas fixas, reagindo com comportamentos disruptivos de ansiedade à alteração destas (observáveis situações de autoagressão, vocalizações constantes, estereotípias rítmicas ao nível das mãos, ecolálias imediatas e diferidas); a maioria das situações apresenta comorbilidade com DID. Para além disso, foi possível perceber questões de hipersensibilidade tátil e sonora (e.g. colocar mãos para tapar os ouvidos), assim como dificuldades, na maioria dos casos, em permanecer na tarefa ou cumprir instruções verbais (e.g. gestos e movimentos constantes e impulsivos de oposição). Importa ainda destacar que, relativamente ao domínio motor, embora alguns clientes apresentem dificuldades em termos de coordenação e agilidade motora, assim como alterações no padrão da marcha, outros têm esta área como um dos seus pontos fortes, participando em atividades físicas que, conseqüentemente, proporcionam o seu desenvolvimento psicomotor.

Por fim, apresentadas, de forma breve, as PEA, será abordada uma das questões que atualmente tem vindo a ser discutida nesta área de investigação, em termos de comorbilidade e duplo diagnóstico: a DID e a Doença Mental.

## **2.5. Doença Mental**

Tal como já referido anteriormente, não existe consenso relativamente à prevalência de perturbações ao nível da saúde mental (psiquiátricas e comportamentais) na população com DID (10 a 50% dos casos e 5 a 60% dos casos, respetivamente) (Salvador e Novell, 2002 cit. in Salvador-Carulla e Novel, 2003), contribuindo para esta variabilidade as questões metodológicas dos estudos realizados, desde o sistema de diagnóstico e classificação da DID, a representatividade da amostra, ou o uso de instrumentos de avaliação standardizados (Deb et al., 2001 cit. in Salvador-Carulla e Novel, 2003).

### **Definição**

A doença mental é uma condição caracterizada por problemas clínicos significativos no domínio cognitivo, da regulação emocional ou comportamental, refletindo-se numa desordem em termos dos processos psicológicos, biológicos, emocionais e comportamentais, afetando a capacidade funcional de trabalho e desempenho de outras tarefas da vida diária da pessoa, assim como em termos da capacidade relacional (APA, 2013; Kitchener, Jorm, Kelly, Pappas e Frize, 2010).

A doença mental manifesta-se através de diferentes tipos, desde os mais comuns como a depressão e as perturbações da ansiedade, até às menos comuns (e.g. esquizofrenia, perturbação bipolar). No entanto, importa destacar que a doença mental, em comorbilidade com outra condição, como é o caso da DID, traz uma série de implicações acrescidas em termos de funcionalidade (Kitchener et al., 2010).

### **Etiologia**

Quando se fala sobre as causas da doença mental na DID, a investigação defendeu, durante um largo período, que estas deviam ser semelhantes às causas dos indivíduos com doença mental, sem diagnóstico de DID; não obstante, as novas pesquisas têm apontado noutra direção. É sabido que a pessoa com DID (sobretudo com necessidades de apoio intermitentes ou limitados) poderá apresentar uma situação de doença mental similar a um indivíduo adulto sem diagnóstico de DID; no entanto, uma vez que este grupo apresenta maiores dificuldades em termos cognitivos, das habilidades de comunicação, maior probabilidade para a coexistência de problemas ao nível físico e sensorial e de uma série de outras condições médicas, a doença mental, sobretudo no indivíduo com maiores necessidades de apoio,

exterioriza-se geralmente por alterações e manifestações comportamentais desajustadas (Alsina, Quillet e Carulla, 2004; Zaman, Holt e Bouras, 2007).

É neste sentido que a manifestação clínica da doença mental na DID, a sua gravidade e a forma como esta afeta a funcionalidade da pessoa não podem ser vistas de uma forma unicausal, antes, devem ser encaradas como o resultado de uma interação entre uma série de fatores e mecanismos que determinam a capacidade adaptativa e a qualidade de vida do indivíduo (Alsina et al., 2004).

Assim, várias têm sido as causas apontadas para esta elevada comorbilidade da doença mental em sujeitos com DID, tendo surgido na literatura três fatores-chave que interagem entre si e determinam a adaptação psicossocial da pessoa (Alsina et al., 2004; Kitchener et al., 2010): (1) fatores biológicos (alterações das funções cerebrais – e.g. alterações estruturais do lóbulo frontal podem levar a comportamentos de apatia, isolamento e desinibição; fenótipos comportamentais característicos dos diferentes síndromes; epilepsia; problemas endócrinos e metabólicos; dificuldades físicas/sensoriais; efeitos colaterais da toma de medicação); (2) fatores psicológicos (dificuldades intelectuais e de memória; problemas de aprendizagem; dificuldades na significação das situações e pensamento abstrato; falta de iniciativa; baixa autoestima; baixa tolerância à frustração; estratégias de resolução de problemas e mecanismos de defesa inadequados; défice na capacidade de resolução de problemas; dificuldades no desenvolvimento de relações sociais (défice de competências pessoais e sociais)); (3) fatores ambientais/socioculturais (problemas relacionais; situações de superproteção, expectativas inapropriadas ou rejeição; situações de abuso psicológico e sexual; *burnout* dos cuidadores; utilização de diferentes respostas e formas de resolução de problemas por cuidadores distintos; acontecimentos da vida da pessoa – e.g. mudanças, perdas, doenças; dificuldades no acesso aos serviços da comunidade; dificuldades de integração sociolaboral; vítima de discriminação ou estigmas pela sociedade).

### **Caraterização**

De acordo com as investigações levadas a cabo nos últimos anos, as crianças e jovens adolescentes com DID apresentam uma maior probabilidade de desenvolver perturbações psiquiátricas, comparativamente aos seus pares com desenvolvimento típico (Emerson, 2003; Fletcher, Loschen, Stavrakaki e First, 2007; Harris, 2010). De igual modo, Määttä et al. (2006) apresentam as crianças com T21 como um grupo de risco mais elevado para o desenvolvimento de psicopatologias (condutas disruptivas, perturbações de ansiedade, comportamentos repetitivos), bem como ao longo de todo o seu desenvolvimento (e.g. depressão e doença de Alzheimer).

Cada vez mais os autores se têm vindo a questionar sobre esta aparente relação direta entre as alterações emocionais e de conduta, enquanto consequência de um diagnóstico de DID; e, para além disso, sobre o facto de um diagnóstico desta condição pressupor, invariavelmente, a presença de uma doença mental. Perante tais questões, Luckasson et al. (2002) assumem que esta aparente linearidade não existe. Fletcher et al. (2007) corroboram esta ideia, ao afirmarem que, embora a sua coocorrência seja real, não existe, por um lado, um diagnóstico psiquiátrico apropriado e, por outro, o diagnóstico de DID poderá, desde muito cedo, se sobrepor ao diagnóstico das perturbações psiquiátricas associadas, acabando por nunca serem identificadas, logo tem-se verificado um número considerável de casos ocultos em termos de prevalência da doença mental na DID, uma vez que na maioria das ocasiões estes problemas se demonstram e são interpretados enquanto comportamentos desafiantes (Alsina et al., 2004).

Relativamente à prática de estágio, esta foi uma das questões perceptíveis durante todo o contacto com a população com DID, sobretudo, através da observação de comportamentos impulsivos, agressivos, depressivos e de desregulação emocional.

Deste modo, considera-se importante esclarecer, ainda que sucintamente, as principais características desta relação, sempre numa abordagem de paralelismo com a DID.

Assim sendo, de uma forma geral, a doença mental manifesta-se, sobretudo por dificuldades na capacidade de resolução de problemas e gestão de conflitos, tanto em situações do quotidiano da pessoa, como noutras mais limitantes, tendo consequências em termos da funcionalidade e qualidade de vida (Kitchener et al., 2010). De uma forma mais específica, Fraser et al. (1986 cit. in Linna et al., 1999) apontam como principais dimensões do comportamento disruptivo da pessoa com duplo diagnóstico a conduta agressiva, comportamentos de autoagressão, perturbações de humor, distanciamento, comportamento antissocial e maneirismos idiossincráticos.

Uma vez todo este possível quadro clínico, a doença mental necessita de uma intervenção, de acordo com o caso em questão, desde a prevenção, passando pela intervenção atempada/precoce, até ao tratamento em si mesmo, em situações onde a necessidade de um planeamento de sistema de apoios é essencial. Assim, é neste último cenário que a população com DID se insere, no qual os cuidados médicos, farmacológicos e terapias estão incluídas (Kitchener et al., 2010; Linna et al., 1999).

Importa ainda destacar que, em termos de intervenção e tratamento, a população com DID se encontra entre as mais medicadas na nossa sociedade, sendo igualmente frequente o uso de fármacos específicos para condições de doença mental, sobretudo antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, antiepiléticos, estabilizadores do humor, psicoestimulantes, antagonistas opiáceos (Alsina et al., 2004; Zaman et al., 2007).

Existem mesmo evidências específicas em relação ao impacto de determinados fármacos nas alterações do comportamento da pessoa com DID (e.g. opiáceo antagonista *naltrexone* com resultados favoráveis na redução dos comportamentos de autoagressão - Symons et al. 2004 cit. in Allen et al., 2012), não obstante, existe ainda uma certa ausência de dados sobre a eficácia da intervenção psicofarmacológica ao nível da saúde mental deste grupo tal como Allen et al. (2012) apontam, destacando variados estudos (Matson e Shoemaker, 2009).

Neste sentido, o impacto da farmacoterapia é um fator crucial a ter em consideração na gestão das psicopatologias na DID, uma vez que, se por um lado, a medicação tem um papel claramente importante nesta intervenção, por outro, os efeitos secundários do tipo comportamental que esta intervenção poderá ter nestes indivíduos é outro dos fatores a ter em consideração (Matson e Shoemaker, 2009). Para isso, muitas têm sido as investigações realizadas no sentido de encontrar linhas orientadoras para uma utilização mais adequada e de acordo com o caso em questão, tendo sempre em consideração os possíveis fatores desencadeadores, tanto imediatos como remotos, que podem potenciar ou agravar as manifestações da doença mental (e.g. momentos de transição, perdas ou rejeições pessoais, problemas no suporte social, condições de doença ou dificuldades associadas, situações de estigmatização por problemas intelectuais e desenvolvimentais, acontecimentos de frustração) (Alsina et al., 2004), assim como fazer um planeamento dirigido não apenas para os sintomas, mas também para a promoção de um nível de qualidade de vida considerável (Rusch e Allen 2000 cit. in Allen et al., 2012).

Concluída a apresentação e caracterização da população alvo desta intervenção, no tópico seguinte será abordada a intervenção psicomotora em si, enquanto apoio à população com dificuldade, sendo abordados os seus contextos de ação, numa dinâmica de fundamentação teórica que alicerce esta prática.

### 3. A Intervenção Psicomotora e Contextos

De acordo com Fonseca (2005, p. 25), a Psicomotricidade é entendida como “o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistêmicas, entre o psiquismo e a motricidade”. Assim, o Ser Humano é percebido através do seu corpo em movimento, baseada numa visão holística da pessoa, onde as funções cognitivas, motoras, simbólicas, psicolinguísticas e socioemocionais se influenciam reciprocamente, sendo o indivíduo entendido na sua globalidade como um ser único, total e em constante evolução (Associação Portuguesa de Psicomotricidade–APP, 2012), nas suas vertentes cognitiva, afetiva, neuromotora, simbólica, real, verbal e não-verbal (Boscaini, 2004).

Todas estas relações são expressas pelo e através do corpo, enquanto espaço de sensações e aquisições orgânicas, cognitivas e afetivas, centro de qualidade relacional e de mediação, visando a fluidez eutónica, a segurança gravitacional, a estruturação somatognósica e a organização praxica da pessoa (Martins, 2001), onde o movimento é encarado enquanto elemento que elabora o pensamento.

Neste sentido, a intervenção psicomotora assume-se como terapia de mediação corporal e expressiva, cuja missão visa estudar e potenciar a expressão motora desadequada ou desadaptada, nos diferentes contextos da vida da pessoa, estando estas dificuldades, na maioria dos casos, inerentes a problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de aprendizagem, de comportamento ou a problemas de âmbito psicoafetivo. A intervenção psicomotora objetiva a promoção da capacidade de ser e agir consigo próprio, com o outro e com os objetos, num contexto biopsicossocial, a nível *preventivo* (promoção e estimulação do desenvolvimento), *educativo* (promoção e estimulação do desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem) e *reeducativo ou terapêutico* (voltado para uma intervenção nos problemas do desenvolvimento, da aprendizagem e emocionais) (APP, 2012; Fonseca, 2006).

Esta surge, portanto, com um recurso possível de ser utilizado nas diferentes fases da vida da pessoa, desde a infância, até à faixa etária dos seniores, passando pela adolescência e idade adulta (Martins, 2001). Em cada um destes níveis, a intervenção psicomotora pode ser concretizada através de técnicas específicas (e.g. relaxação terapêutica; consciencialização corporal; educação gestual e postural; terapias expressivas, neuromotoras ou do movimento; atividades lúdicas), tanto em contexto educativo, hospitalar, da justiça ou de estruturas de reabilitação. O caso da CERCICA insere-se exatamente neste último âmbito, ao ser uma Instituição do tipo IPSS, nas quais a profissão de psicomotricista já se encontra atualmente regulamentada (APP, 2012).

#### 3.1. A Intervenção Psicomotora na DID

De uma forma mais específica, e realizando um paralelismo com a população-alvo da presente prática de estágio, a intervenção psicomotora é uma prática interventiva essencial na população com DID, ao ter como ponto central o movimento consciente e pensado, sendo que, através deste, da ação, da experimentação, do investimento corporal, é privilegiada a experiência concreta, podendo, posteriormente, ser atingido o plano do abstrato e do simbólico (Valente, Santos e Morato, 2011). Deste modo, o indivíduo com dificuldades psicomotoras, de incidência corporal (e.g. dispraxias, instabilidade postural, perturbações do esquema corporal), relacional (e.g. agressividade, instabilidade, dificuldades de concentração) ou cognitiva (e.g. défices de atenção e memória), tem a oportunidade de se organizar, de (re)encontrar um equilíbrio para as suas ações e reações, atitudes, posturas e relações (Boscaini, 2004; Martins, 2001).

Esta intervenção potencia, assim, o desenvolvimento dos sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia fina e praxia global) e, paralelamente, da capacidade atencional (essencial para a memorização), da consciência do “eu”, das capacidades comunicativas, relacionais e de ajustamento ao meio e, ainda, da criatividade, para que, concomitantemente, seja maximizada a capacidade da Pessoa ser, agir, estar, participar e se adaptar aos vários contextos da sua vida (Fonseca, 2007; Martins, 2001).

Para Fonseca (2007), seguindo esta lógica de influência recíproca, no caso da existência de dificuldades psicomotoras na infância, estas terão consequências nos vários domínios da vida da criança, desde os aspetos mais básicos, até às questões mais complexas, como a plasticidade/flexibilidade no planeamento motor e, portanto, no movimento intencional, comprometendo, conseqüentemente, a capacidade de se (re)ajustar a diferentes situações contextuais, devido a um défice na generalização dos padrões motores. Daí que uma intervenção atempada, na sua vertente reeducativa e terapêutica, terá resultados positivos em termos desenvolvimentais, refletindo a necessidade de prestação dos apoios necessários que tem vindo a ser referida até então, para minimizar as dificuldades e potenciar a capacidade adaptativa e funcional (Valente et al., 2011).

Neste âmbito das crianças e adolescentes com dificuldades, mais especificamente com DID, a intervenção psicomotora desenvolve-se segundo a vertente *reeducativa e terapêutica*, uma vez o comprometimento existente na dinâmica desenvolvimento-aprendizagem destes indivíduos, trazendo uma série de consequências em termos de problemas psicoafetivos, de base relacional. Este é um trabalho que se baseia, sobretudo, em propostas de caráter motor, sempre acompanhadas pelas componentes comunicativas verbal e não-verbal, de modo a que vivenciem de forma harmoniosa todas as potencialidades do seu corpo, numa relação constante consigo mesmo, com o outro e com o meio, maximizando o seu desenvolvimento global. Trabalha-se no sentido da estimulação global das vias sensoriais e perceptivas (visual, auditiva, tátil, vestibular e cinestésica) para que, assim, a capacidade de processamento da informação seja potenciada e, conseqüentemente, a resposta seja adaptada, promovendo, assim, toda a capacidade de aprendizagem, funcionalidade, adaptação e qualidade de vida (APP, 2012).

Em termos de prática de estágio, tal como já referido, a CerMov, embora inserida numa cooperativa com as características da CERCICA, procura dar estas respostas desde as mais tenras idades (ver informação *Capítulo II - Prática de Estágio Curricular*), altura em que as primeiras necessidades de apoio começam a surgir, no sentido da estimulação, da prevenção e da minimização de todas as dificuldades e, sobretudo, da maximização do potencial psicomotor dos seus clientes, com vista a repercussões positivas, tanto a curto, como a longo prazo.

Os indivíduos com DID vêm-se confrontados com uma série de dificuldades no seu dia-a-dia, em termos de funcionalidade, capacidade de adaptação e utilização de estratégias que lhes permitam ultrapassar esses obstáculos, pelo que a intervenção psicomotora surge como um apoio essencial, cabendo-lhe, portanto, o papel de identificar e compensar as condutas desadaptativas e de estimular as competências de autonomia e autodeterminação para a participação ativa na comunidade. Assim, através de uma intervenção no e pelo corpo, a pessoa vai ser igualmente capaz de explorar as suas funções tonicoafetivas e cognitivas, através das experiências concretas e reais que lhes permitirão reconhecer em si o seu espaço, o tempo, a comunicação, os afetos e a relação com o outro, auxiliando, portanto, esta construção de um ser mais funcional (Novais, 2004).

Neste sentido, se, por um lado, na intervenção as características individuais da pessoa constituem o ponto central, por outro lado, este trabalho não poderia ser realizado sem

se enfatizar também o papel que o contexto desempenha na sua vida, tal como referido anteriormente, aquando da abordagem da DID na atualidade. Ou seja, à Psicomotricidade, enquanto intervenção reeducativa e terapêutica, importa que esta visão sistémica constitua a sua base, ao ter em consideração a forma como a pessoa se adapta às exigências e parâmetros sociais em vigor, bem como a forma como o contexto se adapta à diversidade, no sentido da organização dos seus recursos para a prestação dos apoios necessários (Mckenzie, 2013; Santos, 2003).

Para isso, a família e os serviços têm um papel fundamental em termos da criação de condições para a sua participação ativa. A CERCICA-CerMov é um exemplo desta rede de apoios que se estrutura de forma a caminhar no sentido da maximização do potencial adaptativo, nos diferentes contextos em que a pessoa se insere, numa interação entre as componentes física, psicológica, emocional e social, tornando-a mais funcional, autónoma, participativa e, conseqüentemente, aumentando a sua qualidade de vida. Aqui, cada caso é encarado como único e específico, com capacidades possíveis de serem potencializadas, sempre com vista à maximização da sua identidade, de forma a promover a sua autoestima e, paralelamente, as suas respostas motoras e capacidade de interação, capacitando o indivíduo para a resolução de problemas através de estratégias mais ajustadas (APP, 2012). O ponto de partida desta intervenção é a pessoa, nas múltiplas vertentes da sua vida, trabalhando-se sempre com base na sua história individual, nos acontecimentos da sua vida, em tempos e espaços específicos (Martins, 2001).

Assim, na CERCICA-CerMov, o plano de intervenção psicomotora utilizado caracteriza-se por ser individualizado e adequado às características e reais necessidades de cada um, desenvolvido numa política transdisciplinar, com um procedimento metodológico devidamente estruturado, desde a fase de observação e avaliação até à intervenção. Neste sentido, seguidamente serão apresentados, de uma forma mais específica, alguns dos principais tópicos presentes na literatura que sustentam estas diferentes fases da intervenção psicomotora.

### **3.2. A Importância da Observação e Avaliação no Processo de Intervenção Psicomotora**

Em qualquer processo interventivo, a fase da avaliação inicial do caso em estudo é essencial. Para além do conhecimento mais aprofundado do avaliado e da identificação de um perfil ou diagnóstico, a avaliação permite estabelecer os objetivos relativos aos domínios possíveis de serem otimizados nesse mesmo indivíduo, tendo sempre em consideração a rede de serviços que este necessita para superar as suas dificuldades, priorizando os tipos de apoios a serem providenciados (Thompson et al., 2004).

Para Pitteri (2004), a avaliação constitui o ponto de partida para a construção de um programa de intervenção individual, com métodos específicos, adaptado ao caso. Assim, o foco deve estar direcionado para o tipo de apoios que cada pessoa necessita, sempre numa perspetiva de promoção da funcionalidade (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010).

Na avaliação psicomotora, o corpo em movimento é o principal veículo de expressão e, portanto, de observação do indivíduo que apresenta dificuldades nos diferentes domínios da sua vida, uma vez que é o espelho de todas as vivências anteriores (Pitteri, 2004). O ponto central da questão não se encontra direcionado para o resultado do ato motor em si mesmo, mas sim para o “como” o sujeito organiza e realiza esse mesmo ato, para que, assim, consiga atingir o seu objetivo, no “onde” e no “quando” desejados. Ou seja, num ato motor intencional, o corpo em movimento, vai ser observado e avaliado numa perspetiva muito para além da ação em si mesma (Chaix, Coraze, Lareng-Armitage, Soppelsa e Albaret, 2013), dando particular atenção

às manifestações tónicas, motoras, gnoso-práticas, de representação corporal, e ainda a todos os comportamentos de relação com o tempo e espaço, com os objetos e com o outro (Pitteri, 2004).

A avaliação psicomotora assenta, por um lado, no pressuposto de uma visão holística e global do indivíduo (características funcionais e relacionais), encarando-o como um caso único e irrepitível; por outro, esse mesmo sujeito deverá ser contextualizado no momento e contexto presentes, nos quais estas manifestações psicomotoras são observadas, salvaguardando sempre o carácter transitório (Pitteri, 2004).

Os sinais psicomotores são expressos através da relação tónica e motora, espelhando o domínio da comunicação/expressão, relação, ação e pensamento da pessoa com o mundo. Daí que seja necessário perceber a interação entre as dificuldades neuropsicológicas/neuromotoras e a possível existência de outras dificuldades, lesões, funções, acontecimentos e situações. Logo, uma avaliação psicomotora expressa o estado do sujeito com o seu Eu, com o outro, com os objetos e com o espaço onde se encontra inserido (Boscaini, 2004).

Assim, aqui são avaliadas as competências psicomotoras, através de todo o movimento, atitude e comportamento que o corpo do sujeito transmita, e como um reflexo de um conjunto de vivências e características psicoafectivas que influenciam e modulam estas manifestações. Para além disso, é avaliada a capacidade que a pessoa tem para dar uso a essas suas competências psicomotoras, perante diferentes espaços, contextos, pessoas e objetos (uma vez que só através desta conjugação de manifestações conscientes e inconscientes, espontâneas e planeadas, ativas e reativas, verbais e não verbais, é que o técnico pode avaliar as competências psicomotoras do sujeito, percebendo a sua capacidade que este tem para as utilizar e, assim, definir áreas fortes e áreas a desenvolver – Pitteri, 2004).

Cada vez mais a área do desenvolvimento psicomotor tem vindo a desempenhar um papel crucial em termos de complemento avaliativo da pessoa com dificuldades, uma vez que, a par da constante procura de rigor em termos de instrumentos utilizados, válidos e devidamente sustentados em termos de literatura baseada na prática, procura-se de igual forma estabelecer relações entre as questões neurológicas e comportamentais, incluindo, de modo igualmente importante, os fatores emocionais e contextuais (Albaret, 2009).

Os resultados não são interpretados de forma independente dos contextos do indivíduo, mas antes são integrados de forma dinâmica para que toda a informação seja relevante em termos da construção de um projeto terapêutico adaptado às particularidades do caso em questão (Albaret, 2003).

É neste sentido que se defende que uma avaliação na intervenção psicomotora se deva alicerçar, por um lado, na utilização de meios de avaliação objetivos (instrumentos de avaliação das funções psicomotoras, enquanto elo de ligação entre o mundo interno e externo da pessoa) e, por outro, subjetivos: visão integrativa entre o verbal e o não-verbal, o corpo e a palavra, o real e o simbólico, o concreto e o abstrato, o visível e o invisível (Boscaini, 2004). Assim, enquanto se avaliam as competências funcionais da pessoa (neuromotoras, sensoriomotoras, de representação corporal, organização spatiotemporal), através dos instrumentos já utilizados nesta área de intervenção, observam-se também as suas características psicoafetivas (através da relação, do investimento e motivação na ação, das atitudes). Ou seja, cabe ao psicomotricista o papel de aglutinar estes dois aspetos (através do contacto/perceção da realidade e da escuta tónica do outro), numa dupla atitude de julgamento e de escuta empática, dando uma significação contextualizada à ação ou à palavra (Boscaini, 2004), no sentido de perceber uma possível correspondência entre as competências funcionais e as atitudes observadas na vertente corporal, emocional e relacional, na interação e relação terapêutica entre sujeito e técnico (Pitteri, 2004).

Neste sentido, em termos de implementação na prática, a observação e avaliação psicomotora passa por diferentes fases, recorrendo a diversos métodos e instrumentos de avaliação, de acordo com o caso em estudo. Assim, de uma forma geral, para além da aplicação de instrumentos de avaliação dos diferentes domínios da vida do indivíduo, são igualmente essenciais a entrevista e a anamnese (aspectos referidos pela família, escola, instituição) e, ainda, todo o processo de observação realizado em contexto de sessão, considerando todos os sinais verbais e não-verbais, que permitirão um conhecimento mais aprofundado do desenvolvimento global e processo de maturação do sujeito e das suas dificuldades, do seu contexto familiar, sociocultural e socioafetivo, contribuindo para um processo avaliativo mais completo (Chaix et al., 2013; Pitteri, 2004).

A avaliação das necessidades de apoio deve ser, então, abrangente e multifatorial, tendo em consideração características relativas à cultura, etnia, língua, contexto socioeconómico, família, entre outras. Avaliar permite-nos definir prioridades quanto às necessidades de apoio, de acordo com as preferências da pessoa e, paralelamente, das expectativas da família (que constituem também agentes de decisão) (Thompson et al., 2002; Thompson et al., 2004).

Em suma, a avaliação psicomotora contribui para que a abordagem feita à pessoa e às suas dificuldades seja realizada de uma forma mais consciente e efetiva, caminhando para um acompanhamento mais adequado e adaptado às suas reais necessidades, sempre no sentido dos apoios e da potencialização da sua capacidade adaptativa (Chaix et al., 2013).

Assim sendo, posteriormente serão abordados, de uma forma mais específica, os diferentes fundamentos teóricos em que estes apoios se podem sustentar e os âmbitos nos quais a intervenção psicomotora na DID pode ser desenvolvida, e em relação aos quais este estágio curricular na CERCICA-CerMov se baseou.

### **3.3. Âmbitos e Contextos da Intervenção Psicomotora na DID**

No sentido de melhor compreender o tipo de intervenção psicomotora realizada no âmbito deste estágio curricular na CerMov, serão abordados diferentes “meios”, onde a intervenção decorreu.

#### **3.3.1. O Meio Aquático**

O meio aquático, devido às suas propriedades físicas e à própria temperatura da água, é apontado como um ambiente promotor de sensações de prazer e bem-estar físico, emocional e social, sendo facilitador para a realização de movimentos, comparativamente ao meio terrestre (Candeloro e Caromano, 2007; Filho, 2003; Varela, Duarte, Serena, Dias e Pereira, 2000). Este surge, então, como um espaço onde a participação em novas situações de aprendizagem, de contacto corporal e de comunicação é potenciada (Varela et al., 2000), enquanto ambiente relacional por excelência, no qual, através do jogo, se possibilitam várias explorações psicomotoras estruturantes, assim como se constrói, um conhecimento corporal sustentado (Martins, 2010).

Ao nível da literatura, a intervenção terapêutica em meio aquático é uma das práticas que mais se destaca em relação à população com dificuldades, enquanto promotora do desenvolvimento global da pessoa (Varela et al., 2000). Recorrendo aos efeitos físicos, fisiológicos e cinesiológicos que advêm da imersão do corpo, trabalha-se no sentido da prevenção, reabilitação ou manutenção das capacidades funcionais do indivíduo, em diferentes faixas etárias (Candeloro e Caromano, 2007), tendo já sido apresentadas provas dos seus efeitos terapêuticos, sobretudo ao nível psicomotor, cognitivo, sensorial, psicológico e relacional (Biasoli e Machado, 2006).

A intervenção psicomotora em meio aquático objetiva, assim, uma atuação holística, ao focar e trabalhar aspetos fisiológicos, psicomotores, psicológicos e sociais. As sessões de intervenção psicomotora aqui desenvolvidas promovem um ambiente de envolvimento afetivoemocional, pelo toque corpo a corpo, permitindo o desenvolvimento de uma relação de segurança emocional, através de um processo crescente de familiarização, adaptação e confiança da pessoa consigo mesma, com o meio, com os objetos e com o outro (Iorio, 2004).

Assim, a intervenção em meio aquático é referida como uma das principais práticas a desenvolver na área da Psicomotricidade, devido aos seus resultados positivos em termos das funções (Biasoli e Machado, 2006; Candeloro e Caromano, 2007; Filho, 2003; Martins 2001; Martins, 2010; Matias, 2005):

- fisiológicas (controlo respiratório);
- psicomotoras (tonicidade - diminuição do tónus muscular, devido à temperatura da água, e.g. em situações de espasticidade e rigidez muscular; equilíbrio - promoção de experiências ao nível de sensações labirínticas, oculares e do tónus de manutenção; maximização da capacidade de reajustamento corporal; lateralização - estimulação propriocetiva e exteroceptiva; noção do corpo - consciencialização do corpo e de si, através das várias posições dos segmentos corporais; estruturação espaço-temporal - desenvolvimento de noções e relações espaciais; praxia global e fina - maximização da coordenação motora, agilidade e precisão);
- cognitivas (promoção da exploração ativa; estimulação da superação de obstáculos; estimulação da capacidade de concentração, através de diversas experiências que não são possíveis no meio terrestre; promoção da capacidade de atenção e, conseqüentemente, potencialização das capacidades de memória);
- emocionais, sociais e comunicativas (promoção da consciência de si e das suas capacidades; aumento da autoestima e autoconfiança; promoção da regulação dos níveis de stress e de diferentes emoções; promoção da capacidade de socialização, comunicação e da capacidade adaptativa).

Em cada uma das novas experiências que o meio aquático promove, o corpo recebe constantemente uma série de informações táteis, visuais, auditivas e cinestésicas, enquanto *inputs* sensoriais que, passando pela fase de processamento, darão origem a *outputs* motores em forma de respostas, ou seja, o meio aquático proporciona um feedback sensorial imediato, recrutando uma série de capacidades psicomotoras. Assim, para Martins (2001), o desenvolvimento de uma intervenção neste meio deve então estruturar-se de forma progressiva, no sentido da autonomia corporal e, concomitantemente, psíquica, estimulando o seu próprio processo de maturação.

Posto isto, para além do meio aquático, existem outros aspetos igualmente importantes que fundamentam a prática psicomotora nos diferentes âmbitos em que pode ser desenvolvida. De seguida será abordada a regulação tónica e de alerta, como base essencial do desenvolvimento psicomotor, tanto em meio aquático, como em meio terrestre.

### **3.3.2. A Regulação Tónica e de Alerta**

As questões relacionadas com a organização psicomotora da pessoa, em termos de regulação tónica, controlo respiratório e funções da atenção abordadas neste tópico surgem como um dos aspetos relevantes enquanto base da intervenção transversal a qualquer dos contextos trabalhados no estágio curricular. Desta forma, considera-se importante referir alguns dos fundamentos teóricos relacionados com esta vertente da intervenção, no sentido de sustentar a sua aplicação à população com dificuldade.

A regulação tónica e as funções de alerta e vigília/atenção (*primeira unidade funcional de Luria*) são essenciais, constituindo a base de qualquer intervenção psicomotora (Fonseca, 2007).

Assim, falar em intervenção psicomotora e não refletir acerca da função tónica é uma tarefa complicada, uma vez esta ser uma componente individual do Ser Humano, ao estar associada às vivências de cada um, refletindo a interrelação recíproca entre motricidade e psiquismo, e interferindo na relação entre a pessoa e o meio, quer na esfera motora, cognitiva, emotiva ou afetiva (Fonseca, 2006).

De acordo com Vayer (1992), a possibilidade de ação e de comunicação com o mundo, depende da harmonia entre a “função tónica e a motilidade” (p.85), ou seja, é necessário que a pessoa se encontre em equilíbrio psicotónico para que a sua atenção sobre o mundo seja mais eficaz e, conseqüentemente, o seu comportamento seja o mais adaptado possível (Vayer, 1992).

O estado tónico reflete, assim, uma ligação entre periferia e centros nervosos: receção e integração dos estímulos intra e extracorporais, unificação e integração nos centros responsáveis pela elaboração, controlo e execução do movimento. A função tónica é, então, essencial em termos de vigilância (atenção), constituindo a base da aquisição da postura e a posterior disponibilidade e capacidade de planeamento da atividade intencional organizada (Fonseca, 2006, 2007).

Tal como já referido anteriormente, as alterações tónicas, tão observadas na população com DID, têm conseqüências em termos da sua capacidade de iniciativa e planeamento motor (Fonseca, 2006), repercutindo-se em termos da gestão neurofuncional da postura, da ação e do gesto. Ou seja, quando a ação não é antecedida de um processo de mobilização e modulação tónica, esta não será concretizada de forma adaptada, nem de acordo com um determinado objetivo (Fonseca, 2013).

Assim, se o desenvolvimento da capacidade de regulação tónica, de modulação a diferentes situações e, portanto, da capacidade adaptativa, pode ser potenciado através da vivência real de múltiplas novas experiências motoras e interativas devidamente estruturadas e com significado, a intervenção psicomotora surge como um apoio essencial a prestar à população alvo aqui em estudo (Fonseca, 2006).

Na literatura existem já alguns dados que demonstram o efeito positivo que a relaxação tem nas pessoas com dificuldades de desenvolvimento, sobretudo em termos comportamentais (Chan et al., 2010). Relativamente à pessoa com DID, existe informação dos seus benefícios em termos fisiológicos (diminuição do ritmo cardíaco) (Lindsay e Morrison, 1996; Yu, Lee e Woo, 2009), tonicomusculares (redução da tensão muscular), emocionais (diminuição dos níveis de ansiedade) (Yu et al., 2009), com conseqüências em termos cognitivos e de comunicação (Lindsay, Black, Broxholme, Pitcaithly e Hornsby, 2001). É então necessário que a pessoa seja capaz de utilizar o seu corpo, exprimindo este equilíbrio entre a função tónica e a ação.

A capacidade de controlo respiratório surge, assim, como outra das capacidades essenciais em termos de regulação e relação com o outro e com o mundo. É neste sentido que as atividades focadas na consciência dos próprios ritmos respiratórios se revelam essenciais enquanto capacidade que antecede o domínio da expiração voluntária (controlo respiratório) e que, conseqüentemente, contribuirá para uma maior consciência de si, promovendo a sua capacidade atencional. Esta “educação da respiração” constitui igualmente um ponto-chave nesta área de intervenção, tanto no meio terrestre, como no meio aquático, podendo ser concretizada através de dinâmicas que favoreçam a descontração (e.g. momento final da sessão de retorno à calma) ou ser associada a atividades de organização perceptiva, através da utilização de sons e de ritmos (Vayer, 1992).

Em suma, na ótica da abordagem psicomotora, o corpo e a tonicidade surgem como o centro recetivo por excelência e, ao mesmo tempo, como o principal veículo expressivo e de comunicação. Para Fonseca (2006), a função tónica está na base do diálogo corporal, sendo que este se estabelece pelo contacto corporal, ritmos e respiração. Assim, toda esta mediatização das vivências corporais deve ser levada a cabo através do toque corpo a corpo ou através da mediatização de objetos, consoante a fase de intervenção e as características individuais de cada um (Maximiano, 2004).

Ao longo da atividade de estágio estes foram fundamentos aplicados nas sessões realizadas em diferentes contextos, tal como apresentados nos exemplares de Planos de Sessão, através da adaptação de atividades e da criação do maior número de experiências positivas e potenciadoras de um desenvolvimento mais completo.

Assim sendo, na sequência deste tópico aqui abordado, se se considera que o CA se encontra dependente de uma captação e integração eficaz dos estímulos, parece importante abordar a questão da Experiência Motora enquanto promotora da experiência.

### **3.3.3. A Experiência Motora – Integração Sensorial e o Comportamento Adaptativo (CA)**

Para Fonseca (2005, p.349), percepção resulta da “captação de informação do meio exterior e do meio interior, do corpo (...)” que, posteriormente, é enviada para o cérebro através das vias aferentes, para ser organizada e dar origem a respostas o mais adaptativas possível, quer ao nível motor, emocional e social (Martins, 2011). Assim sendo, quando esta informação é corretamente captada, significa que todo o processo que ocorre entre a informação perceptiva e a informação motora se encontra ajustado. Não obstante, quando tal não acontece, verifica-se uma inadaptação e dificuldade em termos de comportamento e/ou aprendizagem, uma vez que não existe um sistema funcional neurologicamente integrado (Kagan, 1971 cit. in Fonseca, 2005).

A este processo de organização de estímulos e de planeamento de uma resposta adequada denomina-se integração sensorial (Fonseca, 2005), e procura entender o processo total através do qual a pessoa sente, percebe, memoriza, integra, age e aprende (Ayres, 1968, 1977, 1982 cit. in Fonseca, 2005), numa interligação recíproca dos sistemas propriocetivo, somatossensorial e das praxias (Martins, 2011).

Assim, se a aprendizagem pressupõe que a integração sensorial se processe de uma forma adequada, dando origem a comportamentos adaptativos, ou seja, que as relações entre corpo, mente e comportamento estejam incólumes, então, quando existe qualquer tipo de disfunção na parte inicial deste processo (inadequada integração sensorial), a aprendizagem não é bem sucedida, concretizando-se, posteriormente, em problemas de adaptação, conduzindo a um comprometimento do desenvolvimento da pessoa em questão nas várias áreas da sua vida (Fonseca, 2005).

Neste sentido, tal como já foi referido, no geral, a população com DID apresenta dificuldades claras em termos da sua capacidade adaptativa, o que significa que essas dificuldades podem estar associadas a uma disfunção da sua capacidade de integração sensorial: dificuldade psicomotora ou dispraxia, resultando na dificuldade de produção de respostas adaptativas (Fonseca, 2005). Assim, estas disfunções nos sistemas sensoriais (tato, vestibular e propriocetivo) podem manifestar-se através de situações de hiper ou hipoatividade, problemas de motricidade global e fina, dificuldades nas interações e comportamento social (e.g. impulsividade, distratibilidade), que influenciam o desenvolvimento da pessoa, tanto a nível motor, como emocional e social (Fonseca, 2005).

É neste sentido que uma intervenção direcionada para o desenvolvimento da integração sensorial se deve alicerçar em três sentidos básicos: sistema tátil (atuando como o limite entre o mundo interior e exterior, este sistema envia informações aferentes ao cérebro (e.g. dor e temperatura, através de ações como tocar, apalpar, manusear, pegar)), sistema vestibular (integrando o sentido do movimento e da gravidade, ajuda na gestão da tonicidade, da equilibração e da orientação espacial, mesmo com os olhos fechados, informando-nos sobre a posição da cabeça e sobre a posição desta em relação ao resto do corpo) e sistema propriocetivo (fornecendo informações relativas à posição e aos movimentos do corpo, provenientes dos músculos, tendões, ligamentos, cápsulas e articulações; essencial em termos de aferências sensoriais para que, à posteriori, as respostas e performances sejam o mais expressivas e adaptadas possível) (Fonseca, 2005).

A intervenção psicomotora poderá, então, estimular a capacidade para dirigir o tráfego das sensações (de forma organizada e sem erros; tem que existir uma integração neurofuncional bem sucedida, para que o cérebro produza uma ação criadora e a pessoa estabeleça, assim, uma eficaz interação com o envolvimento), fornecendo as ferramentas necessárias ao cérebro para que este estimule a sua capacidade para produzir totalidades perceptivas, gerar significações e gerar respostas adaptativas.

Este é um apoio que surge, assim, como uma mais-valia em termos preventivos, reeducativos ou terapêuticos, promovendo a estimulação sensorial, através de atividades com significado e dentro de um dado contexto, potenciando as capacidades de integração do SNC (inputs sensoriais) e, posteriormente, aumentando o potencial de aprendizagem motora e conceptual do sujeito (Fonseca, 2005).

Este é, portanto, um ciclo que está a acontecer constantemente, através do movimento, da exploração, do jogo onde se experienciam uma série de situações que serão determinantes e essenciais para todas as aprendizagens ao longo da vida, quer em termos académicos, como não académicos (e.g. comportamento social adequado) (Fonseca, 2005). De acordo com Vidigal e Guapo (2003), a experiência motora através da intervenção psicomotora poderá, entre muitos outros aspetos, constituir um fator organizador do gesto, ou seja, gestos aparentemente sem finalidade passem a ser integrados na motricidade global, para além de potenciarem a integração de uma imagem corporal fragmentada. Experiências realizadas demonstraram que, através do desenvolvimento das capacidades de aprendizagem motora, é possível aumentar o autodomínio gestual e de regulação de condutas, aumentando também a capacidade de antecipação, planeamento e estruturação da ação motora; para além disso, estas são experiências consideradas privilegiadas para o desenvolvimento da relação com o outro e, conseqüentemente, das suas competências pessoais e sociais.

Através do jogo e do lúdico promovem-se novas sensações, solicitando constantemente novas respostas, através da exposição a novas situações e experiências, o processo adaptativo à realidade é fomentado, baseando-se numa conquista física e funcional do meio e de todos os seus constituintes (Fonseca, 2005). Toda a experiência que ponha em causa as questões relacionadas com o desenvolvimento da atividade postural antigravitária e com a noção de queda, são essenciais, uma vez que a integração das várias informações propriocetivas promove a alteração do esquema corporal, potenciando a capacidade de controlo das autorrepresentações (Vidigal e Guapo, 2003). Ou seja, são estas experiências que geram sensações e que permitirão à pessoa com dificuldades aprender a lidar de uma forma progressivamente mais coordenada, flexível e intencional com o seu corpo, estando este organizado num contexto espaço-temporal. Através da experiência, procede-se a uma organização significativa da ação sensoriomotora, que começa a fazer sentido em termos de memória pessoal e que, posteriormente, passa a ser utilizada na ação intencional e de interação do indivíduo sobre e com o mundo (Fonseca, 2005).

Na CERCICA-CerMov esta é uma das vertentes mais exploradas em termos dos apoios em Psicomotricidade, tal como se encontra referido mais à frente. Através de uma multiplicidade de atividades que este serviço coloca ao dispor dos seus clientes, objetiva-se a promoção, por um lado, da experiência sensorial e percetiva real através do movimento, da prática do jogo e de modalidades desportivas adaptadas, ao mesmo tempo que é estimulada a capacidade de Ser consigo próprio, com o outro e com o mundo, no sentido de uma inclusão na sociedade e do transfer das aprendizagens para os diferentes contextos das suas vidas.

Seguindo este raciocínio, uma dessas atividades promovidas pela CerMov é a Equitação Terapêutica que merece igualmente atenção enquanto meio desta intervenção.

#### **3.3.4. Equitação Terapêutica**

A Equitação Terapêutica surge como uma abordagem privilegiada em termos de intervenção, onde o cavalo é considerado o elemento essencial de mediação entre o cliente e o técnico, numa interação que reflete a capacidade de aceitação do cavalo para com o cliente, tal como ele é, sendo este, portanto, uma base organizadora do comportamento da pessoa, enquanto elo psicoafectivo e motor de uma relação terapêutica, potenciando a relação, responsabilidade, afeto, confiança e independência (Vidigal e Guapo, 2003).

Neste sentido, a Equitação Terapêutica, embora frequentemente associada à obtenção de resultados no domínio físico, encontra-se de igual modo dirigida à pessoa com dificuldades intelectuais, desenvolvimentais e/ou motoras, visando potenciar, de igual modo, as questões psicológicas, cognitivas, sociais, comportamentais e de comunicação, ao ser uma vertente terapêutica multidisciplinar de intervenção psicológica e somática.

De uma forma geral, com uma visão holística da pessoa, a Equitação Terapêutica organiza-se num conjunto de atividades específicas e direcionadas para o indivíduo (Heine, 1997), trabalhando as questões sensoriais, em termos táteis (contacto com o corpo do cavalo, sensação de temperatura), olfativas (odor das cavalariças), auditivas (relinchar, golpe da ferradura contra o solo, som da respiração), visuais (aumento do campo visual e da sua profundidade); vestibulares (diferentes posições recrutam diferentes necessidades de adaptação postural); propriocetivas (toque e diferença de pressão); as questões ao nível do equilíbrio, sentido cinestésico, esquema corporal (consciência corporal; volteio; trabalho com figuras; trabalho com espelho); lateralidade, estruturação rítmica (ritmo respiratório, passo, trote e galope); orientação espaciotemporal (orientação no espaço da sessão; pontos de referência; orientação no tempo); auto-controlo (controlo de movimentos involuntários; correção postural; precisão do gesto); coordenação e dissociação (ação de membros inferiores, superiores e inferiores/superiores); as funções cognitivas (planeamento motor); as questões socioafetivas, em termos de relação (relação entre cavalo e pessoa); responsabilidade (comida e bebida; limpeza); respeito (ao cavalo; ao(s) técnico(s); às regras do local); colaboração e trabalho em equipa; confiança e autovalorização (confiança no cavalo; confiança no(s) técnico(s)); autocontrole emocional (disciplina pessoal, controlo das emoções, autorreflexão); o desenvolvimento geral do funcionamento biológico e fisiológico: aparelho respiratório (aumento da capacidade de resistência ao esforço e à fadiga); aparelho circulatório (estimulação de músculos que poderão estar inativos durante largos períodos de tempo); sistema muscular (contração-relaxamento; flexão- extensão; estimulação de músculos que estão inativos durante muitas horas); sistema osteoarticular (estimulação de articulações que estão inativas durante muitas horas) (Heine, 1997; Horwitz e Horwitz, 1996 cit. por Lobo, 2003).

Assim, alguns têm sido os estudos desenvolvidos com crianças e jovens diagnosticadas com DID, PEA e com problemas de comportamento. De uma forma geral, podem, então, distinguir-se três grandes áreas de observação ao nível da Equitação Terapêutica, com a população com DID: comportamental, cognitiva e socioafetiva. De acordo com um estudo realizado por Leitão (2004), com crianças diagnosticadas com PEA, verificou-se uma diminuição dos comportamentos repetitivos, das posturas desadequadas, dos comportamentos autoagressivos e de agressividade; um maior controlo dos esfíncteres; menos sinais de apatia; melhor capacidade de imitação motora; melhorias na agilidade, equilíbrio e lateralidade; adequação da velocidade dos movimentos e da força. Em termos cognitivos, uma melhor capacidade de compreensão das instruções; redução das situações de ecolalias diferidas; maior interesse e motivação pelas tarefas; menores dificuldades no estabelecimento do contacto físico e maior tolerância ao toque; maior predisposição para a exploração do meio; melhorias na coordenação das duas mãos e da coordenação óculo-manual; melhor capacidade de focar a atenção nas tarefas; maior capacidade de exploração do ambiente de forma apropriada, explorando os objetos visual e tátilmente). No que respeita às questões socioafetivas, verificou-se uma redução das situações de evitamento do contacto ocular; respostas mais adaptativas às indicações dos técnicos; mais facilidade na relação com estes, com o cavalo e com os pares; maior consciência dos feedbacks dos técnicos, contribuindo para uma maior motivação; melhorias no contacto ocular; diminuição dos comportamentos de recusa perante diferentes texturas ou superfícies; maior participação e colaboração. De uma forma global, todo o trabalho realizado potenciou uma maior consciencialização do seu próprio corpo, das suas posturas e da posição deste em relação ao espaço; para além disso, verificou-se que um programa de intervenção individual, promoveu uma maior confiança dos clientes em si mesmos, no cavalo e nos técnicos, permitindo, por outro lado, promover os seus níveis de autonomia, tanto durante as sessões, como nos outros contextos das suas vidas, refletindo uma crescente organização psicomotora nas atividades realizadas.

Para além disso, de acordo com a literatura, esta é uma abordagem terapêutica que tem vindo a ser associada à diminuição dos comportamentos estereotipados, em termos de intensidade, sendo observável uma maior capacidade de atenção perante o meio e, por conseguinte, uma maior interação com o outro (Vidigal e Guapo, 2003), trazendo efeitos positivos em termos da promoção de comportamentos mais adequados em termos do contacto tátil e de todas as questões relacionais e afetivas (Freire, 2000 cit. por Leitão, 2004).

Esta é então uma abordagem terapêutica realizada num ambiente controlado, onde a entrada sensorial se dá de uma forma progressiva, promovendo, assim, as funções neuromotoras e o processamento sensorial, sempre com vista a uma resposta adaptativa por parte da pessoa no contexto da sessão e, conseqüentemente, nos diferentes contextos da sua vida, através do desenvolvimento da capacidade de generalização, pretendendo-se, assim, que a pessoa potencie a sua capacidade adaptativa e funcional (Heine, 1997).

Em suma, a intervenção psicomotora, independentemente do âmbito em que é desenvolvida ou da tipologia das suas sessões (individuais ou em grupo), promove a comunicação, a criação, o pensamento operatório e a harmonização e potencialização motora, cognitiva e afetivo-relacional, fomentando o desenvolvimento da personalidade dos indivíduos, bem como a adequação do processamento de informação e a sua adaptação social, através da aquisição de uma série de aprendizagens e da generalização destas para os diferentes contextos da sua vida (Aucouturier, Darrault e Empinet, 1986 cit. in Martins, 2001).

Concluída esta temática, perante tal diversidade, posteriormente serão abordadas, de uma forma global e transversal aos diferentes âmbitos, as principais orientações

operacionais, metodológicas e estratégicas que, de acordo com a literatura, se revelam como as mais positivas na intervenção psicomotora na população com dificuldades.

### **3.4. Métodos e Estratégias de Organização da Intervenção Psicomotora**

Perante uma multiplicidade tão grande de casos, a intervenção psicomotora surge, imperativamente, diversificada, consoante diversos fatores (e.g. tipo de problemáticas, idades, contexto, tempo de duração do programa de intervenção), num equilíbrio entre as necessidades apresentadas, concretizado através da criação de uma relação empática e terapêutica, desenvolvida num espaço contentor e securizante, de modo a que a pessoa seja capaz de se expressar emocionalmente, enquanto se faz uso dos objetos, através de ações intencionais, nesse mesmo espaço, partindo de todas as experiências sensoriais e motoras que provocam no sujeito (Martins, 2001).

De uma forma mais específica, este é um equilíbrio que se encontra na CERCICA-CerMov, sustentada numa base relacional técnico-cliente, em constante construção. Ao longo de toda a intervenção é privilegiada a observação direta e quotidiana, através de uma avaliação inicial e de um acompanhamento constante de todo o processo de evolução; é dada particular importância ao registo das observações relativas a cada um dos clientes, em relação ao objetivo terapêutico, sendo esta uma medida positiva ao dar a possibilidade de avaliar o sucesso das estratégias utilizadas ou a necessidade da sua reestruturação. Aqui, cada um é encarado individualmente, mesmo quando integrados em grupos de trabalho, sendo o acompanhamento individualizado e adequação das estratégias aos objetivos individuais de cada um uma preocupação constante.

Neste sentido, os fundamentos da prática psicomotora desenvolvidos na instituição vão ao encontro do defendido por Schalock et al. (2010), tentando perceber o *que é que a pessoa faz?*, *como o faz?*, *para que o faz?*, *onde o faz?*, *quando o faz?*, e *com quem o faz?*, para assim ser possível realizar uma planificação mais eficaz dos apoios necessários, sempre com vista a dar as ferramentas necessárias, criar as oportunidades para potenciar respostas mais adaptadas e funcionais, aumentando a independência, melhorando as relações pessoais e otimizando as oportunidades de contribuições para a sociedade (Schalock et al., 2010).

Para dar resposta a todas estas questões, Coelho, Rodrigues, Santos e Eiró (2003) defendem a importância que a observação informal (e a anamnese) tem no início do processo terapêutico (abordado anteriormente) constituindo o período-chave para a criação de uma relação terapêutica, crucial para todas as fases posteriores de intervenção. Para além disso, é através deste processo que os interesses e motivações da pessoa são conhecidos, para que todas as atividades sejam planeadas de modo a ir ao seu encontro (tendo sempre em consideração a idade cronológica do sujeito), de forma a fomentar o interesse e motivação da pessoa (identificar o estímulo apropriado e definir os objetivos a trabalhar em função do cruzamento dos dados).

Assim, os objetivos deverão ser traçados no sentido da promoção dos seus comportamentos e competências adaptativas individuais, ajustados às suas necessidades e tendo em conta o tempo de aprendizagem individual que a pessoa com DID apresenta para atingir um nível de autonomia mais elevado (Valente et al., 2011), no sentido de uma intervenção com validade social, legal e prática, de modo a fomentar a sua capacidade de generalização e de transferência e, conseqüentemente, de atitudes positivas (Verdugo e Bermejo, 2001).

A concretização da intervenção psicomotora pode ocorrer em contexto individual, e de grupo (de diferentes dimensões), com uma duração temporal variável, de acordo com a especificidade de cada quadro clínico, numa perspetiva de ponderação eficaz entre as necessidades apresentadas e os recursos/apoios existentes no contexto em questão (Martins, 2001).

Neste sentido, através da adequação de estratégias educativas, terapêuticas e reabilitativas às reais necessidades de cada um, objetiva-se a promoção do desenvolvimento das suas competências motoras, cognitivas e sociais, através do movimento e do jogo, em diferentes contextos (Coelho et al., 2003), onde o corpo surge como elemento agregador da experiência, do processamento e da ação planeada, sempre com vista ao êxito e ao sucesso (equilíbrio em termos de dificuldade, prevenindo a frustração e/ou desmotivação), de modo a ajudar na construção de uma relação de confiança e motivação pessoa-ação, diminuindo as suas barreiras e potenciando a autoestima e autoconfiança (Martins, 2001).

É aqui que o psicomotricista, enquanto elemento ativo, é capaz de observar e perceber, tanto a sua esfera afetiva e emocional, como o seu potencial instrumental. Para que tal seja possível, estas dinâmicas são organizadas de forma semiestruturada, ao permitirem, por um lado, uma atividade espontânea da pessoa através de diferentes formas de expressão e, por outro, uma tarefa dirigida na qual os comportamentos podem ser ajustados às situações, de forma intencional, através desta mediação terapêutica (APP, 2012).

Ao longo da literatura, são referidas estratégias passíveis de serem utilizadas com a população com DID, como: adaptação das atividades ao caso, aprendizagem individualizada, descoberta guiada e análise das tarefas, treino e a prática (transfer), ajuda física e modelação, reforço positivo, princípio de *Premack*, contrato de consequências e tempo de exclusão (Coelho et al., 2003; Vasconcelos et al., 1998), devendo privilegiar-se o recurso à modelação, formatação e imitação, para, depois, passar para o treino de erro, a retroação e o reforço positivo (Rodrigues, 1991).

De uma forma geral, para uma intervenção bem-sucedida, os indivíduos necessitam de uma boa estrutura de apoio, que conheça o nível de funcionamento da pessoa, o seu grau de variabilidade de desempenho, bem como os seus pontos fortes e a desenvolver (Brown e Brown, 2003); para além disso, devem considerar-se os diversos sistemas onde a pessoa se insere, planeando as ações tanto ao nível do microsistema (autodeterminação, CA e nas atividades de vida diária), do mesossistema (qualidade da educação, saúde e reabilitação), avaliando os seus resultados) e do macrossistema (qualidade de vida nas políticas nacionais e avaliar os resultados da sua implementação) (Schalock e Verdugo, 2002 cit. in Simões e Santos, 2012).

### **3.5. O Papel do Psicomotricista na Intervenção**

No seguimento do abordado anteriormente, entende-se que a figura do psicomotricista é central no processo de mediação relacional, enquanto alicerce comunicativo (Fonseca, 2006). É um agente ativo no processo terapêutico, em relação ao qual a formação pessoal e profissional desempenham um papel essencial (Martins, 2001).

De acordo com Llauredó (2008), o psicomotricista deverá apresentar uma particular *capacidade de escuta*, ao ser sensível a aspetos emocionais, sem, no entanto, se envolver nestes, assim como ter a *capacidade de observação e avaliação* para traçar objetivos e delinear o programa de intervenção adequado.

Boscaini (2004) acrescenta a importância do psicomotricista *saber olhar* do ponto de vista funcional (contato com a realidade através da perceção e da representação) e emocional/relacional (para se estabelecer um diálogo tónico-emocional).

Posto isto, uma vez apresentadas, de uma forma global, as bases da intervenção psicomotora, no próximo grande capítulo será realizada uma abordagem mais concreta relativa à prática psicomotora na CerMov, ao longo do Estágio Curricular.

## II. PRÁTICA DE ESTÁGIO CURRICULAR

### 1. A Intervenção psicomotora na CerMov

#### 1.1. População-Alvo da Intervenção Psicomotora na CerMov

A CerMov é uma resposta com serviços dirigidos para uma população-alvo constituída por três grupos principais, organizando-se da seguinte forma:

- a) **Clientes Internos de CAO:** clientes com DID e idade superior a 16 anos;
- b) **Alunos ao abrigo do Acordo de Cooperação:** apoios terapêuticos prestados aos alunos com Necessidades Educativas Especiais, provenientes dos Agrupamentos de Escolas do Concelho de Cascais, através de acordo de cooperação celebrado com a Câmara Municipal de Cascais (resultado de um projeto/experiência de parceria com as Escolas do Estoril, em 2008). Devido a todos os cortes financeiros e à necessidade de reorganização de recursos no sistema educativo (incluindo as escolas e os CRI's), atualmente esta tem vindo a ser uma solução com procura crescente por parte dos diferentes Agrupamentos;
- c) **Clientes Externos:** ou seja, qualquer pessoa da comunidade que pretenda beneficiar dos serviços aqui disponíveis.

Dada a constante procura de uma gestão dos recursos, tanto humanos como físicos e materiais, de forma adaptada às necessidades presentes da população-alvo, a CerMov procura, tal como já referido, oferecer uma série de respostas aos seus clientes, estando a intervenção psicomotora incluída neste rol. Esta é então, tal como refere Martins (2010), uma intervenção que pode ser desenvolvida em diferentes contextos, através de diferentes mediadores e objetivos, dependendo assim, das características individuais de cada sujeito.

#### 1.2. Contextos da Intervenção Psicomotora na CerMov

Na CerMov, a intervenção passa, por um lado, pela promoção do desenvolvimento e da aquisição de competências de aprendizagem, nos grupos das faixas etárias mais baixas, até à manutenção das capacidades funcionais e de autonomia nas atividades do quotidiano do indivíduo, sobretudo na população adulta com DID. Neste sentido, a intervenção psicomotora encara cada cliente como um ser único e irrepetível, com características próprias, interesses, preferências, objetivos e necessidades específicos, em relação ao qual esta ação é pensada e planeada individualmente, sempre com vista à promoção da sua qualidade de vida, tal como tem vindo a ser referido.

Neste sentido, a CerMov tem vindo a procurar cada vez mais que a intervenção psicomotora se desenvolva nos mais variados ambientes e contextos, respondendo a cada uma das necessidades dos grupos apresentados anteriormente. O quadro seguinte (tabela1) sintetiza esta organização sendo, posteriormente, feita uma descrição mais detalhada de cada um deles.

Tabela 1 – A Intervenção psicomotora na CerMov (população-alvo e contextos, em outubro de 2013) (Flores, 2013)

	Nº de Clientes da CerMov	Tipos de Apoios prestados na CerMov, no âmbito da intervenção psicomotora						
		Psicomotricidade (Ginásio/Sala)	Atividade Motora Adaptada (AMA)	Expressão Corporal	Psicomotricidade em Meio Aquático			Outros Contextos (modalidades adaptadas a DID)
					Hidroterapia	Natação Terapêutica	Hidroginástica	
Clientes Internos CAO	121	X	X	X	X	X	X	X
Alunos ao abrigo do Acordo de Cooperação	67	X	---	---	X	X	---	X
Clientes Externos	55	X	---	---	X	X	X	---

- **Psicomotricidade em contexto Sala/Ginásio** – com o principal objetivo de promover as competências psicomotoras de base, potenciando a qualidade e intencionalidade do movimento e, conseqüentemente, melhorando a capacidade de aprendizagem e de adaptação aos diferentes contextos. Aqui é ainda inserida a Atividade Motora Adaptada (AMA), assim como todo o trabalho de manutenção da condição física e motora (Educação Física Adaptada – Sala de Aparelhos) dos clientes internos, considerada uma das áreas a manter ou potenciar nesta população. Destacam-se, ainda, o trabalho na vertente da Expressão Corporal, enquanto atividade organizada que promove a sensibilidade, a imaginação, o autoconhecimento, a capacidade expressiva e a criatividade, através do corpo em movimento, num tempo e espaço próprios.

- **Psicomotricidade em Meio Aquático** - onde se enquadram os apoios de Hidroterapia e Natação Terapêutica (individuais ou em grupo). Existe ainda a atividade de Hidroginástica, com o objetivo de manutenção da condição motora (movimentos, postura, locomoção) e, paralelamente, de desenvolvimento das competências específicas da Hidroginástica.

- **Outros Contextos** – fora das instalações da CERCICA, desde o ambiente de praia (e.g. atividades de Vela Adaptada e Surf Adaptado), até ao contexto de instalações desportivas (e.g. Dramático de Cascais), onde se desenvolvem atividades motoras relacionadas com diferentes modalidades desportivas adaptadas à DID, sempre numa dinâmica de grupo. Esta diversidade de opções é considerada uma medida positiva em termos de promoção da autonomia e funcionalidade do indivíduo, uma vez que existe um acompanhamento direto do psicomotricista, paralelamente aos técnicos específicos das modalidades que estão a ser trabalhadas, sempre com vista à aquisição e transfer destas aprendizagens, maximizando assim o CA do indivíduo nas diferentes situações e contextos da sua vida. Para além disso, uma vez a diversidade existente, estas atividades permitem à pessoa que exerça o seu direito de opinião e de escolha, em relação à qual a equipa procura encontrar um equilíbrio entre as necessidades, as preferências e os recursos existentes.

Assim sendo, em termos de escolha, organização e planeamentos das atividades mais indicadas para cada um dos seus clientes, existem várias etapas e procedimentos que a CerMov segue e que seguidamente serão brevemente apresentados.

### 1.3. Planos Individuais dos Clientes na Intervenção Psicomotora

Na CERCICA-CerMov a tónica inicial de qualquer processo terapêutico coloca-se na recolha do máximo de informação possível acerca do cliente em questão, de maneira a realizar uma caracterização o mais adequada e completa possível da sua situação. Para isso, são essenciais instrumentos de avaliação formal, adequados à população

em questão (e.g. CA, apoios), sendo a interpretação dos resultados obtidos analisados com indicadores e referência a critério.

A partir desta recolha, análise e conjugação de todas as informações, é realizada a discussão do caso pelos técnicos envolvidos neste processo e, posteriormente, feita a caracterização do Perfil Individual de Funcionalidade da pessoa, com a definição das respetivas áreas fortes e áreas a desenvolver, ou seja, das suas principais dificuldades e potencialidades (nível de desempenho da pessoa/potencial de aprendizagem), bem como são tidas em conta as expectativas, motivações e interesses do próprio cliente e seus significativos.

Perante a oferta em termos de atividades e recursos existentes, posteriormente é estruturada uma proposta de *Plano de Intervenção* (PI), um documento único no qual se encontram definidos os objetivos individuais de intervenção (gerais, específicos e comportamentais), determinando a necessidade de Intensidade de Apoios e traçando um Perfil de Apoios Individualizado, sempre de acordo com uma ordem crescente de prioridade. Posteriormente o PI é apresentado ao cliente e família que podem (ou não) aceitar, estando, por isso, sujeito a uma reestruturação, refletindo a importância dada ao poder de decisão e autonomia do cliente e seus significativos.

De uma forma mais específica, a intervenção psicomotora na CerMov passa pela realização de tarefas funcionais, em ambientes o menos restritivos possível, independentemente da atividade ou do contexto. A planificação da intervenção é feita para um ano letivo. Consoante a frequência semanal (podendo variar, normalmente, entre 1 a 3 sessões), as sessões são planeadas, com a definição e descrição das atividades de trabalho dos objetivos traçados, os critérios de êxito a atingir em cada uma delas, o material necessário, bem como as estratégias que podem ser utilizadas, sempre com vista a um desempenho mais ótimo do potencial do sujeito.

Todo este processo é realizado numa dinâmica de Avaliação Inicial e Final, com monitorização constante, na qual, todos os aspetos de observação informal (área de desempenho, comportamental, emocional, relacional, acontecimentos da vida pessoal ou família, entre outros) têm um peso essencial, no sentido de que toda a equipa tenha o máximo de informações sobre o mesmo cliente em diferentes contextos, no sentido de uma avaliação contínua da intervenção.

Esta é, portanto, uma dinâmica positiva de organização e transdisciplinaridade, que se baseia na comunicação e no trabalho de equipa, tanto entre técnicos da instituição, como também destes com outros profissionais ou serviços que sirvam de apoio ao cliente noutros contextos. A pessoa é o ponto central de todo o trabalho e todos os esforços são reunidos sempre no sentido do seu desenvolvimento.

Uma vez concluída, ainda que de forma sucinta e global, a apresentação da organização que a intervenção psicomotora segue na CERCICA-CerMov, em seguida serão abordadas as questões mais específicas relacionadas com a prática de estágio curricular, numa perspetiva evolutiva, quer em termos cronológicos, quer de trabalho e aprendizagens.

## 2. A Prática de Estágio Curricular: Fases de Intervenção

O presente estágio curricular teve a duração total de 8 meses (outubro de 2013 a maio de 2014), com interrupções letivas de férias de Natal (20 de dezembro de 2013 a 1 de janeiro de 2014), Carnaval (3 e 4 de fevereiro) e Páscoa (17 a 21 de abril de 2014) (ver Anexo 1-Cronograma Anual). A frequência de prática semanal foi diária (de segunda a sexta-feira), tendo o horário sido variável, consoante os apoios terapêuticos diários e em função da entrada/saída de clientes ao longo do ano letivo (ver Figura 3 e 4).

HORÁRIO 1					
	segunda	terça	quarta	quinta	sexta
07:45					
08:00					
08:15					
08:30		Psicomotricidade Grupo III (Ginásio)		Psicomotricidade Grupo III (Ginásio)	
08:45					
09:00		Educação Física (Sala de Aparelhos)		Educação Física (Sala de Aparelhos)	
09:15					
09:30					
09:45					
10:00	Psicomotricidade Grupo I (Ginásio)				
10:15					
10:30	Psicomotricidade Grupo II (Ginásio)				
10:45					
11:00	Psicomotricidade Individual (Ginásio)	Surf		Rugby	Equitação Terapêutica
11:15					
11:30	Educação Física (Sala de Aparelhos)				
11:45					
12:00					
12:15					
12:30	Tempo Indireto				
12:45					
13:00	Almoço	Almoço		Almoço	Almoço
13:15					
13:30					
13:45	(Balneário)		(Balneário)		
14:00	Hidroginástica Grupo CAO	Tempo Indireto	Hidroterapia Individual (Estudo Caso II)	Tempo Indireto	Reunião de Equipa
14:15			Hidroterapia Individual		
14:30			Hidroterapia Individual		
14:45			Hidroterapia Individual		
15:00					
15:15	Hidroterapia Individual		Natação Terapêutica (Grupo)		
15:30					
15:45	Hidroterapia Individual (Estudo Caso II)		Hidroterapia Individual		
16:00					
16:15					
16:30	Hidroterapia Individual				
16:45					
17:00	Hidroterapia Individual (Estudo Caso I)		Hidroterapia Grupo (Estudo Caso I)		
17:15					
17:30	Natação Terapêutica (Individual)		Natação Terapêutica (Grupo)		
17:45					
18:00					
18:15					
18:30					

Figura 4 - Horário semanal da Prática de Estágio na CerMov(1)

HORÁRIO 2					
	segunda	terça	quarta	quinta	sexta
07:45		Psicomotricidade Individual (Ginásio)		Psicomotricidade Individual (Ginásio)	
08:00					
08:15		Psicomotricidade Grupo III (Ginásio)		Psicomotricidade Grupo III (Ginásio)	
08:30					
08:45					
09:00		Educação Física (Sala de Aparelhos)		Educação Física (Sala de Aparelhos)	
09:15					
09:30					
09:45					
10:00	Psicomotricidade Grupo I (Ginásio)				
10:15					
10:30					
10:45	Psicomotricidade Individual (Ginásio)	Surf		Rugby	Equitação Terapêutica
11:00					
11:15	Psicomotricidade Individual (Estudo Caso II)				
11:30					
11:45	Educação Física (Sala de Aparelhos)				
12:00					
12:15					
12:30	Tempo Indireto				
12:45					
13:00	Almoço	Almoço		Almoço	Almoço
13:15					
13:30					
13:45	(Balneário)		(Balneário)		
14:00	Hidroginástica Grupo CAO	Tempo Indireto	Hidroterapia Individual (Estudo Caso II)	Tempo Indireto	Reunião de Equipa
14:15			Hidroterapia Individual		
14:30			Hidroterapia Individual		
14:45			Hidroterapia Individual		
15:00					
15:15	Hidroterapia Individual		Natação Terapêutica (Grupo)		
15:30					
15:45	Hidroterapia Individual (Estudo Caso II)		Hidroterapia Individual		
16:00					
16:15					
16:30	Tempo Indireto				
16:45					
17:00	Hidroterapia Individual (Estudo Caso I)		Hidroterapia Grupo (Estudo Caso I)		
17:15					
17:30	Natação Terapêutica (Individual)		Natação Terapêutica (Grupo)		
17:45					
18:00					
18:15					
18:30					

Figura 3 - Horário semanal da Prática de Estágio na CerMov(2)

Este estágio curricular estruturou-se de acordo com três fases fundamentais e sequenciais: **(1) Observação Participada**, **(2) Intervenção Supervisionada** e **(3) Intervenção Autónoma**. Para além disso, de forma paralela, fizeram parte de todos estes períodos atividades complementares (tanto em contexto da instituição, como fora), as quais serão apresentadas posteriormente.

## 2.1. Fase de Observação Participada

Decorreu desde o primeiro dia de estágio curricular, no início do mês de outubro, até ao mês de novembro. Foi um período caracterizado, sobretudo, pela aplicação dos fundamentos anteriormente referidos sobre a importância da observação, no início de qualquer processo interventivo.

Nesta primeira fase, foi, então, privilegiada, a observação de toda a dinâmica dentro da instituição, quer em termos relacionais (clientes-clientes, clientes-restante equipa), quer em termos da organização das dinâmicas espaciais e temporais (e.g. rotinas diárias das atividades, horários, organização dos grupos, etc.). Cada uma destas observações diárias deu origem a notas/relatórios de observação, tendo este método sido essencial para compreender, por um lado, as rotinas e, por outro, os momentos de imprevisibilidade que diariamente surgem, numa perspetiva de aprendizagem constante de toda a dinâmica institucional. De uma forma geral, destaca-se a promoção da autonomia, da funcionalidade, da interação e comunicação (verbal e não verbal) entre todos, do respeito, da igualdade de oportunidades, do espírito de entreajuda e do apoio, enquanto conceitos e práticas fundamentais do dia-a-dia na CERCICA, numa preocupação constante pelo bem-estar e pela qualidade de vida de cada um.

Ao longo desta fase inicial começou por se observar todas as sessões dinamizadas pela Orientadora de Estágio Local (TSEER), no sentido de perceber as diferentes atividades desenvolvidas, a variabilidade de contextos, a organização dos grupos de clientes e o tipo de organização/estrutura de cada uma das atividades. Para além disso, foi um momento de experiência vivida das atividades desenvolvidas, uma vez que se privilegiou a realização das atividades (tal como um qualquer cliente), no sentido de experienciar, através do próprio corpo, as vivências, dificuldades e o prazer tonicoemocional que cada uma destas atividades proporciona. Estes foram momentos que contribuíram, igualmente, para potenciar a capacidade reflexiva sobre os objetivos psicomotores para os quais cada atividade era desenvolvida, numa procura constante de justificações e fundamentações devidamente sustentadas.

Assim, foram acompanhadas (observação participada) as intervenções em Psicomotricidade (contexto de sala/ginásio, com grupos e individuais), as sessões em Meio Aquático (Hidroterapia individual e em grupo; Hidroginástica Adaptada para a DID; Natação Terapêutica individual e em grupo), as sessões de Educação Física Adaptada (Sala de Aparelhos), a atividade *Oh Gui* de Rugby Adaptado e a atividade de Surf Adaptado.

Daqui resultaram relatórios de observação para cada uma das sessões observadas e participadas, com a descrição do número de sessão, local, data, duração, horário, tempo total de cada uma das tarefas realizadas nos diferentes momentos da sessão (fase inicial, fase fundamental e fase final), a descrição dessas mesmas tarefas, o material necessário, os objetivos gerais trabalhados e as principais estratégias utilizadas ao longo da sessão. Em cada um destes registos procurou-se dar particular atenção não apenas ao êxito do cliente em relação aos critérios de êxito definidos (possíveis de serem avaliados de uma forma mais quantitativa), mas, essencialmente, a todos os aspetos tónicos, relacionais, emocionais, de interação, através de anotações mais descritivas e qualitativas.

Importa destacar que houve a necessidade de procurar fazer uma gestão consciente da presença de um elemento extra sessão (estagiário), uma vez que, para alguns indivíduos, este poderia constituir um fator distrator; assim, procurou-se ocupar um espaço, dentro da sessão, que, por um lado, não interferisse na intervenção e, por outro, permitisse uma observação o mais completa possível.

Esta foi uma fase essencial para que se entendesse o tipo de relação e interação técnico-cliente, variável consoante o contexto, a idade de cada um deles, as suas

características pessoais, mas sempre baseada na empatia e no diálogo tónico constante. Neste sentido, o contacto visual e a chamada pelo nome próprio do cliente constitui a base de uma comunicação que o técnico procurava manter com cada um, no sentido da promoção da atenção a qualquer tipo de instrução ou feedback, sempre com uma perceptível sensibilidade para a gestão da proxémia entre si e o cliente, de acordo com as características intrínsecas a cada um. Assim, através de um discurso claro, bem articulado, simples mas completo, assertivo mas amistoso, foi possível observar relações terapêuticas positivas, baseadas na empatia, no cumprimento de regras, na segurança e na confiança de cada um dos clientes em relação à técnica, perceptível pela boa-disposição, predisposição, interesse e motivação demonstrado por todos nas várias atividades.

Destaca-se ainda a capacidade de improviso e de resolução de problemas da técnica, tendo em consideração as problemáticas comportamentais inerentes às diferentes condições apresentadas por cada um dos clientes, assim como de situações de interação entre estes, numa constante capacidade de adaptação aos diferentes casos e contextos.

Para além disso, foi ainda possível verificar quais as estratégias mais utilizadas e quais as mais eficazes em termos de intervenção (tipos de ajudas e apoios prestados), realizando um paralelismo entre o defendido na literatura e o contexto real. Neste sentido, as instruções utilizadas eram simples, acompanhadas por demonstração (estratégia esta que diminui com o aumento da frequência da realização das tarefas - e.g. mais repetição do gesto/movimento, maior consolidação e aprendizagem, logo, menor necessidade de demonstração), pela utilização de gestos ou de material concreto/objetos; esta preferência pelo concreto em detrimento do abstrato era igualmente utilizada na definição do espaço das tarefas (utilização de pontos de referência visuais/físicos concretos), para promover uma maior capacidade de organização interna e externa. As tarefas eram explicadas de forma segmentada e por etapas. A verbalização das tarefas era constante, dando a significação necessária para uma melhor compreensão do seu objetivo e do tipo de vivências experienciadas, sendo que o feedback verbal era constante. Assim, em todas as sessões o tom de voz era adaptado ao cliente em questão, assim como todas as questões relacionadas com o toque ou a gestão da proxémia.

Logo, a adaptação das estratégias ao cliente foi claramente perceptível, num equilíbrio entre as suas dificuldades e as suas potencialidades, proporcionando o nível de apoio necessário para um desempenho o mais autónomo, funcional e adaptativo possível, num jogo constante entre a promoção do desafio e o evitamento do facilitismo e/ou frustração.

Posto isto, perante tal diversidade de casos de trabalho, constatou-se a necessidade de recolher o máximo de dados possível (e.g. consulta de processos, conversa com técnicos e restantes intervenientes na vida institucional), relativamente aos clientes acompanhados ao longo da prática de estágio, tendo daí surgindo uma base de dados (modificável ao longo do período de intervenção) com as principais informações acerca dos clientes alvo de intervenção em específico (e.g. nome, idade, principais necessidades de apoio, atividades que realizam no âmbito da intervenção psicomotora), a qual contribuiu para que todo o processo de intervenção se comesse a estruturar de uma forma mais organizada para a fase seguinte.

Foi ainda realizado um acompanhamento individual durante os horários de *Tempo Indireto* na instituição (reuniões com a Orientadora Local), dinâmica esta que se manteve nas fases posteriores de estágio, no sentido de perceber os tipos de registos utilizados em cada um dos contextos, assim como as observações realizadas diariamente nos diferentes apoios (tipo de registos para avaliação contínua realizados

nas diferentes sessões (diários, mensais), o tipo organização em termos de Planeamentos Individuais, entre outras questões organizacionais.

Para além disso foram observadas (e participadas) outras sessões, das quais se destacam as sessões de Expressão Corporal com Grupo CAO - cujo objetivo principal se prende, sobretudo, com a promoção do bem-estar dos clientes, fomentando o seu nível de participação na atividade, enquanto, paralelamente, se fomentam aspetos de coordenação motora, estruturação espaço-temporal, capacidades de memória, criatividade, expressividade, relações interpessoais e capacidade de resolução de problemas; sessões conjuntas de Hidroginástica Sénior e de Grupo CAO- dinamizadas por duas técnicas (uma fora de água e outra dentro de água para acompanhamento direto e individualizado aos clientes de CAO) onde, cada um ao seu ritmo, realizam as mesmas tarefas, numa dinâmica em harmonia, sempre baseado no respeito do tempo individual; sessões de Atividade Motora Adaptada (AMA) - observada a sessão dinamizadas pelos Estagiários do 1º Ciclo em Reabilitação Psicomotora, cujo objetivo principal se prende com o proporcionar experiências e atividades motoras, em grupo, para promover o desenvolvimento de aptidões físicas básicas, o equilíbrio emocional, os comportamentos de autonomia, a capacidade relacional, entre outras, e sessões de Equitação Terapêutica (atividade da responsabilidade da equipa de fisioterapia e que, posteriormente, será abordada de uma forma mais aprofundada).

## **2.2. Fase de Intervenção Supervisionada**

Posteriormente, a fase de intervenção supervisionada decorreu entre novembro e dezembro, progredindo-se para uma dinamização pontual de diferentes sessões, nos vários contextos, de forma autónoma, mas sempre supervisionada. Inicialmente, foram dinamizadas as atividades planeadas pela técnica; aqui o trabalho da estagiária passou, sobretudo, pelas questões relativas ao tipo e forma de instrução a dar em cada atividade (e.g. tipo de vocabulário, tom de voz, utilização de estratégias de demonstração), à gestão do tempo e espaço da sessão, aos feedbacks a utilizar, no sentido da adaptação ao(s) cliente(s) em questão, bem como à capacidade de estabelecimento de regras (fazendo uso equilibrado da assertividade e afetividade), de gestões de conflitos e de resolução de problemas dentro da sessão.

Esta intervenção supervisionada foi um momento essencial, uma vez que existe ainda a figura de um elemento mediador (técnico) nesta nova relação que se está a construir (cliente-estagiário), proporcionando, por um lado, um sentido de segurança para o cliente (alteração na figura terapêutica de referência) e, por outro, uma elevado nível de responsabilidade para o estagiário (exigência na intervenção autónoma, mas sempre como apoio quando necessário).

Assim, esta foi uma fase de consciencialização e crescimento técnico, onde a discussão de casos particulares permitiu uma melhor perceção dos objetivos trabalhados em cada uma das tarefas e contextos, do tipo das estratégias mais eficazes, do tipo de gestão proxémica que deve ser feita com os diferentes clientes e a forma como a relação de segurança, confiança e empatia que se vai construindo em termos terapêuticos, influencia a disponibilidade para a realização e colaboração nas várias atividades (e.g. com alguns dos clientes a interação e empatia foi quase imediata e natural, enquanto que, com outros, este processo é mais demorado, necessitando de mais tempo de contacto, de um momento privilegiado de comunicação verbal/não-verbal, de uma aproximação mais cuidadosa, baseada sempre no respeito pelas suas características).

Para além disso, este foi também um momento privilegiado em termos de aprendizagem pessoal (limitações, dificuldades, áreas a melhorar), uma vez que, no final de cada uma destas sessões supervisionadas, todos estes pontos eram discutidos através do diálogo constante com a Orientadora Local.

Progressivamente, passou a colaborar-se, de forma cada vez mais ativa, nos planeamentos das diferentes sessões, sempre na base da partilha de ideias e discussão de diferentes perspetivas, numa aprendizagem constante. Deste modo, o trabalho começou a ser realizado em equipa, durante os tempos indiretos passados na instituição, assim como foi adotada uma nova dinâmica de registo de sessões partilhada (para cada um dos alunos, no final de cada sessão, foi feito um breve registo do seu estado geral, desempenho e outros aspetos considerados importantes, dando origem a ficheiros individuais relativos à intervenção psicomotora realizada durante o presente ano). Assim sendo, a fase de observação iniciada na etapa anterior continuou a decorrer, agora com outros aspetos (e.g. estado tónico), uma vez vivenciadas na primeira pessoa, constatando a complementaridade entre o *ver fazer* e o *fazer*.

Dado o envolvimento crescente nas dinâmicas da intervenção psicomotora praticada na CerMov, do contacto mais direto com os clientes e da construção de uma relação terapêutica nos diferentes contextos, iniciou-se o processo de escolha dos casos alvo de estudo no presente relatório de estágio; após esta fase, elaboraram-se os protocolos de avaliação a utilizar com os mesmos (apresentados mais à frente).

Importa ainda referir que, durante esta fase, foram igualmente dinamizadas algumas sessões de Equitação Terapêutica, supervisionadas pela fisioterapeuta responsável, tendo sido dada a oportunidade de acompanhar os clientes, de forma individual. Este acompanhamento passou, assim, a ser realizado semanalmente e a integrar o horário da presente prática de estágio (tal como demonstra a figura 3 e 4).

### **2.3. Fase de Intervenção Autónoma**

Desenvolvida de janeiro até ao final da prática de estágio (final de maio), a fase de intervenção autónoma constituiu um momento de continuação do desenvolvido até então, uma vez que, sem as etapas de observação e intervenção supervisionada, não seria possível reunir o máximo de informação possível e adquirir aprendizagens diárias essenciais para uma intervenção mais consciente, holística e eficaz.

Relativamente ao grupo populacional alvo de intervenção durante esta fase, contabiliza-se um total de 50 casos apoiados (em sessões individuais ou em grupo), dos quais 40% feminino e 60% masculino, sendo a maioria (64%) Clientes Internos (grupo CAO), 30% clientes/alunos ao abrigo do Acordo de Cooperação com a Câmara Municipal de Cascais e 6% clientes externos. As idades variavam entre os 5 e os 50 anos, constituindo uma amostra bastante heterogénea.

Passaram a ser dinamizadas as sessões, de uma forma cada vez mais autónoma, com o acompanhamento dos casos em estudo e acompanhados desde a primeira fase de intervenção (excetuando nas sessões de Natação Adaptada, que embora acompanhadas durante todo o período de estágio, foi apenas realizado um trabalho de apoio à técnica).

Continuou-se, então, a intervir no horário previamente definido, acrescentando ainda um apoio individual em Psicomotricidade, enquanto nova proposta de intervenção, de acordo com as necessidades verificadas e a oportunidade dada pela CerMov de inovar (ver *Estudo de Caso II*).

Este foi também o momento no qual se iniciou o estudo e avaliação mais aprofundados dos Estudos de Caso já escolhidos anteriormente (recolha de dados anamnésicos junto das famílias/consulta de processos institucionais; observação dos clientes em diferentes contextos; aplicação dos instrumentos de avaliação), assim como o planeamento e concretização da intervenção propriamente dita.

Em termos de planeamento e gestão de todo o processo relativo aos programas de intervenção psicomotora, continuou a desenvolver-se um trabalho de parceria e de participação progressivamente mais ativa nos vários processos de avaliação individual, assim como de planeamento das sessões de forma mais autónoma. Para além disso, passou a haver uma participação (ativa), nas reuniões de equipa da CerMov, semanalmente, assim como nas diferentes reuniões relativas aos estudos de caso em questão, com toda a equipa de trabalho desses mesmos clientes.

No sentido de dar a conhecer os diferentes tipos de sessões de intervenção psicomotora levadas a cabo nos vários contextos, seguidamente serão apresentadas de forma esquemática e global, a dinâmica de cada uma delas, em termos de estruturação espacial e temporal, tipos de objetivos trabalhados, atividades desenvolvidas, recursos humanos e materiais utilizados.

### **a) Intervenção em Meio Aquático**

#### **• Intervenção psicomotora em Meio Aquático (Individual e Grupo):**

Denominadas na CerMov por Hidroterapia, as sessões de intervenção psicomotora em meio aquático têm a duração de 30 minutos (individuais) ou 45 minutos (grupo), sendo realizadas no espaço da piscina da instituição. O total de clientes apoiados neste contexto foi de 7.

De uma forma geral, a sua sequência-tipo encontrava-se estruturada em três fases fundamentais (ver Anexo 2 e 3 com *Planeamento/Relatório de Sessão Tipo*):

- *Fase Inicial:* diálogo inicial (para compreender o estado emocional do cliente nesse dia, dialogar sobre algum acontecimento relevante do seu dia) e rituais de entrada na piscina (adaptado a cada um, de acordo com o seu grau de autonomia, mobilidade e familiarização com o meio aquático);
- *Fase Fundamental:* (1) atividades para a promoção das habilidades de adaptação ao meio aquático (autonomia pessoal, familiarização com o meio, entradas e saídas, equilíbrio e flutuação, rotações, função respiratória, imersão, deslocamentos e coordenação motora geral); (2) tarefas de jogo e interação com o outro (sessões de grupo, com os pares; sessões individuais, com técnico), trabalhando as questões psicomotoras, cognitivas, emocionais, comunicativas, de participação e de respeito pelas regras; e
- *Fase Final:* diálogo final e rituais de saída piscina (tal como na entrada para a piscina, adaptado a cada um, de acordo com o seu grau de autonomia, mobilidade e familiarização com o meio aquático).

A utilização do diferente material deste espaço (descrito anteriormente) foi recorrente, com os diferentes casos, tanto enquanto apoios para o seu deslocamento no meio aquático, como para a mediatização de atividades de jogo.

#### **• Hidroginástica Adaptada para grupo CAO:**

Neste âmbito, as sessões eram de grupo, com duração de 45 minutos, realizadas no espaço da piscina da CerMov. O total de clientes apoiado foi de 8.

De uma forma geral, a sua sequência-tipo encontrava-se estruturada em cinco fases fundamentais (ver Anexo 4 com *Planeamento/Relatório de Sessão Tipo*):

- *Fase Inicial:* diálogo inicial (para compreender o estado emocional do cliente nesse dia, dialogar sobre algum acontecimento relevante do seu dia) e rituais de entrada na piscina (cumprindo regras de segurança);

- *Fase de Ativação Geral:* atividades de exercícios dinâmicos (vários tipos de deslocamento na piscina – e.g. marcha, corrida, deslocamentos para a frente e à retaguarda);
- *Fase Fundamental:* tarefas que envolvam movimentos-base da hidroginástica, adaptados ao grupo em questão (e.g. elevação do joelho; elevação do joelho com toque da mão contrária neste; toque no calcanhar atrás; toque no pé à frente; chute atrás); *hidrojogos* (que envolvam deslocamentos, imersões, transporte de objetos,...), apostando em tarefas de equipa e cooperação e a utilização de material diverso; circuitos psicomotores em meio aquático;
- *Fase de Retorno à Calma:* deslocamentos (corrida ou marcha) à volta da piscina; alongamentos e controlo respiratório; e
- *Fase Final:* diálogo final e rituais de saída piscina.

Em termos de recursos humanos, estas sessões envolvem a TSEER que, no cais da piscina, dá a instrução para as tarefas, com demonstração dos diferentes movimentos e dinâmicas, uma fisioterapeuta (dentro de água, constituindo um apoio essencial em termos das questões posturais) e a estagiária que passou a ser um apoio, também no meio aquático, para a realização das tarefas, através do acompanhamento individualizados e do apoio dirigido, com instruções mais diretivas, estratégias de adaptação das tarefas, feedback e reforço constantes.

Em termos de objetivos, visa manter os níveis de cada um dos clientes nas várias atividades; potenciar e/ou manter a condição motora; melhorar e/ou manter a postura; promover o desenvolvimento das competências específicas da hidroginástica. Importa ainda referir que, se para alguns dos alunos (mais autónomos e com menos necessidades de apoio), o objetivo passava pela promoção da capacidade física e de todos os seus componentes, para outros elementos do grupo (com maiores necessidades de apoio) trabalha-se mais numa perspetiva de manutenção (e promoção) da capacidade motora, daí que se dê tanta importância à assiduidade às sessões e à permanência dos mesmos nas tarefas.

Alguns dos elementos necessitam de um apoio mais individualizado, tanto em termos de correção postural, essencial para uma performance mais eficaz, eficiente e económica (apoio prestado sobretudo pela fisioterapeuta), como de coordenação de movimentos e estruturação espacial, sendo notáveis as suas dificuldades em termos psicomotores (e.g. equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação spatiotemporal). Uma das estratégias a utilizar com este tipo de população é a utilização de pontos visuais concretos de referência, presentes no espaço da piscina, aquando das instruções verbais; assim como acompanhar cada instrução verbal com a demonstração/gestos.

#### **b) Intervenção psicomotora (em espaço de Sala/Ginásio):**

As sessões de intervenção psicomotora têm a duração de 30 (individuais) ou 45 minutos (grupo reduzido), realizadas no espaço do ginásio da CERCICA-CerMov. O total de clientes apoiados foi de 10.

De uma forma geral, a sua sequência-tipo destas sessões encontrava-se estruturada em três fases principais (inicial, fundamental e final); consoante as características do cliente/grupo em questão, o momento de regulação tónica foi dinamizado no início da sessão (*Fase de Ativação*), enquanto preparação para a fase fundamental (e.g. com o grupo de crianças com T21, potenciando a capacidade de concentração para as tarefas seguintes e promovendo a sua predisposição para a aprendizagem - ver Anexo 5 com *Planeamento/Relatório de Sessão Tipo*) ou no final (*Fase de Retorno à Calma*),

como momento de relaxação e rotina de final de sessão (e.g. mais utilizado com os grupos jovens e adultos com DID – ver Anexo 6):

- *Fase Inicial*: diálogo inicial (para compreender o estado emocional do cliente nesse dia, dialogar sobre algum acontecimento relevante do seu dia); rituais de entrada na sessão (e.g. descalçar sapatos);
- *Fase de Ativação*: atividades de preparação tonicoemocional para as atividades seguintes (tarefas de organização e regulação do tônus muscular, privilegiando os exercícios de controlo postural, cruzamento da linha média e controlo respiratório, sem qualquer tipo de material (ativação dos padrões neuronais e da consequente predisposição para a aprendizagem);
- *Fase Fundamental*: atividades de promoção das competências psicomotoras gerais (tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina), competências cognitivas, emocionais, de comunicação, interação e relação (através de atividades diversas, muitas das vezes organizadas em circuito, privilegiando o jogo e a experiência motora);
- *Fase de Retorno à Calma*: momento de regulação tónica, com recurso a mobilizações passivas das diferentes partes do corpo, utilização de objetos mediadores do contacto corporal (e.g. bolas de diferentes pesos e texturas) e de música (com ritmo regular, cadenciado e sonoridade tranquila); e
- *Fase Final*: arrumação do material; diálogo final; rituais de saída (tal como na entrada para a sessão).

A utilização do diferente material presente neste espaço foi frequente, tendo sido construídos outros materiais, consoante os casos com quem se interveio.

Assim, com base nesta estrutura, trabalhou-se, sobretudo, na interdependência entre movimento, regulação tónica, atenção, integração sensorial, cognição e aprendizagem, com os principais objetivos de promover a capacidade de atenção e concentração, coordenação motora, memória, organização espaciotemporal, capacidades académicas (nos casos dos clientes em idade escolar), competências pessoais e relacionais.

A avaliação neste contexto foi realizada de forma contínua, sessão a sessão, através de registos individuais descritivos.

### **c) Educação Física Adaptada (Sala de Aparelhos):**

Numa vertente mais direcionada para a prática da Atividade Física, estas sessões consideram-se importantes para um grupo de jovens e adultos com DID, em contexto institucional, uma vez as problemáticas que esta população tende a desenvolver (e.g. sedentarismo, excesso de peso), contribuindo, assim, para a promoção e manutenção da sua condição motora e dos níveis de permanência na tarefa. Para além disso, desenvolve as capacidades responsabilidade, autonomia e decisão, ao ser mais um apoio dentre os quais os clientes têm a possibilidade de escolher, de acordo com as suas motivações, interesses e necessidades

As sessões de grupo (máximo de 7 clientes) têm a duração de 45 minutos, realizadas no espaço da sala de aparelhos da CERCICA. O total de clientes apoiado foi de 12.

De uma forma geral, a sua sequência-tipo encontrava-se estruturada em três fases fundamentais (ver Anexo 7 com *Planeamento/Relatório de Sessão Tipo*):

- *Fase Inicial*: (1) diálogo inicial (para compreender o estado emocional do cliente nesse dia, dialogar sobre algum acontecimento relevante do seu dia) e (2)

momento de Ativação Geral, de modo a promover a ativação geral das principais articulações a trabalhar durante a sessão;

- *Fase Fundamental:* circuito de aparelhos (cada cliente efetua 2 aparelhos diferentes, durante 15 minutos cada), potenciando a capacidade cardiovascular, a força muscular, a capacidade de permanência na tarefa; e
- *Fase Final:* (1) momento de retorno à calma (restaurar a amplitude do movimento e a mobilidade das estruturas envolvidas, facilitar o relaxamento muscular, regulação tónica e respiratória).

Foi realizado um planeamento mensal do circuito de aparelhos que cada cliente deverá realizar em cada uma das sessões, no sentido de promover a rotatividade e, assim, um trabalho mais global da sua capacidade. Em cada uma das sessões é realizado um registo individual relativamente ao desempenho do cliente, bem como a qualquer tipo de situação a observar que interfira (de forma positiva ou negativa) no decorrer da atividade. A avaliação é realizada em três momentos (inicial, intermédia e final), para uma melhor monitorização dos objetivos definidos e dos resultados apresentados ao longo do ano.

Consoante o tipo de funcionalidade e as necessidades de apoio, assim foram adaptadas as estratégias a utilizar, quer em termos de instrução, como de feedbacks, bem como os elementos de apoio para concretização da atividade. A procura do feedback e do reforço foi constante em todas as sessões, com os vários grupos.

Apesar de esta ser uma atividade pautada pela repetição das tarefas a realizar, é perceptível a dificuldade que alguns dos clientes ainda demonstram em termos de coordenação de movimentos nos diferentes aparelhos, bem como de rotinas de sessão. Alguns dos elementos necessitam de um apoio mais individualizado, demonstração e feedbacks proprioceptivos, devido à dificuldade de realizar uma ação contínua e sequencializada. Por outro lado, existem jovens bastante autónomos que realizam todas as atividades sem necessitar de qualquer tipo de apoio individual.

#### **d) *Oh Gui* - Rugby Adaptado à Pessoa com DID**

O projeto que surgiu no seguimento da participação dos clientes do CAO na II e III Semanas de Voluntariado Jovem de Cascais, onde a atividade do Rugby foi dinamizada. Com um balanço positivo, surgiu a possibilidade de aulas para clientes atendidos na resposta CAO da CERCICA, bem como de outras instituições do concelho de Cascais.

Começou por ser, apenas, um projeto para, posteriormente, ter o nome próprio *Oh Gui*, envolvendo a CERCICA e o Centro de Reabilitação e Integração e Deficientes (CRID), em parceria com o Cascais Rugby e a União das Juntas de Freguesia de Cascais e Estoril.

Para além de todos os benefícios que a prática de Atividade Física, tanto a nível físico, social, emocional e psicológico, para qualquer indivíduo, no caso da DID, estes aspetos não são exceção, acrescentando ainda o facto de que, com esta prática, os níveis de sedentarismo e obesidade tão presentes neste grupo populacional tendem a diminuir. O Rugby surge como uma modalidade desportiva que promove a integridade, a solidariedade, a disciplina e o respeito, através do jogo. Potencia-se a inclusão e interação de todos os jogadores, o aumento da autoconfiança e autoestima, potencia-se a lealdade, a camaradagem e a amizade, através do esforço e trabalho em equipa (Rodrigues, 2012a).

Em termos psicomotores, promove ainda o autocontrolo, a concentração, a capacidade de decisão, a autodisciplina e capacidade de liderança, a autoconfiança e

a confiança no outro, fomenta o aumento da autoestima, promove a capacidade de cooperação e de socialização, bem como da participação na comunidade.

Os principais objetivos do *Oh Gui* visam fomentar a prática regular de Atividade Física na comunidade, combatendo o sedentarismo; proporcionar à pessoa com DID o contacto e o conhecimento com a modalidade do Rugby, promovendo a experiência motora fora do contexto institucional; contribuir para a inclusão social e desportiva de atletas com maiores necessidades de apoio (participação num Torneio de Rugby).

Assim, o *Oh Gui* decorre durante toda a época letiva e desportiva (de setembro a junho). Em termos de metodologia prática, os treinos acontecem uma vez por semana (5ª feira), no campo sintético do Dramático de Cascais, com a participação de 2 treinadores, 1 técnico do Cascais Rugby, 1 fisioterapeuta, 1 TSEER da CERCICA-CerMov (+ 1 Estagiária) e 1 Técnico do CRID; a acrescentar ainda 1 motorista da instituição que realiza o transporte até ao local do treino. Durante o período de estágio contou com a participação de 13 atletas da CERCICA (clientes internos CERCICA e alunos ao abrigo do Acordo de Cooperação) e 10 atletas do CRID.

De uma forma geral, os treinos seguiam uma estrutura-tipo, seguindo três fases fundamentais e dois momentos de balneário (início e fim do treino) (ver Anexo 8 com *Estrutura-Tipo/Observações Gerais de Treino*):

- *Balneário*: momento de balneário (de forma autónoma, vestir o equipamento completo do *Oh Gui*); momento de diálogo inicial;
- *Fase de Ativação Geral*: aquecimento; trabalho de resistência muscular;
- *Fase Fundamental*: trabalho das habilidades específicas da modalidade e trabalho de competências de jogo (com regras adaptadas), desenvolvido de forma progressiva ao longo da época;
- *Fase Final*: momento de retorno à calma, alongamentos, reflexão final com todos os jogadores e grito “Oh Gui”; e
- *Balneário*: momento de balneário (desequipar autonomamente).

Importa destacar que, a calendarização do *Oh Gui* é realizada de forma anual, estando os treinos previstos a serem realizados no espaço já mencionado. No entanto, uma vez ser ao ar livre, quando não se reuniam as condições climatéricas apropriadas para tal (uma vez esta ser uma população mais vulnerável), o treino ocorreu em contexto de ginásio (das instalações do Dramático de Cascais), sendo aqui trabalhadas as habilidades necessárias, quer em termos específicas da modalidade, quer de todos os restantes aspetos psicomotores, para um desenvolvimento mais eficaz em termos de capacidades para esta atividade, assim como da sua capacidade de tolerância à mudança de rotina e de adaptação a diferentes espaços e circunstâncias.

Assim, de uma forma geral, o apoio técnico e terapêutico realizado ao nível da intervenção psicomotora pela equipa da CerMov, visa, enquanto objetivos gerais, trabalhar as competências sociais (assiduidade; equipamento adequado; cuidado com o equipamento; motivação para a atividade; empenho na atividade); promover a capacidade de comportamento adequado a diferentes situações (tolerância à frustração; autocontrolo; ausência de comportamentos agressivos; comportamentos desajustados à situação); fomentar a capacidade de relação e interação (respeito pelo treinador; respeito pelos colegas; ajuda os colegas; pede ajuda); e promover as habilidades cognitivas relacionadas com a atividade (mantém a atenção à instrução; compreende as regras do jogo).

Toda a observação e avaliação relativa ao desempenho dos atletas foi realizada em Registos Individuais, quer em termos de capacidades técnicas, volitivas, físicas, entre outras específicas da Modalidade (ao cargo dos Treinadores), quer em termos do seu desenvolvimento pessoal e das relações interpessoais, sendo, portanto, este último

aspecto da responsabilidade da intervenção psicomotora, tendo por base os objetivos de intervenção e os resultados esperados previamente definidos.

#### **e) Surf na CERCICA – Surf Adaptado à Pessoa com DID**

Este projeto que surgiu no seguimento da participação dos clientes do CAO no batismo de surf realizado pela Fenacerci - RipCurl Pro 2010 e 2011. Com um balanço positivo, foram realizados os contactos com o Surfing Club Portugal, tendo daqui surgido a possibilidade de aulas para 5 clientes atendidos na resposta CAO da CERCICA.

O surf, ao ser um desporto individual é, ao mesmo tempo, uma modalidade que promove a disciplina, a solidariedade, o respeito pelo outro e pela natureza. Promove o aumento da autoconfiança e da confiança no outro, fomenta o aumento da autoestima, promove a capacidade de cooperação e de socialização, tendo igualmente contributos essenciais em termos psicomotores (concentração, autocontrolo, capacidade de decisão, disciplina e capacidade de liderança) (Rodrigues, 2012b).

Deste modo, esta é uma atividade que, na CerMov, pretende promover as habilidades psicomotoras gerais; potenciar as habilidades específicas do surf; promover a igualdade de oportunidades (independentemente das necessidades de apoio de cada pessoa); promover/manter as habilidades cognitivas dos atletas (relacionado com estratégias de deslizar nas ondas); proporcionar aos atletas a aquisição de hábitos de autodisciplina, persistência e companheirismo; desenvolver o sentido de disciplina, cooperação e lealdade.

Assim, o *Surf* passou a ser parte integrante das atividades anuais que a CerMov tem para oferecer aos seus clientes. Em termos de metodologia prática, esta é uma atividade semanal (3ª feira), realizada na Praia de S. Pedro do Estoril, com a participação de 1 instrutor de surf, 1 TSEER da CERCICA-CerMov (+ 1 Estagiária), 1 Voluntária da CERCICA e 1 motorista da instituição responsável pelo transporte. Durante o período de estágio, contou com a participação total de 6 clientes.

De forma geral, as sessões seguem uma estrutura-tipo, com três fases fundamentais e dois momentos de balneário/equipamento (momento de vestir fato de surf, no momento inicial e final início e final do treino) (ver Anexo 9 com *Estrutura-Tipo/Observações Gerais de Treino*):

- *Fase de Ativação Geral*: transporte das pranchas do espaço da escola de surf para o areal; trabalho de resistência muscular;
- *Fase Fundamental*: entrada na água, cada um com a sua prancha, de forma autónoma e mantendo as regras de segurança; trabalho de habilidades específicas da modalidade (trabalho de autonomia na prancha, alterando a posição do corpo, mantendo o equilíbrio; deslocamentos na água, através do movimento de remada alternada, efetuando mudanças de direção); e
- *Fase de Retorno*: saída da água (cada um transporta a sua prancha), passagem pelo chuveiro, e regresso ao espaço da escola de surf.

Importa destacar que, ao ser um projeto anual, em termos de calendarização este divide-se em três períodos de intervenção: de setembro a outubro, a atividade desenvolve-se no espaço natural (Praia de S. Pedro); de novembro a abril, a dinâmica é realizada em espaço de ginásio/piscina (espaços da CERCICA); de maio a junho, é feito o regresso à praia.

Assim, tal como no *Oh Gui*, toda a observação e avaliação é feita em Registos Individuais, quer em termos de capacidades específicas da modalidade (ao cargo do instrutor de surf), quer em termos do seu desenvolvimento pessoal, social e das

relações interpessoais, sendo, portanto, este último aspeto da responsabilidade da intervenção psicomotora. Assim, o foco desta intervenção direciona-se para as questões relacionadas com a autonomia pessoal nas entradas e saídas da água (cumprimento de regras de segurança, capacidade de reação de forma adequada perante imprevisibilidades), na prancha (regulação tónica, muscular e emocional na prancha, adequação da postura e manutenção do equilíbrio na posição de deitado e sentado e na passagem de uma posição para a outra), os deslocamentos na água (capacidade de planeamento e coordenação motora geral, capacidade de dissociação dos membros superiores), a satisfação com a atividade (sentimento de segurança na tarefa, domínio das aprendizagens, capacidade de transmitir as dificuldades sentidas ou a necessidade de apoio numa dada situação).

Neste sentido, em termos de intervenção, trabalhou-se sobretudo no sentido da adaptação das tarefas fundamentais da modalidade, através de estratégias utilizadas noutros contextos com esta população e que já têm vindo a ser referidas (e.g. reforço constante; feedback verbal; ajuda física e acompanhamento individualizado, quando necessário; instruções claras e diretivas), sendo o técnico um dos apoios essenciais, sobretudo numa fase de adaptação ao meio, ou, dependendo do estado do cliente nesse determinado dia, uma maior ou menos necessidade de ajuda para que as dificuldades sentidas nas diversas áreas (motora, cognitiva, emocional, social, emocional) fossem minimizadas e, assim, potenciado o seu desempenho, a sua realização pessoal e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

#### **f) Equitação Terapêutica**

Inicialmente participada enquanto atividade extra de observação, passou a fazer parte integrante da atividade de estágio, através do acompanhamento semanal dos clientes CAO que a frequentam, sempre com a supervisão da Fisioterapeuta responsável pela atividade.

Nesta abordagem terapêutica, destacam-se três valências de acordo com os objetivos terapêuticos de cada cliente e a autonomia e influência que esse tem sobre o cavalo, a saber:

- equitação terapêutica: objetivos psicomotores direcionados sobretudo para as questões cognitivas, emocionais e sociais (terapeuta enquanto técnico responsável, para trabalhar questões transversais aos diferentes contextos; montagem do cavalo em cela);
- hipoterapia: objetivos neuromotores, específicos e prioritários no processo de reabilitação terapêutica do indivíduo (abordagem clínica pelo fisioterapeuta, com o apoio de voluntários; montagem do cavalo sobre manta);
- equitação adaptada: objetivos desportivos, de lazer ou competição, para a aprendizagem das competências equestres; técnico responsável é o Equitador)

Esta atividade teve uma frequência semanal (6ª feira), decorrendo nas instalações da Associação Hípica Terapêutica (AHT), associada ao Real Clube Campo D. Carlos (Praia Guincho – Cascais). O grupo acompanhado sofreu, ao longo do tempo, algumas alterações em termos de composição, contando com um total de 8 clientes acompanhados.

Em termos de recursos humanos, a equipa conta com 1 fisioterapeuta (+ 1 Estagiária de Reabilitação Psicomotora), 3 monitores da CERCICA, 5 voluntários e 1 equitador da AHT, e ainda 1 motorista da instituição que realiza o transporte até ao local.

Assim, uma vez o trabalho desenvolvido pela estagiária se insira no âmbito da Equitação Terapêutica, a sessões, para cada um dos clientes, tinha a duração de 20 a 30 minutos, com o acompanhamento da mesma, enquanto responsável pelas

atividades e pelo cliente, uma voluntária da CERCICA (responsável por supervisionar o cliente) e uma voluntária da AHT (responsável pelo cavalo).

Em termos de estrutura-tipo, destacam-se três fases fundamentais em cada sessão (ver Anexo 10 com *Planeamento/Relatório de Sessão Tipo*):

- *Fase Inicial*: fase de aproximação ao cavalo (contacto através do toque nas diferentes partes do corpo do cavalo); montar o cavalo;
- *Fase Fundamental*: (1) tarefas de adequação tónica, equilíbrio, coordenação e dissociação de membros superiores; (2) exercícios de planeamento e coordenação motora, estruturação espacial, envolvendo as habilidades manipulativas e habilidades cognitivas, como a capacidade de associação (utilização de diverso material); e
- *Fase Final*: apejar o cavalo; despedida do cavalo (contacto através do toque nas diferentes partes do corpo do cavalo).

De uma forma geral, em termos de objetivos gerais destaca-se a promoção do desenvolvimento psicomotor (capacidade sensoriomotora e de integração sensorial, tonicidade, equilíbrio, esquema corporal, ritmos, orientação espaciotemporal, lateralidade, coordenação, agilidade motora), das capacidades pessoais (motivação, permanência e perseverança nas tarefas; autoconfiança; autoperceção; autonomia e iniciativa; concentração) e socioafetivas (ajustamento a outro contexto; entreaajuda, respeito, responsabilidade, colaboração e trabalho em equipa, confiança e autovalorização, autocontrolo emocional e comunicação).

As questões de perceção, o processamento sensorial e o CA, foram privilegiados; o cavalo é encarado como um forte centro de estimulação sensorial para músculos e articulações (sentido propriocetivo), tendo impacto no sentido de equilíbrio e movimento detetado pelos recetores sensoriais no ouvido interno (sentido vestibular) e promovendo uma série de experiências variadas em termos táteis (contacto com o cavalo através do toque). Assim, a fase inicial do maneio foi um dos aspetos que se tentou incluir nas sessões acompanhadas, com maior frequência.

Destaca-se ainda o papel que o técnico desempenhou enquanto figura de mediação e direção da comunicação (instruções claras para as tarefas, feedbacks), tendo sempre por base os objetivos individuais de cada cliente. Foi particularmente explorada e encorajada a utilização de linguagem não-verbal (e.g. toque no corpo do cavalo para que este ande, com as mãos, com os calcanhares).

Posto isto, parece importante destacar pontos transversais aos diferentes contextos de intervenção apresentados e considerados essenciais para que esta prática de estágio decorresse da forma mais positiva possível.

### **2.3.1. Aspetos Transversais aos Contextos de Intervenção – Organização, Estrutura e Estratégias de Intervenção**

- **O Planeamento e a Organização da Intervenção**

De uma forma geral, tal como referido, apesar da grande variabilidade de contextos de intervenção, existiram pontos comuns e transversais a todas as valências, nomeadamente no que respeita às questões do planeamento, da organização e estrutura das sessões, da escolha das atividades, da interação com o(s) cliente(s) e das estratégias mais eficazes relativamente à população apoiada.

Os Planeamentos Individuais foram adaptados à filosofia da instituição e procuraram responder às necessidades de cada um, avaliando aquilo que o cliente é capaz de fazer sozinho ou, no caso de não o ser, que tipo ajuda ele necessita para o conseguir

fazer, tendo sido definidos ou monitorizados (atividade continuada) objetivos individuais imediatos e mediatos.

A implementação de programas de coordenação entre família/instituição revelou-se uma mais-valia inquantificável em termos de aprendizagem e compreensão do caso, das perspetivas de cada um dos intervenientes, dos comportamentos e das diferentes necessidades que estes podem apresentar em diferentes contextos. Assim, a oferta de atividades procurou valorizar o papel social, sempre com o sentido da autonomia e da seleção de comportamentos úteis e funcionais. O planeamento foi, então, realizado sempre no sentido da priorização dos apoios, tendo em consideração as necessidades atuais e futuras da pessoa e da sua família, com base na avaliação e recolha do máximo de informação multicontextual.

Neste sentido, tendo em conta a dinâmica organizativa da equipa de trabalho em termos de PI's, optou-se sempre por fazer uma planificação mensal, estruturando os principais objetivos a trabalhar em cada mês, organizando-os de forma evolutiva em termos de aquisições psicomotoras e priorizando necessidades. Para além disso, semanalmente, todas as sessões eram planeadas, definindo sempre atividades potenciadoras dos objetivos específicos, estando, paralelamente, os objetivos gerais a ser promovidos.

Não obstante, este foi sempre um aspeto sujeito a reestruturações, quer imediatas (e.g. na sessão, em termos de atividades), quer ao longo da sessão (e.g. gestão temporal adaptada às características individuais), consoante o estado emocional da pessoa, a sua predisposição emocional, e o seu estado de saúde geral. Cabe, então, ao técnico encontrar estratégias de adaptação eficazes para cada situação, o mais rapidamente e adequadas possível. A título de exemplo, uma vez o tempo de permanência nas tarefas até ao seu término (dificuldade em realizar tarefa com um determinado objetivo e manter-se focado nesse objetivo até ser atingido) ser um dos pontos a desenvolver com este grupo-alvo, o aumento do apoio individualizado e dos feedbacks verbais e não-verbais, foi uma estratégia que se revelou positiva em todos os contextos, promovendo, de igual modo, a autoestima, autoconfiança e sentimento de segurança.

Para que este tipo de monitorização seja feito, a utilização dos registos individuais diários das observações realizadas ao longo de toda a sessão foram essenciais em termos de um planeamento individual mais direcionado para as reais necessidades, percebendo a evolução do caso, assim como para um maior controlo do sistema de apoios, que não deve ser estanque, estando sempre sujeito a uma sistematização periódica

Em termos de organização da sessão, apesar do tempo estipulado (variável entre os 30 a 45 minutos) e de se reunirem todos os recursos e estratégias necessárias para levar a cabo o plano delineado em cada um dos diferentes contextos, o respeito pelo tempo individual, pelo ritmo de cada um, quer em termos de compreensão e organização do pensamento, quer em termos de execução motora ou comunicação expressiva, foi a base de todas as sessões. Todavia, destaca-se que a frequência com que surgiram comportamentos de recusa ou de instabilidade geral, que inviabilizasse a realização das sessões foi mínima em comparação ao estado de motivação, interesse e empenho que os clientes mostraram nas suas atividades. O estado prazeroso com que estes se apresentavam nas sessões era comum, demonstrando vontade em prolongar o momento das tarefas.

Considerou-se essencial a utilização de rotinas de sessão, ou seja, momentos/fases fundamentais comuns a todas as sessões realizadas nos mesmos contextos (previsibilidade das sessões), de modo a promover a capacidade de consolidação das experiências sensoriais dos clientes que, paralelamente, desenvolvem as capacidades

de antecipação. Ou seja, através de uma maior organização espaciotemporal, a integração sensorial é mais eficiente, melhorando assim a capacidade de planeamento da ação motora e, conseqüentemente, dando origem a ações coordenadas e, portanto, comportamentos mais adaptados ao contexto em questão.

Para além disso, a própria organização do espaço (tanto em contexto de sala/ginásio, piscina ou outros extrainstituição), por estações ou por locais com determinadas funções específicas (e.g. banco do descalçar, colchão do retorno à calma) contribui para essa mesma organização interna e, conseqüentemente, para que, ao longo do tempo, se verificasse uma maior autonomia, sentido de iniciativa, regulação tónicoemocional nos momentos de transição entre tarefa, bem como para uma nova forma de intencionalidade comunicativa (muitas vezes não-verbal), ao dirigir-se para os diferentes espaços no sentido de demonstrar as suas vontades e/ou necessidades.

Assim, entendeu-se que o ambiente de experiência e aprendizagem deve ser o mais abrangente possível, sem restrições, mas equilibrando a quantidade de material e estímulos ao cliente/grupo em causa e aos objetivos trabalhados (e.g. em alguns casos foi essencial diminuir o número de elementos distratores, utilizando apenas o material necessário à tarefa, arrumando-o imediatamente após o seu término), arrumá-lo), devido às dificuldades de atenção que muitos apresentam.

- **As Atividades**

Uma das principais preocupações no planeamento das atividades era a consideração dos gostos e interesses dos clientes, de modo a encontrar um equilíbrio entre estes e os objetivos a trabalhar em termos das suas necessidades. Para isso, a CERCICA tem tido um papel essencial ao promover a capacidade de escolha e autorrepresentação de muitos dos seus clientes, ao ser-lhes dada a oportunidade de experimentar diferentes contextos, sem qualquer tipo de comprometimento, no sentido de um maior autoconhecimento e capacidade de decisão. Verifica-se que esta é uma medida essencial em termos de motivação, aumento do nível de participação e permanência nas tarefas.

Num sentido mais restrito e referente às atividades dinamizadas, procurou-se sempre a adequação cronológica e funcional aos clientes, no sentido de que cada atividade desenvolvida fomentasse capacidades e estratégias de resolução de situações-problema, no sentido do transfer, para uma adaptação aos diferentes contextos e situações com que esta diariamente se depara. Por outro lado, promoveu-se a repetição (variabilidade sistémica) e atentou-se no aumento do tempo nas tarefas, bem como na diminuição do tempo de transição.

Ainda que esta rotina estrutural seja importante, a introdução de novas tarefas, que desafiem a pessoa são cruciais para o seu desenvolvimento. Algumas foram as situações em que, com a sugestão de atividades diferentes (e.g. introdução de novas dinâmicas de relaxação) que envolviam material menos familiar, que requeriam a realização de movimentos e dinâmicas diferentes daquelas a que o cliente/grupo estavam habituados, provocou sentimentos de desconforto e comportamentos de recusa inicial. Estas situações foram rapidamente ultrapassadas, através do diálogo, da explicação dos objetivos da atividade, da demonstração, do reforço e da entajuda, sendo mesmo estas tarefas as mais ricas em termos de observação de capacidades anteriormente desconhecidas.

Na intervenção psicomotora, as atividades planeadas eram, portanto, estruturadas (embora flexível e sujeita às adaptações necessárias), incidindo no corpo, na experiência motora, no lúdico/recreativo e no jogo. O material utilizado foi o mais concreto possível e a utilização de música e ritmos associados a movimentos coordenados e cadenciados promoveram a motivação e a capacidade de estruturação rítmica e temporal.

As tarefas em grupo foram privilegiadas, em todos os âmbitos de intervenção, ao promoverem aquisições cooperativas e interativas, tendo a ênfase sido colocada na dinamização de atividades que promovessem a noção do eu e do outro, a resolução de problemas e conflitos (com a descoberta de novas possibilidades de ação e, assim, promover o seu CA), a capacidade expressiva, as habilidades sociais de trabalho de equipa e entreajuda, de cooperação/competição, independência e da interdependência, de respeito pelo outro e pelas regras.

O grupo, sempre heterogéneo na sua composição, necessitou que se adaptassem estratégias e atividades, através de apoios individualizados, estando os objetivos individuais a ser trabalhados. Para isso, procurou-se sempre fazer a distribuição do número de clientes por grupo de forma proporcional aos recursos/apoios disponíveis, para que, por um lado, se promovessem todas as questões do grupo anteriormente referidas e, por outro lado, ser possível dar um apoio técnico e terapêutico individualizado.

Foi essencial, para um desenvolvimento psicomotor positivo e eficaz, ter sido dado tempo e espaço a cada um dos clientes para desenvolver a sua capacidade expressiva e criativa, explorando uma vertente da sua vida que tantas vezes é posta de parte. Assim, sempre que possível, reservou-se um período da sessão, ou mesmo uma fase da intervenção para que a *atividade livre* surgisse num momento de descoberta de potencialidades desconhecidas (*dar a oportunidade para*). Inicialmente, verificaram-se maiores necessidades de apoio, que, progressivamente diminuíram, numa descoberta de si e das capacidades de resolução de situações-problema.

Assim, o momento final de algumas sessões era reservado para estas situações. Para além disso, é de destacar que nas atividades em contexto extrainstitucional, o ato espontâneo foi observado com maior frequência, sendo mesmo surpreendentes alguns comportamentos de interação, entreajuda, momentos comunicativos e de participação.

- **A comunicação e a relação**

Em termos comunicativos, importa, acima de tudo, encarar cada interação segundo uma perspetiva real, não subvalorizando as capacidades individuais; a pessoa surge sempre antes da dificuldade. A utilização de frases simples, o evitar conceitos abstratos, a abordagem de um tópico de cada vez, com questões de forma individualizada e estruturada, a decomposição/análise das tarefas, o certificar se a instrução foi compreendida, entre outros, revelaram-se estratégias eficazes para uma compreensão mais clara, sendo esta a base para que toda a ação motora consequente seja mais coordenada e praxica.

Para além disso, foi igualmente importante realizar oscilações no tom de voz, consoante o tipo de indicação ou feedback que está a ser dado, assim como adequar a postura, os gestos e toda a linguagem não-verbal, dando o máximo de sinais informativos para que a comunicação seja o mais eficaz possível.

Importa ainda destacar que durante todas as sessões, estes foram aspetos sempre presentes, potenciando a comunicação, assim como era reservado um momento inicial e final, no sentido de valorizar o que cada um sentiu, pensou e viveu. Nos casos onde a comunicação verbal era escassa, ou mesmo inexistente, este momento manteve-se, dando particular importância aos sinais não-verbais expressados.

Este é um processo que apenas é possível de concretizar após a criação, progressiva, de uma relação terapêutica baseada na empatia, na confiança e na segurança, nunca descurando a importância da gestão da proximidade e da relação, no geral, com cada um dos clientes.

Para além disso, esta relação e comunicação deve ser feita não apenas com o cliente, mas de igual modo com os seus significativos. Assim, em qualquer um dos contextos

ou com qualquer um dos grupos/clientes, o envolvimento da família foi um ponto-chave da intervenção, tanto através de conversas informais pós-sessão (e.g. dúvidas e questões de que tipo de tarefas podiam ser levadas a cabo em casa, para da continuidade ao trabalho desenvolvido nas sessões), quer através de reuniões formais (com família e técnicos). Para além disso, promoveu-se de igual modo o envolvimento da família em eventos ou torneios abertos à comunidades que são desenvolvidos ao longo do ano (e.g. Torneio *Oh Gui*).

Cabe ao mediador terapêutico proporcionar ao cliente a vivência plena dos seus direitos, mas, por outro lado, exigir o cumprimento de deveres que igualmente lhe estão afetos, colocando ao seu dispor os recursos necessários para tal. Assim, responsabilizar cada um pelos seus atos, explicitar regras de forma clara ou realizar contratos de consequências foram estratégias que se revelaram positivas em termos de autorresponsabilização, autodisciplina e autoestima.

Ser empático, disponível, paciente, recetivo e assertivo. Caminhar no sentido da coesão, da proximidade, da segurança e confiança desta relação, para que, progressivamente, comportamentos de dependência (e.g. funcional, afetiva, social) sejam minimizados, trabalhando a autonomia e o espírito de iniciativa. Reforçar os pontos positivos e ajudar numa construção de um *Eu* mais positivo e funcional, porque a capacidade, muitas vezes, sempre esteve lá, faltavam apenas as oportunidades e os apoios para que esta se revelasse.

Concluída a apresentação geral de todas as fases de intervenção e realizada a reflexão acerca das aprendizagens adquiridas, em seguida serão apresentados, de forma mais específica, os caso alvo de estudo ao longo deste estágio.

### **3. Estudos de Caso**

Os estudos de caso apresentados neste capítulo foram selecionados de entre os clientes acompanhados desde a primeira fase de intervenção do estágio curricular. Como principal fator de seleção considerou-se a oportunidade de ser possível acompanhá-los em diferentes contextos e/ou dinâmicas de sessão (individual/grupo).

Para avaliar os dois casos apresentados no presente relatório, relativamente aos quais foram recolhidos os dados e, posteriormente, planeada a intervenção a realizar, foram elaborados 2 protocolos de avaliação relativos a contextos distintos: a *Checklist de Observação em Meio Aquático* (utilizados para ambos os casos em estudo) e a *Checklist de Observação do Comportamento Adaptativo* (utilizada apenas para um dos estudos de caso). Seguidamente serão apresentadas as descrições destes instrumentos.

#### **3.1. Protocolos de Observação e Avaliação dos Estudos de Caso**

##### **3.1.1. Checklist de Observação em Meio Aquático**

Uma vez que o meio aquático surge como um dos contextos de intervenção privilegiado no âmbito desta prática de estágio, considerou-se pertinente, tendo em consideração os objetivos do presente trabalho, a construção e o desenvolvimento de uma *Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático* (Anexo 11), com o objetivo de observar, avaliar e, posteriormente, intervir com os estudos de caso em questão.

Assim, numa primeira fase, procedeu-se à pesquisa e recolha de uma série de documentos que permitissem ter uma visão completa de domínios a avaliar relativamente ao comportamento psicomotor no meio aquático. De acordo com a literatura ao longo dos últimos anos de investigação nesta área, a avaliação e observação em meio aquático deverá ter em consideração uma série de aspetos relativos às habilidades motoras básicas neste meio, uma vez que os aspetos

avaliados se deverão organizar de uma forma progressiva, desde uma primeira fase de familiarização, passando pela aquisição das habilidades aquáticas básicas, que permitem a descoberta do meio, em função do espaço (relação corpo/água) e da estruturação rítmica, incluindo as habilidades do equilíbrio (incluindo flutuação e rotações), propulsão (incluindo saltos), respiração e manipulações (incluindo lançamentos e as receções) (Barbosa, 2001). Sarmiento (2001) corrobora esta informação, referindo a respiração (inspiração/expiração), o equilíbrio (apoio e posturas) e o deslocamento (propulsão), como ações motoras básicas na adaptação ao meio aquático, para que, posteriormente, sejam trabalhadas outras habilidades e desenvolvido o potencial psicomotor da pessoa. Pois tal como Lambeck e Gamper (2010) afirmam, a pessoa, ao adquirir a capacidade de manter ou mudar a posição do corpo de forma controlada, passa a ter capacidade de responder de uma forma mais flexível às diferentes situações, estímulos e tarefas, através de movimentos mais autónomos, independentes e eficientes, tanto no meio aquático, como nas restantes situações e contextos da sua vida.

Neste sentido, e tendo em consideração a população-alvo em estudo, considerou-se necessário pesquisar mais acerca da adaptação ao meio aquático na pessoa com dificuldades. Ainda que, de forma geral, os grandes domínios a considerar sejam transversais a qualquer grupo populacional, recorreu-se a bases de fundamentação teóricas e empíricas de metodologias já utilizadas, como é o caso do Método de Halliwick, o qual, tal como já tem vindo a ser referido, estrutura a aprendizagem em meio aquático numa dinâmica progressiva de estágios, desde o *Ajustamento Mental* (que reflete a capacidade de flexibilidade de resposta da pessoa perante diferentes ambientes, situações ou tarefas, sendo este aspeto, numa fase inicial, essencial para que, progressivamente, a pessoa seja capaz de responder de forma automática, independente e apropriada às diferentes situações do meio aquático), passando pelo *Controlo do Equilíbrio* (capacidade que a pessoa tem de manter ou alterar a sua posição dentro de água, de uma forma controlada, sendo que, numa fase inicial, a quantidade de movimentos e o esforço realizados será bastante superior em comparação com fases posteriores, depois de terem sido expostos a uma série de novas experiências no meio aquático, sempre em busca de um controlo de movimentos mais eficiente), até ao *Movimento* (capacidade de produzir os movimentos desejados de forma eficiente, para atingir um determinado objetivo, implicando, por um lado, organização mental e, por outro, capacidade de controlo motor). Para além de todos os fundamentos que este método encerra na sua prática, a sua abordagem holística fornece, de igual modo, uma série de aspetos que a intervenção psicomotora adota, sobretudo, as questões relacionadas com a motivação, o desafio, as atividades e o jogo, o grupo e as interações (Lambeck e Gamper, 2010).

Posto isto, é essencial que, aquando de um processo de observação e avaliação em meio aquático da pessoa com DID, se tenha em consideração a fase de autonomia e independência (motora e intelectual) em que a pessoa se encontra, através de dados como o seu estado tónico-emocional ou a necessidade de apoio físico e verbal. Para além disso, perceber também o tipo de controlo rotacional que a pessoa tem do seu corpo (controlo mais dinâmico), relativamente aos diferentes eixos corporais, refletindo as suas aquisições até ao momento e à sua confiança no meio aquático, assim como a sua capacidade de flutuar de forma calma e relaxada (equilíbrio no repouso), são tudo aspetos essenciais que tanto dependem do controlo intelectual, como motor e que apenas quando estas questões estiverem devidamente consolidadas é que outras atividades mais complexas serão desenvolvidas muito mais facilmente e de uma forma mais eficiente (Lambeck e Gamper, 2010).

Para além disso, considera-se crucial uma avaliação (tanto inicial, como contínua, de sessão para sessão) da *Função de Controlo Respiratório*, essencial em termos de segurança e adaptação ao meio (e.g. facilita o controlo cefálico, reduz o risco de perda

de equilíbrio), assim como das *Funções do Tônus Muscular*, uma vez que as funções de regulação tónica estão constantemente a ser solicitadas, devido à quantidade de movimentos rotacionais facilitados pelos efeitos da pressão homeostática de uma forma progressiva e contínua. Assim sendo, através destes domínios, é possível, por um lado, observar um dos aspetos psicomotores mais básicos e essenciais da pessoa – o fator base: a tonicidade – que reflete a capacidade de perceção e o processo de integração da informação quinestésica pelo Sistema Nervoso Central, essencial em termos de adaptação da plasticidade neuronal (Lambeck e Gamper, 2010).

Após a pesquisa realizada, procedeu-se, então, à elaboração de um documento que abrangesse itens de avaliação dos diferentes domínios (de vários instrumentos de avaliação em meio aquático), sustentados por bases teóricas devidamente fundamentadas resultando da aglutinação de vários itens de avaliação em meio aquático já existentes e mais apropriados aos estudos de caso em questão, com o objetivo de abarcar os campos pertinentes para o desenvolvimento de um processo de Intervenção psicomotora mais completo. Assim, destacam-se:

- **Ficha de Avaliação baseado no Método Halliwick** (Lambeck e Gamper, 2010) - tendo em consideração os fundamentos da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que inclui os domínios da função respiratória, alteração e manutenção de posições básicas, função dos membros (movimentos de praxia fina) e transporte de objetos;

- **Ficha de Avaliação Inicial no Meio Aquático** (Varela, 1986) - relativamente à área da prática da natação pela pessoa com dificuldades, cujos principais domínios de avaliação dizem respeito às questões da respiração, equilíbrio, controlo rotacional e propulsão;

- **Checklist de Observação Psicomotora no Meio Aquático para crianças com Perturbações do Espectro do Autismo** (Freitas, 2012) - desenvolvida em trabalho de mestrado pela Faculdade de Motricidade Humana e publicada na livraria online de terapia aquática da EWAC Medical; embora os seus itens digam particularmente respeito às crianças com autismo, alguns dos itens foram adaptados aos estudos de caso em questão, sobretudo os referentes às questões relacionadas com a adaptação ao meio aquático e comportamento (interação social, comunicação);

- **Ficha de Avaliação do Comportamento no Meio Aquático** (Matias, Vieira e Giro, 2001) – que abrange uma série de domínios, organizados de forma progressiva de aquisição das competências essenciais ao comportamento em meio aquático (desde a desinibição inicial no meio aquático, entradas e saídas da piscina, equilíbrio e flutuação, função respiratória, movimentos ativos dentro de água, grau de interação). Para além disso, destaca-se ainda o tipo de cotação, sobretudo em termos de especificação do tipo de realização ter sido concretizada com Sucesso ou Insucesso e, para além disso, que tipo de realização (e.g. espontânea ou independente) e, no caso da necessidade de apoio, qual o necessário para que determinada tarefa seja concretizada (e.g. ajuda verbal, ajuda verbal com demonstração), tendo este sido um aspeto a ser considerado na construção da presente Checklist.

Assim sendo, resultaram desta aglutinação os domínios: “Autonomia Pessoal no Meio Aquático”, “Familiarização com o Meio Aquático”, “Entradas e Saídas da Piscina”, “Equilíbrio e Flutuação no Meio Aquático”, “Rotações em Meio Aquático”, “Função Respiratória (inspiração, expiração e apneia)”, “Imersão”, “Deslocamentos (Vertical, Horizontal e Movimentos Propulsivos)”, “Grau de Interação (com o Técnico, Pares e em contexto de Jogo)”, “Comunicação (linguagem recetiva/compreensiva e expressiva)”, “Fatigabilidade” e “Participação e Dinâmicas de Sessão”. Importa ainda referir que este documento tem reservado um espaço para Observações (e.g. comportamento tónico na água), desempenhando um papel igualmente essencial em termos de avaliação psicomotora do tipo qualitativo.

De uma forma geral, os primeiros 9 domínios (Unidade I) fornecem as informações mais direcionadas para as habilidades de adaptação ao meio aquático, contribuindo para um processo de ação interventiva mais seguro, adaptado e eficaz, enquanto que os restantes 3 domínios (Unidade II) se referem a questões mais comportamentais, de interação, relação e envolvimento com os par(es), técnico(s), objetos e espaço, aspetos igualmente importantes numa abordagem holística do Ser.

No que diz respeito aos Critérios de Cotação, todos os domínios da Checklist são cotados da mesma forma, numa dinâmica dicotómica de “Sim” (caso o comportamento se verifique na maioria das sessões) ou “Não” (quando o comportamento não foi nunca observado, mesmo com a utilização das diferentes estratégias), tendo para isso sido atribuídos valores de 1 e 0, respetivamente, de acordo com o desempenho. Poderão ser obtidos os valores totais de cada um dos domínios (soma de cada item), apenas para uma questão de comparação quantitativos entre o momento de observação inicial e final.

Não obstante, importa referir que o espaço dedicado às “Observações” desempenha um papel igualmente importante em termos de Avaliação, uma vez que importa especificar, sempre que o comportamento não seja realizado de forma independente e autónoma, por iniciativa própria, o tipo de apoio necessário para que o mesmo se verifique: “Ajuda Verbal” (AV) (instrução inicial, acompanhada de reforço verbal constante, em cada uma das fases da tarefa), “Ajuda Verbal Com Demonstração” (AV+) (recurso a reforço verbal e visual (ação por imitação do modelo), “Ajuda De Flutuadores” (AFL) (auxílio de flutuadores colocados e/ou utilizados pelo indivíduo (e.g. rolos, pranchas,...), para permitir uma maior liberdade de movimentos), “Ajuda Física” (AF) (mesmo após o indivíduo tentar realizar a tarefa (podendo já ter sido utilizadas as estratégias anteriores de instrução, por exemplo), é necessária a modelação do movimento, através das informações tátiloquinestésicas que o indivíduo experencia).

Com isto pretende-se que todas estas especificações sejam consideradas aquando do processo de avaliação inicial e final, uma vez que, como objetivo, perspetiva-se uma redução destes apoios, de modo a que, retirados sistematicamente, o indivíduo seja capaz de realizar as tarefas da forma mais autónoma possível.

Em termos de Procedimentos de Aplicação, deve ser privilegiada a observação direta do indivíduo no contexto de meio aquático, por parte de um profissional da área da intervenção psicomotora, sendo que a importância dos aspetos avaliados se centra no desempenho e, tal como nas avaliações do CA, na qualidade da performance, e não apenas do produto.

A partir desta função avaliativa, que permite observar e verificar os aspetos relativos à adaptação ao meio aquático, percebendo áreas forte e áreas a potencializar, perspetiva-se uma melhor compreensão do perfil psicomotor global da pessoa e a conseqüente planificação de uma intervenção a realizar no meio aquático, proporcionando ainda a possibilidade de monitorização contínua dessa mesma intervenção.

### **3.1.2. Checklist de Observação do Comportamento Adaptativo**

Numa primeira fase, procedeu-se à pesquisa e recolha de testes de avaliação possíveis de serem utilizados com a população em questão e que permitissem avaliar um leque variado de domínios relativos ao CA. Não obstante, percebeu-se que seria necessário criar um documento único e adaptado aos estudos de caso em questão, conforme a sua faixa etária e características contextuais, aglutinando o máximo de informações pertinentes.

A Checklist de Observação construída (Anexo 12) teve como base a *Escala do Comportamento Adaptativo – versão Portuguesa* (ECAP). Enquanto instrumento de avaliação do CA, a ECAP surgiu, portanto, para avaliar a competência adaptativa. Esta foi adaptada à realidade portuguesa, por Santos e Morato em 2004, e posteriormente, validada por Santos em 2007, tendo sido ajustados alguns dos seus itens, enquanto resultado da análise das observações provenientes de uma série de investigações empíricas, relativamente aos diferentes componentes do CA (Santos, 2001; Santos e Morato, 2007).

Neste sentido, a ECAP é um instrumento de avaliação, de referência à norma, que avalia os comportamentos (intensidade e frequência) do indivíduo, com e sem DID, dos 6 aos 60 anos (Santos et al., 2008; Santos e Morato, 2012a). Tem como objetivo principal avaliar a independência pessoal e comunitária da pessoa, bem como a sua performance e ajustamento social diários, através da adoção de comportamentos ajustados ao contexto e ao escalão etário onde está inserido (Lambert et al., 1993; Santos, 2007).

Assim, em termos estruturais, a ECAP encontra-se dividida em duas partes: Parte I - relacionada com a avaliação da independência pessoal e habilidades necessárias em termos de autonomia e responsabilidade quotidiana (domínios da *Autonomia, Desenvolvimento Físico, Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem, Números e Tempo, Atividade Doméstica, Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização*); e a Parte II referente a comportamentos sociais relevantes na manifestação de problemas de personalidade e comportamento (domínios do *Comportamento Social, Conformidade, Ser ou Não Merecedor de Confiança, Comportamento Estereotipado e Hiperativo, Comportamento Sexual, Comportamento Autoabusivo, Ajustamento Social e Comportamento Interpessoal com Perturbações*). A partir destes diferentes domínios, é ainda possível edificar cinco fatores: Autossuficiência Pessoal, Autossuficiência a Comunidade, Responsabilidade Pessoal e Social (constituídos pelos itens dos domínios da Parte I), Ajustamento Pessoal e Ajustamento Social (compostos pelos domínios da Parte II) (Santos, 2007; Santos e Morato, 2007, 2012a).

No que diz respeito à Cotação, esta pode ser feita relativamente aos domínios (soma dos valores de cada item desse domínio) e aos fatores. No que respeita à Parte I, uma parte das afirmações está organizada relativamente à dificuldade (complexidade crescente), sendo que deverá ser sempre assinalado o nível máximo que o sujeito é capaz de atingir; as restantes afirmações seguem uma dinâmica dicotómica (sim/não), em relação à capacidade da pessoa realizar a tarefa com sucesso, ou não. A Parte II, relativa à frequência com que determinados comportamentos ocorrem, os itens são cotados numa escala do tipo *Likert* com três níveis ((0)=nunca; (1)=ocasionalmente; (2)=frequentemente), sendo 0 o valor ótimo, significando que o comportamento desajustado nunca ocorreu (Santos e Morato, 2012a); utilizando a linha de orientação da ECAP, ficou definido que “nunca”, o comportamento não foi observado uma única vez, “ocasionalmente” ocorre, pelo menos, 3 vezes por semana, e “frequentemente”, ocorre várias vezes ou habitualmente mais de 3 vezes por semana. Não obstante, os resultados deverão ser, preferencialmente, analisados de forma qualitativa, item a item, de modo a que seja possível uma avaliação mais específica e individual de cada caso, relativamente ao seu próprio contexto.

Em termos de Procedimentos de Aplicação, deve ser privilegiada a observação direta do indivíduo nos seus múltiplos contextos, por parte de um profissional com o devido conhecimento do instrumento e de toda a filosofia inerente ao CA. Caso tal não seja possível, o processo deverá passar pela entrevista a um terceiro que melhor conheça/mais contacte com a pessoa e que tenha formação em relação ao processo de administração da escala e do processo de avaliação formal. A escala deve ser preenchida apenas com uma fonte de informação, privilegiando a objetividade, sendo

que a tónica deverá ser sempre colocada na qualidade da performance, e não apenas do produto (Santos e Morato, 2007, 2012a).

A partir desta função avaliativa, que permite perspetivar áreas forte e áreas a potencializar, a ECAP tem um contributo essencial em termos da criação do perfil individual da pessoa e da conseqüente planificação da intervenção a realizar (Plano Habilitativo sempre de acordo com a idade e grupo sociocultural), proporcionando ainda a possibilidade de monitorização dessa mesma intervenção (Lambert et al., 1993; Santos e Morato, 2007). Em termos práticos, é um instrumento suplementar de diagnóstico, funcionando em complementaridade com outros (e.g. testes de avaliação do QI) (Santos e Morato, 2012a).

Importa ainda referir que, uma vez as características individuais do caso em questão e a estreita relação entre as questões do CA e tudo aquilo que está na base para o seu sucesso ou para as dificuldades sentidas pelo indivíduo com DID nesta área, considerou-se essencial introduzir alguns itens referentes à questão percetiva e de processamento sensorial, sobretudo no que diz respeito às questões relacionadas com o tónus, movimento e postura, desenvolvimento sensorial (processamento auditivo, visual, vestibular e tátil) e da forma como a modulação dos inputs afeta as respostas emocionais e o nível de atividade, assim como todas as questões associadas ao comportamento e resposta emocional, indo ao encontro do avaliado pela ECAP, na sua segunda parte, tal como já referido anteriormente.

Concluída a apresentação dos Protocolos de Avaliação elaborados, seguidamente serão apresentados e expostos todos os procedimentos da intervenção psicomotora levada a cabo com os dois estudos de caso, durante a prática de estágio.

## **3.2. Apresentação dos Estudos de Caso**

O presente estudo foi realizado com duas clientes da CerMov, uma cliente externa (V.H.) e uma cliente interna (C.G.). Todos os requisitos éticos inerentes a um estudo deste cariz foram tidos em consideração.

Importa referir, de forma geral que toda a intervenção foi planeada de acordo com as suas principais necessidades individuais, adaptando, por um lado, os objetivos traçados e as atividades à dinâmica já desenvolvida até então na instituição, numa perspetiva de continuidade do trabalho desenvolvido, e, por outro lado, através dos dados recolhidos pela avaliação formal e informal, dar um novo contributo para este processo.

Seguidamente serão apresentados os estudos de caso, assim como todo o planeamento, intervenção, processo de avaliação e resultados obtidos na Intervenção psicomotora desenvolvida nesta prática de estágio. A estrutura desta exposição difere de caso para caso, uma vez o seu vínculo com a instituição ser distinto, assim como o período de intervenção ter sido diferente.

### **3.2.1. Estudo de Caso I - V.H.**

#### **3.2.1.1. Caracterização da Cliente**

A V.H., de 10 anos (16 de setembro de 2003), é uma menina bonita, meiga, sorridente e carinhosa com os outros (principalmente familiares e pessoas mais próximas), sendo expressiva e afetuosa (sobretudo de forma não-verbal), procurando a comunicação com o outro de forma espontânea; no entanto, com as pessoas que não conhece, não permite a aproximação e o contacto de forma imediata. Apresenta comportamentos de dependência afetiva e emocional das suas figuras de referência (e.g.: mãe; técnica, em contexto de sessão). É uma criança interessada e motivada para as atividades em geral, embora o seu desempenho nas tarefas se encontre limitado, devido a algumas dificuldades de concentração nas tarefas e a condutas de teimosia.

Vive com os pais e 3 irmãos (2 irmãos mais velhos e 1 irmã mais nova). A gravidez da V. foi tranquila, sendo uma gestação de 38 semanas, sem problemas de saúde e sem complicações durante o parto (cesariana). Nasceu com 3.300kg e um *Índice de Apgar* de 5 ao 1ºmin e 10 ao 5ºmin. O pós-parto ocorreu igualmente sem nenhuma situação a registrar.

Ao longo do seu desenvolvimento, a V.H. teve varicela, meningite, apresentando, desde cedo sintomatologia de asma, convulsões e episódios de epilepsia, mantendo-se este historial no momento atual. Em termos psicomotores, apenas aos 12 meses é que se sentou sozinha, iniciando a marcha autónoma aos 2 anos e 3 meses, subindo escalas sozinha aos 3 anos. Apresenta alterações estruturais ao nível de ambos os pés (problema musculoesquelético). Embora controle os esfíncteres, tem enurese noturna. No que respeita à linguagem e comunicação, e sem problemas auditivos ou de comunicação, as suas primeiras vocalizações surgiram ao primeiro ano de idade, bem como a sua primeira palavra (“mãe”); atualmente, a V.H. utiliza gestos próprios, associados à verbalização da primeira sílaba da palavra enquanto sistema alternativo de comunicação. Desde cedo apresentou problemas ao nível da mastigação, aspeto relacionado com as alterações que apresenta ao nível da sua motricidade oro-facial.

Atualmente a terapia farmacológica a que está a ser sujeita destina-se à sua condição de epilepsia.

Em relação ao seu percurso académico, a V.H. frequentou a creche *A Xururuca* desde o primeiro ano de idade até aos 5 anos (2008/2009). Em 2007, foi sujeita a uma avaliação por parte da equipa de educação que a acompanhava, da qual resultou um relatório que referia a existência de algumas dificuldades em termos do seu desenvolvimento global, sendo sugerida a necessidade de continuar a beneficiar de apoio educativo pela Intervenção Precoce, assim como de Terapia da Fala e Psicomotricidade. No ano letivo de 2009/2010, foi aplicada a CIF-CJ, pelo Agrupamento de Escolas da Alapraia, da qual resultou o Programa Educativo Individual (PEI), passando a beneficiar de um Apoio Pedagógico Especializado, com adequações no processo de ensino-aprendizagem. No ano letivo de 2010/2011, integrou o colégio *Os Aprendizes*.

No que concerne aos apoios terapêuticos, a V. é acompanhada pela Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Hidroterapia desde o início da idade escolar. Relativamente ao seu acompanhamento em Hidroterapia (individual), na CERCICA, este data do final do ano de 2008, até à data, passando em 2010 a ser prestado pela TSEER que atualmente ainda a acompanha. No ano letivo 2011/2012, a V.H. passou a beneficiar de Plano de Intervenção pela *Casa das Cores – Reino dos Sentidos* (núcleo de apoios e arteterapias d’*Os Aprendizes*, dirigida, sobretudo, para os alunos com Necessidades Educativas Especiais), contando com uma série de atividades de enriquecimento curricular (e.g. psicomotricidade, expressão musical, expressão plástica, yoga, arteterapia).

Atualmente, beneficia de um currículo adequado às suas necessidades e do apoio diário da Professora de Ensino Especial. Três horas do seu dia escolar são passadas na *Casa das Cores*. Em termos de apoios terapêuticos, a V. tem sessões diárias de Terapia da Fala e sessões bissemanais de Intervenção Psicomotora e Hidroterapia (uma sessão individual e outra em grupo).

De uma forma mais específica e relativa ao seu desenvolvimento psicomotor, embora os marcos do seu desenvolvimento infantil se insiram dentro dos parâmetros mais ou menos esperados, a V. foi apresentando alguns sinais de dificuldades no desenvolvimento psicomotor, destacando-se, em termos neurossensoriais, um tônus muscular elevado (trabalhado durante as sessões de relaxação muscular); no equilíbrio, a V. tem apresentado progressões em todo o tipo de deslocações em diferentes planos, necessitando de alguma ajuda física em situações de maior

desequilíbrio que envolvam objetos (e.g. bancos, trave); a sua lateralidade, manual e podal, encontra-se já definida (direita); identifica as partes do próprio corpo e do corpo do outro, sendo capaz de reproduzir sequências de movimentos simples; em termos de estruturação espaciotemporal explora os espaços de forma consciente e autónoma, ritmos simples e conceitos temporais; a sua motricidade global tem apresentado evoluções crescentes, sobretudo nas manipulações de bolas e outros objetos, assim como a sua motricidade fina (pega tripode do lápis, com auxiliar de escrita), na realização de grafismos e de outras tarefas que exijam coordenação óculo-manual. De uma forma geral, a V. participa e permanece nas tarefas das sessões, apresentando uma boa capacidade compreensiva e revelando intencionalidade para a comunicação (verbal ou por gestos) com as pessoas suas conhecidas verbalizando mais palavras e inventando gestos para expressar os seus gostos e desejos.

### 3.2.1.2. Procedimentos

Os procedimentos de avaliação obedeceram aos critérios éticos, tendo sido entregue à família e, posteriormente assinado, um documento explicativo do tipo de ação desenvolvida pela Estagiária na CERCICA-CerMov e respetivos objetivos de Estudo de Caso, assim como o consentimento informado (Anexo 13), em como todos os dados recolhidos e tratados serão confidenciais e utilizados apenas para fins académicos.

Após consentimento informado, procedeu-se à recolha de dados para efeitos de Avaliação Inicial e Final da V., passando pela aplicação da Checklist de Observação (*Checklist de Observação em Meio Aquático*) construída pela Estagiária, com base na revisão da literatura e em informações (anteriores) obtidas por anamnese. O instrumento de avaliação foi aplicado por observação direta, em contexto de meio aquático (sessões de hidroterapia individual e em grupo), em dois momentos distintos da intervenção: avaliação inicial (janeiro de 2014) e avaliação final (maio de 2014).

Com base na análise dos resultados obtidos por avaliação, foi realizado um estudo mais aprofundado do caso, no sentido de um conhecimento mais completo e holístico, para, posteriormente, se definirem objetivos de intervenção efetivos e dirigidos às reais necessidades da V.H. A tabela 2 apresenta, então, o seu perfil psicomotor intraindividual (áreas fortes e a desenvolver), decorrentes da avaliação inicial realizada, numa tentativa de se perceber as suas necessidades em termos de apoio e que podem ajudar nas atividades da sua vida diária.

Tabela 2 - Perfil de Desenvolvimento no Meio Aquático (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver) (Estudo de Caso I)

ÁREAS FORTES	ÁREAS A DESENVOLVER
Autonomia nas Rotinas de Entrada e Saída	Equilíbrio e Flutuação
Familiarização com o Meio Aquático	Imersão
Entradas e Saídas da Piscina	Rotações
Deslocamentos Verticais	Função Respiratória
Interação com o Técnico	Deslocamentos Horizontais
Interação com os Pares	Movimentos Propulsivos
Comunicação	Interação com novos elementos
	Interação no contexto de jogo
	Autonomia nas tarefas
	Participação (permanência nas tarefas)

Destacam-se ainda como facilitadores para a intervenção em meio aquático com a V.H., a sua motivação, participação, sentido de comunicação, interesse e espírito de iniciativa para a realização das atividades, quer individualmente, quer em conjunto com o seu par; para além disso, o seu grau de autonomia e independência nas entradas e saídas da água, assim como o seu nível de familiarização com o contexto são igualmente domínios fortes e essenciais para que todo o posterior desenvolvimento seja trabalhado e atingido com mais eficácia e sucesso.

### 3.2.1.3. Programa de Intervenção Psicomotora em Meio Aquático

Importa destacar que, tal como já referido, uma vez que o serviço de organização dos apoios aos Clientes Externos na CerMov tem o seu início de período anual em setembro, as avaliações e reavaliações iniciais têm lugar 8 sessões após a primeira sessão desta etapa, a Estagiária teve a oportunidade de estar presente no momento de reavaliação inicial da V.H. e organizar a sua própria avaliação, a partir do trabalho desenvolvido até ao momento e dos objetivos anteriores ainda a trabalhar, de modo a dar continuidade aos objetivos traçados para o ano letivo em questão.

Assim, após o estabelecimento do perfil intraindividual, foram, então, delineados os objetivos de intervenção (gerais e específicos) e principais estratégias, nomeadamente ao nível dos aspetos funcionais e de autonomia no meio aquático (consultar PI no Anexo 14), assim como das questões relacionadas com as competências pessoais e sociais (ver tabela 3), destacando-se o caráter reajustável ao longo de todo o processo interventivo, sempre que seja verificada essa necessidade, de acordo com as observações e processo de avaliação contínua que é realizada.

Tabela 3 - Objetivos Gerais de Intervenção em Meio Aquático (Estudo Caso I)

Objetivos Gerais de Intervenção
<b>I. Competências de Autonomia no Meio Aquático</b>
• Promover a participação e permanência nas tarefas;
• Melhorar o Equilíbrio Vertical e Horizontal (Decúbito Ventral e Decúbito Dorsal);
• Promover a capacidade de Controlo Respiratório;
• Potenciar a autonomia na Imersão;
• Potenciar os Deslocamentos Autónomos em Decúbito;
• Melhorar a coordenação motora dos Membros (força; habilidades de manipulação).
<b>II. Competências Pessoais e Sociais</b>
• Potenciar a autonomia durante as tarefas realizadas na sessão;
• Potenciar a capacidade de reconhecimento das suas capacidades funcionais (perceção do <i>Eu</i> );
• Promover o sentimento de segurança (consigo mesma e com o outro);
• Fomentar a capacidade de interação espontânea em grupo.

A Intervenção Psicomotora Autónoma com a V. teve início a 13 de janeiro, tendo a última sessão sido dinamizada a 28 de maio, perfazendo um total de 32 sessões em meio aquático. Em termos de assiduidade, a V. participou em 31 sessões das totais previstas. As sessões eram realizadas semanalmente, às segundas (individual) e quartas-feiras (grupo), com duração de 30 e 45 minutos, respetivamente.

De uma forma geral, as sessões seguiram uma estrutura do tipo (ver Anexo 15 com *Plano Sessão Tipo*):

- *Fase Inicial*: diálogo inicial (para compreender o estado da V. nesse dia, contar algum acontecimento relevante do seu dia) e rituais de entrada na piscina;
- *Fase Fundamental*: (1) atividades para a promoção das habilidades de adaptação ao meio aquático (equilíbrio vertical e horizontal, controlo respiratório, imersão, deslocamentos e coordenação motora geral); (2) tarefas de jogo e interação com o outro (mediatizado ou espontâneo) (na sessão de grupo, com o par; na sessão individual, com Estagiária), trabalhando as questões psicomotoras, cognitivas, emocionais, comunicativas, de participação e de respeito pelas regras;
- *Fase Final*: diálogo final (para compreender o estado da V. após a sessão) e rituais de saída piscina (pelas escadas, de forma autónoma).

### 3.2.1.4. Apresentação e Análise dos Resultados

Toda a discussão de resultados obtidos foi realizada com referência a critério e os resultados analisados de acordo com parâmetros qualitativos. Os resultados da grelha de observação foram sujeitos a uma análise item a item, tendo em consideração todos os registos (quantitativos e qualitativos/observações), para o estabelecimento do perfil psicomotor e posterior elaboração dos objetivos a trabalhar no âmbito do seu Plano de Intervenção Individual.

A apresentação dos resultados em seguida refere três valores principais: a *Pontuação Obtida na Avaliação Inicial*, a *Pontuação Obtida na Avaliação Final* pela V.H. nos diferentes domínios e ainda a *Pontuação Máxima* possível de ser obtida em cada domínio.

#### **Unidade I – Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático**

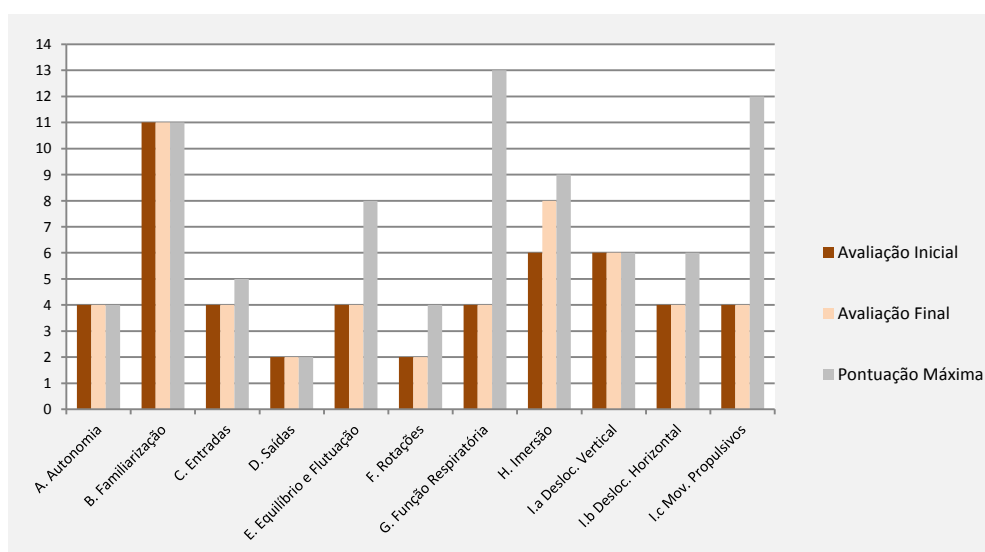


Figura 5 - Total de Pontuações obtidas pela V.H. nas Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático

Como é possível verificar na figura 5, em termos de Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático, verifica-se uma manutenção ou melhoria em todas as habilidades avaliadas. De uma forma mais detalhada, a V.H. apresenta bons resultados em termos de *Autonomia Pessoal no Meio Aquático*, atingindo a cotação máxima nos dois momentos. Estes aspetos foram trabalhados todas as sessões, enquanto rituais de organização pessoal de entrada e saída das mesmas (apenas necessitando de algumas indicações verbais para calçar os chinelos). A cotação máxima foi também obtida na *Familiarização com o contexto*, que foi igualmente potenciada ao longo dos últimos anos de intervenção no meio aquático; a dificuldade inicial em molhar a cara/cabeça foi sendo ultrapassada, passando a fazê-lo de forma espontânea ao longo da sessão. As *Entradas e Saídas da Piscina* são uns dos pontos fortes da V., sendo completamente autónoma neste domínio (e.g. tem noção das regras de segurança; embora no início solicitasse ajuda física constante nas subidas pela borda da piscina em contexto de tarefa, a V. tem capacidade para realizar a ação de forma independente, tendo vindo a tornar-se cada vez mais autónoma).

Em termos de *Equilíbrio e Flutuação* são observáveis algumas dificuldades, sobretudo, em tarefas que envolvem a autonomia na posição de Decúbito (Dorsal e Ventral). Embora flutue na posição de Decúbito Dorsal, no início da intervenção a V. necessitava ainda de apoio físico e acompanhamento individualizado; todavia, a sua autonomia e capacidade de controlo tónico nas funções de flutuação foram progressivamente aumentando através das atividades desenvolvidas no período de intervenção.

Relativamente às *Rotações*, a V.H. apresenta uma boa capacidade em passar do plano horizontal para o vertical, apesar de dificuldades na passagem da posição de Decúbito Ventral para Dorsal e vice-versa, mesmo com ajuda física, demonstrando ainda alguns sinais de insegurança.

A *Função Respiratória* surge como uma das áreas menos fortes da V.H., quer em termos de inspiração e expiração, com e sem Deslocamentos. Assim, inicialmente a expiração bucal com a boca imersa era realizada apenas com indicação verbal constante e demonstração, não efetuando, portanto, uma respiração ritmada; no momento de Avaliação Final estas funções não se encontravam ainda adquiridas, embora tenha sido observada uma maior autonomia e iniciativa para a sua realização. Apresenta ainda dificuldades em termos de expiração bucal e nasal, controlada e ritmada, imergindo na água em apneia.

Quanto ao domínio da *Imersão*, apesar da V.H. imergir todo o corpo sozinha com instrução verbal e quando inserido no contexto de tarefa com um dado objetivo (e.g. apanhar objetos do fundo da piscina), a pontuação relativa à Avaliação Inicial espelha um desempenho razoável, uma vez que não existia a imersão espontânea. Não obstante, este foi um dos domínios onde a evolução foi verificada entre os dois períodos de avaliação; em contexto de tarefa, a V. passou a realizar imersão total de forma espontânea, planeada, com um maior controlo e com autonomia. Para além disso, com a introdução dos óculos de mergulho, passou a abrir os olhos quando imerge, embora este seja ainda um aspeto em aquisição.

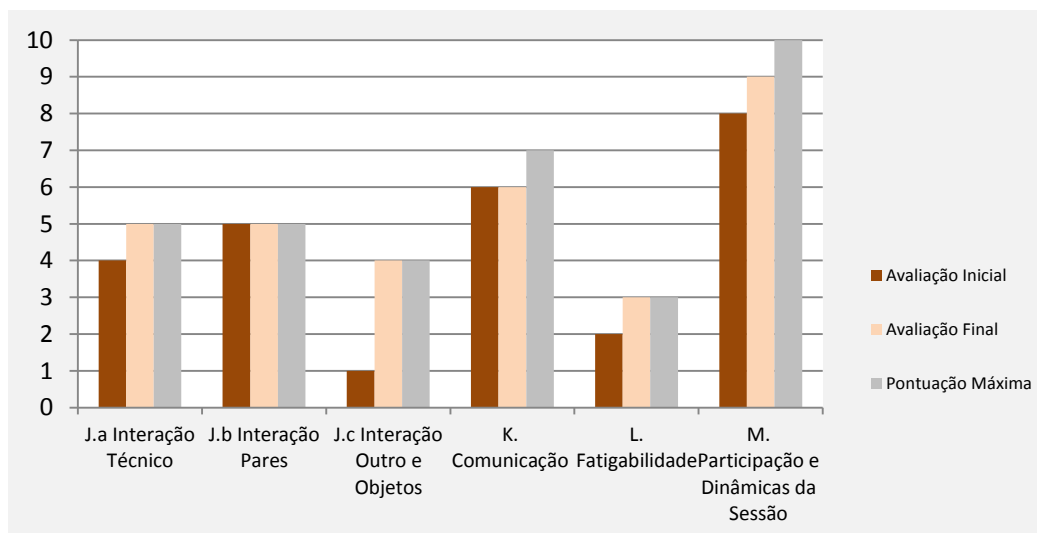
No que concerne aos *Deslocamentos em Meio Aquático*, verifica-se que a V.H. é autónoma nos *Deslocamentos Verticais*; inicialmente necessitava de feedback verbal constante e demonstração nos saltos com deslocamentos (pés juntos), passando a ajuda verbal a ser o apoio mais utilizado e os saltos a serem realizados com mais ritmo e autonomia, mas com acompanhamento constante (em aquisição). Em termos de *Deslocamentos Horizontais* em Decúbito Ventral e Dorsal, tanto em Avaliação Inicial como Final, são verificadas algumas dificuldades, necessitando de algum tipo de apoio físico e de feedbacks verbais. Relativamente aos *Movimentos Propulsivos*, a V.H. apresenta capacidade para se deslocar realizando os movimentos ao nível dos Membros Inferiores (em decúbito ventral e dorsal), embora necessite de ajuda física e do apoio dos flutuadores. Importa destacar que estes resultados espelham também a observação realizada em termos de Movimentos Propulsivos dos Membros Superiores que não se afiguraram como prioritários no âmbito da intervenção, dado haver necessidade de se consolidarem aquisições anteriores.

## **Unidade II – Comportamento, Interação, Relação e Envolvimento com Técnico(s), Objetos e Espaço**

Em relação aos domínios da *Unidade II* da *Checklist de Observação*, respeitantes às questões relacionadas com o comportamento, interação, relação e envolvimento, importa destacar que, quando relativo ao técnico, a Avaliação Inicial se refere à TSEER responsável pela intervenção psicomotora em meio aquático da CerMov, já a Avaliação Final refere-se à estagiária uma vez esta ter passado a assumir a figura de técnica da V.H.

Tal como se pode observar através na figura 6, a V. apresenta uma boa *Interação com o Técnico*. Não obstante, aquando da Avaliação Inicial, a sua dependência afetiva em relação ao técnico era notável, o que poderá ter contribuído para algumas dificuldades observadas ao longo da sessão, em termos de comportamentos de autonomia, independência e espontaneidade. Assim, ainda que a sua relação com os elementos da sessão fosse boa, a maior parte dos momentos de interação verificavam-se após indicação verbal da técnica, ou em resposta às investidas do seu par. Com a

deslocação da figura de referência para a estagiária, mantiveram-se os aspetos positivos de interação e verificou-se uma maior independência afetiva.



**Figura 6** - Total de Pontuações obtidas pela V.H. relativas ao Comportamento, Interação, Relação e Envolvimento com Técnico(s), Objetos e Espaço

Esta mudança poderá ter contribuído para a evolução verificada em termos de *Interação com os Pares*, neste caso específico, com o seu colega, nas sessões em grupo. Isto é, embora, em termos quantitativos, na Observação Inicial, a pontuação obtida neste domínio tenha sido máxima, ao longo do tempo, a frequência na procura do par ao longo das atividades e no estabelecimento do contacto visual foi sendo crescente, assim como a demonstração de um maior à vontade e sentido de iniciativa para a interação com este, de forma adequada ao contexto.

Neste sentido, as maiores evoluções em termos de comportamento, interação e relação foram verificadas em *contexto de Jogo*, tal como demonstra a figura 6. Assim, inicialmente observadas as dificuldades em termos de interação com o outro, os objetos e o espaço, no contexto de sessão quer em situações de jogo espontâneo (praticamente impercetível), quer dirigido (observável uma maior motivação em situações de jogo manipulativo), após o período de intervenção em Psicomotricidade, a V. passou a revelar sinais emergentes e cada vez mais consolidados de jogo simbólico, cooperativo e exploratório (utilizando para o efeito material seu familiar utilizado na sessão), para além de ser notória a sua evolução em termos de jogo manipulativo (ainda que básico), mostrando maior interesse pela manipulação de objetos, utilizando-os com um objetivo e de forma mais coordenada.

No que respeita ao domínio da *Comunicação*, embora a V.H. quase não utilize linguagem verbal (vocabulário bastante reduzido, verbalizando algumas sílabas de palavras familiares ao seu quotidiano), esta poderá ser considerada como uma das suas áreas fortes, uma vez que em termos de linguagem recetiva, a V.H. apresenta uma boa capacidade de compreensão de ordens que envolvam instruções simples e mais complexas, estabelecendo contacto visual sempre que é chamada pelo seu nome, assim como no que respeita à linguagem expressiva, demonstra uma boa capacidade de comunicação através de recursos não-verbais, sobretudo gestos, exprimindo as suas vontades, motivações, emoções e preocupações. Assim, embora os resultados demonstrados no gráfico revelem uma manutenção desta capacidade, este foi um dos domínios onde se verificaram maiores evoluções ao longo das sessões, tendo o poder comunicativo aumentado exponencialmente, também associada à construção da relação terapêutica e, conseqüentemente, à natural progressão do sentimento de segurança e à vontade que foi sendo criado.

Quanto ao grau de *Fatigabilidade* ao longo das sessões, poderá considerar-se que o perfil da V. é variável consoante o seu estado físico e emocional diário, dado que, tal como descrito anteriormente, esta apresenta um diagnóstico de epilepsia, que influencia bastante o seu desempenho e nível de participação de sessão para sessão e, sobretudo, os sinais de fadiga que vai apresentando, sendo que, em alguns momentos, a realização das tarefas é interrompida devido ao seu estado. Estes são pontos que servem de justificação para a pontuação obtida em Avaliação Final (resultado superior ao da Avaliação Inicial), uma vez que toda a sua condição veio a agravar-se ao longo do período de intervenção, interferindo com a realização das tarefas ou mesmo da própria sessão.

Em termos de *Participação e Dinâmicas da Sessão*, foram verificadas melhorias entre os dois momentos de avaliação. A pontuação obtida tanto na fase inicial como final, reflete o cumprimento das tarefas e das regras de segurança e, ainda, a sua participação nas tarefas, de acordo com as instruções (que envolvam uma ação simples); no entanto, quando essas instruções envolvem mais do que uma ação, são verificadas dificuldades na concretização da ação pretendida. Relativamente à permanência na tarefa, participação, motivação e interesse, a V.H. apresenta evoluções, passando a procurar com menos frequência a figura de referência, através do olhar e do toque, tornando-se mais autónoma e cooperativa, demonstrando uma correta noção de sequencialização das tarefas da sessão.

Para além disso, importa referir que, num momento inicial, através de uma observação informal nas sessões em meio aquático, a V.H. apresentava uma postura rígida em algumas tarefas (tónus aumentado nos deslocamentos em decúbito dorsal e flutuação), sobretudo em momentos de insegurança, procurando a figura de referência prontamente. No entanto, o seu nível de motivação para as tarefas e o seu bem-estar no meio aquático eram evidentes ao longo de toda a sessão.

### **3.2.1.5. Discussão dos Resultados**

Nas primeiras sessões de contacto com a V.H., esta recusou o apoio e o contacto físico com a estagiária (expressando-se através de gestos e tentativas de afastamento), apresentando uma postura rígida e de pouca predisposição para qualquer tipo de interação afetiva ou de cumprimento de instruções relacionadas com as tarefas da sessão.

Neste sentido e apesar de disponível para novas relações, a V.H. não aceitou uma aproximação imediata, tendo sido necessárias várias sessões para a sua progressão, onde, inicialmente, a distância proxémica era mantida de forma bem explícita, sem ser permitido o toque. A grande dependência afetiva que a V.H. apresentava em relação às figuras de referência (e.g. técnica), constituiu um dos desafios iniciais nesta intervenção psicomotora.

Foi então necessário desenvolver um trabalho no sentido da relação empática com a V.H. para que, progressivamente, a confiança, segurança e reciprocidade nas interações comesçasse a surgir e, assim, fosse possível o desenvolvimento de uma intervenção terapêutica.

O toque passou a ser tolerado, assim como a ajuda em algumas tarefas (sobretudo nas sessões de grupo), tendo sido utilizado o estímulo e reforço constantes ao longo das tarefas, incentivando-se todas as tentativas de comunicação e interação. As interações e as suas manifestações afetivas foram sendo cada vez mais frequentes, de forma intencional e espontânea (e.g. procurou o toque e o contacto visual da estagiária), demonstrando, de igual forma, um sentimento de segurança e confiança. A sua expressividade corporal e facial, inicialmente mais contida, passou a ser cada vez maior perante diferentes situações, tomando cada vez mais a iniciativa para comunicar de forma intencional, mostrando interesse e motivação por contar acontecimentos do seu dia-a-dia na escola e de eventos com a família.

A dependência inicialmente referida contribuiu para que a V. apresentasse algumas dificuldades em termos de autonomia nas tarefas e de reconhecimento das suas capacidades funcionais, sendo observáveis durante toda a sessão, apoio físico e feedbacks constantes.

Dado um dos objetivos de intervenção estar relacionado com esta dependência, procurou-se, com o decorrer das sessões, que fosse ela mesma também capaz de autoavaliar o trabalho desenvolvido, potenciando a capacidade de reconhecimento das suas capacidades funcionais e de aumentar a sua autonomia ao longo da tarefa; foi utilizado o diálogo no final de cada atividade, no sentido de perceber se os objetivos de desempenho de cada tarefa (acordados no início da mesma, entre estagiária e criança), tinham sido atingidos; foi notório o aumento da sua autoconsciência, expressando a sua opinião sobre o êxito da tarefa e apesar de continuar a procurar o feedback, a V.H fá-lo, agora, de forma mais controlada, sobretudo no final da tarefa, revelando uma maior capacidade de cumprimento de regras e de tolerância aos tempos de espera (observável sobretudo nas sessões de grupo).

A V.H. aceita bastante bem a dinâmica de interação *um para um*, razão pela qual esta dinâmica foi utilizada enquanto fator potenciador da intervenção, sendo considerado um ponto essencial a desenvolver no sentido da sua autonomia, segurança em si mesma e espontaneidade na interação com os seus pares. Assim, inicialmente, nas sessões de grupo a V.H. não aderiu às dinâmicas de jogo lúdico e de interação, demonstrando sinais de desconforto, recusando a tarefa, sendo o colega quem assumia o papel principal de sugestão das atividades, baseadas no jogo simbólico, como ponto de partida para os momentos de interação. Perante as reações observadas, o momento final da sessão passou a ser reservado para o desenvolvimento do trabalho de interação entre pares, através do jogo.

Assim, a V. passou a demonstrar um interesse, motivação e bem-estar crescentes nestas atividades, tendo sido, inicialmente, necessário algum tipo de mediatização para que interagisse com o par, de forma mais espontânea e intencional, aderindo às diferentes dinâmicas. Importa ainda referir que este, de igual forma, constituiu um momento preferencial de interação entre criança e estagiária, no sentido do desenvolvimento da questão relacional; a V.H. passou a aderir às dinâmicas de jogo manipulativo e simbólico, inicialmente por um tempo reduzido e, posteriormente, sendo ela própria a dar sugestões e significado simbólico ao material (e.g. coroas, pulseiras). Através da mediatização dos objetos (e.g. argolas), a V. procurava o contacto com o corpo da estagiária (e.g. coloca argolas na cabeça, braços), apesar de, inicialmente resistir à reciprocidade na tarefa (recusa sejam colocadas argolas no seu corpo, retirando-as imediatamente, acompanhada por gestos de negação). Ao longo das sessões, a V. passou a aderir à reciprocidade na tarefa, aceitando o material no seu corpo, por um período de tempo cada vez maior.

Para além disso, devido às limitações ao nível da sua motricidade oro-facial (com consequências ao nível dos movimentos da língua e protusão labial), foi desenvolvido um trabalho constante relativo ao controlo respiratório, de acordo com as diretrizes do Método de Halliwick (Lambeck e Gamper, 2010 - e.g. soprar, cantar, lengalengas). Este foi um aspeto igualmente importante em termos de organização temporal, ritmo de trabalho e coordenação motora.

Importa ainda referir que ao longo de toda intervenção foi considerado o seu estado geral de bem-estar, uma vez que devido aos seus episódios de epilepsia, os seus níveis de fatigabilidade variaram bastante de sessão para sessão, sendo necessário adaptar e reajustar as tarefas (em termos de organização, frequência ou intensidade), de modo a não contribuir para o agravamento desse estado. Este foi um aspeto perceptível sobretudo pelo seu estado tónico, variável, de sessão para sessão, sendo que, nos dias em que a V. se apresentava num estado geral de instabilidade

psicomotora, a sua predisposição para as tarefas foi menor; contrariamente, nos dias em que o seu grau de motivação, participação e interesse nas tarefas foi superior, a V. foi capaz de adaptar o seu tónus às diferentes atividades, facilitando todo o processo de intervenção.

### **3.2.1.6. Conclusões**

De uma forma global, a intervenção com a V.H. foi positiva, quer em termos de objetivos delineados, quer em termos da construção de uma relação terapêutica e empática.

A V. teve, então, a oportunidade de experienciar, em meio aquático, a dinâmica individual e em grupo, potenciando áreas de desenvolvimento pessoal e social essenciais para o seu crescimento enquanto pessoa.

Ainda que, inicialmente, o trabalho com a V. não tenha sido imediato e de fácil concretização, devido à sua própria personalidade e características pessoais, ao longo do tempo, foi notável o seu crescimento e evolução em termos confiança em si e no outro, da sua autoestima e, conseqüentemente, da segurança nas interações espontâneas. A sua motivação, interesse, colaboração e participação foi aumentando progressivamente, sendo possível cumprir a intervenção planeada.

As questões da autonomia, percepção do eu, autoconfiança e segurança, assim como as habilidades pessoais e sociais de interação em grupo, de intencionalidade comunicativa e de sentimento de responsabilização foram elementos de trabalho transversais a todos os momentos desta intervenção. As aquisições positivas em cada um destes aspetos foram observadas tanto em ao longo das sessões de intervenção psicomotora em meio aquático, como nos diferentes contextos onde a V. se insere (informação partilhada em contexto de reunião com mãe e outros técnicos).

Apesar de algumas habilidades relativas ao meio aquático não se encontrarem ainda adquiridas, a V. está completamente familiarizada e adaptada ao meio, mostrando maior segurança e autoconfiança. Embora se verifiquem necessidades de apoio (ajuda física e/ou de flutuadores) na deslocação e propulsão no meio, verificaram-se evoluções em termos psicomotores; a sua capacidade de coordenação motora melhorou, assim como o ritmo e cadência de movimentos, refletindo-se num maior tempo de permanência nas tarefas.

A necessidade de ver reconhecido o seu mérito e sucesso continua a ser um aspeto intrínseco à V., todavia, apresenta já uma maior capacidade de autocontrolo, respeito pelas regras e tempos da sessão, sendo já capaz de ponderar essa procura de reforço positivo constante.

Assim, em termos de estratégias positiva para a intervenção com a V.H., destaca-se o feedback e reforço imediato, a repetição das tarefas (que contribuiu para uma maior evolução em termos de desempenho, adesão, permanência e autonomia), a realização de atividades sistemáticas e sequencializadas (que promovem um maior sentido de orientação e de autonomia da nas sessões) e o privilegiar da ação e a vivência de situações concretas, individualmente e com os pares, para se trabalhar também no sentido da troca, da partilha e, posteriormente, do jogo.

Em relação ao estudo de caso da V., há a destacar o envolvimento ativo dos familiares mais próximos e técnicos que trabalham com esta, promovendo sempre a partilha de informação e a discussão positiva (quer via e-mail, quer em contexto de reunião), enquanto pontos positivos para o sucesso. Considera-se, ainda, que este constitui um exemplo de uma caso de intervenção atempada e de carácter transdisciplinar, na qual os vários serviços e contextos da pessoa se organizam de modo a colocar ao seu dispor os recursos necessários para o seu desenvolvimento.

Em termos futuros, considera-se importante a continuidade do trabalho desenvolvido no meio aquático (tanto individual, como em grupo), potenciando, por um lado, as habilidades relativas ao meio aquático e, por outro, as questões comportamentais, de interação e relação. Destacam-se ainda, de uma forma mais específica, as funções do controlo respiratório e a capacidade de flutuação enquanto domínios a potenciar, uma vez serem essenciais em termos de adequação tonicoemocional, capacidade de relaxação e funções de atenção, aspetos essenciais na aquisição de competências mais complexas, quer no meio aquático, quer noutros contextos da sua vida.

Para além disso, continua-se igualmente importante que a V. continue a beneficiar dos apoios de Terapia da Fala e Terapia Ocupacional, assim como de todas as atividades desenvolvidas na *Casa das Cores – Reino dos Sentidos*, uma vez que a ênfase de todas as atividades da V. se encontra direcionada para as questões da funcionalidade e autonomia, ao se encontrar numa idade de transição (infância-adolescência), na qual todo o acompanhamento deve ser feito no sentido desta evolução e da priorização das suas necessidades.

Em suma, concluiu-se que se está a caminhar no sentido correto, sendo a V. e o seu desenvolvimento funcional e adaptativo aquilo que mais importa no trabalho que todos desenvolvem e, que, conseqüentemente, contribui para o seu bem-estar e qualidade de vida. Aqui, o importante não é a chegada, não são os resultados, mas a viagem, o processo, cada passo que, diariamente, a V. dá (com o acompanhamento de cada um destes apoios) na direção do *Ser Mais Capaz* e do *Ser Mais Feliz*.

De seguida, será apresentado o segundo caso em estudo.

### **3.2.2. Estudo de Caso II – C.G.**

#### **3.2.2.1. Caracterização da Cliente**

A C.G., de 17 anos (29 de janeiro de 1996), é uma jovem bonita, de estrutura magra, bem cuidada, com um olhar, na maior parte das vezes, trespasante e de contacto fugaz ou inexistente com o outro. Com uma instabilidade psicomotora clara, tem dificuldades em manter a atenção focada e permanecer numa mesma tarefa. O seu estado emocional é lábil e variável, alternando períodos de agitação e impaciência (e.g. abana as pernas com velocidade, os níveis de transpiração aumentam drasticamente), com momentos de calma e tranquilidade. Embora não apresente linguagem verbal, em algumas situações, manifesta os seus estados emocionais (sobretudo de desagrado e desconforto) através de manifestações não-verbais. Em termos de comunicação, a C. imite vocalizações sem intencionalidade; apresenta dificuldade em termos de compreensão verbal (cumprir ordens simples e relacionadas consigo mesma) e não realiza jogo simbólico. Manifesta vontades através do toque, utilizando o outro como um prolongamento de si e comunica com recurso ao iPad. Em termos da sua relação com o outro/espaco e objetos, revela insegurança, falta de autonomia e sentido de iniciativa.

A C.G. é filha única do casal (tem uma irmã mais velha, filha do pai), com quem vive. A sua gravidez foi desejada tendo decorrido sem quaisquer complicações. O parto, de cesariana, ocorreu com 41 semanas de gestação, tendo a C. engolido líquido amniótico neste momento. Nasceu com 3.110kg, 50.8cm e um Índice de Apgar de 8 ao 1ºmin e 10 ao 5ºmin.

Até aos 6 meses de idade, o seu desenvolvimento decorreu dentro dos parâmetros típicos. No entanto, a partir desta altura, começaram a ser notados alguns sinais de hipotonia, desinteresse e falta de interação com o outro e com os objetos, olhar desviante em relação ao outro, aos objetos e ao espaço, assim como comportamentos de balanceamento constante do corpo. A C. adquiriu a marcha aos 24 meses de

idade. Em termos de linguagem verbal, não há registo de qualquer tipo de palavra em nenhuma das suas fases de desenvolvimento.

Aos 9 meses de idade iniciou, então, uma série de estudos geneticistas (exames de diagnóstico), no Hospital de Santa Maria, tendo sido acompanhada por uma vasta equipa de médicos e especialistas na área do desenvolvimento que sugeriu intervenção em Psicomotricidade (a partir do ano e meio de idade), a qual passou a ser realizada na Associação de Trissomia 21.

Foi nesta fase de desenvolvimento que começaram a ser observados os primeiros episódios de convulsões. Foi medicada até aos 10 anos (Diplexil), não obstante, após avaliação médica sugeriu-se que esta fosse suspensa. No final do mês de abril, a C.G. teve um episódio (convulsão tónico-clónica com incontinência dos esfíncteres), tendo reiniciado a terapia farmacológica para este fim.

A procura de uma causa explicativa para as suas dificuldades de desenvolvimento foi sempre uma constante, tanto em Portugal como no estrangeiro: entre os 20 meses e os 12 anos foi acompanhada pela consulta de metabolismo, com o desenho do seu cariótipo; foi sujeita a uma série de avaliações, em centros de desenvolvimento infantil, com recurso à aplicação dos instrumentos de avaliação formal, em complementaridade com uma observação informal, das quais são sugeridas, enquanto principais hipóteses de diagnóstico, “Síndrome de Rett Atípico” ou “Perturbação do Espectro do Autismo”.

Do ponto de vista pedagógico, até aos 9 meses esteve com a ama. Com 2 anos passou a ser acompanhada na creche da Misericórdia da Abóbada, apoiada pela Educação Especial. Ingressou na CERCICA em 2004/2005, tendo neste ano transitado para as instalações no Livramento.

Atualmente, ainda dentro da idade escolar, a C. beneficia de um Currículo Específico Individual, nas áreas de Autonomia Pessoal (alimentação, higiene, vestuário e outras tarefas da vida diária), Interação Social/Comportamento (participação, interação, cumprimento de regras sociais e tempo de permanência nas tarefas), Motricidade, Comunicação (compreensão de ordens simples, identificação de símbolos pictográficos), Cognição (reconhecimento/associação de nomes a objetos e pessoas, cumprimento de ordens simples). Beneficia ainda de um Plano Individual de Transição (PIT), onde estão contempladas as áreas cognitiva, motora e socioafetiva, destacando-se como principais competências a desenvolver a autonomia, a interdependência, o comportamento social e a elaboração de tarefas específicas, através do trabalho desenvolvido em parceria com os Ateliers de CAO já referidos anteriormente, perspetivando-se a sua integração em atelier (e.g.: T1-Barro e o T2-Reciclagem e Papel) com vertente ocupacional/terapêutica. No que concerne aos apoios terapêuticos, a C. frequenta hidroterapia, equitação terapêutica, educação física adaptada, atividade *Oh Gui* – Rugby Adaptado e musicoterapia. Beneficia, também na CerMov, de apoio em Terapia da Fala.

### **3.2.2.2. Procedimentos**

Após consentimento informado, procedeu-se à recolha de dados para efeitos de Avaliação Inicial, passando pela aplicação das Checklists de Observação (*Checklist de Observação em Meio Aquático* e *Checklist de Observação do Comportamento Adaptativo*), construídas pela Estagiária, e, ainda, pela consulta dos dados anamnésicos presentes no seu processo individual existente na instituição.

O instrumento de avaliação em meio aquático foi aplicado por observação direta (sessões de hidroterapia individual), no momento inicial de intervenção autónoma (janeiro de 2014). A avaliação relativa ao CA foi desenvolvida por observação da cliente nos seus diferentes contextos (desde a fase de observação participada até ao

início do mês de janeiro), cruzando esta informação com outra cedida por técnicos, professora, auxiliares de sala e família.

Os procedimentos éticos (ver Anexo 16), bem como o conjunto de procedimentos de análise dos dados foi semelhante ao apresentado anteriormente em relação ao estudo de caso I (referência a critério e análise de acordo com parâmetros qualitativos).

### 3.2.2.3. Apresentação e Análise dos Resultados

A seguinte apresentação refere-se aos resultados obtidos nas duas Checklists de Observação, num primeiro momento avaliação inicial. Os resultados, apresentados sob a forma de gráficos, apresentam dois valores principais: *pontuação máxima* que pode ser atingida, em cada um dos itens em questão, e a *pontuação obtida* (na realidade) pelo caso em estudo.

#### a) Checklist de Observação em Meio Aquático

##### Unidade I – Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático

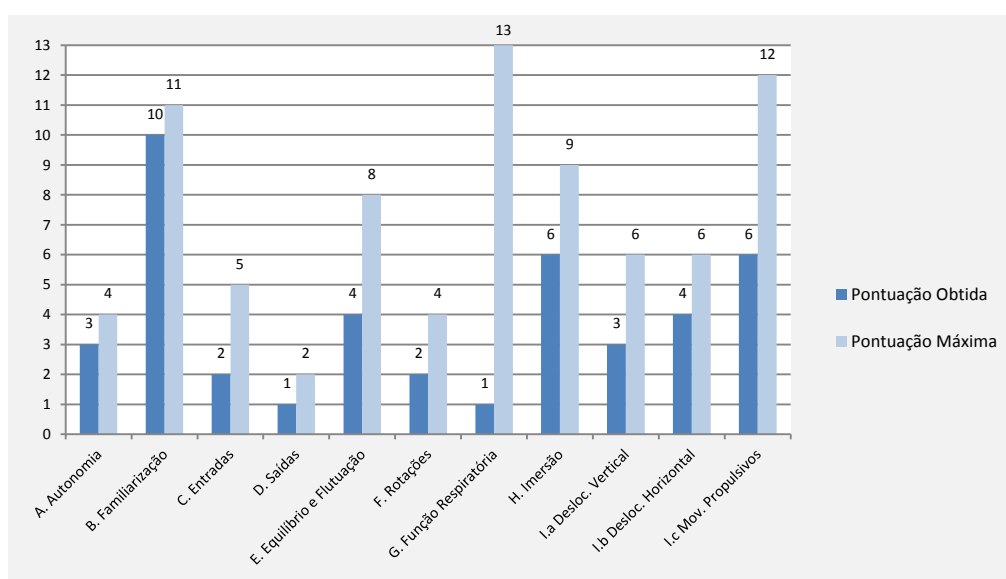


Figura 7 - Total de Pontuações obtidas pela C.G. nas Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático

Em termos de *Habilidades de Adaptação ao Meio Aquático* (ver figura 7) a C. apresenta bons resultados em termos de *Autonomia Pessoal no Meio Aquático* e na *Familiarização* com este contexto. As *Entradas* e *Saídas da Piscina* são aspetos fortes, sendo autónoma no meio e respeitando as regras de segurança da piscina.

É importante referir que, apesar da C. imergir o corpo sozinha, apenas o faz em contexto de tarefa com um dado objetivo (e.g. apanhar objetos do fundo da piscina) e com indicação verbal, não existindo, portanto, a imersão espontânea.

Nos restantes domínios, são observáveis algumas dificuldades: no *Equilíbrio e Flutuação*, observam-se comportamentos de resistência nas atividades que envolvam colchões e no equilíbrio em decúbito sem apoio; as *Rotações* e a *Função Respiratória* (inspiração, expiração e apneia), surgem como áreas menos fortes.

É autónoma nos *Deslocamentos Verticais*, embora não realize movimento de salto, precisando de apoio físico e reforço verbal nos *Deslocamentos Horizontais* em Decúbito Ventral e Dorsal. Nos *Movimentos Propulsivos* a C. encontra-se ainda numa fase de dependência da ajuda física e de feedbacks verbais constantes.

## Unidade II – Comportamento, Interação, Relação e Envolvimento com Técnico(s), Objetos e Espaço

Em relação aos domínios da *Unidade II* da *Checklist de Observação* (comportamento, interação, relação e envolvimento com o técnico, objetos e espaço), tal como se pode observar através da figura 8, a C. apresenta bons resultados em termos de *Fatigabilidade*, no sentido em que os seus sinais de fadiga e instabilidade respiratória, ao longo das sessões, não são significativos, nem interferem na realização das tarefas, sugerindo a adequabilidade das dinâmicas utilizadas até então.

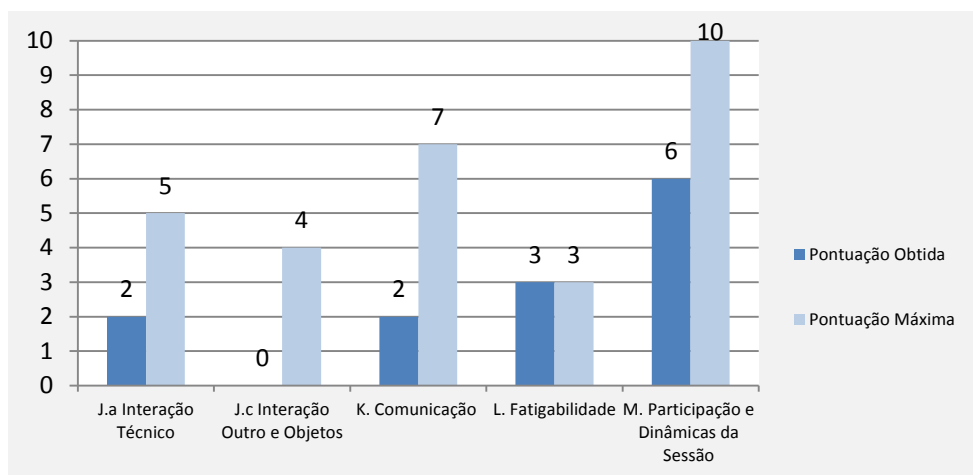


Figura 8 - Total de Pontuações obtidas pela C.G. relativas ao Comportamento, Interação, Relação e Envolvimento com Técnico(s), Objetos e Espaço

Na *Participação e Dinâmicas da Sessão*, os pontos obtidos refletem o cumprimento das tarefas e das regras de segurança, ao obedecer a ordens (ação simples e participação nas atividades) e espelham as suas dificuldades em cooperar, permanecer na tarefa e de dar uma resposta adequada ao que lhe é pedido. Este surge, portanto, como um domínio a potenciar.

Na *Interação com o Técnico*, a C. apresenta independência afetiva do técnico, sem qualquer tipo de manifestação emocional de satisfação quando há aproximação entre ambos; não se envolve nas atividades de forma espontânea, fazendo-o apenas quando solicitado, por insistência e por rotinas de sessão. Na *Interação com os objetos e com o espaço*, a C. revela dificuldades, não apresentando qualquer tipo de intencionalidade em termos de jogo simbólico, cooperativo, exploratório ou manipulativo.

As questões da *Comunicação* surgem, de igual modo, como uma das áreas-problema (e.g. contacto visual esporádico e quando chamada com insistência; linguagem compreensiva (de duas ou mais instruções) e expressiva (comunicação por gestos de forma funcional)). No entanto, destaca-se a sua capacidade de compreender ordens simples e de expressividade de situações de prazer/desagrado, através de linguagem não-verbal.

Através da observação informal nas sessões em meio aquático, a C. apresenta uma postura rígida na maioria das tarefas (hipertonicidade nos Deslocamentos Verticais e Horizontais), apresentando movimentos constantes das mãos, batendo com estas na superfície da água (sobretudo nos Deslocamentos Verticais). Rejeita o toque com muita frequência, afastando-se ou à técnica constantemente, ou o material a utilizar.

Há a referir que nas primeiras sessões no meio aquático, a C. recusou a maioria das tarefas tendo, na primeira sessão, saído da piscina pelas escadas; após feedback e acompanhamento, a C reduziu os seus comportamentos de resistência e recusa pela tarefa, entrou na piscina e manteve-se até ao final da sessão.

## b) Checklist de Observação do Comportamento Adaptativo

### Unidade I – Competências da Independência Pessoal

Tal como se verifica na figura 9, a C.G. apresenta algumas dificuldades em termos *Autonomia* (e.g. utilização wc, higiene e vestuário com ajuda verbal e física).

No domínio do *Tónus, Movimento e Postura* apresenta bons resultados apesar de alguns movimentos compensatórios (ombros pendem para a frente com costas arqueadas; pontas dos pés apontam ligeiramente para fora; passada exagerada quando existem obstáculos físicos). Apresenta dificuldades em termos de *Orientação Espacial*.

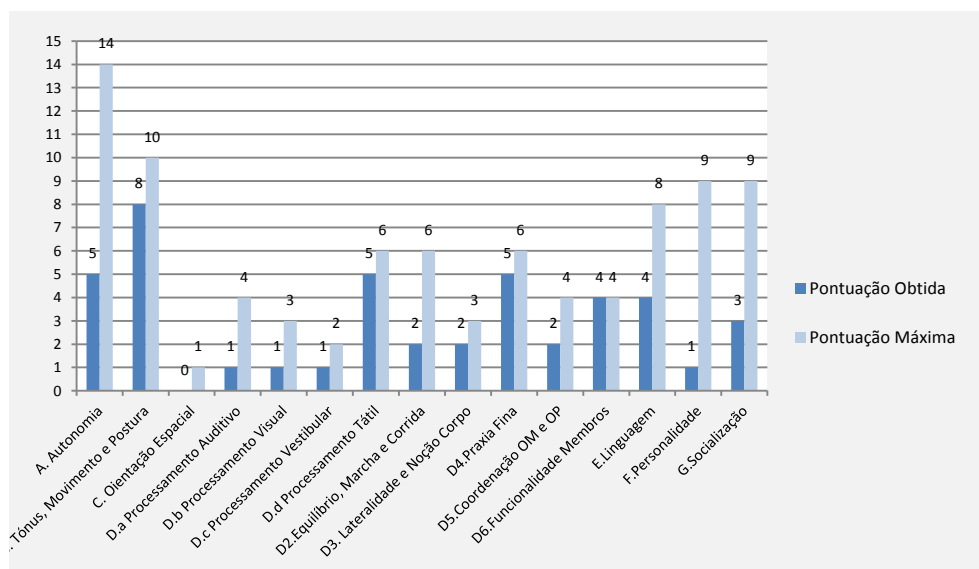


Figura 9 - Total de Pontuações obtidas pela C.G. relativas às Competências da Independência Pessoal

No *Desenvolvimento Físico e Sensorial*, não se verificam dificuldades no processamento auditivo e no visual, apesar de serem perceptíveis algumas reações de medo ao escuro e desconforto na presença de luzes intensas. Em termos Vestibulares é observável o desconforto, ansiedade e reações de medo em tarefas em que os pés deixam de tocar no chão ou envolvam algum tipo de desequilíbrio. A C.G. aceita tocar de forma fugaz em diferentes materiais e texturas, reagindo emocionalmente ao toque (e, por vezes, de forma impulsiva, tentando afastar-se ou afastar o toque do outro). Em meio aquático, a C.G. procura constantemente o contacto com a água ou outros materiais húmidos e molhados como mediadores da relação e interação com o outro (*Processamento Tátil*).

No âmbito do *Equilíbrio, Marcha e Corrida* verificam-se algumas dificuldades, apresentando um estado tónico aumentado (e.g. tarefas que exijam esforço, ação ou interação), dificuldade esta de regulação e organização tónica visível na marcha (insegura e alterações posturais), no subir e descer escadas, corrida ou saltos.

Em termos psicomotores de *Lateralidade e Noção do Corpo*, a C.G. apresenta uma lateralidade definida (destra) e reconhece algumas partes do corpo (e.g. tarefas da Equitação Terapêutica; vestir e despir com ajuda no Rugby), não se verificando dificuldades ao nível da praxia fina. Na *Coordenação óculo-podal*, são observados sinais de insegurança e desequilíbrios e na *Coordenação óculo-manual*, as dificuldades são também evidentes quando não mantém o contacto ocular. Na *Funcionalidade dos Membros*, a C.G. atingiu a pontuação máxima.

No campo do *Desenvolvimento da Linguagem*, em termos expressivos a C.G. apresenta dificuldades na expressão de sentimentos, desejos, necessidades, procurando, em algumas situações, o outro, enquanto prolongamento de si ou a

utilização de sistemas de comunicação alternativa (imagens através do iPad); ocasionalmente, são perceptíveis vocalizações, perante situações de prazer ou desagrado, embora nem sempre identificáveis com a situação com que as despoletou. Por outro lado, em termos de linguagem compreensiva, a C.G. apresenta capacidade para seguir ordens e ações simples. Ao longo deste período, esteve a ser trabalhado o desenvolvimento de um sistema de comunicação alternativa (cartão de símbolos), de forma a promover a sua funcionalidade comunicativa e capacidade de autonomia nos seus contextos principais (instituição e casa).

Um dos domínios com pontuação mais baixa diz respeito às questões da *Personalidade* (ver figura 9), devendo ser trabalhados a participação, iniciativa, passividade e perseverança e motivação.

A *Socialização* é também um domínio a desenvolver, sendo que, apesar da relação, reconhecimento e interação com a sua família e pessoas mais próximas ser boa, quando inserida em tarefas de grupo, as dificuldades são observáveis no reconhecimento e cumprimento de regras de interação social.

### Unidade II – Avaliação dos Comportamentos Desviantes

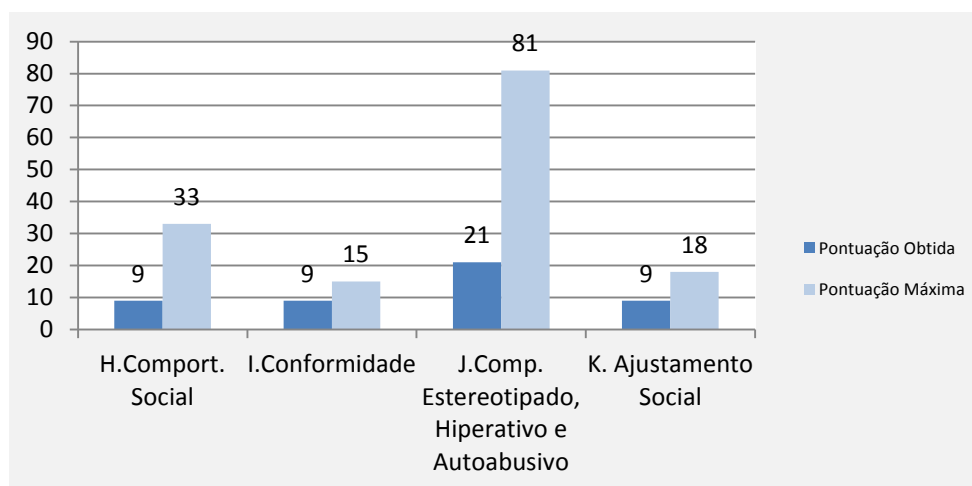


Figura 10 - Total de Pontuações da C.G. relativas à Avaliação dos Comportamentos Desviantes

Em relação aos domínios da segunda parte da *Escala de Observação – Comportamento Adaptativo (Avaliação dos Comportamentos Desviantes)*, tal como a figura 10 reflete, a C.G. não apresenta comportamentos desajustados na maioria dos itens avaliados, referindo-se apenas a fraca tolerância à frustração e ao ser contrariada, reagindo de forma temperamental (choros, birras temperamentais e afastamento da tarefas e do outro).

A *Conformidade* é o domínio em que a C.G. apresenta uma maior frequência de comportamentos desviantes, não prestando atenção às instruções das tarefas, recusando-se a trabalhar nas atividades e afastando-se das atividades individuais e de grupo, revelando alguma resistência no cumprimento de instruções, pedidos ou ordens, mesmo que sejam simples.

Apresenta alguns *Comportamentos Estereotipados* (e.g. dobrar os dedos sobre si, mexendo continuamente o indicador e dedo médio, andar de um lado para o outro sem objetivo definido, agarrar o outro com força excessiva sem motivo ou intenção aparente, puxa fios da sua roupa) e, dependendo do seu estado geral diário ou do contexto, denota dificuldades em ficar sentada no mesmo lugar durante muito tempo. Apresenta algumas vocalizações indeferidas e sons característicos que, por vezes, interferem no ambiente/contexto com o grupo. Por último, em termos de *Ajustamento Social* é verificada a ocorrência ocasional/frequente de evitar o contacto visual, a inexpressividade do olhar perante diferentes situações e a falta de resposta a

diferentes estímulos. É de se acrescentar, ainda, as dificuldades no planeamento da ação (dispraxia) que lhe dificulta todo o processo de interação e eficácia nas tarefas e interações e as dificuldades na focalização e manutenção da atenção.

### 3.2.2.4. Programa de Intervenção Psicomotora

Posto isto, com base na análise dos resultados obtidos, foi então realizado um estudo mais aprofundado do caso, no sentido de um conhecimento mais completo e holístico, para, posteriormente, se definirem objetivos de intervenção efetivos e dirigidos às reais necessidades da cliente. A tabela 4 apresenta, assim, o seu perfil psicomotor intraindividual (áreas fortes e a desenvolver), decorrentes da avaliação inicial, numa tentativa de se perceber as suas necessidades em termos de apoio e que podem ajudar nas atividades da sua vida diária.

Tabela 4 - Perfil de Desenvolvimento (Áreas Fortes e Áreas a Desenvolver) (Estudo de Caso II)

ÁREAS FORTES	ÁREAS A DESENVOLVER
<b>Meio Aquático</b>	
Autonomia nas Rotinas das Sessões	Equilíbrio e Flutuação
Familiarização com o Meio Aquático	Imersão
Entradas e Saídas da Piscina	Rotações
Deslocamentos Verticais	Função Respiratória
Fatigabilidade	(autonomia nos) Deslocamentos Horizontais
	Movimentos Propulsivos
<b>Diferentes Contextos</b>	
Lateralidade	Autonomia
Funcionalidade dos Membros	Tonicidade
Compreensão	Processamento tátil
	Orientação Espacial
	Planeamento da ação
	Socialização e Ajustamento Social
	Participação, Motivação, Permanência nas tarefas
	Tolerância à Frustração
	Conformidade

De acordo com o seu Relatório de Avaliação Psicopedagógica, datado de 2003, considerou-se a necessidade de um trabalho ao nível das Aquisições Básicas e Treino de Autonomias, sobretudo nos contextos de casa e instituição, passando pela exploração sensorial e funcional dos objetos, bem como pela estimulação da comunicação aumentativa.

Assim, após a análise de toda a informação recolhida para efeitos de planeamento da intervenção psicomotora e com base nos resultados obtidos e nas observações realizadas em diferentes contextos, bem como nas respostas adaptativas da C.G. foram definidos os objetivos individuais de intervenção, tal como descrito no caso anterior.

A estagiária teve igualmente a oportunidade de estar presente no momento de reavaliação inicial da C.G. e organizar a sua própria avaliação e intervenção, a partir do trabalho desenvolvido até ao momento e dos objetivos anteriores ainda a trabalhar, de modo a dar continuidade aos objetivos traçados para o ano letivo em questão.

Assim, tal como já referido anteriormente, a C. beneficia de vários apoios na CerMov, da responsabilidade da área da Psicomotricidade, não obstante, o planeamento de continuidade realizado pela estagiária foi feito, sobretudo, relativamente ao meio

aquático (Sessões de Hidroterapia Individual). No que concerne aos restantes contextos (Educação Física Adaptada e Rugby Adaptado), os objetivos definidos em outubro de 2013 continuaram a ser trabalhados, em termos dos principais domínios de *Desenvolvimento Pessoal e Relações Interpessoais*, bem como *Bem-estar Físico* (consultar PI no Anexo 17).

Para além disso, uma vez a avaliação realizada e a discussão do caso com a Orientadora de Estágio Local, surgiu a possibilidade da C.G. poder vir a beneficiar também de um Apoio Individual em Psicomotricidade, em contexto de sala, da responsabilidade da estagiária, no sentido de um trabalho mais em termos do seu desenvolvimento pessoal e das competências adaptativas. Reunidas as condições físicas, materiais e temporais necessárias, e após a autorização da instituição e familiares, este apoio passou a fazer parte do horário semanal da cliente.

Uma vez a C. frequentar também a atividade de Equitação Terapêutica, estando a ser acompanhada pela estagiária nesse contexto desde a fase de observação participada, considerou-se igualmente importante, através de discussão com a fisioterapeuta responsável pela atividade, que a Estagiária passasse a fazer o acompanhamento autónomo semanal da C. nestas sessões, no sentido de dar continuidade ao trabalho desenvolvido, potenciando objetivos transversais a diferentes contextos.

Assim, após o estabelecimento do perfil intraindividual e a organização da intervenção psicomotora nesta multiplicidade de contextos, foram delineados objetivos de intervenção (gerais e específicos) e principais estratégias, nomeadamente ao nível dos aspetos funcionais e de autonomia no meio aquático (Anexo 17), assim como das questões relacionadas com as competências pessoais e sociais (ver tabela 5), destacando-se o caráter reajustável ao longo de todo o processo interventivo, sempre que seja verificada essa necessidade, de acordo com as observações e processo de avaliação contínua que é realizada.

Tabela 5 - Objetivos Gerais de Intervenção Psicomotora (Estudo Caso II)

<b>Objetivos Gerais de Intervenção</b>
<b>I. Competências de Autonomia no Meio Aquático</b>
• Melhorar a participação e permanência nas tarefas;
• Promover a capacidade de regulação do tônus muscular;
• Melhorar o Equilíbrio Horizontal;
• Promover a capacidade de rotação em meio aquático;
• Melhorar o controlo respiratório no meio aquático;
• Potenciar os deslocamentos autónomos em decúbito, com movimentos propulsivos.
<b>II. Competências Adaptativas Pessoais/Sociais (transversais aos vários contextos de intervenção)</b>
• Promover o desenvolvimento das competências psicomotoras;
• Maximizar as competências associadas ao Comportamento Adaptativo;
• Promover a capacidade de adequação/regulação tónica às diferentes situações;
• Potenciar o tempo de permanência nas tarefas.

### **3.2.2.5. A Intervenção Psicomotora**

A intervenção realizada com a C.G. durante o período de estágio curricular foi integrada nas atividades já anteriormente desenvolvidas pela cliente; assim, tal como referido, o apoio da intervenção psicomotora foi prestado nos diferentes contextos das suas atividades: Meio Aquático, Educação Física Adaptada, Rugby e Equitação Terapêutica. Para além disso, uma vez a possibilidade da cliente, de acordo com a

avaliação inicial e toda a sua história desenvolvimental, foi possível introduzir uma Sessão de Psicomotricidade semanal, de acompanhamento individual.

Neste sentido, seguidamente serão apresentados, de uma forma mais detalhada, os diferentes contextos de intervenção com o estudo de caso em questão.

#### **a) Intervenção Psicomotora em Meio Aquático**

A Intervenção Autônoma em Meio Aquático teve início a 13 de janeiro de 2014, até ao final do mês de abril, perfazendo um total de 28 sessões em meio aquático. A assiduidade da C. foi reduzida, tendo participado em, apenas, 15 sessões das totais previstas. As sessões (individuais) eram realizadas semanalmente, às segundas e quartas-feiras, com duração de 30 minutos cada.

De uma forma geral, as sessões seguiram uma estrutura do tipo-base, como já anteriormente descritas (ver Anexo 18 com *Planeamento/Relatório de Sessão Tipo*).

O seu estado inicial nas sessões era de grande agitação, recusando a realização das tarefas (e.g. tentativas de fuga para o lado oposto da piscina; vocalizações constantes; choro; movimentos bruscos e impulsivos). Rejeitava o toque ou qualquer forma de aproximação por parte da estagiária. Os movimentos estereotipados eram evidentes e constantes (e.g. bater com as mãos na água, movimento dos dedos), revelando um estado constante de hipertonicidade e contração muscular geral.

Todavia, com o decorrer da intervenção, embora não procurasse o contacto intencional com a estagiária, o seu tipo de reações impulsivas, de recusa e rejeição passaram a ser menos evidentes, variando de sessão para sessão, consoante o seu estado emocional. Em algumas sessões apresentava-se particularmente sensível ao toque, rejeitando-o em qualquer parte do corpo; este foi um aspeto respeitado pela estagiária, passando a tentativa de contacto e instruções a serem feitas através da utilização de outros métodos (e.g. mais instrução, explicação da tarefa, indicações e feedbacks verbais), assim como os apoios necessários a serem feitos através de objetos mediadores. Passou a privilegiar-se uma instrução sempre dada frente a frente para a jovem, com recurso a frases curtas e simples, mas que incluíssem todas as informações necessárias para a realização da tarefa (e.g. objetivo da tarefa, etapas de realização), tendo sido notável uma maior adesão, cooperação e menor agitação psicomotora (aceitação da tarefa). O equilíbrio entre a assertividade e a afetividade permitiu também que, progressivamente, a C. passasse a cumprir as indicações da estagiária, apresentando menos comportamentos de resistência.

Assim, foi-se verificando um maior sentimento de segurança e confiança através de uma maior disponibilidade tonicoemocional, através de aproximações intencionais e do toque. Após um período contínuo de construção da relação terapêutica, o contacto visual inicialmente inexistente, passou a ser estabelecido (ainda que esporádico e desviante), sobretudo quando chamada pelo seu nome, ou quando dado feedback positivo em relação ao seu desempenho (contacto ocular solicitado apenas em momentos positivos). Numa fase posterior, foram observadas situações em que a C. esboçou um sorriso, em momento de comunicação com a estagiária (não obstante, não é possível afirmar a intencionalidade desta manifestação). O final da sessão passou a ser marcado com um momento de aproximação dos dois corpos e contacto das mãos nas costas da estagiária (ritual de saída introduzido progressivamente ao longo da intervenção).

No início das sessões era necessário reservar um tempo da sessão para que a C. se adaptasse ao meio, através de deslocamentos verticais (e.g. marcha à volta da piscina; de frente para a estagiária colocar os braços estendidos sobre os desta), sendo este considerado um momento essencial para a questão relacional e de confiança na estagiária, assim como de permanência na tarefa, controlo postural e equilíbrio, bem como uma diminuição dos movimentos constantes das mãos sobre a

água. Esta foi também uma estratégia utilizada entre atividades, uma vez que a C. apresentava comportamentos de resistência à realização continuada de tarefas, recusando retomar após momento de pausa entre estas.

Sessão após sessão, de uma forma geral, o seu nível de participação e cooperação nas tarefas foi aumentando, sendo no entanto necessário o acompanhamento e feedback constante, assim como a utilização de uma postura assertiva para que a C. realizasse as atividades. Não obstante, não se consegue estabelecer uma linearidade ou um padrão de desempenho ao longo da intervenção, sendo que em cada uma das sessões os seus comportamentos de recusa ou participação sofriam grandes variações. Assim, foi necessário ir adaptando tarefas, através de novas estratégias, para que os objetivos fossem concretizados (e.g. introdução de ajuda de flutuadores, feedbacks tácteis, utilização de ritmos cadenciados a acompanhar movimentos e deslocamentos).

Neste contexto, os objetivos centraram-se sobretudo nas questões de melhoria no ajustamento e autonomia no meio aquático, assim como no trabalho das habilidades básicas neste contexto (e.g. equilíbrio, rotações, controlo respiratório, deslocamentos e movimentos propulsivos).

As suas dificuldades em termos de planeamento motor, inicialmente verificadas de forma mais evidente, foram sendo melhoradas ao longo da intervenção, uma vez a sua adaptação às rotinas da tarefa, bem como a capacidade de manter a atenção focada à instrução e atividade (progressivamente menos necessidade de feedback constante, embora o acompanhamento tenha que ser mantido de forma direta durante toda a tarefa).

#### **b) Sessões Individuais de Psicomotricidade**

A Intervenção Psicomotora (Individual) com a C. teve início a 24 de fevereiro de 2014, tendo a última sessão sido dinamizada a 14 de abril, perfazendo um total de 7 sessões. Em termos de assiduidade, a C. participou em 4 sessões das totais previstas, devido a uma série de situações de saúde que a impediram de estar presente. As sessões eram realizadas semanalmente, às segundas-feiras, com duração de 30 minutos.

Neste sentido, enquanto principais objetivos específicos a trabalhar neste contexto, destacam-se:

- Potenciar a capacidade de relação com o Técnico;
- Tolerar sensações e situações consideradas desafiantes;
- Regular os estados de alerta e aumentar a capacidade de atenção;
- Promover a capacidade de adequação/regulação tónica às diferentes situações;
- Trabalhar a regulação/recetividade ao contacto físico;
- Potenciar a capacidade de relação com o espaço e com os objetos da sessão;
- Potenciar o cumprimento de regras dentro da sessão;
- Maximizar o tempo de atenção/concentração nas diferentes atividades;
- Maximizar a consciencialização do seu comportamento em termos de relação com o próprio e com o outro (ação-reação na relação com o outro).

Assim, de uma forma geral, em termos práticos e metodológicos, as sessões seguiram uma estrutura tipo, com uma *Fase Inicial* (ritual de entrada e preparação para a sessão), uma *Fase Fundamental* (atividades de perceção e processamento sensorial, sempre baseadas em momentos de jogo e interação entre Cliente-Estagiária) e uma *Fase Final* (arrumação do material e do espaço e as rotinas de término da sessão) (ver Anexo 19 com *Planeamento e Relatório de Sessão Tipo*).

As sessões basearam-se na realização de atividades semiestruturadas numa abordagem tónica, corporal e relacional, através de momentos de interação e jogo (e.g. construir/desconstruir, procurar, reciprocidade na ação; ação-reação; experiências sensoriais e proprioceptivas).

De uma forma geral, a progressão em termos de aceitação e envolvimento nas atividades da sessão foi semelhante à descrita no meio aquático, assim como a maioria das estratégias utilizadas. Todos os momentos eram acompanhados de palavras da estagiária que exprimiam aquilo que se estava a passar, estados emocionais, sensações, etc.

Uma vez esta sessão ser realizada num espaço onde a C. tinha outro apoio terapêutico, no sentido de diferenciar o contexto e o tipo de experiências vividos, foram utilizadas rotinas e pontos de referência/locais específicos para diferentes fases da sessão. Assim, a sessão era sempre realizada com a jovem e a estagiária, descalças; as atividades semiestruturadas da fase fundamental ocorriam no colchão (colocado num dos cantos da sala).

A C., numa fase inicial, recusava sentar-se no colchão, revelando sinais de desorganização espacial, com movimentos descoordenados e constantes na procura de uma posição confortável; progressivamente, foi adotando o espaço como seu, passando este a ser um local contendor, securizante (procurado em momentos de maior desorganização) e organizador dos tempos de sessão (início e fim de sessão).

Inicialmente, a sua instabilidade psicomotora foi mais notável, tanto no início da sessão, como no momento final, através de comportamentos de recusa e incumprimentos de regras da sessão. Foi necessário recorrer à assertividade no discurso e a feedback verbal constante para que as regras da sessão fossem cumpridas (revelando a capacidade compreensiva da C.). Ao longo da sessão esta instabilidade ia-se dissipando, aumentando ou diminuindo consoante o tipo de dinâmica realizada ou o estado geral da própria.

Nas sessões iniciais, o contacto foi ainda rejeitado; no entanto, a estratégia do contacto *costas com costas* revelou-se um modo relacional privilegiado e de construção do diálogo tónico cliente-estagiária, neste contexto. Progressivamente o toque foi sendo tolerado e, em alguns momentos, procurado, de forma mais adequada. Foram observados sorrisos, contacto ocular (fugaz mas mais frequente) e uma procura espontânea do toque.

Passou então a aceitar propostas de atividades, com materiais que apelavam à sua exploração sensorial e desenvolvimento perceptivo, envolvendo-se nas dinâmicas (ainda que por um curto período de tempo), realizando contacto ocular desviante. A sua dificuldade na reciprocidade da ação ou no jogo é evidente, demonstrando instabilidade quando colocada face a estes momentos; o espelho da sala surgiu como um dos seus locais de “fuga”.

O espelho foi, então, um dos elementos que suscitou maior “interesse” à C. em todas as sessões (aspeto observado também noutros contextos). Permanecia em frente a este, com vocalizações indefinidas e movimentos constantes, sem um objetivo perceptível, utilizando objetos que colocava nas várias partes do corpo de forma indiferenciada. Nesta dinâmica do reflexo no espelho, procurou-se a criação de momentos de diálogo tónico, através do gesto refletido (imitação dos seus movimentos), aos quais a C. respondeu de forma positiva, tentando aproximações espontâneas, corpo a corpo.

Muitas das vezes surgiu a dúvida relativamente à intencionalidade comunicativa da C. Aquilo que, em alguns momentos, se poderiam assemelhar a tentativas de comunicação com o outro, correspondiam antes a uma procura desse outro para que

executasse ações que ela própria queria fazer. Assim, em termos expressivos, as dificuldades foram evidentes.

Não obstante, ainda que seja difícil identificar sensações de prazer e bem-estar na C., destaca-se que os momentos de experiência sensorial com água ou objetos húmidos como situações em que a cliente diminuiu os seus movimentos estereotipados, assim como a frequência e intensidade das vocalizações.

Assim, apesar de não ser possível tecer conclusões acerca desta intervenção, uma vez a sua curta duração, poderá considerar-se que o trabalho de cada um dos objetivos traçados se encontrava no caminho certo para a aquisição e/ou emergências das suas capacidades adaptativas. De uma forma geral, ainda que cada um dos momentos de interação tenha sido rápido e fugaz, a C. foi progressivamente aumentando a sua tolerância a diferentes situações, regulando as suas reações, aumentando a sua capacidade de cumprimento de regras dentro da sessão.

### **c) Outros contextos de Intervenção**

A intervenção com a C. nos restantes contextos atrás mencionados teve início no mês de janeiro e término no mês de abril. De uma forma geral, a C. teve uma assiduidade razoável.

Nas sessões de **Educação Física Adaptada – Aparelhos**, ao longo do tempo de intervenção a C. foi aderindo cada vez menos às tarefas propostas. Os seus comportamentos de recusa, birras comportamentais e comportamentos desajustados (e.g. movimentos impulsivos e, por vezes, de agressividade) foram cada vez mais frequentes, não respeitando as regras da sessão. Foi necessário um acompanhamento individualizado e feedback constante para que esta atividade, de carácter essencialmente motor, fosse concretizada.

Na atividade de **Rugby Adaptado Oh Gui**, a C. não apresentou particular interesse ou motivação para a generalidade das atividades, traduzindo-se num nível reduzido de empenho ou aceitação das mesmas; não obstante, não recusou a ida para a atividade, nem qualquer ritual que esta envolvesse, cooperando nos momentos de balneário, sempre acompanhada pela estagiária (e.g. necessária ajuda física parcial e verbal para vestir/despir, utilizar wc). Estes foram momentos ricos em material de comunicação cliente-estagiária, uma vez que, na ausência de qualquer outro tipo de linguagem relacional, a corporal é privilegiada.

Apresentou uma baixa tolerância à frustração nas tarefas (e.g. quando contrariada, chorava, rejeitando qualquer tipo de contacto), manifestando comportamento de recusa, fuga e baixo autocontrolo. Respeita técnicos e colegas, embora a interação com estes não seja espontânea ou funcional em termos de dinâmica de jogo ou tarefa. Durante todo o período de intervenção foi necessário o acompanhamento individualizado constante, instrução verbal dirigida, acompanhada por demonstração e ajuda física. Ainda que uma atividade neste formato de grupo se considere essencial para o desenvolvimento das competências pessoais e sociais da C., este é um trabalho de continuidade que deve ser feito progressivamente, tendo sido usada como estratégia, durante os treinos, focar o trabalho sobretudo na promoção da exploração do espaço, das relações e da comunicação, em detrimento das competências específicas da modalidade.

Na **Equitação Terapêutica**, a C. passou por fases de maior tranquilidade, aceitando as tarefas propostas, e por períodos de rejeição a qualquer tipo de contacto com o cavalo. Assim, o trabalho desenvolvido focou-se também nas questões sensoriais, de aproximação e relação entre cavalo e cliente, de respeito por si, pelo outro e pelo espaço, de confiança e controle emocional. Em cima do cavalo, os seus comportamentos de instabilidade psicomotora e as manifestações de estereotipias foram menos evidentes. A sua relação com os pares e técnicos foi semelhante à

apresentada noutros contextos; com o cavalo, não apresentou qualquer tipo de comportamentos de afetividade. Ainda que o tempo de permanência nas tarefas seja um fator a melhorar na C., neste ambiente controlado pelas suas próprias circunstâncias, foi perceptível uma melhoria deste aspeto.

A C.G. suspendeu as suas atividades na CerMov no final do mês de abril, tendo saído da instituição para passar a ser acompanhada por outra entidade. Neste sentido, foi impossível realizar qualquer tipo de avaliação final, uma vez que no seu último mês na CERCICA, a sua assiduidade foi bastante reduzida, devido a uma série de situações de saúde que a impediram de frequentar a instituição.

Não obstante, seguidamente serão apresentadas as principais conclusões retiradas da intervenção com o presente Estudo de Caso.

### **3.2.2.6. Conclusões**

Tal como tem vindo a ser referido, o estado da C. ao longo do período de intervenção foi bastante variável, assim como a sua participação, motivação e aceitação das várias atividades, em diferentes contextos. Tal como acontece com a generalidade da população aqui estudada, as evoluções em termos de aquisições são lentas, com avanços não lineares, tendo sido verificados, no caso da C.G., ligeiros progressos, com regressões e paragens, conclusões estas que devem ser analisadas tendo em conta o curto período de intervenção.

Assim, apesar de, na maioria dos âmbitos, a C. apresentar capacidade para a realização de uma série de tarefas (com e sem apoio físico), a sua capacidade de iniciativa, participação ativa e autonomia são aspetos que devem ser trabalhados.

A relação terapêutica, baseada na empatia, foi progressivamente construída e consolidada, aspeto observável através da aceitação do toque por parte da estagiária, da cooperação nas tarefas propostas, da procura espontânea da aproximação corpo a corpo.

Em termos de contextos de intervenção, o meio aquático surge como um contexto de intervenção privilegiado para a C.G., tanto pela sua aceitação, como por ser um meio facilitador em termos de contacto com o outro, perceção de si e desenvolvimento de uma série de capacidades sensoriais, perceptivas, motoras e adaptativas, para além de constituir um espaço contentor e restrito para o desenvolvimento de uma intervenção mais dirigida, com uma maior facilidade de controlo em termos de elementos distratores e/ou potenciador de uma maior tempo de permanência na tarefa. Neste contexto o recurso ao reforço foi constante para que houvesse uma continuidade nas tarefas.

A intervenção psicomotora individual em contexto de sala foi um dos aspetos inovadores em termos de plano de intervenção da C. na CerMov e em relação ao qual a jovem se mostrou recetiva e participativa. A dinâmica utilizada através da criação de um envolvimento que permitisse à C. um equilíbrio entre o motor e o afetivo, contribuiu para sentimentos de segurança em si e no outro. A sua agitação psicomotora nas sessões diminuiu, permitindo uma maior capacidade de integração, sendo capaz de realizar tarefas simples e de uma forma mais adequada ao contexto. A procura constante pela imagem representada através de gestos aparentemente sem intenção, poderia ter sido um aspeto mais aprofundado, em termos das questões exploração do Eu.

Assim, de uma forma geral, considera-se positiva a sua participação em atividades individuais e de grupo, numa multiplicidade de contextos, dado poderem ser trabalhadas as suas capacidades funcionais e de autonomia da aluna através de uma série de experiências, indo ao encontro dos objetivos definidos no seu PI.

De acordo com o observado ao longo deste estudo, a C. revela uma maior aceitação e cooperação nas sessões individuais, comparativamente às de grupo. Para além das características intrínsecas à C., tal facto poderá estar relacionado com uma maior possibilidade de acompanhamento individualizado e de adequação imediata de estratégias e recursos, de modo a potenciar o trabalho com a jovem.

Considera-se ainda que, embora, tal como referido, a C não utilize a comunicação expressiva não-verbal para manifestar particular interesse e motivação pelas tarefas, o facto de não as rejeitar de forma evidente (como o caso da Educação Física Adaptada) pode ser considerado um fator positivo e a explorar. Ou seja, importa que, aquando de um planeamento dos apoios necessários para a vida futura desta jovem, os seus próprios interesses sejam respeitados e tidos em consideração.

Transversalmente a todos os contextos, como principais estratégias positivas neste estudo de caso aponta-se, por um lado, a sistematização e a sequencialização das atividades, que promoveram um maior sentido de orientação e de autonomia nas sessões, bem como a repetição das tarefas, que contribuiu para uma maior evolução em termos de desempenho, adesão, permanência e autonomia; por outro lado, a possibilidade de uma vivência mais espontânea, focada sobretudo na experiência concreta e na capacidade de exploração do espaço de uma forma semiestruturada, possibilitou a (auto)descoberta de uma série de potencialidades psicomotoras.

Importa ainda destacar como pontos positivos ao longo da intervenção a variedade de contextos (da observação e da intervenção), o envolvimento ativos dos pais e técnicos que intervieram diretamente com a jovem, com foco na funcionalidade, CA e qualidade de vida, na provisão mais adequada e diversificada de apoios às necessidades da jovem.

Em suma, a abordagem do caso da C. procurou ser realizada numa perspetiva positiva da pessoa, dando particular atenção às suas possibilidades e potencialidade enquanto jovem, para que cada atividade desenvolvida lhe proporcionasse uma experiência positiva, respeitando sempre as suas necessidades e sentimentos, no sentido de uma aprendizagem progressiva, segura e efetiva.

#### **4. Projeto de Intervenção - Com 2P's - Pura Psicomotricidade**

No âmbito do Estágio, foi solicitado a elaboração de um Projeto-Investigação/Ação, razão pela qual se apresenta em seguida de forma resumida, encontrando-se no Anexo 20 o projeto completo: **Com2P's (Pura Psicomotricidade)** - o Projeto de Intervenção Psicomotora ao Ar Livre para Jovens/Adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID).

O presente projeto tem como objetivo principal desenvolver uma intervenção psicomotora ao Ar Livre, realizada no âmbito da Promoção das Competências Psicomotoras, Pessoais e Sociais, para indivíduos jovens e adultos com DID, clientes da CERCICA, tendo em conta as características e as dificuldades que o grupo apresenta em termos de comportamento adaptativo (CA), nos diferentes contextos onde se insere, bem como as respetivas consequências em termos de relações interpessoais, participação social, bem-estar e qualidade de vida.

Dado a missão e a visão da CERCICA (ver p.5 - CERCICA, 2013b), considera-se essencial a existência de novos Projetos que criem mudanças, quer a nível individual, como social, conferindo à pessoa a oportunidade de escolha em relação às suas atividades, intervenções e ambientes, promovendo, assim, a sua participação ativa e, conseqüentemente, melhorando o seu bem-estar (Brown e Brown, 2003; Schalock et al., 2007b).

Neste sentido, tendo em conta as necessidades apresentadas, a Psicomotricidade surge, então, como prática interventiva essencial na população com DID, ao ser uma terapia de mediação corporal, numa vertente sensoriomotora e expressiva; através do agir, da experimentação e do investimento corporal é privilegiada a experiência concreta (corporal) de modo a atingir o plano do abstrato e do simbólico (Martins, 2001).

Neste sentido, ao potenciar a adaptação perceptiva e a motricidade do indivíduo, melhorar a sua consciência corporal, promover a capacidade de gestão das emoções, da resolução de situações-problema e o desenvolvimento da autoestima, a intervenção psicomotora recorre a todos os recursos que tenham como estrutura fundamental e canal privilegiado o jogo e as atividades sensoriomotoras (APP, 2012) sendo, portanto, o Ar Livre e a natureza um dos meios privilegiados enquanto promotor de novas experiências, desafios e aprendizagens.

Assim sendo, o Projeto **Com2P's (Pura Psicomotricidade)**, visa a dinamização de sessões de Psicomotricidade ao Ar Livre (duas vezes por semana), através de atividades desenvolvidas na natureza, baseadas no jogo, nas dinâmicas de grupo e na descoberta pelo movimento.

Em termos de metodologia prática, a amostra será constituída por grupos de, no máximo, 6 jovens/adultos com DID, de ambos os géneros, clientes da CERCICA (clientes internos), com idades compreendidas entre os 16 e os 50 anos, tanto em regime de Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), como de Formação Profissional.

Com este Projeto pretende-se, de uma forma geral, promover o Bem-Estar e Qualidade de Vida da pessoa; potenciar o desenvolvimento global das capacidades pessoais e sociais; promover a capacidade adaptativa aos diferentes contextos onde se insere; potenciar a autorregulação do comportamento; potenciar a funcionalidade e autonomia no desempenho das tarefas; impulsionar para a participação ativa em atividades sociais e comunitárias.

Em suma, os resultados esperados vão no sentido de perceber se existe uma diferença significativa entre o tipo de comportamentos apresentados nos diferentes contextos, antes e após serem sujeitos à intervenção (diminuição dos comportamentos desadaptativos, menores necessidades de apoio e maior capacidade de autonomia e responsabilidade pessoal e social), refletindo uma aquisição de competências pessoais e sociais. Cada um dos clientes caminhará, *Com2P's*, em direção ao que de mais puro o ambiente natural pode oferecer, explorando-o sozinho (com o seu corpo) e acompanhado (através do corpo do outro), adquirindo novas aprendizagens e sendo capaz de fazer a transferência de cada experiência, para responder de uma forma mais adaptada às exigências que o seu mundo faz.

## 5. Outras Atividades

Paralelamente a toda a intervenção descrita até ao momento, foram realizadas **atividades complementares** e de formação:

**a) IV TORNEIO De NATAÇÃO - CERCICA** (24.outubro.2013) – realizado nas instalações da CERCICA (piscina da CerMov). Contou com a participação de atletas de várias Instituições (CERCICA, CERCITEjo, CEDEMA, CRINABEL, CRID, Cooperativa Vários). A estagiária participou e colaborou, em conjunto com técnicas de Reabilitação e Estagiários de 1º Ciclo da Licenciatura em RPM, na organização do espaço do torneio, arbitragem/cronometragem das provas e arrumação dos materiais/espaço.

**b) Projeto Sêniores em Movimento** - Avaliações Iniciais (de outubro a dezembro de 2013) e Avaliações Finais (de maio a junho de 2014). Projeto de parceria com a Câmara Municipal de Cascais, cujo objetivo principal visa promover a prática regular

de atividade física da população Sénior dos Centros de Dia e de Convívio das 6 freguesias do concelho (e.g. CERCICA, Junta Complexo Desportivo de Alcabideche; Academia Dramático de Cascais; ANEA – Associação Nacional de Espondilite Anquilosante; Associação Humanitária de Bombeiros da Parede Amadeu Duarte; Piscinas Municipais da Abóboda), privilegiando as modalidades de movimento em sala e exercício em meio aquático. Os seus principais objetivos prendem-se com a promoção da adoção de estilos de vida saudáveis e, consequentemente, melhoria da qualidade de vida da população idosa; potenciar a aptidão física e a autonomia funcional dos participantes; promover a autoestima; contribuir para a aquisição de ganhos no processo de relacionamento interpessoal; contribuir para um processo integrado na perspetiva do envelhecimento ativo. A CERCICA (mais especificamente, a equipa da CerMov) é a entidade responsável pelo processo de avaliação de todo este programa interventivo, sendo realizados dois momentos de avaliação (inicial e final), no sentido de perceber os efeitos do programa ao longo de uma época. O processo de avaliação consistiu na aplicação de um protocolo de avaliação da aptidão física funcional e do equilíbrio aos participantes no programa Séniores em Movimento, no sentido de verificar os parâmetros relacionados com a aptidão física funcional (índice de massa corporal, força, resistência e flexibilidade muscular dos membros, mobilidade física, aptidão cardiorrespiratória e equilíbrio estático). Os grupos de séniores foram avaliados pela equipa da CerMov (da qual a estagiária fez parte, de forma ativa, colaborando com as restantes técnicas), nos espaços onde habitualmente desenvolvem as suas atividades.

**c) Venda de Natal CERCICA** - Colaboração na *I Feira De Natal da CERCICA* (30.novembro), realizada nas instalações da instituição, com artigos produzidos pelos clientes nos diferentes ateliers, contando com a participação dos colaboradores e voluntários. A estagiária participou na venda dos produtos da CerMov. Para além disso, colaborou, igualmente, na venda que se prolongou durante o mês de dezembro.

**d) 7ª Prova de Equitação - *Special Olympics*** (10.abril.2014) – organizada pelo Special Olympics Portugal, realizada no Centro Hípico do Estoril. Contou com a participação de três atletas da CERCICA, assim como com clientes de outras instituições (e.g. CERCITEjo, CECD, Academia Equestre João Cardiga), contando com a presença de familiares. Durante o período da manhã decorreram as provas e, após almoço, um convívio e a entrega das medalhas de participação. A estagiária acompanhou e apoiou o grupo, com a fisioterapeuta responsável pela atividade.

**e) Campanha do Pirilampo Mágico** (no decorrer do mês de maio) - campanha de angariação de fundos a favor das CERCI's, organizada pela Fenacerci e em parceria com a RDP-Antena 1. A estagiária participou na venda dos produtos de merchandising da campanha (em bancas de solidariedade, na comunidade).

**f) II Torneio *Oh Gui*** (17.maio.2014) – realizado no Estádio Guilherme Pinto Basto, e integrado no “Convívio Rugby Juvenil – Aniversário do Dramático de Cascais” (pela Associação de Rugby do Sul), com a participação de cerca de duas centenas de jovens atletas de vários clubes. De uma forma mais específica, o encontro do Torneio OH GUI, contou com os atletas da CERCICA e do CRID e com a presença dos seus familiares. Foram realizados 2 jogos (regras da modalidade adaptadas), sob a direção de uma árbitra internacional, e contando com a presença de Carlos Amado da Silva, presidente da Federação Portuguesa de Rugby. No final do torneio foi feita a entrega de prémios a todos os atletas e intervenientes no projeto. A estagiária acompanhou o grupo de atletas, dando o apoio necessário na organização, apoio e orientação dos participantes, bem como na venda dos produtos da Campanha do Pirilampo Mágico.

**g) Torneio de Boccia** (20.maio.2014) – realizado no Pavilhão Desportivo dos Lombos, organizado pelo Lar da Boa Vontade, no âmbito do Grupo de Desporto da Comissão para a Pessoa com Deficiência do Concelho de Cascais (CPD). Contou com a participação de atletas de várias instituições (CERCICA, Lar da Boa Vontade, APPACDM Alapraia, CAO do Pisão). A estagiária acompanhou o grupo de participantes, dando o apoio necessário na orientação dos atletas.

**h) 5º Festival do Pirilampo Mágico** (24.maio.2014) – no âmbito da Campanha Pirilampo Mágico 2014, organizado pela CERCICA e CerMov; realizou-se no Teatro Gil Vicente, em Cascais, com o apoio dos Bombeiros Voluntários de Cascais. Contou com a presença de familiares e colaboradores, e com a participação dos clientes da instituição, através da apresentação de performances preparadas pelos clientes, no âmbito do grupo de teatro da CERCICA e dos grupos de dança (atividade da CerMov). Esta foi uma atividade que contou com a presença da estagiária, quer durante o período de preparação (ensaios semanais), quer no dia do evento, sobretudo no acompanhamento ao grupo de dança dos clientes CAO.

**i) I Torneio de Natação Adaptada - Nada Lá** (29.maio.2014) – decorreu no Complexo Desportivo das Piscinas da Abóboda, contando com a presença de atletas de várias instituições (CERCICA, CERCILISBOA, APPACDM Alapraia e CAO do Pisão). A estagiária acompanhou o grupo de participantes, dando o apoio necessário em termos de organização das atividades, orientação dos atletas e registo dos tempos de prova. De uma forma geral, estas foram experiências de importância igualmente elevada, uma vez que permitem desenvolver a capacidade de adaptação a diferentes contextos, espaços, dinâmicas e populações, para além de promover a capacidade de trabalhar com diferentes equipas. Assim, consideram-se momentos de aprendizagem ricos, quer em termos da observação psicomotora, quer ao nível da intervenção em si, ao contactarmos com outros profissionais mais experientes, num momento de interação e partilha entre todos.

Para além destas, importa referir as **atividades formativas** participadas ao longo deste período, uma vez que surgem como um complemento de aprendizagem para toda a intervenção psicomotora realizada ao longo do período de estágio:

**j) Participação no Ciclo de Conferências “Conhecer Mais, Responder Melhor”** – organizadas pela Equipa Móvel de Desenvolvimento Infantil e Intervenção Precoce (EMDIIP), realizadas no Auditório da Biblioteca Municipal de Oeiras. Ciclo de 3 conferências (25.outubro.2013; 29.novembro.2013; 24 de janeiro.2014) subordinadas a diferentes temáticas relacionadas com a população com dificuldades e as suas várias fases de desenvolvimento (Educação Especial e Métodos de Intervenção; Disciplina em Contexto Escolar; Intervenção Precoce e Transição para a Vida Ativa; Avaliação e Diagnóstico; Educação Sexual na Deficiência), contando com a participação de oradores de referência na área.

**k) Participação nas Palestras de Comemoração do Centenário de João dos Santos** (26.novembro.2013) - organizadas pela FMH e realizadas nas suas instalações. Palestras integradas na Comemoração do Centenário de João dos Santos, numa retrospectiva da influência que a sua obra (corpo, relação com a criança, transdisciplinaridade, pedagogia terapêutica, psicopedagógica) teve na formação pessoal, profissional e terapêutica, na abordagem e intervenção com crianças, na área da saúde mental. Contou com a participação de oradores que contactaram diretamente com João dos Santos e outros (e.g. estagiários da Casa da Praia), em testemunho direto da experiência na Psicomotricidade e, ainda, de projetos empreendedores que têm sido desenvolvidos em Portugal, com base nestas influências.

**l) Participação na Formação Pessoal do Psicomotricista – 1º nível** (14.dezembro.2013) – organizada pelo Instituto do Conhecimento Relacional e da Psicomotricidade (INCORP), nas instalações da APPACDM de Setúbal. Dinamizada pelo Professor João Costa, foi uma formação de carácter prático, relacional e psicomotor, tendo sido abordados pontos essenciais para uma intervenção psicomotora mais completa e holística, desde as questões da regulação da distância interpessoal, da linguagem do corpo, do olhar e dos sons, o funcionamento em espelho, a simpatia, empatia e sintonia, até às questões da relação grupal, coesão e partilha.

**m) Participação no Ciclo de Conferências – o (des)Envolvimento** – organizado pelo CADIN, consistiu num conjunto de 3 jornadas de conferências relacionadas com o papel da família, da escola e da comunidade na procura de soluções que promovam a qualidade de vida e o bem-estar e a integração na sociedade de crianças, jovens e adultos com Perturbação do Desenvolvimento. A primeira foi dedicada à **Idade Precoce** (25.janeiro.2014), explorando temáticas como problemas de desenvolvimento global, problemas no desenvolvimento da linguagem, PEA (primeiros sinais de alerta; quando encaminhar), problemas do sono, entre outros. Na segunda conferência, subordinada à **Idade Escolar** (22.março.2014), foram abordadas as questões mais relacionadas com a escolaridade das crianças com dificuldades, a ansiedade, a desatenção e epilepsia.

**n) Participação nas Jornadas Internacionais de Psicomotricidade – Práticas Psicomotoras ao longo da vida** (7 e 8 de março.2014) – organizadas pela Universidade de Évora e pela Faculdade de Medicina Pierre et Marie Curie, decorreram em Évora. O ciclo de conferências incluiu a apresentação de uma série de comunicações contemporâneas, com fundamentação e validade empírica, sobre práticas psicomotoras, enquadramento conceptual e profissão, numa partilha de saberes e práticas da Psicomotricidade e áreas científicas afins. Contou com a participação de oradores franceses e portugueses (de diversas instituições de ensino e profissionais). O evento foi ainda enriquecido com a apresentação de posters de investigação realizada em Portugal com vários tipos de população, na área da Intervenção psicomotora.

Qualquer um destes momentos de formação nasceu da necessidade de, com a prática, aumentar o conhecimento em termos de investigação e da fundamentação teórica utilizada na intervenção psicomotora, para além da procura do crescimento pessoal. Assim, uma vez a diversidade de casos acompanhados na prática de estágio, procuram-se temáticas que abarcassem as diferentes fases de desenvolvimento da pessoa com dificuldades (desde a idade precoce até à idade adulta), no sentido de entender a origem das suas necessidades de apoio e quais essas necessidades, alguns tipos de comportamentos-tipo, estratégias, tipos e vertentes de intervenção a utilizar, sempre com vista a potenciar um caminho de funcionalidade e qualidade de vida.

Por último, destacam-se ainda a participação ativa nas **Reuniões Semanais de Equipa** (com a presença de todos os elementos da CerMov) onde eram discutidos os principais pontos, quer em termos de clientes, atividades, dinâmicas de organização de recursos humanos, espaciais ou temporais; para além disso, as reuniões foram também utilizadas enquanto momentos formativos sobre várias temáticas de interesse geral (e.g. Higiene Postural e Transferências; Espasticidade; A importância da Hidroterapia); as **Reuniões Pontuais de Discussão de Casos** (Clientes Internos e Externos), contando com a participação de todos os técnicos que intervêm de forma direta com o indivíduo em questão, e seus familiares, quer numa perspetiva de resolução de qualquer problema que possa ocorrer, quer em termos de avaliação do ponto da situação que a intervenção transdisciplinar está a levar, no sentido de manter ou reestruturar objetivos; e, ainda, **Reuniões Pontuais relativas aos diferentes Projetos** (e.g. Reunião *Oh Gui*, com o objetivo principal da definição do Plano de Atividades e Orçamento de 2014). Estes representaram outro ponto essencial neste processo de aprendizagem, uma vez que serviram, por um lado, para acompanhar e melhor compreender as várias dinâmicas onde me encontrava envolvida e, por outro, ter a possibilidade de participar de forma ativa, contribuindo com a experiência em cada um dos contextos. Em suma, em qualquer uma destas reuniões, o(s) cliente(s) são sempre colocadas em primeiro plano, numa discussão saudável e que caminha sempre na promoção das melhores condições para uma intervenção mais eficaz, positiva e de qualidade.

## Conclusão

Antes de mais, importa referir que este relatório teve como principal propósito espelhar os fundamentos teóricos essenciais relativos à população com DID e à intervenção psicomotora com esta população e, de modo particular, relatar a intervenção desenvolvida na CerMov, núcleo inserido num contexto institucional tão variado como a CERCICA. Não obstante, poucas são as linhas para tantas palavras que poderiam ser escritas em relação a uma experiência tão profícua do ponto de vista profissional e pessoal.

Este passo na formação académica, considerado o momento-chave que estabelece a ponte entre a literatura e a realidade, nem sempre concordante na sua totalidade, permite demonstrar que cada caso merece ser estudado à luz da sua diversidade e individualidade. Direcionar a reflexão neste sentido permite reconhecer, por um lado, os elementos essenciais já existentes para a definição de uma planificação dos apoios mais adaptada à pessoa com DID, com sustentação teórica, e, por outro lado, contribuir para a identificação dos aspetos ainda a desenvolver (e.g. instrumentos de avaliação padronizados, mais estudos de caso longitudinais relativamente aos resultados da intervenção psicomotora).

Numa perspetiva mais específica e relacionada com a CERCICA, esta é, então, uma instituição de grandes dimensões, com um vasto corpo social, que trabalha no sentido de dar resposta e desenvolver um trabalho de desenvolvimento pessoal individualizado, a um número igualmente elevado de clientes. Dos clientes ao corpo diretivo, técnicos, auxiliares colaboradores ou voluntários, todos são agentes ativos e essenciais para a dinâmica diária desta cooperativa, baseada na relação e interação pessoal saudável e positiva. O clima de bem-estar, harmonia, companheirismo, respeito e organização é claramente perceptível desde o primeiro contacto. Esta organização é observada na distribuição do espaço e do tempo das dinâmicas e das funções de cada um, permitindo, assim, uma maior segurança e estruturação interna de cada cliente, tendo isto repercussões em termos do seu sentido de independência e autonomia.

Aqui, cada dificuldade é encarada como um ponto de partida para o desenvolvimento pessoal, através da elegibilidade dos apoios necessários para que cada pessoa seja mais autónoma, funcional e participativa na sociedade onde se insere. Para isso, o esforço da CERCICA move-se no sentido de desenvolver o maior número de atividades e projetos adequado à sua população, promovendo, assim, uma maior possibilidade de escolha por parte da pessoa com dificuldades, de acordo com as suas motivações e interesses.

A CerMov, ao ser uma das respostas empreendedoras da CERCICA, rege-se pelas mesmas linhas, representando um serviço extremamente importante em termos terapêuticos, dirigido a um vasto leque de situações e necessidades, desde a infância, até à população sénior. A intervenção psicomotora, inserida neste núcleo terapêutico e de atividade motora, encontra-se bem difundida na instituição. O seu caráter reeducativo e terapêutico encontra-se aqui reconhecido, a julgar pela boa adesão à intervenção psicomotora enquanto apoio nas diversas problemáticas do desenvolvimento, sendo bem aceite por clientes e seus significativos, assim como pela procura que pais/familiares fazem deste serviço (reconhecendo a importância que intervenção atempada ao nível do desenvolvimento psicomotor, enquanto ponto-chave para a diminuição das dificuldades das suas crianças).

Composta por uma equipa de trabalho excecional, num equilíbrio entre o profissionalismo, disponibilidade e bem-estar pessoal e interpessoal, a CerMov rege-se pela filosofia interventiva que vai ao encontro de todos os fundamentos teóricos referidos neste documento, relativos à pessoa com dificuldades. Cada caso é encarado de forma única e individual, através de uma abordagem baseada na

identificação das suas potencialidades e necessidades de apoio, dando particular importância aos interesses, motivações, sentimentos e preocupações individuais, sempre com vista à promoção da sua capacidade adaptativa, funcional, autónoma e ao desenvolvimento do bem-estar e qualidade de vida.

Para além disso, a dinâmica interna da CerMov, não se fecha às suas atividades, mas antes encontra-se em estreita relação de comunicação com todos os apoios (e.g. CAO, ateliers, Formação Profissional), que cada um dos clientes aqui apoiado beneficia no seu PI. São consideradas as reais capacidades e necessidades (intelectuais, motoras, emocionais, sociais e adaptativas) da pessoa, de modo a que o tipo de apoio prestado contribua para a independência e para uma funcionalidade individual crescente e que se mantenha a longo prazo, tornando cada uma destas pessoas, cidadãos que respondam e ajam de forma ativa e positiva perante as exigências que a sociedade diariamente lhes impõe. Logo, este é um trabalho desenvolvido com/para a pessoa, ao invés de um trabalho com/para a dificuldade ou a diferença.

Uma intervenção com este tipo de população deverá considerar, de forma prioritária, que tipo de habilidades a pessoa necessita para ser capaz de agir, de forma adaptada e funcional, nos seus contextos e com os seus pares, tanto hoje, como amanhã e, portanto, de que forma a intervenção psicomotora poderá potenciar esse desenvolvimento. Assim sendo, embora os recursos existentes sejam múltiplos, existem sempre condicionantes temporais, financeiras e/ou humanas que obrigam a que seja feita uma priorização destes apoios, percebendo a sua utilidade prática em termos de funcionalidade, em equilíbrio com a importância que a própria pessoa atribui a cada uma dessas habilidades para o seu bem-estar e qualidade de vida (felicidade, aceitação, satisfação pessoal).

Tal como afirma Matias (2005), através das várias atividades desenvolvidas e das novas experiências potenciadas, a pessoa com dificuldades encontra-se num trabalho constante de organização das suas sensações, perceções e cognições, maximizando, por conseguinte, a sua capacidade de respostas adaptativas, segundo uma postura somatognósica praxica (ação que envolve uma intencionalidade, organização, elaboração e planificação prévias). Da mesma forma, Maximiano (2004), defende que, através da promoção de vivências corporais, se invista na construção do nosso Eu Corporal, potenciando a capacidade de (re)ajustamento aos diferentes contextos.

Neste sentido, todas as atividades desenvolvidas no âmbito deste estágio, nos diferentes contextos, visaram trabalhar sobretudo, através da componente motora e vivida, as questões relativas ao comportamento adaptativo (desde a autonomia, desenvolvimento físico, linguagem, tempo, personalidade, responsabilidade e socialização, até às questões do comportamento social, conformidade, confiança, ajustamento pessoal ou de outro tipo de comportamentos considerados desadaptados aos contextos onde se encontram inseridos), indo ao encontro das diretrizes mais atuais na área das DID. Através da estimulação e das novas experiências potencia-se a capacidade de adaptação, da mesma forma que se acompanha e apoia a pessoa nas suas necessidades e dificuldades, desde fases precoces do seu desenvolvimento.

Ao ser promovido um funcionamento (o mais) independente (possível), num contexto como a CERCICA é impossível olhar para cada um dos clientes de forma “divisível”, fragmentados por áreas, identificados por diagnósticos ou caracterizados pelos seus pontos menos fortes. Aqui, a abordagem prática desenvolve-se no sentido de procurar e perceber a pessoa, antes das suas dificuldades. A sua base assenta na construção de uma relação terapêutica, desenvolvida num ambiente tranquilo, positivo e securizante, independentemente do contexto intra ou extrainstituição, perspetivando-se que, por um lado, se motive a realização de tarefas estruturadas e, por outro, se encoraje a expressão individual, a autodescoberta, exploração e a aprendizagem independentes. O apoio em Psicomotricidade não se baseia no assistencialismo, antes

é entendido como um elemento facilitador para que os objetivos sejam atingidos, sempre na ótica da promoção da independência e do “fazer por si”.

Esta é uma dinâmica que o estagiário tem a possibilidade de ir construindo, cruzando os seus conhecimentos, a base da sua formação, a sua experiência anterior e as suas próprias características, com as dinâmicas já existentes e as diretrizes já implementadas. O envolvimento diário, não apenas nas sessões de intervenção psicomotora, mas em toda a dinâmica institucional, diálogo com os próprios clientes, do seu acompanhamento em atividades variadas, do contacto com as suas famílias, contribuem, inquestionavelmente, para o crescimento profissional e pessoal. Para além disso, progressivamente vai-se assistindo a uma inclusão deste novo interveniente nas dinâmicas da instituição, enquanto membro integrante, ativo e participativo de uma equipa.

Tal só é possível devido à orientação técnica, considerada um ponto fundamental para o sucesso de todo este processo de aprendizagem, uma vez que desde o primeiro momento é fomentada a discussão, o esclarecimento, a partilha de informação. Esta é uma dinâmica de equilíbrio entre as respostas e as perguntas, o acompanhamento e a liberdade, a exigência e a responsividade, os direitos e os deveres. Uma relação que progressivamente deve ser construída na base da confiança, segurança e disponibilidade mútua. Neste sentido, o tempo indireto na instituição assume-se como uma parte essencial de um estágio curricular, uma vez que só desta forma, é possível participar de forma completa nas várias fases que a intervenção psicomotora encerra em si mesma, desde o momento da observação/avaliação inicial, até à final, passando pela elaboração de um plano e de objetivos de intervenção.

Importa ainda referir que esta pode ser considerada uma experiência positiva tanto para o estagiário, como para a própria instituição, uma vez que a entidade beneficia de uma pessoa disponível para a aprendizagem, sempre com a perspetiva de ser/fazer mais e melhor. Assim, um novo elemento ainda em formação académica traz consigo uma série de ideias novas e diversificadas, apresentando um olhar diferentes sobre cada caso, permitindo uma troca rica entre as práticas vigentes e a informação atualizada relativa à temática aqui em estudo. Com um sentido de curiosidade e sede de aprendizagem, a observação e o questionamento do estagiário representam o ponto de partida para se fomentar a discussão positiva do trabalho desenvolvido e, conseqüentemente, para uma reflexão conjunta sobre o (in)sucesso e a (des)adequação das intervenções. Para além disso, a instituição passa ainda a ter mais um recurso para o auxílio para as várias atividades, tanto de carácter anual, como pontual.

Numa fase final de reflexão acerca de todos os aspetos teóricos e práticos aqui abordados, existem limitações e dificuldades, tanto em termos académicos e profissionais, como pessoais, que devem constituir pontos de discussão e ser encarados como sugestões futuras e pontos de partida para uma melhoria de todo este processo.

Uma das primeiras necessidades identificadas prendeu-se com a dificuldade de encontrar instrumentos de avaliação psicomotora destinados à pessoa com DID, jovem e adulta. Ainda que as bases da ECAP, conjugadas com outras escalas (e.g. Escala de Intensidade de Apoios, Escala Pessoal de Resultados), sejam essenciais para um conhecimento geral da pessoa e da planificação dos tipos de apoio essenciais, em termos de fundamentos práticos para a intervenção psicomotora, desenvolvida nos moldes aqui existentes, não fornece a informação necessária em termos das suas reais potencialidades e necessidades psicomotoras.

Para além disso, uma vez a organização interna da CERCICA-CerMov, a população-alvo deste núcleo é bastante variada quer em termos de idades, como de problemáticas, não estando, portanto, este estágio curricular voltado apenas para uma

intervenção específica para a população jovem e adulta com DID, na vertente do comportamento adaptativo, transição para a vida ativa e qualidade de vida. Assim, num contexto tão abrangente, verifica-se a necessidade de um maior conhecimento, formação, existência de instrumentos de avaliação e possibilidade da sua aplicação, que se adaptem às diferentes problemáticas, essenciais para uma intervenção mais dirigida e efetiva para os casos em questão. A importância deste aspeto foi referida ao longo do relatório, pois tal como Pitteri (2004) defende, uma avaliação feita de forma adequada ao caso permite, de igual modo, estabelecer um campo de intervenção mais restrito e específico da área da Psicomotricidade.

Esta é, portanto, uma necessidade que reflete a necessidade eminente de promover mais investigação clínica na área da Psicomotricidade, com base em metodologias rigorosas e respeitando as questões da validade. A CERCICA pode, então, ser considerada um local privilegiado para esta vertente de investigação, uma vez a existência de uma larga amostra, com a possibilidade de um acompanhamento, quer a curto, como a longo-prazo (realização de estudos de investigação longitudinais), assim como tem ao seu dispor uma série de recursos que lhe permite desenvolver projetos pioneiros e inovadores.

As dificuldades interventivas podem refletir-se na difícil gestão e equilíbrio entre a sensibilidade e responsividade, por um lado, e, por outro, a exigência ou o assumir de uma figura de autoridade, perante os comportamentos observados. Não obstante, estes são aspetos progressivamente ultrapassados através da observação das estratégias já utilizadas com maior eficácia em termos de resultados e, de forma cada vez mais autónoma, pela implementação dessas mesmas habilidades de gestão das várias dinâmicas. Esse equilíbrio é promovido através da palavra, mas, sobretudo, da linguagem corporal, essa linguagem universal, base da intervenção psicomotora, que permite entender e ser entendidos por qualquer Ser.

Para além disso, numa dinâmica diária deste tipo de estágio, o sentimento de impotência perante tempo de intervenção, frequência das sessões, perspetivas e objetivos definidos/planeados inicialmente, poderão igualmente constituir uma limitação com que o estagiário se depara. Para além disso, uma vez defendida uma abordagem instrumental/relacional, surge muitas vezes a necessidade de dar mais espaço para momentos de espontaneidade e criatividade, que não tenha em vista apenas as questões dos resultados serem quantificáveis, atingidos ou não atingidos.

Ainda assim, num contexto como este, é potenciada a liberdade para a apresentação de propostas inovadoras, empreendedora e de relação com a comunidade, através de projetos de Investigação/Intervenção, indo ao encontro do proposto nesta formação em 2º ciclo, sendo considerada essencial e uma mais-valia para a instituição. Não obstante, a sua aplicação nem sempre é exequível devido à necessidade de recursos, sobretudo temporais, em contextos como a CERCICA-CerMov onde existe uma grande diversidade de atividades pontuais e anuais.

Considera-se, ainda, que o calendário de uma prática de estágio curricular deste cariz deverá corresponder ao calendário institucional; para além disso, o horário semanal do estagiário deverá contemplar o tempo direto (de sessões com os clientes), bem como o indireto, uma vez que só deste modo é possível acompanhar todo o processo interventivo, e, portanto, ter a possibilidade de desenvolver as competências esperadas nesta etapa formativa em termos de intervenção psicomotora pedagógico-terapêutica, de relação com outros profissionais e de relação com a comunidade.

Em suma, e numa *perspetiva de reflexão pessoal*, após oito meses de experiência, a aprendizagem e o crescimento foram constantes, enquanto aluna, Psicomotricista e Ser Humano. Fui uma pessoa com dificuldades, ao deparar-me com novas experiências, novos contextos, novas exigências. Senti a necessidade de ter uma rede de apoios que me ajudasse a perceber as minhas dificuldades, receio e medos, mas,

principalmente, me fizesse descobrir as minhas possibilidades. E ela construiu-se, com todos os intervenientes da vida institucional, fazendo com que cada dificuldade encontrada passasse a ser encarada como uma oportunidade, tornando-me, diariamente, numa pessoa cada vez mais funcional e autónoma, tendo tudo isto repercussões na minha qualidade de vida.

Esta foi a viagem para aprender. Aprender a observar, sentir, comunicar, refletir, criar, superar e crescer. Aprender, todos os dias, de coração aberto e olhos virados para o mundo, o mundo de cada uma das pessoas que tive a oportunidade de conhecer, com quem tive o privilégio de trabalhar. Aprender a ser e a (re)agir de forma ponderada, consciente e responsável. Aprender a sorrir, a abraçar, a comunicar com o outro e, sobretudo, a esperar por uma resposta, um sinal, que sempre chega. Aprender a ser mais e dar o melhor de mim. Aprender a dar tudo o que tenho no mínimo que faço.

Em cada manhã, o meu Eu descentralizava-se e as minhas dúvidas e receios, caso existissem no início, dissipavam-se tranquilamente, em cada diálogo, em cada interação, em cada “Bom Dia” com um sorriso verdadeiro, em cada silêncio que sempre significou algo. Se em algum momento pensei “há muito para além do trabalho”, outra ideia se sobrepôs: “há muito no meu trabalho que me faz uma pessoa melhor, mais feliz e mais completa”.

“A mind that is stretched by a new experience can never go back to its old dimensions.”

(Oliver Wendell Holmes)

## Referências Bibliográficas

- Abellán, R. M. e Vicente, R. H. (2002). Deficiencia mental asociada a síndrome de Down, desarrollo psicomotor, educación física y deportes. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 5, 77-106.
- Adams, D. e Oliver, C. (2010). The relationship between acquired impairments of executive function and behavior change in adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 393-405. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01271.x.
- Aidar, F., Silva, A., Reis, V., Carneiro, A., Vianna, J. e 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. doi: 10.3900/FPJ.6.6.377.P.
- Albaret, J.-M. (2003). Intérêt de la mesure dans l'examen psychomoteur. *Evolutions Psychomotrices*, 15 (60), 65-74.
- Albaret, J.-M. (2009). Place de l'examen psychomoteur dans l'évaluation neuropsychologique de l'enfant. *Evolutions Psychomotrices*, 21(83), 45-54.
- Allen, D. Langthorne, P., Tonge, B., Emerson, E., McGill, P., Fletcher, R., Dosen, A. e Kennedy, C. (2012). Towards the prevention of behavioural and psychiatric disorders in people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(6), 501–514. doi: 10.1111/jar.12050.
- Alsina, R. N., Quillet, P. R. e Carulla, L. S. (2004). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual - guía práctica para técnicos y cuidadores. Retirado de <http://www.feaps.org/archivo/publicaciones-feaps/libros/coleccion-feaps/311-salud-mental-y-alteraciones-de-la-conducta-en-las-personas-con-discapacidad-intelectual-guia-practica-para-tecnicos-y-cuidadores.html> - em 21 de novembro de 2013.
- American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD. (2013). Definition of intellectual disability. Retirado de [http://www.aaid.org/content\\_100.cfm?navID=21](http://www.aaid.org/content_100.cfm?navID=21) – em 27 de março de 2013.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade – APP. (2012). Psicomotricidade – Práticas Profissionais. Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Brochura%20Total.pdf> - em 7 de dezembro de 2013.
- Attwood, T. (2010). *Tudo sobre a síndrome de asperger*. Lisboa: Verbo.
- Barbosa, T. (2001). As habilidades motoras aquáticas básicas. *Lecturas: educación física y deportes*, 33. Retirado de <http://www.efdeportes.com/efd33a/aquat.htm> - em 21 de janeiro de 2014.
- Bathia, M. S., Rajender, G., Malhotra, S., Kanwal, K. e Chaudhary, D. (2010). Current understanding of neurobiology of autism spectrum disorders and its nosological implications. *Delhi Psychiatry Journal*, 13(1), 18-28.
- Bax, M., Goldstein, M., Rosenbaum, P., Leviton, A. e Paneth, N. (2005). Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(8), 571–576.
- Bessa, C., Lopes, F. e Maciel, P. (2012). Molecular genetics of intellectual disability. In Ü. Tan (Ed.), *Latest findings in intellectual and developmental disabilities research* (pp.149-176). doi: 10.5772/31269.
- Bhat, A. N., Landa, R. J. e Galloway, J. C. (2011). Current perspectives on motor functioning in infants, children and adults with autism spectrum disorders. *Physical Therapy*, 91(7), 1116-1129. doi: 10.2522/ptj.20100294.

- Biasoli, M. e Machado, C. (2006). Hidroterapia: aplicabilidades clínicas. *Revista Brasileira Médica*, 63(5), 225-237.
- Blair, E. e Watson, L. (2006). Epidemiology of cerebral palsy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 11(2), 117-125. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2005.10.010>.
- Borremans, E., Rintala, P. e McCubbin, J. (2009). Motor skills of young adults with asperger syndrome: a comparative study. *European Federation of Adapted Physical Activity*, 2(1), 21-33.
- Boscaini, F. (2004). The specificity of psychomotor semiology for an adequate diagnostic. *A Psicomotricidade*, 3, 50-60.
- Brás, G., Correia, N. e Silva, A. (2009). Estudo do perfil motor de crianças com perturbações do espectro do autismo. In L. P. Rodrigues, L. Saraiva, J. Barreiros e O. Vasconcelos (Eds.), *Estudos em Desenvolvimento Motor da Criança II* (pp. 139-146). Viana do Castelo: Escola Superior de Educação Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Brown, I. e Brown, R. (2003). *Quality of life and disability: an approach for community practitioners*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Brown, I., Parmenter, T. e Percy, M. (2009). Trends and issues in intellectual and developmental disabilities. In Brown, I. e Percy, M. (Eds.), *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 45-57). Portland: Brookes Publishing Co.
- Burack, J. A., Hodapp, R. M. e Zigler, E. (1998). *Handbook of mental retardation and development*. USA: Cambridge University Press.
- Candeloro, J. e Caromano, F. (2007). Efeito de um programa de Hidroterapia na flexibilidade e na força muscular de idosas. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4), 303-309.
- Carr, A. e Reilly, G. (2007). Diagnosis, classification, and epidemiology. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh e J. McEvoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychological practice* (95-142). New York: Routledge.
- Casares, J. (2003). ¿Qué es la diversidad funcional por limitación en la movilidad?. In M. López et al. (Eds.), *Manual de Atención al Alumnado con Necesidades Específicas de Apoyo Educativo Derivadas de Limitaciones en la Movilidad* (p.8). Junta de Andalucía: Consejería de Educación.
- Chaix, Y., Coraze, J., Lareng-Armitage, J., Soppelsa, R. e Albaret, J.-M. (2013). Table-ronde sur la démarche diagnostique en psychomotricité. *Les Entretiens de Bichat*. 1-10.
- Chan, S. W., Thompson, D. R., Chau, J. P., Tam, W. W., Chiu, I. W. e 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*, 47(1), 108-122. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.08.004.
- Chapman, R. e Hesketh, L. (2001). Language, cognition and short-term memory in individuals with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 7 (1), 1-7. doi: [10.3104/reviews.108](http://dx.doi.org/10.3104/reviews.108).
- Coelho, S., Rodrigues, V., Santos, S. e Eiró, A. (2003). Psicomotricidade no Centro Educacional Bonny Stilwell da APPACDM. *A Psicomotricidade*, 1(2), 97-103.
- Cooper, S. A., Smiley E., Morrison J., Williamson A. e Allan L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry*, 190, 27-35. doi: 10.1192/bjp.bp.106.022483.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais - CERCICA. (2010). Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais. Retirado de <http://www.cercica.pt/> - em 12 de outubro de 2013.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais – CERCICA. (2013a). *Plano Estratégico 2013-2015 – Plano Anual de Atividades e Orçamento 2013*. Documento não publicado.

- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais – CERCICA. (2013b). *Regulamento Interno Geral*. Documento não publicado.
- Despacho nº 10099/2009. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 73 - 15 de Abril de 2009, 15341-15343.
- Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular (DGIDC). (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com perturbações do espectro do autismo: normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Dressler, A., Perelli, V., Feucht, M. e Bargagna, S. (2010). Adaptive behaviour in Down syndrome: a cross-sectional study from childhood to adulthood. *Wien Klin Wochenschr.* 122(23-24). 673–680. doi: 10.1007/s00508-010-1504-0.
- Editora CERCICA. (s.d.). Editora CERCICA – Editora Especializada. Retirado de <http://www.editoracercica.com/> - em 20 de outubro de 2013.
- Ellison, J. W., Rosenfeld, J. A. e Shaffer, L. G. (2013). Genetic basis of intellectual disability. *Annual Review of Medicine*, 64, 441–50. doi: 10.1146/annurev-med-042711-140053.
- Emck, C., Plouvier, M. e Lee-Snel, M. (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalizing disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy: An International Journal for Theory, Research and Practice*. DOI:10.1080/17432979.2012.713003.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. 47(1). 51-58.
- Esposito, G. e Pasca, S. (2013). Motor abnormalities as a putative endophenotype for autism spectrum disorders. *Frontiers in Integrative Neuroscience*. 7(43). 1-5. doi: [10.3389/fnint.2013.00043](https://doi.org/10.3389/fnint.2013.00043).
- Eunson, P. (2012). Aetiology and epidemiology of cerebral palsy. *Pediatrics and child health*. 22(9). 361-366. doi: 10.1016/j.paed.2012.05.008.
- European Down Syndrome Association. (2013). Down Syndrome - Facts about Down Syndrome. Retirado de <http://www.downsyndrome.eu/html/downsyndrome.html> - em 16 de dezembro 2013.
- Federação Portuguesa Autismo. (2013). Autismo. Retirado de [http://www.fpda.pt/autismo\\_1](http://www.fpda.pt/autismo_1) - em 21 de novembro de 2013.
- Fenacerci. (2013). Fenacerci - Movimento CERCI. Retirado de <http://www.fenacerci.pt/> - em 12 de outubro de 2013.
- Fidler, D. J., Most, D. E. e Philofsky, A. D. (2008). The Down syndrome behavioural phenotype: Taking a developmental approach. *Down Syndrome Research and Practice*, 37-44. doi: [10.3104/reviews/2069](https://doi.org/10.3104/reviews/2069).
- Fidler, D., Hepburn, S. e Rogers, S. (2006). Early learning and adaptive behaviour in toddlers with Down syndrome: Evidence for an emerging behavioural phenotype?. *Down Syndrome Research and Practice*. 9(3). 37-44.
- Filho, P. (2003). *A psicomotricidade relacional em meio aquático*. Brasil: Editora Manole.
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (2007). Introduction. In Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C. e First, M. (Eds.), *Diagnostic manual-intellectual Ddsability (DM-ID): a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability* (pp. 1-10). Kingston, NY: NADD Press.
- Flores, A. (2013, 29 de outubro). Entrevista sobre a o funcionamento e organização da CERCICA-NTAM/CerMov: Entrevistado por Ana Rita Pão Alvo. Cópia na posse do autor.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 3/4. 125-140.
- Fonseca, V. (2001). A Deficiência Mental a partir de um enfoque psicomotor. In V. Fonseca, *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares* (pp. 99-117). Lisboa: Âncora Editoras.

- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade - perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento psicomotor e aprendizagem* (1ªed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2006). *Teoria psicomotora - estudo de casos*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora – Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2013). *A organização praxica e a dispraxia na criança – abordagem neuropsicomotora às dificuldades de coordenação*. Lisboa: Âncora Editora.
- Freitas, D. A. (2012). *Observação e intervenção psicomotora em meio aquático em crianças com perturbações do espectro do autismo* (Dissertação de mestrado não publicada em Reabilitação Psicomotora). Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/6421>.
- Ghaziuddin, M. e Butler, E. (1998). Clumsiness in autistic and asperger syndrome: a further report. *Journal of Intellectual Disability Research*. 42(1). 43-48. doi: 10.1046/j.1365-2788.1998.00065.x.
- Glasson, E., Sullivan, S., Hussain, R., Petterson, B., Montgomery, P. e Bittles, A. (2002). The changing survival profile of people with Down's syndrome: implications for genetic counselling. *Clinical Genetics*. 62(5). 390–393.
- Green, D., Baird, G., Barnett, A., Henderson, L., Huber, J. e Henderson, S. (2002). The severity and nature of motor impairment in Asperger's syndrome: a comparison with specific developmental disorder of motor function. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 43(5), 655-68.
- Grouios, G. e Ypsilanti, A. (2011). Language and visuospatial abilities in Down syndrome phenotype: a cognitive neuroscience perspective. In Dey, S. (Ed), *Genetics and etiology of Down syndrome* (pp. 275-286). doi: 10.5772/20483.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Heine, B. (1997). Introduction to Hippotherapy. *NARHA Strides magazine*. 3(2).
- Hippolyte, L., Iglesias, K., Van der Linden, M. e Barisnikov, K. (2010). Social reasoning skills in adults with Down syndrome: the role of language, executive functions and socio-emotional behaviour. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), 714–726. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01299.x.
- Iorio, A. (2004). *Atuação da psicomotricidade aquática no idoso* (Monografia de Pós-Graduação não publicada em Psicomotricidade). Universidade Candido Mendes. Retirado de <http://www.avm.edu.br/monopdf/7/ANA%20CARLA%20DOS%20SANTOS%20IORIO.pdf> - em 5 de dezembro de 2013.
- Jacobson, J. W., Mulick, J. A. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Jensen, K., Taylor, L. e Davis, M. (2013). Prim care for adults with Down syndrome: adherence to preventive healthcare recommendations. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(5), 409–421. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01545.x.
- Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19(3), 416-426. doi: 10.1111/j.1939-0025.1949.tb05441.x.
- Kitchener, B. A., Jorm, A.F., Kelly, C.M., Pappas, R. e Frize, M. (2010). *Intellectual Disability Mental Health First Aid Manual* (2ª ed.). Melbourne: Orygen Youth Health Research Centre.
- Koritsas, S. e 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. e Gamper, U. (2010). The Halliwick Concept. In Becker, B. e Cole, A. (Eds.), *Comprehensive Aquatic Therapy* (pp. 1-31). Retirado de [file:///C:/Users/AnaRita/Downloads/The-Halliwick%C3%82%C2%AE-Concept-by-Johan-Lambeck-and-Urs-Gamper-\(2010\).pdf](file:///C:/Users/AnaRita/Downloads/The-Halliwick%C3%82%C2%AE-Concept-by-Johan-Lambeck-and-Urs-Gamper-(2010).pdf) – em 20 de janeiro de 2014.
- Lambert, N., Nihira, K. e Leland, H. (1993). *AAMR – Adaptive behaviour scale-school: examiner's manual* (2ª ed.). Austin, Texas: PRO-ED.
- Landa, R., Holman, K. e Garrett-Mayer, E. (2007). Social and communication development in toddlers with early and later diagnosis of autism spectrum disorders. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 853-864.
- Leitão, L. G. (2004). Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre Equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo. *Análise Psicológica*, 22(2), 335-354.
- Leite, J. e Prado, G. (2004). Paralisia cerebral: aspetos fisioterapêuticos e clínicos. *Neurociências*, 12(41), 41-45.
- Lima, C., Torgal, F. e Gouveia, R. (2012). As comorbilidades nas PEA. In C. Lima, *Perturbações do espectro do autismo - Manual prático de intervenção* (pp. 23-36). Lisboa: Lidel.
- Lindsay, W.R. e 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. e Hornsby, N. (2001). Effects of four therapy procedures on communication in people with profound intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14(2), 110-119. doi: 10.1046/j.1468-3148.2001.00059.x.
- Linna, S.-L., Moilanen, I., Ebeling, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Tamminen, T. e Almqvist, F. (1999). Psychiatric symptoms in children with intellectual disability. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8(4), 77-82. doi: 10.1007/PL00010704.
- Llauradó, C. C. (2008). La observación de la intervención del psicomotricista: actitudes y manifestaciones de la transferencia. [Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado](#), 22(2), 123-154.
- Lobo, A. (2003). *Equitação Terapêutica: A Influência de um Programa de Equitação Terapêutica em jovens com Problemas/Distúrbios Comportamentais portadores de Deficiência Mental Ligeira* (Dissertação de mestrado não publicada em Ciências do Desporto na especialidade de Actividade Física Adaptada). Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física/Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/9752>.
- Lott, I. e Dierssen, M. (2010). Cognitive deficits and associated neurological complications in individuals with Down's syndrome. *Lancet Neurology*, 9, 623-633. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70112-5.
- Lovering, J. e Percy, M. (2009). Down Syndrome. In Brown, I. e Percy, M. (Eds.), *A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities* (pp.149-172). Portland: Brookes Publishing Co.
- Luckasson, R. e Schalock, R. L. (2012a). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(7), 657-668. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x.
- Luckasson, R. e Schalock, R. L. (2012b). The role of adaptive behavior in a functionality approach to intellectual disability. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (pp. 9-18). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W. H. E., Coulter, D. L., Craig, E. M., Reeve, A. ... Tassé, M. J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification*

- and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Määttä, T., Tervo-Määttä, T., Taanila, A., Kaski, M. e Livanainen, M. (2006). Mental Health, behaviour and intellectual disabilities of people with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 11(1), 37-43.
- Martínez, N. e García, 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, A. (2011). *Snoezelen com idosos: Estimulação sensorial para melhor qualidade de vida*. Lisboa: Sítio do Livro.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da psicomotricidade- as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca e R. Martins, *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-41). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Martins, R. (2010). Prefácio. In A. R. Matias (Ed.), *Psicomotricidade no meio aquático - na primeira infância*. Venda do Pinheiro: Tuttirév Editorial, Lda.
- Matias, A. (2005). Terapia psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Matias, A., Vieira, C. e Giro, S. (2001). Orientação ao preenchimento da ficha de avaliação no meio aquático. Manuscrito não publicado.
- Matson, J. L. e Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1107–1114. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.003
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação em Psiquiatria. *Psilogos*, 1(1), 85-95.
- McDougle, C., Erickson, C., Stigler, K. e Posey, D. (2005). Neurochemistry in the pathophysiology of autism. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 9-18.
- Mckenzie, J. A. (2013). Models of intellectual disability: towards a perspective of (poss)ability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(4), 370–379.
- Miyahara, M., Tsujii, M., Hori, M., Nakanishi, K., Kageyama, H. e Sugiyama, T. (1997). Brief report: motor incoordination in children with Asperger syndrome and learning disabilities. *Journal of autism and developmental disorders*, 27(5), 595-603.
- Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais - A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Novais, R. (2004). Psicomotricidade e relaxação na equipa de Sintra do Hospital Miguel Bombarda. *A Psicomotricidade*, 4.
- O'Shea, M. (2008). Cerebral palsy. *Seminars in Perinatology*, 32(1), 35-41. doi: 10.1053/j.semperi.2007.12.008
- Percy, M., Lewkis, S. e Brown, I. (2009). Introduction to genetics development. In Brown, I. e Percy, M. (Eds.), *A comprehensive guide to Intellectual and Developmental Disabilities* (pp. 87-108). Portland: Brookes Publishing Co.
- Piek, J. P., Bradbury, G. S., Elsley, S. C. e Tate, L. (2008). Motor coordination and social-emotional behavior in preschool-aged children. *International Journal of Disability, Development and Education*, 55(2), 143-151.
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49.
- Prasher, V., Chung, M. e Haque, M. (1998). Longitudinal changes in adaptive behavior in adults with Down syndrome: interim findings from a longitudinal study. *American Journal on Mental Retardations*, 103(1), 40-46.
- Rachidi, M. e Lopes, C. (2007). Mental retardation in Down syndrome: From gene dosage imbalance to molecular and cellular mechanisms. *Neuroscience Research*, 59, 349-369.
- Rapin, I. e Tuchman, R. (2008). *Pediatric Clinics of North America*, Autism: definition, neurobiology, screening, diagnosis, 55(5), 1129-1146. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.005.

- Regulamento interno do ramo de aprofundamento de competências profissionais – RIRACP. (2013). Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa. Documento não publicado.
- Rodrigues, D. (1991). Métodos e estratégias em educação especial – Antologia de Textos. Lisboa: ISEF.
- Rodrigues, D. (1998). *Corpo, espaço e movimento - A representação espacial do corpo em crianças com paralisia cerebral*. Lisboa: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Rodrigues, J. (2012a). Projeto *Oh Gui* - Rugby para todos (fundamentação). Manuscrito não publicado.
- Rodrigues, J. (2012b). Projeto *Surf na CERCICA* (fundamentação). Manuscrito não publicado.
- Roizen, N. e Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361(9365), 1281-1289. doi:10.1016/S0140-6736(03)12987-X.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M. e Bax, M. (2007). The definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 109, 8-14.
- Rotta, N. (2002). Paralisia Cerebral, novas perspetivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*, 78(1), 48-54.
- Salvador-Carulla, L. e Novel, R. (2003). Problemas de conducta en el retraso mental. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 34(2), 78-86.
- Sankar, C. e Mundkur, N. (2005). Cerebral palsy - definition, classification, etiology and early diagnosis. *Indian Journal of Pediatrics*, 72(10), 865-868.
- Santos, S. (2001). Comportamento adaptativo II. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 8(1), 73-77.
- Santos, S. (2003). Comportamento adaptativo e psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 34-40.
- Santos, S. (2007). *Estudo psicométrico de comportamento adaptativo versão portuguesa (ECAP)* (Dissertação de Doutoramento não publicada em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação). Faculdade de Motricidade Humana/Universidade Técnica de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/5101>.
- Santos, S. e Morato, P. (2002). *Comportamento adaptativo*. Coleção Educação Especial, n.º 8. Porto: Porto Editora.
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo exploratório do comportamento adaptativo no domínio psicomotor em populações portuguesas com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (pp. 101-120). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). O comportamento adaptativo em Portugal. In S. Santos e P. Morato (Eds.), *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (pp. 19-33). Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Santos, S., Morato, P., Monteiro, A., Fiúza, R., Carvalho, R. e Nunes, S. (2008). Adaptação da escala de intensidade de apoios: estudo preliminar. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 15, 43-63.
- Sarmiento, P. (2001). *A experiência motora no meio aquático*. Algés: Omniserviços, Representações e serviços, Lda.
- Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W. H., Coulter, D.L., Craig, E.M; ... Reeve, A. (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports* (11ª ed.). Washington, DC: AAIDD.
- Schalock, R. L., Buntinx, W., Borthwick-Duffy, S., Luckasson, R., Snell, M., Tassé, M. J. e Wehmeyer, M. L. (2007a). *User's guide: mental retardation: definition, classification and systems of supports* (10ª ed.). Washington, D.C.: AAIDD.

- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Bradley, V., Buntix, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., ... Wehmeyer, M. L. (2012). *User's guide: intellectual disability: definition, classification and systems of supports* (11<sup>a</sup> ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Shogren, K. A., Borthwick-Duffy, S. A., Bradley, V., Buntinx, W. H., ... Yeager, M.H. (2007b). The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual Developmental Disabilities*, 45(2), 116-124.
- Simões, C. e Santos, S. (2012). Qualidade de vida na dificuldade intelectual e desenvolvimental: operacionalização do conceito na intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação* (no prelo).
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntix, W. H., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E. ... Yeager, M. H. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135.
- Thompson, J. R., Bryant, B. R., Campbell, E. M., Craig, E. M., Hughes, C. M., Rotholz, D. A., ... Wehmeyer, M. L. (2004). *Supports intensity scale – user manual*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J., Hughes, C., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M., Bryant, B., Craig, E. e Campbell, E. (2002). Integrating supports in assessment and planning. *Mental Retardation*, 40(5), 390-405.
- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2011). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental (no prelo).
- Varela, A. (1986). Uma metodologia de ensino da natação para pessoas portadoras de deficiências. *Ludens*, 11(1), 49-55.
- Varela, A., Duarte, A., Sereno, A., Dias, A. e Pereira, B. (2000). *Intervenção terapêutica em meio aquático para populações especiais*. Lisboa: Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação.
- Vasconcelos, T., Graça, V., Pinto, J., Salgado, L., Formosinho, J. e Rangel, M. (1998). Novas políticas para a educação básica: prioridade ao 1º Ciclo. *Inovação*, 11, 9-32.
- Vayer, P. (1992). *O diálogo corporal – a acção educativa na criança dos 2 aos 5 Anos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Verdugo, M. e Bermejo, B. (2001). *Atraso mental: adaptação social e problemas de comportamento*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Verdugo, M. e Schalock, R. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 41(4), 7-21.
- Vidigal, M.J. e Guapo, M.T. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo – uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Woolf, S., Woolf, C. e Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(3), 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209.
- World Health Organisation - WHO. (2007). *Intellectual disability – A manual for CBR workers*. New Delhi: World Health Organisation. Retirado de [http://203.90.70.117/PDS\\_DOCS/B0759.pdf](http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B0759.pdf) - em 5 de dezembro de 2013.
- Yu, D. S., Lee, D. T. e 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. e Bouras, N. (2007). Managing mental health problems in people with intellectual disabilities. In A. Carr, G. O'Reilly, P. N. Walsh e J. McEvoy (Eds.), *The handbook of intellectual disability and clinical psychology practice* (pp.787-831). New York: Routledge.

# Anexos

**- Organização e Calendarização da Prática de Estágio Curricular -**

- **Início da atividade de estágio profissionalizante:** 8 de outubro de 2013
- **Final da atividade de estágio profissionalizante:** 30 de maio de 2014
  
- **Interrupções letivas:**
  - **Férias Natal:** 20 dezembro de 2013 a 1 de janeiro de 2014
  - **Carnaval:** 3 e 4 de fevereiro de 2014
  - **Férias Páscoa:** 17 a 21 de abril de 2014

Tarefas	Fase de Intervenção	2013			2014					
		out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun
Observação	<i>Fase de Observação Participada</i>									
Observação Participada										
Dinamização das Sessões (pontualmente)	<i>Fase de Intervenção Supervisionada</i>									
Escolha dos Estudos de Caso										
Construção dos Protocolos de Avaliação										
Estudos de Caso: Avaliação Inicial e Definição de Objetivos de Intervenção	<i>Fase de Intervenção Autónoma</i>									
Intervenção psicomotora (nos diferentes contextos)										
Estudos de Caso: Avaliação Final										
Elaboração Relatório Estágio										

**Anexo 2 - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção em Meio Aquático (Individual)**

<b>Sessão:22</b>	<b>Local:</b> Piscina CERCICA-NTAM	<b>Data:</b> 22.jan.2013 (quarta-feira)	<b>Duração:</b> 30'	<b>Horário:</b> 15:00/15:30
<b>Intervenção psicomotora em Meio Aquático (individual)</b>		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo		

<b>Tempo Total &amp; Momentos da Sessão</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Estratégias Gerais</b>	<b>Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes</b>
<b>2.5'</b>	- Entrar na piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).	-banco	-Promover a autonomia	-Feedback verbal	O F respeita as indicações dos vigilantes da piscina, esperando sentado no banco até à chegada da T. Entra na piscina de forma autónoma, pelas escadas (de costas para a água – questões de segurança). Tal como aconteceu em sessões anteriores, explora o meio de forma autónoma, caminhando ao longo de toda a piscina. O seu bem-estar é visível através de toda a sua expressão (vocalizações, sorriso e tentativa de iteração física e verbal com a T).
<b>Entrada na Sessão / Piscina</b>			-Promover a capacidade de identificação do momento inicial da sessão		
<b>5'</b>	-Com 2 rolos, na zona da cintura pélvica.  -Segurar na prancha com ambas as mãos e com os braços estendidos.  -A T, à sua frente, realiza deslocamentos ao longo da piscina. Movimentos de extensão dos dedos.	-rolos -prancha	-Promover a extensão dos MSuperiores	-Acompanhamento individual com instruções diretivas -Ajuda física -Feedback verbal -Reforço	É necessário ir ao encontro do F já com o material a utilizar na tarefa para que este coopere e inicie a tarefa. O F colaborou com a E assim que esta deu instrução verbal para o início da tarefa. Demonstrou, tal como em sessões anteriores, bastantes estereotipias, retirando constantemente as mãos da prancha (coloca dedos nos olhos e imerge a face constantemente, sem realizar qualquer tipo de controlo respiratório). Foi necessário feedback constante e ajuda física parar que mantivesse a posição de equilíbrio horizontal.
<b>Deslocamentos Decúbito Ventral</b>			-Trabalhar o fortalecimento da musculatura posterior do tronco		
<b>2.5'</b>	-Com 1 rolo na zona dos glúteos e 1 rolo na zona axilar.  -Em decúbito dorsal, realizar deslocamentos ao longo da piscina, através das mobilizações da T.	-rolos -prancha	-Fomentar a capacidade de relaxação	-Acompanhamento individual com instruções diretivas -Ajuda física -Feedback verbal -Reforço	Não obstante o estado de hipertonicidade que caracteriza o F, este permaneceu na posição de decúbito dorsal, de forma tranquila, sem qualquer tipo de resistência aos deslocamentos. As estereotipias e vocalizações são praticamente inexistentes nesta fase da sessão.
<b>Deslocamentos Decúbito Dorsal</b>			-Promover a descontração muscular		

<p><b>2.5'</b></p> <p><b>Deslocamentos e Extensão MSuperiores</b></p>	<p>-Manter a mesma posição da tarefa anterior (decúbito dorsal).  -A T realiza a extensão dos MSuperiores, um de cada vez.  -Realizar deslocamentos ao longo da piscina.</p> <p><i>(nota: ao chegar ao cais da piscina fazer a rotação do corpo do aluno para o mesmo lado do membro que está a ser trabalhado – promoção/incentivo à extensão do membro).</i></p>	<p>-rolos</p>	<p>-Promover a extensão dos MSuperiores</p>	<p>-Acompanhamento individual com instruções diretivas  -Ajuda física  -Feedback verbal  -Reforço</p>	<p>O F permaneceu tranquilo, mantendo-se m posição de decúbito durante toda a tarefa.  Devido à sua maior disponibilidade tónica para a realização dos movimentos do MSup, foi possível uma maior extensão de ambos os membros (menor resistência e menos tentativas de retirar o braço do apoio da E).</p>
<p><b>2.5'</b></p> <p><b>Deslocamentos E Descontração Muscular Palmar</b></p>	<p>-Manter a mesma posição das tarefas anteriores (decúbito dorsal).  -A T, com as suas mãos, realiza movimentos nas palmas das mãos do aluno, no sentido próximo-distal (do interior para o exterior da palma das mãos), contrariando a tendência de flexão/hipertonicidade.  -Realizar em ambas as mãos.  -Realizar deslocamentos ao longo da piscina.</p>	<p>-rolos</p>	<p>-Promover a descontração muscular palmar e dos dedos das mãos</p>	<p>-Acompanhamento individual com instruções diretivas  -Ajuda física  -Feedback verbal  -Reforço</p>	<p>Em sequência da tarefa anterior, o F colaborou nesta atividade, permitindo o toque e os movimentos da T. Comparativamente a sessões anteriores, o F apresentou uma posição de extensão natural dos dedos (contrariamente à hiperflexão dos dedos e contração muscular dos músculos palmares que o aluno tende a apresentar).</p>
<p><b>2.5'</b></p> <p><b>Deslocamentos E Extensão dos Dedos</b></p>	<p>-Manter a mesma posição das tarefas anteriores (decúbito dorsal).  -A T, com as suas mãos, realiza movimentos no sentido próximo-distal dos dedos do aluno (nomeadamente polegar).  <i>(nota: fazer o apoio do punho do aluno, para evitar a hiperflexão)</i></p>	<p>-rolos</p>	<p>-Promover a extensão dos dedos das mãos</p>	<p>-Acompanhamento individual com instruções diretivas  -Ajuda física  -Feedback verbal  -Reforço</p>	<p>Reagiu bem ao toque da E (ajuda física), apresentando disponibilidade tónica para a extensão dos dedos de ambas as mãos (mais resistência muscular ao nível do polegar da mão esquerda – ligeiro encurtamento muscular neste segmento).  Apresentou-se mais calmo e cooperante, comparativamente à sessão anterior.</p>

<b>5'</b>					
<b>Deslocamentos E Descontração dos Músculos Cervicais e Faciais</b>	<p>-Manter a mesma posição das tarefas anteriores (decúbito dorsal).</p> <p>-Realizar mobilizações em diferentes partes do corpo, nomeadamente músculos da face e músculos cervicais.</p>		<p>-Diminuir o tônus muscular</p> <p>-Adquirir um estado de descontração muscular</p>	<p>-Acompanhamento individual com instruções diretas</p> <p>-Ajuda física</p> <p>-Feedback verbal</p> <p>-Reforço</p>	<p>O F, à semelhança das sessões anteriores, apresentou um estado de contração ao nível dos músculos da face. Reagiu bem à ajuda física da T e aos feedbacks verbais, embora não tenham sido perceptíveis grandes alterações em termos de tónus muscular.</p>
<b>10'</b>	O aluno deverá ser capaz de:				
<b>Pesos Imersos</b>	<p>-Apanhar os vários objetos (pesos) que se encontram imersos;</p> <p>-Transportá-los, uma de cada vez, deslocando-se em marcha até ao cais da piscina;</p> <p>-Colocá-los dentro da caixa;</p> <p>-Regressar em marcha e realizar a mesma dinâmica até apanhar e transportar todos os objetos.</p>	<p>-pesos</p> <p>-caixa</p>	<p>-Potenciar o tempo de permanência na tarefa</p>	<p>-Acompanhamento individual com instruções diretas</p> <p>-Ajuda física</p> <p>-Feedback verbal</p> <p>-Reforço</p>	<p>O F colaborou na realização desta tarefa, com o acompanhamento constante, feedback verbal e alguma ajuda física. Realiza imersão de todo o corpo, em apneia, sendo necessária indicação e alguma ajuda física (pequeno toque) para iniciar a ação. Necessita de instrução verbal e feedback constante para transportar e guardar os objetos no local correto. Permaneceu na tarefa até ao final, sempre com acompanhamento individual. Este é o momento privilegiado para a interação cliente-estagiária, através da procura mútua.</p>
<b>2.5'</b>					
<b>Saída da Piscina / Término Sessão</b>	<p>-Sair da piscina, após a indicação verbal da T, de forma autónoma, pelas escadas (de costas para a água).</p>		<p>-Promover a capacidade de identificação do momento final da sessão</p> <p>-Potenciar a capacidade de autonomia</p>	<p>-Feedback verbal</p> <p>-Reforço</p>	<p>O saiu F pelas escadas, autonomamente, de costas para a água, após instrução verbal da T (necessária alguma insistência e instruções verbais repetidas para que subisse até ao cais da piscina).</p>

Observações:

**Anexo 3 - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção em Meio Aquático (Grupo)**

<b>Sessão: 16</b>	<b>Local:</b> Piscina CERCICA-NTAM	<b>Data:</b> 5.fev.2014 (quarta-feira)	<b>Duração:</b> 45'	<b>Horário:</b> 16:45/17:30
<b>Intervenção Psicomotora em Meio Aquático (grupo de crianças)</b>		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo		

<b>Tempo Total &amp; Momentos da Sessão</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Estratégias Gerais</b>	<b>Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes</b>
<b>5'</b>	-Rituais de entrada para a piscina (tomar duche e descalçar).  -Entrar na piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).		-Promover a autonomia na entrada para a água  -Potenciar o cumprimento de regras e rotinas de sessão	-Feedback verbal -Reforço	A V, tirou as crocks sozinha, sendo necessário feedback verbal; entra na piscina pelas escadas, autonomamente, de costas para a água, sempre sob supervisão. O A ainda não estava presente nesta fase da sessão.
<b>Entrada na Sessão / Piscina</b>					
<b>5'</b>	-Com o flutuador (rolo) colocado entre as pernas, realizar saltos a pés juntos, deslocando-se ao longo da piscina.		-Promover a autonomia nos deslocamentos na água	-Acompanhamento individualizado -Instruções claras e diretas -Feedback verbal -Reforço positivo	Embora a V tenha a capacidade de realizar saltos a pés juntos, esta não o faz de forma continuada. Foram necessários os feedbacks e instruções verbais da T, assim como a demonstração (trabalho por imitação do modelo). A aluna realizou o salto, no entanto fazendo o apoio alternado dos pés (e não salto a pés juntos). Após reforço verbal e repetição do movimento, a V foi capaz de concretizar o objetivo da tarefa com sucesso – aspeto a continuar a ser trabalhado. O A não realizou a tarefa devido a ter chegado atrasado à sessão.
<b>5'</b>					
<b>5'</b>	-Realizar deslocamentos em decúbito ventral, ao longo de duas piscinas, com movimentos propulsivos dos MInf e auxílio de flutuadores (segurar na prancha com ambas as mãos; 1 rolo na zona da cintura pélvica).	-rolos -pranchas -argola	-Potenciar o equilíbrio horizontal no meio aquático	-Acompanhamento individualizado -Instruções claras e diretas -Feedback verbal -Reforço positivo -Utilização de ritmos e lenga-lengas	Como estratégia, colocar uma argola nas pernas da V para evitar a abdução dos membros e promover os movimentos propulsivos de forma mais ritmada. Foi perceptível uma dificuldade em termos de coordenação dos MInf, sendo necessário o feedback verbal constante para que movimento fosse continuado e coordenado. O A necessitou de feedback verbal, instrução diretiva e assertiva para que os objetivos da tarefa fossem cumpridos; o aluno realizou a tarefa com sucesso. Adaptou o ritmo dos movimentos propulsivos e deslocamentos aos ritmos produzidos pela E.
<b>5'</b>					

<b>5'</b>		-rolos				A V necessitou de feedback verbal constante para se manter na posição de decúbito e de realizar o deslocamento ao longo da piscina. Reagiu bem aos ritmos, mostrando-se mais atenta e empenhada. Apresentou algumas dificuldades em manter o equilíbrio e a cadência dos movimentos propulsivos.
<b>Deslocamentos Decúbito Dorsal</b>	-Realizar deslocamentos em decúbito dorsal, com movimentos propulsivos dos MI inferiores (com ajuda física e auxílio de flutuadores), ao longo de duas piscinas.		-Potenciar o equilíbrio horizontal no meio aquático		-Acompanhamento individualizado -Instruções claras e diretas -Feedback verbal -Reforço positivo -Utilização de ritmos e lengalengas	O A apresentou maior autonomia nesta tarefa, embora os comportamentos observados no início das tarefas anteriores se tenham verificado novamente (situação solucionada após feedback verbal), retomando a tarefa e cumprindo com os objetivos estipulados. Realizou movimentos coordenados, mantendo o equilíbrio horizontal.
<b>5'</b>						
<b>Deslizar</b>	-Realizar imersão total do corpo, com deslocamento horizontal, sem ajuda física.  -No final de uma piscina, realizar mergulho a partir da posição bípede, a partir da berma da piscina, sem ajuda física.		-Promover a imersão autónoma		-Acompanhamento individualizado -Instruções claras e diretas -Feedback verbal -Reforço positivo	Embora no início tenha sido necessário o feedback verbal constante e alguma ajuda física, progressivamente a V revelou um sentido de procura de autonomia que até então ainda não tinha sido observado (iniciativa para o movimento de deslizar e fazer imersão total da cara). Os ciclos de imersão foram sempre feitos em apneia.  Foi necessário feedback constante e acompanhamento individualizado da E para que o A se mantivesse na tarefa e realizasse os movimentos de acordo com as instruções. Realizou imersão total do corpo, com ligeiros descontrolos respiratórios.
<b>10'</b>		-peças de esponja	-Promover o controlo respiratório no meio aquático		-Acompanhamento individualizado	A V necessitou de acompanhamento individualizado nos deslocamentos (dificuldades no controlo respiratório). Realizou de forma autónoma associação entre formas e cores. Não apresentou qualquer tipo de intencionalidade comunicativa ou de interação com o colega.
<b>Cores e Formas</b>	Os alunos deverão ser capazes de: -Transportar as várias peças (de diferentes formas geométricas), que se encontram num dos lados do cais da piscina), até ao lado oposto, através de deslocamentos horizontais, com controlo respiratório; -Fazer corresponder as peças aos espaços do tabuleiro; -Repetir o percurso até recolher todas as peças.	-tabuleiro de esponja  -rolo	-Potenciar o equilíbrio no meio aquático -Promover a interação entre pares -Melhorar a capacidade de associação		-Instruções claras e diretas -Feedback verbal -Reforço positivo -Trabalho em equipa	O A revela já uma boa autonomia nos deslocamentos. Boa capacidade de associação. Foram necessários feedbacks verbais constantes para que o aluno se mantivesse na tarefa, uma vez que, de forma constante, procurou momentos de diálogo e interação (brincadeira) com a E.

5'	<p>-Sair da piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).</p> <p>-Dirigir até ao banco e calçar os chinelos de forma autónoma.</p>		<p>-Promover a autonomia na saída da água</p> <p>-Potenciar o cumprimento de regras e rotinas de sessão</p>	<p>-Feedback verbal</p> <p>-Reforço</p>	<p>Ambas as crianças saíram da piscina de forma autónoma e respeitando as regras de segurança estipuladas (de costas para a piscina).</p> <p>Necessitaram de auxílio para se levantarem do banco e caminharem até ao balneário onde os respetivos responsáveis de encontram à sua espera.</p> <p>No final da sessão ambas se encontravam bem-dispostas, despedindo-se (verbalmente e/ou através de gestos).</p>
----	---	--	---	---	---

**Observações:** De acordo com o observado, considera-se que poderá ser uma estratégia positiva utilizar o momento final da sessão (e.g. 5min finais) para interações/pequenos jogos/momentos lúdicos sugeridos pelas crianças, no sentido de promover a interação entre pares (dado o A procurar constantemente estes momentos e a V os recusar) e técnicos, contribuindo para a motivação e bem-estar dos clientes.

**Anexo 4 - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção em Hidroginástica Adaptada (CAO)**

<b>Sessão: 12</b>	<b>Local:</b> Piscina CERCICA - NTAM	<b>Data:</b> 10.mar.2014 (segunda-feira)	<b>Duração:</b> 45'	<b>Horário:</b> 14:15/15:00
<b>Hidroginástica Adaptada (Grupo CAO)</b>		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo (+ 1 TSEER & 1 Fisioterapeuta)		

<b>Tempo Total &amp; Momentos da Sessão</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Estratégias Gerais</b>	<b>Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes</b>
<b>5'</b>	-Os clientes devem esperar, sentados no banco, pela chegada das técnicas.	-banco	-Promover a autonomia	-Feedback verbal	De uma forma geral, todos os elementos do grupo respeitam as rotinas de sessão e as regras de segurança. Enquanto esperam pelas técnicas, respeitam as indicações dos vigilantes da piscina, cumprindo os tempos de espera. Entram na piscina de forma autónoma e ordeira, pelas escadas. Apresentaram-se bem-dispostos e predispostos para a sessão.
<b>Entrada na Sessão / Piscina</b>	-Fase de rituais de entrada para a piscina (tomar duche e descalçar). -Entrar na piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).		-Potenciar o cumprimento de regras e rotinas de sessão	-Reforço	
<b>5'</b>	Os clientes deverão ser capazes de: -realizar 6 voltas à piscina, em marcha; -permanecer em corrida durante 4 voltas à piscina.				Todos os elementos participaram na atividade, cooperando e aceitando as indicações e feedbacks. O elemento S, à semelhança das sessões anteriores, abandonou a atividade, dirigindo-se para um canto da piscina.  Alguns dos elementos necessitaram de apoio mais individualizado, tanto em termos de correção postural, sendo importante corrigirem a postura quando chamados à atenção, como em termos de coordenação motora geral e equilíbrio. A maioria apresenta muitas dificuldades em realizar os movimentos que envolvam cruzamento da linha média do corpo.
<b>Ativação Geral</b>	Realizar os movimentos (com os ombros na linha de água): -elevação do joelho; -elevação do joelho, tocando com a mão contrária a este; -tocar no calcanhar, atrás, com a mão contrária; -tocar no pé, à frente, com a mão contrária; -pêndulo.  (A T, fora de água, dá a instrução/demonstração dos vários movimentos. Dentro de água, a E auxilia os clientes através de instruções mais diretas, reforço e feedbacks.)		-Promover a manutenção da condição física e motora  -Promover a capacidade de permanência na tarefa	-Acompanhamento individualizado  -Instruções claras e diretas  -Feedback verbal  -Reforço  -Ajuda física	

10'	<p>Os clientes, dois a dois, deverão ser capazes de:</p> <p>-Transportar uma bola, de um lado até ao lado oposto da piscina, segurando-a apenas com a testa (sem utilizar o apoio das mãos).</p> <p>Repetir a mesma dinâmica várias vezes ao longo da piscina.</p>	-bolas médias	<p>-Promover a manutenção da condição física e motora</p> <p>-Promover o sentido de cooperação</p> <p>-Potenciar a capacidade de resolução de problemas</p> <p>-Aumentar o tempo de permanência na atividade</p>	<p>-Instruções claras e diretivas</p> <p>-Feedback verbal</p> <p>-Reforço</p> <p>-Ajuda física</p> <p>-Repetição</p>	<p>Todos os elementos participaram na atividade. Inicialmente foi necessário o feedback verbal e a ajuda física para que os pares encontrassem estratégias de transporte da bola, sem a deixar cair (e.g. dar as mãos; caminharem de frente um para o outro – um dos elementos fazendo marcha à retaguarda e, não, com deslocamentos laterais). Foram observáveis algumas dificuldades em termos de deslocamentos e orientação espacial por parte dos grupos. A E realizou a tarefa com o elemento S que permaneceu na tarefa apenas durante uma volta. Não obstante, durante esse período cooperou e aceitou os feedbacks verbais. Foram observáveis os seus movimentos estereotipados constantes.</p>
10'	<p>Os clientes, dois a dois, deverão ser capazes de:</p> <p>-Transportar uma bola, de um lado até ao lado oposto da piscina, segurando-a apenas com as costas (sem utilizar o apoio das mãos).</p> <p>Repetir a mesma dinâmica várias vezes ao longo da piscina.</p>	-bolas médias	<p>-Promover a manutenção da condição física e motora</p> <p>-Promover o sentido de cooperação</p> <p>-Potenciar a capacidade de resolução de problemas</p> <p>-Aumentar o tempo de permanência na atividade</p>	<p>-Instruções claras e diretivas</p> <p>-Feedback verbal</p> <p>-Reforço</p> <p>-Ajuda física</p> <p>-Repetição</p>	<p>Apenas o elemento S não participou na tarefa. A maioria dos clientes necessitou de feedback verbal, demonstração e alguma ajuda física para encontrar estratégias de transporte da bola entre pares, sem deixar cair. Foram observáveis algumas dificuldades em termos de deslocamentos e orientação espacial por parte dos grupos. O sentido de cooperação foi claramente observável, tendo sido crescente. Com o decorrer da tarefa, foram mais autónomos e apresentaram um maior sentido de iniciativa na procura de estratégias para cumprir o objetivo do jogo.</p>

10'	<p>Os clientes, dois a dois, deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-um dos elementos, coloca dois rolos na zona axilar (um de cada lado), segurando uma das extremidades com a mão;</li> <li>-o outro elemento, atrás do primeiro, segura na extremidade oposta dos rolos do colega;</li> <li>-O primeiro elemento deverá deslocar-se ao longo da piscina (marcha ou corrida), realizando força de arrasto para o colega se deslocar.</li> <li>-No final de cada volta, os elementos deverão trocar de funções.</li> </ul>	-rolos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a manutenção da condição física e motora</li> <li>-Promover o sentido de cooperação</li> <li>-Potenciar a capacidade de resolução de problemas</li> <li>-Aumentar o tempo de permanência na atividade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instruções claras e diretivas (demonstração)</li> <li>-Feedback verbal</li> <li>-Reforço</li> <li>-Ajuda física</li> <li>-Repetição</li> </ul>	<p>O elemento S não participou na atividade.</p> <p>Os restantes elementos mostraram-se motivados para a tarefa. Foi necessário o reforço da instrução inicial, com demonstração, para que os pares se organizassem de acordo com o objetivo.</p> <p>Alguns dos elementos que ocupavam a segunda função (atrás do primeiro elemento), deslocaram-se na posição horizontal, mantendo o equilíbrio horizontal e realizando movimento propulsivo dos MI. Os restantes elementos fizeram os deslocamentos na posição vertical.</p>
3'	<p>Os alunos deverão ser capazes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-efetuar inspirações nasais e expirações bucais, acompanhando com o movimento dos braços.</li> <li>-realizar os alongamentos das principais articulações e grupos musculares envolvidos no trabalho de aparelhos (pescoço/cabeça, membros superiores, cintura pélvica, membros inferiores), de acordo com as instruções.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a manutenção da condição física e motora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Instruções claras e diretivas (com demonstração)</li> <li>-Feedback verbal</li> <li>-Ajuda física</li> </ul>	<p>Todos os elementos participaram na tarefa.</p> <p>De uma forma geral foram observadas dificuldades na imitação de gestos (e.g. discriminação esq/drt; braço sobre a cabeça).</p>
2'	<p>-Sair da piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água), de forma ordeira.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Promover a autonomia</li> <li>-Potenciar o cumprimento de regras e rotinas de sessão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Feedback verbal</li> <li>-Reforço</li> </ul>	<p>Todos os elementos do grupo saem da piscina de forma autónoma, pelas escadas, apenas quando tem indicação da T para tal.</p>

Observações:

**Anexo 5 - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção Psicomotora Sala Ginásio (grupo crianças)**

<b>Sessão: 28</b>	<b>Local:</b> Ginásio CERCICA	<b>Data:</b> 22.mai.2014 (quinta-feira)	<b>Duração:</b> 45'	<b>Horário:</b> 8:15/9:00
<b>INTERVENÇÃO PSICOMOTORA em Grupo</b> (alunos ao abrigo do Acordo de Cooperação)		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo		

<b>Tempo Total &amp; Momentos da Sessão</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Estratégias Gerais</b>	<b>Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes</b>
<b>5'</b>	-Dirigir para o banco sueco e sentar; descalçar os sapatos e calçar as meias, de forma autónoma.  -Momento de diálogo inicial.	-Banco sueco	-Promover a autonomia -Fomentar o cumprimento de regras (rotinas da sessão)	-Reforço  -Promoção do diálogo	Momento de diálogo inicial. Os alunos apresentaram-se participativos e bem-dispostos, participando no diálogo dirigido; iniciaram temas de conversa de forma autónoma.  Foram necessários feedbacks verbais para se manterem focados no objetivo da tarefa. Foram totalmente independentes a descalçar sapatos e calçar meias.
<b>Entrada na Sessão</b>					
<b>10'</b>	-Em pé, em cima do colchão, com os pés afastados (um de cada lado do bastão). 1.Com uma mão sobre a barriga e outra sobre o peito, fletir a perna drta e estender a perna esq (e vice-versa), alternadamente, contando de 0 a 10 e de 10 a 0 com a ajuda da criança. 2. <i>Marcha Soldado</i> – em pé, ‘marchar’ no lugar, tocando alternadamente com cada uma das mãos no joelho oposto. Continuar o movimento (4-8 vezes completas), acompanhando ao ritmo da música. 3. <i>Olá pé</i> – Fletir o joelho drt por trás da perna esq, tocando com a mão esq na planta do pé. Repetir com o joelho esq de forma alternada. Contar 0-10 e 10-0. 4. <i>Cruzar</i> – Cruzar pés, um em frente do outro. Cruzar os braços e interlaçar os dedos, fazendo a rotação interna dos braços. A T tapa os olhos da criança, à medida que conta. A criança deve expirar sempre que a T destapa os olhos.	-colchão -bastões -pesos	-Promover a capacidade de concentração  -Potenciar a capacidade de organização tónica e atencional	-Acompanhamento individualizado com instruções diretivas  -Feedback verbal  -Reforço  -Ajuda física (apenas quando necessário)  -Repetição dos movimentos  -Utilização de músicas e ritmos	De uma forma geral, as crianças apresentaram-se motivadas e predispostas para a atividade.  Foi necessário feedback verbal constante para que a R focasse a atenção nos vários exercícios; após aumentar tempo de concentração, o seu equilíbrio melhorou, assim como a sua coordenação motora. Necessitou alguma ajuda física e instrução verbal/demonstração para controlo dos ciclos respiratórios.  O R apresentou noção de sequências das tarefas, sendo ele mesmo a indicar qual o exercício a realizar em seguida. Comparativamente às sessões anteriores, apresentou uma diminuição dos reequilíbrios e uma melhoria em termos de controlo respiratório intencional.
<b>Ativação Geral</b>					

<p><b>25'</b></p> <p><i>Jogo da Glória com o Corpo</i></p>	<p>As casas do jogo são definidas por arcos de quatro cores diferentes: <i>amarelo, vermelho, azul e verde</i>. A cada cor corresponde um fator psicomotor diferente:</p> <p><i>-Amarelo: tonicidade;</i>  <i>-Vermelho: organização temporal;</i>  <i>-Azul: coordenação motora global;</i>  <i>-Verde: raciocínio lógico-matemático.</i></p> <p>Os alunos deverão lançar um dado e avançar o número de casas correspondentes. Consoante a cor da casa, a criança deverá escolher um cartão dessa cor. Em cada cartão encontra-se descrita a tarefa a executar. Alguns exemplos:</p> <p><i>-Amarelo: tonicidade</i> - Imita a postura que está representada na imagem.  <i>-Vermelho: organização temporal</i> - Organiza a história de acordo com a ordem temporal das rotinas diárias.  <i>-Azul: coordenação motora global</i> - Salta por cima das cordas, com os dois pés, sem as pisares.  <i>-Verde: raciocínio lógico-matemático</i> - Onde vê mais bolas? (cartão com dois conjuntos com a mesma quantidade de bolas, mas com diferente espaçamento entre elas)</p>	<p>-arcos -cartões com diferentes tarefas</p>	<p>-Promover a capacidade de adequação da postura</p> <p>-Promover a capacidade de organização temporal</p> <p>-Potenciar a coordenação motora dos membros</p> <p>-Fomentar a capacidade de Raciocínio lógico-matemático</p> <p>-Potenciar o cumprimento de regras, cooperação e entreajuda.</p>	<p>-Feedback verbal</p> <p>-Ajuda física</p> <p>-Reforço</p> <p>-Promoção do diálogo</p>	<p>A R aguardou pela sua vez de jogar, respeitando as regras e os tempos de espera. Quando solicitada, ajudou o colega e participou nas atividades a realizar em conjunto. De uma forma geral executou as tarefas com sucesso; sendo de destacar, apenas, a dificuldade apresentada em associar quantidade a número.</p> <p>Relativamente ao R, no início do jogo foi necessária instrução verbal, de forma repetida, para que associasse e fizesse corresponder o número de pintas do dado e o número de casas a avançar. Após período de atenção mais focada, realizou a dinâmica de jogo sem dificuldades. Imitou os gestos e posturas corretamente.</p> <p>Ambos apresentaram motivação para o jogo, mantendo-se bem-dispostos e participativos. Ao entrarem na dinâmica da tarefa foram cada vez mais autónomos, revelando sentido de iniciativa para continuar o jogo.</p>
<p><b>5'</b></p>	<p>Descalçar as meias e calçar os sapatos autonomamente.</p>	<p>-Banco sueco</p>	<p>-Promover a autonomia</p>		<p>Foram autónomos nas tarefas propostas. O estado de satisfação e bem-estar dos alunos foi visível</p>
<p><b>Saída da Sessão</b></p>	<p>Lavar as mãos no balneário, de forma regrada e com a supervisão da T.</p>		<p>-Fomentar o cumprimento de regras</p>	<p>-Feedback verbal</p>	<p>(sorriso, procura de interação e diálogo).</p>

**Observações:** O R tem-se mostrado cada vez mais autónomo nas sessões, procurando a interação com a colega. A R, à semelhança de sessões anteriores, tem vindo a autocontrolar os seus comportamentos mais impulsivos, mantendo-se mais atenta e focada nas tarefas (maior controlo tónico e emocional), fator que se repercute em termos de desempenho psicomotor.

**Anexo 6 - Planejamento/Relatório de Sessão Tipo – Intervenção Psicomotora Sala/Ginásio (grupo jovens com DID)**

<b>Sessão:</b> 15	<b>Local:</b> Ginásio CERCICA	<b>Data:</b> 10.fev.2014 (segunda-feira)	<b>Duração:</b> 45'	<b>Horário:</b> 9:45/10:30
<b>INTERVENÇÃO PSICOMOTORA em Grupo (grupo de jovens com DID)</b>		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo		

<b>Tempo Total &amp; Momentos da Sessão</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Estratégias Gerais</b>	<b>Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes</b>
<b>5'</b>	<p>-Os jovens devem esperar pelas indicações de início da sessão, sentados no banco.</p> <p>-Momento de diálogo inicial.</p>	-Banco sueco	<p>-Potenciar o cumprimento de regras e rotinas de sessão</p>	<p>-Reforço</p> <p>-Promoção do diálogo</p>	<p>Os jovens mantiveram-se calmos e sentados, aguardando pelas indicações. Não obstante, um dos elementos necessitou vários feedbacks verbais para permanecer no seu lugar, enquanto decorria o momento de diálogo inicial.</p> <p>Os elementos que apresentam capacidade de expressão verbal não iniciam tópicos de conversa, tendo de ser utilizado o método de questionamento. Os restantes elementos respondem através de sinais não-verbais (e.g. sorrisos, acenos de cabeça).</p>
<b>Entrada na Sessão / Diálogo Inicial</b>					
<b>20'</b>	<p>Os clientes deverão realizar um circuito com as seguintes estações:</p> <p>-Pegar numa bola, apenas com uma mão;</p> <p>-Transportar a bola, caminhando sobre os bancos suecos dispostos lado a lado (um pé em cada banco);</p> <p>-No final do percurso, colocar a bola dentro do recipiente da mesma cor;</p> <p>-De seguida, pegar num cubo, com ambas as mãos;</p> <p>-Passar por cima de 4 obstáculos de diferentes tamanhos e formas;</p> <p>-Empilhar os objetos transportados, dentro do arco da cor correspondente.</p>	<p>-bolas pequenas de várias cores</p> <p>-bancos suecos</p> <p>-recipientes de várias cores</p> <p>-cubos de várias cores</p> <p>-steps</p> <p>-esponjas diversas</p> <p>-arcos de várias cores</p>	<p>-Aumentar o tempo de permanência na atividade</p> <p>-Potenciar a capacidade de associação e de igualdade</p> <p>-Promover a capacidade de agilidade motora global</p>	<p>-Demonstração verbal simples e clara</p> <p>-Acompanhamento individualizado com instruções diretivas</p> <p>-Instrução e feedback associado ao nome do jovem em questão</p> <p>-Feedback verbal</p> <p>-Reforço</p> <p>-Ajuda física (apenas quando necessário) – colaboração entre pares</p> <p>-Repetição das tarefas</p> <p>-Arrumação do material</p>	<p>Todos os alunos cumpriram as instruções, cooperando na atividade. Foram observadas algumas dificuldades sobretudo em termos de equilíbrio e capacidade de dissociação dos MInf, sobretudo na passagem dos obstáculos, ao mesmo tempo que transportam os objetos (dificuldade no planeamento da ação e coordenação de movimentos).</p> <p>Foi necessário feedback verbal constante para todos os elementos. O F e o G, com a repetição do circuito, foram necessitando de cada vez menos apoios e ajuda física, demonstrando noção de sequência das etapas da atividade. Boa capacidade de associação.</p> <p>A AT apresentou bastantes dificuldades nos deslocamentos, caminhando apenas sobre um dos bancos suecos, necessitando de ajuda física constante. Não realizou associação de cores.</p> <p>O A devido aos seus comportamentos impulsivos e dificuldade de manter a atenção focada, necessitou de feedbacks verbais constantes e ajuda física. Com instruções dirigidas em cada etapa do percurso (e.g. iniciar após “1,2,3”) e um acompanhamento mais individualizado, apresentou-se menos impulsivo, tendo isto repercussões em termos da sua coordenação e agilidade.</p>
<b>Circuito Psicomotor</b>					

<b>15'</b>	<p>Deitados sobre um colchão, na posição de decúbito dorsal, com música calma de fundo.</p> <p>Os jovens deverão permitir a passagem de bolas com diferentes texturas e pesos pelas diferentes partes do seu corpo.</p> <p>Ao longo da tarefa, deverão realizar inspirações e expirações profundas e controladas, de acordo com as indicações.</p> <p>Após instrução verbal para o término da atividade, os jovens deverão levantar-se de calmamente.</p>	<p>-música calma</p> <p>-colchão</p> <p>-bolas de diferentes texturas e pesos</p>	<p>-Promover o estado de regulação tónica (retorno à calma)</p> <p>-Potenciar a diminuição do tónus muscular</p>	<p>-Posicionamentos e ajuda física</p> <p>-Utilização de objetos mediadores (recurso a elementos concretos)</p> <p>-Variações no tom de voz e ritmo do discurso</p>	<p>Todos os elementos aderem a este momento da sessão, estando já dentro da dinâmica habitual utilizada. Aceitam a posição de decúbito.</p> <p>A AT, à semelhança de sessões anteriores, apresentou movimentos estereotipados (e.g. contração constante das pernas e braços; puxar o cabelo, a camisola; colocar palmas da mão na boca) e algumas vocalizações. Através das estratégias utilizadas (principalmente os posicionamentos e a ajuda física) a jovem permaneceu na tarefa, cooperando. Aceitou a passagem dos objetos nas diferentes partes do corpo; apresentou particular sensibilidade na zona facial, aumentando as estereotipias. Não realiza qualquer tipo de regulação do controlo respiratório.</p> <p>O A apresentou-se menos agitado comparativamente a sessões anteriores (permaneceu na posição de decúbito, sendo apenas necessários feedbacks verbais pontuais). A sua impulsividade é claramente menos evidente nesta fase da sessão. Adere bastante bem à passagem de bolas com diferentes características. Ao longo do tempo da atividade é perceptível a diminuição do seu tónus (e.g. abandono das pernas). Não realiza qualquer tipo de regulação do controlo respiratório.</p> <p>O G apresentou uma postura mais tranquila e um estado tónico mais disponível (permaneceu com os olhos fechados durante toda a tarefa, pernas estendidas, não tendo sido verificadas vocalizações ou movimentos estereotipados/autoagressivos observados noutras sessões). Realizou ciclos respiratórios controlados com instrução.</p> <p>O F apresentou, tal como em sessões anteriores, motivação para a tarefa, cooperando. Permaneceu de olhos fechados e realizou ciclos respiratórios controlados com instrução e demonstração.</p>
<b>5'</b>	<p>-Todos os jovens devem ajudar na arrumação do material.</p> <p>-Momento de diálogo final.</p>			<p>-Reforço</p> <p>- diálogo</p>	<p>Os jovens apresentaram-se calmos no momento final da sessão. Após indicação, ajudaram na arrumação do material, cooperando.</p>
<b>Saída da Sessão</b>					

**Observações:**

**Anexo 7 - Planejamento/Relatório de Sessão Tipo – Educação Física Adaptada (Aparelhos)**

<b>Sessão: 22</b>	<b>Local:</b> Sala de Aparelhos - CERCICA	<b>Data:</b> 27.mar.2014 (quinta-feira)	<b>Duração:</b> 45'	<b>Horário:</b> 9:00/9:45
<b>Educação Física Adaptada - Aparelhos (grupo jovens e adultos com DID)</b>		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo		

<b>Tempo Total &amp; Momentos da Sessão</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Estratégias Gerais</b>	<b>Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes</b>
<b>5'</b>	Dispostos em círculo, realizar o aquecimento/preparação para a sessão (e.g. pescoço/cabeça, membros superiores, cintura pélvica, membros inferiores), de acordo com as instruções.		-Promover a ativação geral das principais articulações a trabalhar durante a sessão	-Demonstração  -Feedback	Todos os elementos realizaram o aquecimento/ativação geral.  O elemento J realizou este momento da sessão sentada, devido às suas dificuldades de equilíbrio/mobilidade.
<b>Ativação Geral</b>					
<b>35'</b>	Realizar trabalho no aparelho, com a velocidade/ resistência previamente estipulada, durante 15min.  Realizar um período de pausa de alguns minutos e retomar a tarefa, noutro aparelho indicado pela T (15min).  (Nota: organização de acordo com grelha mensal planeada)	-aparelhos da sala	-Potenciar a capacidade cardiovascular	-Instruções individuais e diretivas	A tarefa foi concretizada com sucesso pela maioria dos elementos.  À semelhança de sessões anteriores, foi necessário o feedback verbal constante, no sentido da continuidade da tarefa e da diminuição dos momentos de pausa (dificuldades em manter o objetivo da tarefa).  A destacar o elemento F que, comparativamente a sessões anteriores se apresentou mais participativo e menos agitado/instável.  Alguns dos elementos procuram o reforço positivo, através da tentativa de diálogo, várias vezes ao longo da sessão.
<b>Circuito de Aparelhos</b>			-Promover a força muscular	-Demonstração	
			-Promover a capacidade de permanência na tarefa	-Feedback verbal	
				-Ajuda física	
				-Reforço	
<b>5'</b>	Dispostos em círculo: -efetuar inspirações nasais e expirações bucais, acompanhando com o movimento dos braços. -realizar os alongamentos das principais articulações e grupos musculares envolvidos no trabalho de aparelhos (pescoço/cabeça, membros superiores, cintura pélvica, membros inferiores), de acordo com as instruções da T.		-Restaurar a amplitude do movimento e a mobilidade das estruturas envolvidas	-Instruções simples	Os alunos colocam-se em posição (espalhados pela sala – procura de formação parecida a um círculo, embora alguns apresentem algumas dificuldades de orientação espacial).  À semelhança da <i>Ativação Geral</i> , o elemento J realizou este momento da sessão sentada, devido às suas dificuldades de equilíbrio/mobilidade.
<b>Retorno à calma Alongamentos</b>			-Facilitar o relaxamento muscular	-Ajuda física	
				-Feedback	

**Observações:** A cliente P que revelou comportamento de rejeição pela atividade (exercício do step), demonstrando receio (chorou; quando questionada sobre quais as razões, demonstrou estar com medo). Após um acompanhamento mais individualizado, diálogo e feedback verbal, a aluna retomou a calma; posteriormente a tarefa foi demonstrada e a aluna voltou para o aparelho, realizando a tarefa até ao final. De acordo com a T a P já apresentara este tipo de comportamento em fases de intervenção anteriores; uma das razões por voltarem a ser verificados pode estar relacionado com a fraca assiduidade da aluna nas últimas semanas.

## Anexo 8 - Estrutura-Tipo/Observações Gerais de Treino – Oh Gui Rugby Adaptado



<b>Local:</b> Campo Sintético do Dramático de Cascais	<b>Data:</b> quinta-feira	<b>Duração do Treino:</b> 60'	<b>Horário da Atividade:</b> 10:00/13:00
<b>Oh Gui (Rugby Adaptado à População com DID)</b>			

Tempo Total & Momentos da Sessão	Descrição do Momento de Treino	Observações
<b>10'</b>	Vestir o equipamento <i>Oh Gui</i> , de forma autónoma.	<p>Todos os atletas se equipam de forma autónoma. Já fora do balneário, é realizado o apoio necessário em termos de apresentação dos equipamentos (e.g. por vezes, vestem calções ao contrário, esquecem-se das meias do equipamento).</p> <p>É necessário respeitar os tempos/ritmos de cada um, assim como as suas rotinas. Todos os atletas respeitam os tempos de espera, cumprindo as regras do momento inicial da sessão.</p>
<b>Balneário Equipar</b>	(Os atletas devem apresentar o equipamento bem cuidado, sendo cada um responsáveis pelo seu e pelos seus pertences).	
<b>10'</b>	-Aquecimento (com trabalho de resistência cardiorrespiratória);	<p>Todos os atletas se mostram bastante motivados, participativos, cooperantes, empenhados e respeitadores das regras, instruções e pedidos realizados por técnicos e treinadores. Aderem bem aos feedbacks.</p> <p>Procuram constantemente os momentos de interação entre si, bem como com toda a equipa técnica. Destaca-se o respeito e o sentido de cooperação e ajuda que a maioria dos elementos demonstra.</p> <p>A adaptação das tarefas é muitas das vezes necessária, sendo perceptível a diversidade de casos e de necessidades de apoio que os vários atletas apresentam. No início do treino (ou com a introdução de novas tarefas), as instruções verbais têm de ser dadas numa linguagem mais simplificada, de forma parcelar, e repetidas individualmente, de uma forma mais dirigida; é necessário recorrer à demonstração e à ajuda física (muitas vezes utilizando os colegas como modelos e/ou apoio). Não obstante, com a repetição dos exercícios e as rotinas de treino, a sua capacidade de autonomia tende a aumentar.</p> <p>Relativamente aos atletas com maiores dificuldades em termos de permanência na tarefa (e.g. saem da tarefa, caminhando para longe do grupo, ao longo do campo), é necessário o feedback constante e um acompanhamento individualizado.</p> <p>A tolerância à frustração e o autocontrolo são dois dos aspetos comportamentais que necessitam se trabalhados, no sentido de uma maior capacidade de adaptação e funcionalidade em contexto de grupo.</p>
<b>Fase de Ativação Geral</b>	-Trabalho de resistência muscular.	
<b>40'</b>	-Trabalho das habilidades específicas da modalidade	
<b>Fase Fundamental</b>	-Trabalho das competências de jogo (com regras adaptadas).	
<b>10'</b>	-Alongamentos;  -Reflexão final conjunta.	<p>Autónomos nesta fase, sendo realizados apenas pequenos apoios em termos de apresentação do vestuário, já fora do balneário.</p>
<b>Fase de Retorno à Calma</b>		
<b>15'</b>	Tomar banho e desequipar, de forma autónoma.	
<b>Balneário Desequipar</b>	(Os atletas devem cumprir o tempo estipulado para este momento).	

**Observações:** Os treinos seguem sempre a mesma rotina de momentos de tarefas/exercícios e paragens.

**Anexo 9 - Estrutura-Tipo/Observações Gerais de Treino – Surf na CERCICA (Surf Adaptado)**



<b>Local:</b> Praia de S. Pedro do Estoril	<b>Data:</b> terça-feira	<b>Horário da Atividade:</b> 10:00/13:00
<b>Surf na CERCICA – (Surf Adaptado à População com DID)</b>		

Tempo Total & Momentos da Sessão	Descrição do Momento de Treino	Objetivos Gerais	Observações
<b>10'</b>	Os atletas deverão ser capazes de, no balneário: -Virar o fato de surf, de modo a estar ponto a ser vestido. -Vestir o fato, autonomamente e com a rapidez necessária para que o corpo não arrefeça.	-Promover autonomia a  -Potencia capacidade de adaptação a diferentes espaços e circunstâncias a	O grupo aguarda pela chegada do Instrutor tranquilamente, participando em momentos de diálogo e interação entre si e com os técnicos.  Todos os atletas são autónomos a virar o fato de surf. Na fase de vestir, alguns necessitam de apoio. Observa-se que embora alguns dos elementos apresentem mais dificuldades e, conseqüentemente, mais necessidades de apoio, são, por outro lado, aqueles que revelam uma maior capacidade de persistência e procura de autonomia (nomeadamente a vestir e despir o fato).  De uma forma geral, os atletas são autónomos, fazendo-o rapidamente e apresentando-se prontos para a tarefa no período estipulado. Foi observado o sentido de entreatajuda (os mais autónomos dão feedbacks verbais e ajudas físicas aos que precisaram de mais apoio).
<b>10'</b>			-A pares, um à frente do outro, transportar duas pranchas até ao areal.  -Realizar o aquecimento, de acordo com as instruções do instrutor.
<b>40'</b>	-Entrar na água com a sua prancha, de forma autónoma, cumprindo as regras de segurança.	-Fomentar o sentido de cooperação  -Potenciar capacidade de adaptação a	Todos os elementos ajudam e cooperam no transporte das pranchas e cumpriram todos os passos estipulados nesta fase (limpeza das pranchas, fatos, etc.).
<b>Entrada na Água</b>			
<b>10'</b>	-Trabalho de Autonomia na prancha: -subir para cima da prancha; -com o corpo deitado sobre esta, manter o equilíbrio longitudinal e transversal; -passar da posição de deitado a sentado, mantendo o equilíbrio; -passar da posição de sentado a deitado, mantendo o equilíbrio.	-Potenciar o sentido de responsabilidade	Procuram momentos de interação com técnicos, embora entre grupo esta relação não seja tão evidente. Não obstante, quando solicitado, ajudam-se e cooperam.
<b>Surf</b>			

Surf	<p>-Deslocação na água: -deslocar-se na água, através do movimento da remada alternada; -mudar de direção/direcionar a prancha, utilizando a remada.</p> <p>-Capacidade de adaptação e resolução de problemas (cair da prancha): -boiar após queda da prancha; -segurar à prancha após a queda; -retomar a posição em cima da prancha após a queda.</p> <p>-Capacidade de adaptação e resolução de problemas (reagir à onda): -passar por cima da onda, deitado na prancha; -mostrar confiança quando molhar a cara; -manter o equilíbrio na prancha quando apanha a onda.</p>		<p>Enquanto que alguns dos atletas demonstram já uma confiança, à vontade e segurança nas tarefas propostas (maior autonomia e capacidade de adaptação), outros necessitam de um acompanhamento mais individualizado, sendo necessário este apoio através de exercícios de adaptação ao meio (e.g. segura na prancha, à beira-mar, avançando progressivamente para a água).</p> <p>As questões de autocontrolo e resistência à frustração são os principais aspetos com que a abordagem psicomotora se depara (e.g. perante estados de medo, instabilidade causada por alterações do meio natural, aumento do número de comportamentos de autoagressão, vocalizações, movimentos estereotipado). Nestas situações é necessário um trabalho progressivo em termos de adaptação ao meio (e.g. desde a aproximação da água, tolerância à instabilidade da água do mar), consciência de si e das suas capacidades), de segurança e confiança em si e no outro, para que, posteriormente, o trabalho ao nível da modalidade seja desenvolvido.</p>
15'	-Cada atleta deverá transportar a sua prancha até ao areal. A prancha deverá ter o mínimo de vestígios de areia.		
Saída da Água / Transporte Pranchas	<p>-A pares, um à frente do outro, transportar duas pranchas até à escola.</p> <p>-Passar no chuveiro da praia para remover a areia.</p>		
15'	Os atletas deverão ser capazes de:		
Despir o fato / Banho	<p>-Despir fato de surf, deixando-o virado do avesso, pronto a secar.</p> <p>-Despir o fato, autonomamente e com a rapidez necessária para que o corpo não arrefeça.</p>		-Todos os elementos procuram realizar esta tarefa autonomamente. Apenas em algumas situações foi necessária ajuda física, ainda que esporádica.

**Observações:** Os treinos seguem sempre a mesma rotina de momentos de tarefas/exercícios e paragens.

## Anexo 10 - Planejamento/Relatório de Sessão Tipo – Equitação Terapêutica

<b>Sessão: 7</b>	<b>Local:</b> Associação Hípica Terapêutica	<b>Data:</b> 21.mar.2014 (sexta-feira)	<b>Duração da sessão:</b> 20'-30'	<b>Horário da Atividade:</b> 9:30/12:00
<b>Equitação Terapêutica (sessão individual)</b>		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo		

Tempo Total & Momentos da Sessão	Descrição da Tarefa	Material	Objetivos Gerais	Estratégias Gerais	Observações da Sessão
<b>Ritual de Entrada</b>	O cliente deve ser capaz de: -Colocar o toque; -Permanecer sentado, aguardando a sua vez de montar.	-toque	-Promover a capacidade de tempo de espera  -Promover a diminuição de comportamentos impulsivos	-Reforço	-Necessita de ajuda para colocar o toque. -Contrariamente ao observado noutros contextos, aqui, o cliente apresenta uma maior capacidade de espera até à sua vez de realizar a atividade, permanecendo sentado e tranquilo. Após instrução verbal para iniciar a atividade, a sua impulsividade foi mais notável, dirigindo-se para o cavalo de forma descoordenada (e.g. anda/corre, tropeçando e com desvios de direção até chega ao seu destino).
<b>5'</b>	-Tocar no cavalo, tanto na crina, como na garupa, alternando entre as duas mãos; -Dar um abraço ao cavalo (contar pelo menos até 5 enquanto realiza o abraço). -Tocar no cavalo, com ambas as mãos, em simultâneo, tanto na crina, como na garupa. -Montar o cavalo, de forma autónoma.		-Fomentar a relação cliente-cavalo  -Promover a experiência sensorial e percetiva	-Instruções individuais diretivas e -Demonstração -Feedback verbal -Reforço	-Com instrução verbal, toca no cavalo e abraça-o com ambas as mãos, embora por pouco tempo. Foi necessário feedback verbal, demonstração e alguma ajuda física para permanecer em contacto. -O toque é realizado de forma evitante, utilizando apenas os dedos, contraídos. -É autónomo a montar o cavalo, sendo necessária alguma ajuda física posterior em termos de adequação tonicopostural.
<b>5'</b>	-Realizar extensão dos MS para cima, mantendo-se na tarefa até completar 1 volta;  -Realizar extensão dos MS para a frente (em direção à crina), mantendo-se na tarefa até completar 1 volta;  -Realizar extensão dos MS para o lado (extensão horizontal – avião), mantendo-se na tarefa até completar 1 volta;		-Promover a capacidade de atenção  -Promover a diminuição da impulsividade  -Potenciar o tempo de permanência nas tarefas  -Potenciar o cumprimento de regras  -Fomentar a capacidade de mobilização geral	-Instruções individuais, simples diretivas e  -Demonstração  -Feedback  -Definir claramente o início do ação "1,2,3"	-Tal como em sessões anteriores, foi necessária a instrução constante, de forma clara, com indicações simples, para que cada ação fosse concretizada. -O A apresenta uma boa capacidade de mobilização e agilidade motora global, realizando as posturas indicadas (e demonstradas), revelando compreensão das instruções. Não obstante, permanece na mesma posição apenas durante alguns segundos, sendo necessário feedback verbal constante.  -À medida que a tarefa vai decorrendo a sua capacidade de atenção vai diminuindo, mostrando-se alheio às instruções, dirigindo o olhar de forma indiferenciada para o espaço.  -Nos momentos de transição entre tarefas, toca no corpo do cavalo com uma das mãos várias vezes.
<b>Ativação Geral</b>					

5'	-Colocar as mãos nos ombros, mantendo-se na tarefa até completar 1 volta;		-Promover a capacidade de atenção		-Observações semelhantes ao descrito na atividade anterior.
<b>Coordenação Motora</b>	-Colocar as mãos atrás das costas, mantendo-se na tarefa até completar 1 volta;  -Colocar a mão esq atrás das costas e a mão drt sobre a barriga (e vice-versa), mantendo-se na tarefa, até completar 1 volta.		-Potenciar o tempo de permanência nas tarefas  -Potenciar o cumprimento de regras  -Fomentar a capacidade de mobilização geral e coordenação	-Instruções individuais, simples e diretivas  -Demonstração  -Feedback  -Ajuda física	-Apresentou dificuldades de coordenação motora e dissociação de membros, sendo necessária demonstração e ajuda física para posicionar corretamente os segmentos em relação ao tronco.  -Não foram verificados comportamentos de impulsividade. A sua capacidade de atenção foi limitada, permanecendo, tal como anteriormente, apenas durante alguns segundos na posição indicada.  -Não obstante, o A demonstrou-se cooperante durante toda a atividade.
5'	-Apanhar 4 sacos de cores diferentes.		-Promover a capacidade de atenção		-Com instrução verbal, o A apanhou os sacos, utilizando ambas as mãos (dependendo do local onde os sacos se encontravam dispostos no espaço).
<b>Coordenação Motora e Habilidades Manipulativas</b>	-Permanecer com 2 sacos em cada mão, até completar 2 voltas.  -Após instrução, atirar os sacos, um de cada vez, para o balde da cor correspondente, realizado contacto ocular com o alvo.	-sacos de diferentes cores  -baldes de diferentes cores	-Potenciar o tempo de permanência nas tarefas  -Promover a diminuição da impulsividade  -Potenciar o cumprimento de regras  -Fomentar a capacidade de coordenação óculo-manual	-Instruções individuais, simples e diretivas  -Feedback  -Utilização de pistas sonoras em relação ao alvo (balde correto)  -Repetição	-Foi necessário feedback verbal constante para que permanecesse com os sacos nas mãos, ao longo de 2 voltas, colocando-os constantemente sobre o cavalo.  -Atirou os sacos (vários ao mesmo tempo), não realizando associação de cores. -Após feedback, pegou apenas num dos sacos, realizando contacto ocular com o alvo (balde). É necessária, assim, uma instrução dirigida e clara para que o A realize uma ação coordenada, demonstrando dificuldades em focar a atenção e, conseqüentemente, em planear a ação.  -Com repetição da ação, foi diminuindo a necessidade de apoio. Não obstante, perto do término da tarefa, a sua concentração diminuiu bastante, não respondendo sequer (através do contacto ocular) aos feedbacks verbais ou quando chamado pelo seu nome.
5'	-Apear o cavalo, após instrução.		-Fomentar a relação cliente-cavalo	-Instruções individuais e diretivas	-Com um movimento impulsivo, após a instrução para apear o cavalo, apresentou movimentos descoordenados, desequilibrando-se (revelou dificuldade de planificação da ação).
<b>Apear o Cavalo / Despedida</b>	-Dar um abraço ao cavalo (contar pelo menos até 5 enquanto realiza o abraço).		-Promover a experiência sensorial e percetiva	-Demonstração -Feedback verbal -Reforço	-Após instrução verbal, deu um abraço ao cavalo, colocando o seu corpo em contacto com o deste (por um tempo superior ao observado no momento inicial). -O seu estado emocional manteve-se durante a sessão (e.g. sorriso e bem-estar evidentes).

## Anexo 11 - Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático



### CHECKLIST DE OBSERVAÇÃO EM MEIO AQUÁTICO



<b>Nome do Cliente:</b>	<b>Data de Nascimento:</b>
<b>Frequência Semanal:</b>	<b>Horário:</b>

A. Autonomia Pessoal em Meio Aquático		Cotação		Observações (AV, AV+, AFL, AF)
		Sim (1)	Não (0)	
<b>A1</b>	Controla os esfíncteres.			
<b>A2</b>	Descalça os chinelos.			
<b>A3</b>	Calça os chinelos.			
<b>A4</b>	Toma duche.			
<b>TOTAL</b>				

B. Familiarização com o Meio Aquático		Cotação		Observações (AV, AV+, AFL, AF)
		Sim (1)	Não (0)	
<b>B1</b>	Senta-se na borda da piscina com os pés dentro de água.			
<b>B2</b>	Aceita entrar para a água.			
<b>B3</b>	Chapinha na água e tolera salpicos.			
<b>B4</b>	Molha a cara/cabeça.			
<b>B5</b>	Move-se na água mantendo o mesmo plano.			
<b>B6</b>	Move-se na água mudando de plano.			
<b>B7</b>	Coloca queixo na água.			
<b>B8</b>	Coloca nariz na água.			
<b>B9</b>	Coloca testa na água.			
<b>B10</b>	Coloca orelhas na água.			
<b>B11</b>	Mostra interesse pelos objetos que se encontram na água.			
<b>TOTAL</b>				

C. Entradas da Piscina		Cotação		Observações (AV; AV+;AFL;AF)
		Sim (1)	Não (0)	
C1	Entra na piscina partindo da posição de sentado.			
C2	Entra na piscina partindo da posição de joelhos.			
C3	Entra na piscina, partindo da posição vertical (de pé), através de salto de pés.			
C4	Entra na piscina, partindo da posição vertical (de pé), através de mergulho.			
C5	Entra na piscina pelas escadas, de costas, utilizando os dois apoios fixos.			
<b>TOTAL</b>				

D. Saídas da Piscina		Cotação		Observações (AV; AV+;AFL;AF)
		Sim (1)	Não (0)	
D1	Sai pela borda da piscina.			
D2	Sai pelas escadas de acesso, utilizando os dois apoios fixos.			
<b>TOTAL</b>				

E. Equilíbrio e Flutuação no Meio Aquático		Cotação		Observações (AV; AV+;AFL;AF)
		Sim (1)	Não (0)	
E1	Mantém-se na posição de Decúbito Dorsal sobre um colchão.			
E2	Mantém-se na posição de Decúbito Ventral sobre um colchão.			
E3	Mantém o equilíbrio na posição de Decúbito Ventral, com flutuadores.			
E4	Mantém o equilíbrio na posição de Decúbito Ventral, sem flutuadores.			
E5	Mantém o equilíbrio em posição de Decúbito Dorsal, com flutuadores.			
E6	Mantém o equilíbrio em posição de Decúbito Dorsal, sem flutuadores.			
E7	Mantém o equilíbrio vertical, com apoio no solo.			
E8	Flutua em posição de Decúbito Dorsal.			
<b>TOTAL</b>				

F. Rotações em Meio Aquático		Cotação		Observações (AV; AV+;AFL;AF)
		Sim (1)	Não (0)	
F1	Passa de Decúbito Dorsal para Decúbito Ventral.			
F2	Passa de Decúbito Ventral para Decúbito Dorsal.			
F3	Passa de Decúbito Dorsal para a Posição Vertical.			
F4	Passa de Decúbito Ventral para a Posição Vertical.			
<b>TOTAL</b>				

G. Função Respiratória (inspiração, expiração e apneia)		Cotação		Observações (AV; AV+;AFL;AF)
		Sim (1)	Não (0)	
G1	Imerge na água em apneia.			
G2	Sopra com a face acima da superfície da água.			
G3	Sopra com a face à superfície da água.			
G4	Faz expiração ritmada com a face à superfície da água, sem Deslocamento.			
G5	Faz expiração ritmada com a face à superfície da água, com Deslocamento.			
G6	Faz expiração bucal com a boca imersa.			
G7	Faz expiração bucal com a face imersa.			
G8	Faz expiração nasal com a face imersa.			
G9	Faz expiração nasal e bucal com a face imersa.			
G10				
G11	Faz expiração controlada em imersão total, com Deslocamento.			
G12	Controla a respiração (inspiração e expiração) em Deslocamento.			
G13	Faz respiração (inspiração e expiração) ritmada em Deslocamento.			
<b>TOTAL</b>				

H Imersão		Cotação		Observações (AV; AV+;AFL;AF)
		Sim (1)	Não (0)	
H1	Imerge sozinho.			
H2	Imerge até ao nível da boca.			
H3	Imerge toda a face.			
H4	Imerge toda a cabeça.			
H5	Imerge todo o corpo.			

		Sim (1)	Não (0)	Observações (AV; AV+;AFL;AF)
H6	Desloca-se em imersão, em Decúbito Ventral.			
H7	Abre os olhos quando imerge.			
H8	Apanha objetos do fundo da piscina (profundidade de 90cm), com Deslocamento Vertical.			
H9	Apanha objetos do fundo da piscina (profundidade de 90cm), com Deslocamento em Decúbito Ventral.			
<b>TOTAL</b>				

<b>I. Deslocamentos em Meio Aquático</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações (AV; AV+;AFL;AF)</b>
<b>a. Deslocamento Vertical</b>		Sim (1)	Não (0)	
I1	Faz deslocamento vertical para a frente.			
I2	Faz deslocamento vertical para trás.			
I3	Faz deslocamento vertical para os lados.			
I4	Salta no mesmo lugar.			
I5	Salta com deslocamento (pés alternados).			
I6	Salta com deslocamento (pés juntos).			
<b>TOTAL</b>				

<b>b.Deslocamento Horizontal</b>		Sim (1)	Não (0)	
I7	Faz deslocamento em Decúbito Dorsal, com ajuda física.			
I8	Faz deslocamento em Decúbito Dorsal, com flutuadores.			
I9	Faz deslocamento em Decúbito Dorsal, sem apoio.			
I10	Faz deslocamento em Decúbito Ventral, com ajuda física.			
I11	Faz deslocamento em Decúbito Ventral, com flutuadores.			
I12	Faz deslocamento em Decúbito Ventral, sem apoio.			
<b>TOTAL</b>				

<b>c. Movimentos Propulsivos</b>		Sim (1)	Não (0)	
I13	Faz movimento propulsivo dos Membros Inferiores, em Decúbito Ventral, com ajuda física.			
I14	Faz movimento propulsivo dos Membros Inferiores, em Decúbito Ventral, com flutuadores.			
I15	Faz movimento propulsivo dos Membros Inferiores, em Decúbito Ventral, sem apoio.			

		Sim (1)	Não (0)	Observações (AV; AV+;AFL;AF)
I16	Faz movimento propulsivo dos Membros Inferiores, em Decúbito Dorsal, com ajuda física.			
I17	Faz movimento propulsivo dos Membros Inferiores, em Decúbito Dorsal, com flutuadores.			
I18	Faz movimento propulsivo dos Membros Inferiores, em Decúbito Dorsal, sem apoio.			
I19	Faz movimento propulsivo dos Membros Superiores, em Decúbito Ventral, com ajuda física.			
I20	Faz movimento propulsivo dos Membros Superiores, em Decúbito Ventral, com flutuadores.			
I21	Faz movimento propulsivo dos Membros Superiores, em Decúbito Ventral, sem apoio.			
I22	Faz movimento propulsivo dos Membros Superiores, em Decúbito Dorsal, com ajuda física.			
I23	Faz movimento propulsivo dos Membros Superiores, em Decúbito Dorsal, com flutuadores.			
I24	Faz movimento propulsivo dos Membros Superiores, em Decúbito Dorsal, sem apoio.			
<b>TOTAL</b>				

<b>J. Grau de Interação</b>				
<b>a. Com o Técnico</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		Sim (1)	Não (0)	
J1	Estabelece contacto visual com o Técnico.			
J2	Demonstra independência afetiva do Técnico.			
J3	Expressa satisfação quando se encontra próximo do Técnico.			
J4	Partilha material com o Técnico.			
J5	Interage com o Técnico, envolvendo-se em atividades.			
<b>TOTAL</b>				
<b>b. Com os Pares</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		Sim (1)	Não (0)	
J6	Estabelece contacto visual com o(s) par(es).			
J7	Demonstra independência afetiva do(s) par(es).			
J8	Expressa satisfação quando se encontra próximo do(s) par(es).			
J9	Partilha material com o(s) par(es).			
J10	Interage com o(s) par(es), envolvendo-se em atividades.			
<b>TOTAL</b>				

<b>c. No contexto de Jogo (o outro e os objetos)</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>J13</b>	Jogo simbólico.			
<b>J14</b>	Jogo cooperativo.			
<b>J15</b>	Jogo exploratório/manipulativo (habilidades de manipulação básicas).			
<b>TOTAL</b>				

<b>K. Comunicação (linguagem recetiva/compreensiva e expressiva)</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	
<b>M1</b>	Estabelece contacto visual, quando chamado(a) pelo seu nome.			
<b>M2</b>	Compreende ordens simples.			
<b>M3</b>	Compreende ordens com duas instruções.			
<b>M4</b>	Compreende ordens com três (ou mais) instruções.			
<b>M5</b>	Expressa prazer ou desagrado, através de linguagem não-verbal (e.g. gestos, vocalizações)			
<b>M6</b>	Comunica por gestos.			
<b>TOTAL</b>				

<b>L. Fatigabilidade</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	
<b>L1</b>	Apresenta sinais de fadiga significativos, dificultando a realização da tarefa.			
<b>L2</b>	Demonstra instabilidade respiratória, após imersão facial.			
<b>L3</b>	Manifesta dificuldade em estabilizar a respiração, após apneia.			
<b>TOTAL</b>				

<b>M. Participação e Dinâmicas da Sessão</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	
<b>M1</b>	Cumprir as regras de segurança.			
<b>M2</b>	Apresenta noção de perigo.			
<b>M3</b>	Cumprir as regras da sessão.			
<b>M4</b>	Participa nas tarefas da sessão.			
<b>M5</b>	Coopera nas atividades.			
<b>M6</b>	Permanece nas tarefas até ao término destas.			
<b>M7</b>	Demonstra noção de sequencialização (durante as tarefas da sessão).			
<b>M8</b>	Responde corretamente ao que lhe é pedido.			

		Sim (1)	Não (0)	Observações
<b>M9</b>	Segue uma ordem simples.			
<b>M10</b>	Segue uma ordem com duas instruções.			
<b>M11</b>	Segue uma ordem com três (ou mais) instruções.			
<b>TOTAL</b>				

**Observações** (e.g. Perfil/Comportamento Tónico na Água):

---



---



---



---



---



---



---



---

<b>COTAÇÕES:</b>	
<b>1</b>	<b>Sim</b>
<b>0</b>	<b>Não</b>
<b>Obs</b>	<p><b>Especificar, sempre que NÃO SEJA AUTÓNOMO/INDEPENDENTE, o TIPO de realização:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>(AV)</b> Ajuda Verbal</li> <li>- <b>(AV+)</b> Ajuda Verbal com Demonstração</li> <li>- <b>(AFL)</b> Ajuda de Flutuadores</li> <li>- <b>(AF)</b> Ajuda Física</li> </ul>

<b>COTAÇÃO FINAL</b>		
<b>DOMÍNIOS</b>		<b>TOTAL</b>
<b>A</b>	<b>Autonomia Pessoal em Meio Aquático</b>	
<b>B</b>	<b>Familiarização com o Meio Aquático</b>	
<b>C</b>	<b>Entradas da Piscina</b>	
<b>D</b>	<b>Saídas da Piscina</b>	
<b>E</b>	<b>Equilíbrio e Flutuação no Meio Aquático</b>	
<b>F</b>	<b>Rotações em Meio Aquático</b>	
<b>G</b>	<b>Função Respiratória (inspiração, expiração e apneia)</b>	
<b>H</b>	<b>Imersão</b>	
<b>I</b>	<b>Deslocamentos em Meio Aquático</b>	
	<b>a. Deslocamento Vertical</b>	
	<b>b. Deslocamento Horizontal</b>	
	<b>c. Movimentos Propulsivos</b>	
<b>J</b>	<b>Grau de Interação</b>	
	<b>a. Com o Técnico</b>	
	<b>b. Com os Pares</b>	
	<b>c. No contexto de Jogo (o outro e os objetos)</b>	
<b>K</b>	<b>Comunicação (linguagem recetiva/compreensiva e expressiva)</b>	
<b>L</b>	<b>Fatigabilidade</b>	
<b>M</b>	<b>Participação e Dinâmicas da Sessão</b>	



## Anexo 12 - Checklist de Observação – Comportamento Adaptativo



### CHECKLIST DE OBSERVAÇÃO - COMPORTAMENTO ADAPTATIVO



Nome do Cliente:	Data de Nascimento:
Apoios prestados na CERCICA - NTAM :	

### PARTE I - Competências da Independência Pessoal

	A. AUTONOMIA	Cotação		Observações
		Sim (1)	Não (0)	
A1	Bebe sem entornar, segurando o copo com uma mão.			
A2	Controla os esfíncteres.			
A3	Usa a casa de banho de forma autónoma.			
A4	Baixa as cuecas na casa de banho sem ajuda.			
A5	Senta-se na sanita sem ajuda.			
A6	Utiliza o papel higiénico de uma forma correta.			
A7	Puxa o autoclismo após utilização.			
A8	Veste-se sem ajuda, nas idas à casa de banho.			
A9	Lava as mãos sem ajuda.			
A10	Toma banho de forma autónoma.			
A11	Veste-se de forma autónoma.			
A12	Despe-se de forma autónoma.			
A13	Calça-se de forma autónoma.			
A14	Descalça-se de forma autónoma.			
<b>TOTAL</b>				

<b>B. TÓNUS , MOVIMENTO e POSTURA</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	
<b>B1</b>	Os ombros pendem para a frente com as costas arqueadas.			
<b>B2</b>	Marcha com as pontas dos pés viradas para dentro ou para fora.			
<b>B3</b>	Marcha com os pés muito afastados.			
<b>B4</b>	Troca, arrasta ou bate os pés quando anda.			
<b>B5</b>	Anda em bicos dos pés, como forma de deslocação.			
<b>B6</b>	Move-se de forma rígida.			
<b>B7</b>	Tranca as articulações (e.g. cotovelo, joelhos) para obter estabilidade.			
<b>B8</b>	Hesita subir ou descer passeios ou degraus.			
<b>B9</b>	Evita trepar/ saltar ou andar em piso irregular ou desnivelado.			
<b>B10</b>	Agarra-se às paredes ou ao corrimão.			
<b>TOTAL</b>				

<b>C. ORIENTAÇÃO ESPACIAL</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	
<b>C1</b>	Orienta-se sozinho num ambiente familiar (e.g. instituição).			
<b>TOTAL</b>				

<b>D. DESENVOLVIMENTO FÍSICO</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
<b>d1. DESENVOLVIMENTO SENSORIAL</b>				
<b>Pocessamento Auditivo</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	
<b>D1</b>	Responde de forma negativa a ruídos inesperados ou muito altos.			
<b>D2</b>	Tapa os ouvidos com as mãos para se proteger do barulho.			
<b>D3</b>	Não responde quando chamam pelo seu nome, embora não tenha problemas de audição.			
<b>D4</b>	Gosta de barulhos estranhos/ procura fazer barulho pelo prazer do barulho.			
<b>Pocessamento Visual</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D5</b>	Prefere estar no escuro.			
<b>D6</b>	Evita ou manifesta desconforto na presença de luzes intensas.			
<b>D7</b>	Fixa intensamente objetos/pessoas.			

<b>Pocessamento Vestibular</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D8</b>	Fica ansiosa ou perturbada quando os pés deixam de tocar no chão.			
<b>D9</b>	Mantém a cabeça direita mesmo quando se inclina ou dobra (e.g. mantém uma posição/postura rígida durante a atividade).			
<b>Pocessamento Tátil</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D13</b>	Evita sujar-se (e.g. material variado como massas de modelar, areia, ...).			
<b>D14</b>	É sensível a determinados tecidos (e.g. algumas roupas).			
<b>D15</b>	Reage emocionalmente ou agressivamente ao toque.			
<b>D16</b>	Foge dos salpicos de água.			
<b>D17</b>	Tem dificuldade em manter-se numa fila ou perto de outras pessoas.			
<b>D18</b>	Mostra necessidade invulgar em tocar certas superfícies/ texturas/brinquedos (ex.: toca constantemente nos objectos).			
<b>D19</b>	Reage pouco à dor e temperatura			
<b>TOTAL</b>				

<b>d2. EQUILÍBRIO , MARCHA E CORRIDA</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D3</b>	Revela um bom nível de eutonia (vs hipo ou hipertonia).			
<b>D4</b>	Caminha com segurança.			
<b>D5</b>	Sobe e desce escadas sozinho.			
<b>D6</b>	Desce as escadas com alternância dos pés.			
<b>D7</b>	Corre.			
<b>D8</b>	Salta ou pula.			
<b>TOTAL</b>				

<b>d3. LATERALIDADE e NOÇÃO CORPORAL</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D9</b>	Tem lateralidade definida (utiliza sempre o mesmo lado).			
<b>D10</b>	Reconhece várias partes do corpo em si, apontando-as com exatidão, quando solicitado.			
<b>D11</b>	Reconhece várias partes do corpo no outro, apontando-as com exatidão, quando solicitado.			
<b>TOTAL</b>				

<b>d4. PRAXIA FINA</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D12</b>	Manipula objetos pequenos.			
<b>D13</b>	Manipula objetos grandes.			
<b>D14</b>	Transfere um objeto de uma mão para a outra.			
<b>D15</b>	Aperta um objeto.			
<b>D16</b>	Efetua preensão palmar.			
<b>D17</b>	Efetua preensão em pinça (tripódica).			
<b>TOTAL</b>				

<b>d5. COORDENAÇÃO ÓCULO-MANUAL E ÓCULO-PODAL</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D18</b>	Apanha uma bola.			
<b>D19</b>	Recebe uma bola com ambas as mãos, sem a deixar cair.			
<b>D20</b>	Atira/lança uma bola.			
<b>D22</b>	Pontapeia uma bola.			
<b>TOTAL</b>				

<b>d6. FUNCIONALIDADE DOS MEMBROS</b>		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	<b>Observações</b>
<b>D23</b>	Utiliza, de forma funcional, o braço direito.			
<b>D24</b>	Utiliza, de forma funcional, o braço esquerdo.			
<b>D25</b>	Utiliza, de forma funcional, a perna direita.			
<b>D26</b>	Utiliza, de forma funcional, a perna esquerda			
<b>TOTAL</b>				

<b>E. DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM (expressão e compreensão)</b>		<b>Cotação</b>		<b>Observações</b>
		<b>Sim (1)</b>	<b>Não (0)</b>	
<b>E1</b>	Acena com a cabeça ou sorri para expressar alegria.			
<b>E2</b>	Indica desejos através de vocalizações ou apontando.			
<b>E3</b>	Expressa prazer ou desagrado através de vocalizações.			
<b>E4</b>	Comunica por gestos.			

		Sim (1)	Não (0)	Observações
<b>E6</b>	Utiliza comunicação alternativa.			
<b>E7</b>	Compreende uma ordem simples.			
<b>E8</b>	Segue uma instrução que implique uma ação simples.			
<b>E9</b>	Segue uma instrução que implique mais que uma ação.			
<b>TOTAL</b>				

<b>F. PERSONALIDADE (Iniciativa, Passividade, Perseverança)</b>		Cotação		Observações
		Sim (1)	Não (0)	
<b>F1</b>	Inicia as atividades por iniciativa própria.			
<b>F2</b>	Participa nas tarefas quando solicitado.			
<b>F3</b>	Explora o envolvimento durante as atividades.			
<b>F4</b>	Concretiza as tarefas, sem necessidade de reforço/estímulo constante.			
<b>F5</b>	Denota interesse nas coisas.			
<b>F6</b>	É independente dos outros (não precisa de ajuda), na maioria das atividades.			
<b>F7</b>	Presta atenção a atividades significativas, até ao seu término.			
<b>F8</b>	Motiva-se facilmente.			
<b>F9</b>	Mantém-se na mesma atividade.			
<b>TOTAL</b>				

<b>G. SOCIALIZAÇÃO</b>		Cotação		Observações
		Sim (1)	Não (0)	
<b>G1</b>	Reconhece a sua própria família.			
<b>G2</b>	Reconhece outras pessoas para além da família.			
<b>G3</b>	Interage com os outros em jogos/atividades de grupo.			
<b>G4</b>	Participa nas atividades de grupo de uma forma espontânea (participação ativa)			
<b>G5</b>	Espera pela sua vez.			
<b>G6</b>	Tem comportamentos adequados nas atividades de grupo.			
<b>G8</b>	É demasiado familiar com estranhos.			
<b>G9</b>	Tem medo dos estranhos.			
<b>G10</b>	Gosta de se agarrar às pessoas (incluindo estranhos).			
<b>TOTAL</b>				

## PARTE II - Avaliação dos Comportamentos Desviantes

H. COMPORTAMENTO SOCIAL		Cotação			Observações
		N	O	F	
H1	Utiliza gestos ameaçadores.	0	1	2	
H2	Empurra, arranha ou belisca os outros.	0	1	2	
H3	Puxa o cabelo, as orelhas, etc., dos outros.	0	1	2	
H4	Morde os outros.	0	1	2	
H5	Pontapeia, bate ou esbofeteia os outros	0	1	2	
H6	Atira objetos aos outros.	0	1	2	
H7	Faz birras temperamentais.	0	1	2	
H8	Afasta-se ou amua quando contrariado.	0	1	2	
H9	Aborrece-se quando contrariado.	0	1	2	
H10	Interfere nas atividades dos colegas.	0	1	2	
H11	Outro (especificar) _____.	0	1	2	
<b>TOTAL</b>					

I. CONFORMIDADE		Cotação			Observações
		N	O	F	
I1	Recusa cumprir as regras da sessão.	0	1	2	
I2	Não presta atenção às instruções das tarefas.	0	1	2	
I3	Recusa-se a trabalhar nas atividades atribuídas.	0	1	2	
I4	Hesita antes de iniciar a tarefa.	0	1	2	
I5	Foge das atividades de grupo.	0	1	2	
<b>TOTAL</b>					

	J. COMPORTAMENTO ESTEREOTIPADO, HIPERATIVO E AUTOABUSIVO	Cotação			Observações
		N	O	F	
J1	Tamborila com os dedos continuamente.	0	1	2	
J2	Bate com o pé continuamente.	0	1	2	
J3	As mãos apresentam movimentos constantes.	0	1	2	
J4	Bate-se, coça-se ou esfrega-se continuamente.	0	1	2	
J5	Olha fixamente para uma parte do corpo.	0	1	2	
J6	Mexe ou abana partes do corpo repetidamente.	0	1	2	
J7	Move-se ou abana-se para trás e para a frente.	0	1	2	
J8	Apresenta sincínésias.	0	1	2	
J9	Anda de um lado para o outro, sem um objetivo definido.	0	1	2	
J10	Roda o corpo, a cabeça sobre si mesmo, repetidamente.	0	1	2	
J11	Beija os outros.	0	1	2	
J12	Lambe os outros.	0	1	2	
J13	Abraça os outros	0	1	2	
J14	Agarra-se aos outros com força excessiva.	0	1	2	
J15	Agarra-se aos outros e não os deixa ir embora.	0	1	2	
J16	Dá gargalhadas histéricas.	0	1	2	
J17	Ri de forma inapropriada.	0	1	2	
J18	Baba-se.	0	1	2	
J19	Range os dentes de forma audível.	0	1	2	
J20	Cospe no chão.	0	1	2	
J21	Rói as unhas.	0	1	2	
J22	Cheira o próprio corpo ou partes do mesmo.	0	1	2	
J23	Cheira os objetos quando os manipula, durante algum tempo.	0	1	2	
J24	Incapaz de ficar sentado num lugar muito tempo.	0	1	2	
J25	É irrequieto e move-se constantemente .	0	1	2	
J26	Puxa fios das suas roupas.	0	1	2	
J27	Brinca com a roupa que traz vestida (e.g. atacadores, botões)	0	1	2	
J28	Outro (especificar) _____.	0	1	2	
<b>TOTAL</b>					

	K. AJUSTAMENTO SOCIAL	Cotação			Observações
		N	O	F	
K1	Evita o contacto visual.	0	1	2	
K2	Mantém-se na mesma posição por um longo período de tempo.	0	1	2	
K3	Parece não reagir a nada.	0	1	2	
K4	É apático e não corresponde a sentimentos.	0	1	2	
K5	Tem um olhar inexpressivo.	0	1	2	
K6	Tem um expressão fixa (independentemente das situações)	0	1	2	
<b>TOTAL</b>					

Observações:

---



---



---



---



---



---



---



---

COTAÇÕES - PARTE I	
1	Sim
0	Não

COTAÇÕES - PARTE II	
0	(N) - Nunca
1	(O) - Ocasionalmente
2	(F) - Frequentemente

<b>COTAÇÃO FINAL</b>		
<b>DOMÍNIOS</b>		<b>TOTAL</b>
<b>PARTE I</b>		
<b>A</b>	<b>AUTONOMIA</b>	
<b>B</b>	<b>TÓNUS , MOVIMENTO e POSTURA</b>	
<b>C</b>	<b>ORIENTAÇÃO ESPACIAL</b>	
<b>D</b>	<b>DESENVOLVIMENTO FÍSICO</b>	
	d1. Desenvolvimento Sensorial	
	d2. Equilíbrio, Marcha e Corrida	
	d3. Lateralidade e Noção Corporal	
	d4. Praxia Fina	
	d5. Coordenação Óculo-Manual e Óculo-Podal	
<b>E</b>	<b>DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM (expressão e compreensão)</b>	
<b>F</b>	<b>PERSONALIDADE (Iniciativa, Passividade, Perseverança)</b>	
<b>G</b>	<b>SOCIALIZAÇÃO</b>	
<b>PARTE II</b>		
<b>H</b>	<b>COMPORTAMENTO SOCIAL</b>	
<b>I</b>	<b>CONFORMIDADE</b>	
<b>J</b>	<b>COMPORTAMENTO ESTEROTIPADO, HIPERATIVO E AUTOABUSIVO</b>	
<b>K</b>	<b>AJUSTAMENTO SOCIAL</b>	





## Declaração de Consentimento Livre e Informado



### **Avaliação e Intervenção em Psicomotricidade – Estudo de Caso**

Eu, Ana Rita Silva Pão Alvo, no âmbito do meu estágio curricular no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - *Avaliação e Intervenção em Psicomotricidade*, integrado no 2ºano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, venho por este meio solicitar, sob a sua anuência, a colaboração do seu educando nas atividades de Estudo de Caso, a decorrer entre os meses de janeiro e de maio de 2014.

O presente pedido destina-se à obtenção de dados em Estudos de Caso específicos, visando o estudo do desenvolvimento psicomotor da população com Intervenção Psicomotora na CERCICA (Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora - NTAM).

Para o efeito, pretendo desencadear os procedimentos seguintes:

**a)** Utilizar como instrumento de avaliação uma *Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático*, que aferem essencialmente os domínios: *Autonomia Pessoal em Meio Aquático, Familiarização com o Meio Aquático, Entradas e Saídas da Piscina, Equilíbrio, Flutuação e Rotações, Função Respiratória em Meio Aquático, Capacidade de Imersão, Deslocamentos (Vertical, Horizontal) e Movimentos Propulsivos, Capacidade de Interação (com o técnico, com os pares e no contexto de jogo), Participação e Dinâmicas de Sessão e Comunicação*.

**b)** Traçar um Programa de Intervenção Psicomotora em Meio Aquático, por referência aos dados aferidos;

**c)** Implementar o Programa de Intervenção Psicomotora definido, em contexto institucional, durante o horário dos atuais Apoios em Hidroterapia.

As informações recolhidas neste estudo serão estritamente confidenciais e utilizadas apenas para fins académicos. Os dados pessoais não serão revelados, assim como não será feito qualquer tipo de registo de imagem ao longo do programa de intervenção.

No final desta prática de Estágio Curricular será facultado à família um exemplar do estudo realizado.

A sua participação é essencial no sentido de contribuir para uma melhor compreensão do desenvolvimento psicomotor da Pessoa com dificuldades e necessidades de apoio e para a verificação dos resultados de um Programa de Intervenção Psicomotora implementado, no sentido da promoção da capacidade adaptativa, funcional e, conseqüentemente, da qualidade de vida do indivíduo em questão.

***Os responsáveis do Estudo:***

\_\_\_\_\_

*(Ana Rita Pão Alvo)*

\_\_\_\_\_

*(Professora Doutora Sofia Santos)*

**Consentimento Informado:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
**abaixo-assinado**, declaro ter tido conhecimento de todos os procedimentos e aceito que o meu educando participe no estudo acima mencionado, proposto e implementado pela estagiária de Mestrado em Reabilitação Psicomotora.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2014

Anexo 14 - Plano Individual (PI) Estudo de Caso I – V.H.



Plano de Intervenção - Clientes externos



Aluno: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: 16 de setembro de 2003

Ano Letivo: 2013/2014 Data de elaboração do PI: outubro de 2013

Áreas de intervenção: Hidroterapia Individual Responsáveis: \_\_\_\_\_  
Hidroterapia em Grupo \_\_\_\_\_

Horário: 2ª das 17h00 às 17h30  
4ª das 16h45 às 17h30

**AVALIAÇÃO INICIAL**

A regressou às sessões de hidroterapia no início de setembro, mantendo a frequência de duas vezes semanais, sendo uma individual e outra em grupo, com o mesmo colega do ano transato.

A continua a mostrar-se bastante participativa e comunicativa, estando interessada e motivada para as tarefas propostas.

Relativamente às competências de equilíbrio, verifica-se uma grande disponibilidade para trabalhar os equilíbrios em decúbito, mostrando uma melhor noção e controlo corporal no meio aquático.

Conforme previsto no final da época passada, iremos insistir no trabalho respiratório, visto este ser um elemento muito importante para que possamos trabalhar outras competências no meio aquático, promovendo uma maior autonomia neste ambiente.

De seguida apresento o plano de intervenção para a \_\_\_\_\_ relativo à época de 2013/2014.

C-158A

**PLANO DE INTERVENÇÃO**

Objetivo Geral	Objetivo Especifico	Estratégia	Métodos de Aferição	Resultado Esperado	Avaliação Intermédia
Melhorar a participação	Realizar as tarefas até ao fim.	Incentivo verbal, jogo simbólico, tarefas de grupo.		1. Arrumar todos os materiais, no final da sessão.	
				2. Realizar os deslocamentos em decúbito sem desistir da tarefa.	
Melhorar o equilíbrio	Melhorar o equilíbrio vertical.	Jogos lúdicos e ajuda física.	Observação em teste prático final	1. Manter-se na posição bípede em cima de dois colchões sobrepostos, sem apoio da técnica.	
	Melhorar o equilíbrio em decúbito ventral.	Treino, imitação e ajuda física.		2. Saltar para a água com entrada de pés.	
	Melhorar o equilíbrio em decúbito dorsal.			1. Realizar deslizes em decúbito ventral, conseguindo um alinhamento do corpo com braços em extensão, e imersão da face, completando duas piscinas.	
Promover os deslocamentos autónomos	Melhorar os deslocamentos em decúbito.	Incentivo verbal, jogo de competição e ritmos.		1. Manter-se na posição de decúbito dorsal, apenas com auxílio de uma prancha, durante 10 segundos.	
				1. Realizar quatro piscinas com deslocamento em decúbito ventral, com movimentos propulsivos dos membros inferiores, sem abdução, com auxílio de flutuadores.	

C-158A

Objetivo Geral	Objetivo Especifico	Estratégia	Métodos de Aferição	Resultado Esperado	Avaliação Intermédia
Promover os deslocamentos autónomos	Melhorar os deslocamentos em decúbito.	Incentivo verbal, jogo de competição e ritmos.	Observação em teste prático final	2. Realizar duas piscinas com deslocamento em decúbito dorsal, com movimentos propulsivos dos membros inferiores, com auxílio de flutuadores.	
Melhorar o controlo respiratório	Promover a expiração bucal e nasal.	Demonstração, incentivo verbal e jogo simbólico.		1. Realizar expiração bucal ritmada, sem deslocamento.	
				2. Realizar expiração bucal, em simultâneo com movimentos propulsivos dos membros inferiores em decúbito ventral.	
				3. Realizar expiração nasal com a face imersa, sem deslocamento, na posição vertical.	
Promover a imersão	Realizar imersão autonomamente.	Jogo simbólico e ajuda física.		1. Apanhar argolas do fundo da piscina, com deslocamento em decúbito ventral, com ajuda física.	
Melhorar a coordenação	Utilizar as duas mãos alternadamente.	Demonstração, ajuda física e jogos lúdicos.		1. Atirar uma bola/argola pequena com ambas as mãos, alternadamente.	
	Aumentar a força e coordenação dos membros	Treino, imitação e incentivo verbal.		2. Montar as peças do puzzle com as duas mãos alternadamente.	
				1. Subir para o cais sem ajuda física.	
			2. Subir para o colchão sem ajuda física.		

**Anexo 15 - Planejamento/Relatório de Sessão Tipo em Meio Aquático - Estudo de Caso I – V.H.**

<b>Sessão: 19</b>	<b>Local: Piscina CERCICA-CerMov</b>	<b>Data: 31.março.2014 (segunda-feira)</b>	<b>Duração: 30'</b>	<b>Horário: 17:00/17:30</b>
<b>Intervenção Psicomotora em Meio Aquático (Individual) – Estudo de Caso I – V.H.</b>		<b>Estagiária: Ana Rita Pão Alvo</b>		

<b>Tempo Total &amp; Momentos da Sessão</b>	<b>Descrição da Tarefa</b>	<b>Material</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Estratégias Gerais</b>	<b>Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes</b>
<b>3'</b>	-Rituais de entrada para a piscina (tomar duche e descalçar). -Entrar na piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).		-Promover a autonomia na -Potenciar o cumprimento de regras/rotinas sessão	-Feedback verbal  -Reforço	A V, tirou as crocs sozinha, sendo necessário feedback verbal; entrou na piscina pelas escadas, autonomamente, de costas para a água, sempre sob supervisão. Mostrou-se muito bem-disposta, demonstrando intencionalidade comunicativa para explicar que a irmã viria assistir à sua aula (no espaço apropriado para tal).
<b>Entrada na Sessão / Piscina</b>					
<b>5'</b>	-Com o flutuador (rolo) colocado entre as pernas, realizar saltos a pés juntos, deslocando-se ao longo da piscina.		-Promover a autonomia nos deslocamentos na água -Promover o Equilíbrio Vertical -Promover o reconhecimento das suas capacidades	-Acomp.Indivi. -Instruções claras e diretivas -Feedback verbal -Reforço -Ritmos, canções e lengalengas	Embora a V tenha a capacidade de realizar saltos a pés juntos, esta não o faz de forma continuada. Foram necessários feedbacks e instruções verbais, assim como demonstração (trabalho por imitação do modelo). Realizou o salto, no entanto, fazendo o apoio alternado dos pés (e não salto a pés juntos). Quando questionada em relação ao seu próprio desempenho, a V foi capaz de identificar aquilo que deveria corrigir no movimento. Assim, após reforço, repetição do movimento e utilização de ritmos cadenciados, a V foi capaz de concretizar o objetivo da tarefa com sucesso.
<b>Cavalinhos</b>					
<b>5'</b>	-Realizar deslocamentos em decúbito ventral, ao longo de duas piscinas, com movimentos propulsivos dos MInf e auxílio de flutuadores (segurar na prancha com ambas as mãos; 1 rolo na zona da cintura pélvica); -(Como estratégia) Colocar uma argola ao nível superior dos joelhos para diminuir a abdução dos MInf e promover os movimentos propulsivos). -Realizar a mesma tarefa sem o auxílio da argola.	-rolo -prancha -argola	-Potenciar o equilíbrio horizontal no meio aquático  -Potenciar a autonomia no meio aquático	-Acomp.Indivi. -Instruções claras e diretivas -Feedback verbal -Reforço -Ritmos, canções e lengalengas	Mostrou noção de sequencialização das tarefas (foi buscar os flutuadores, por iniciativa própria).  Colocou a argola sozinha; apresentou alguns desequilíbrios, mas rapidamente encontrou estratégias de ultrapassar essas dificuldades (e.g. aproximou-se da borda da piscina).  Fez batimento de pernas de forma continuada e mais ritmada, comparativamente a sessões anteriores. Não obstante, Foram ainda notadas algumas dificuldades em termos de coordenação dos MInf, sendo necessário o feedback verbal, sobretudo quando não tinha o auxílio da argola.
<b>Deslocamentos Decúbito Ventral</b>					

5'		-rolo	-Potenciar o equilíbrio horizontal no meio aquático	-Acomp.Indivi. -Instruções claras e diretivas -Feedback verbal -Reforço -Utilização de ritmos e lengalengas	A V necessitou de feedback verbal constante para se manter na posição de decúbito e de realizar o deslocamento ao longo da piscina. Esta estratégia, aliada à utilização de ritmos e canções, contribuiu para que se mostrasse mais atenta e empenhada, realizando o movimento de forma continuada.
Deslocamentos Decúbito Dorsal	-Realizar deslocamentos em decúbito dorsal, com movimentos propulsivos dos MInf (com ajuda física e auxílio de flutuadores), ao longo de duas piscinas.				
5'			-Promover a imersão autónoma	-Acomp.Indivi.	Embora no início tenha sido necessário o feedback verbal constante e alguma ajuda física, progressivamente a V apresentou um maior sentido de iniciativa nos deslizos (realiza imersão total do corpo, após instrução), sendo apenas necessário feedbacks verbais e ajuda física esporádica para extensão de MInf e MSup.
Deslizar	-Realizar imersão total do corpo, com deslocamento horizontal, sem ajuda física.  -No final de uma piscina, realizar mergulho a partir da posição bípede, a partir da berma da piscina, sem ajuda física.		-Potenciar a autonomia no meio aquático	-Instruções claras e diretivas  -Feedback verbal  -Reforço	A utilização dos óculos tem-se revelado uma medida positiva em termos da sua autonomia e à vontade no meio e nas tarefas que envolvem imersão. No entanto, ao longo do percurso, a V tirou os óculos várias vezes; com feedback verbal e chama de atenção, a V compreendeu, colocando imediatamente os óculos e procurando o contacto físico imediato através do abraço e beijo (forma utilizada para se desculpar). Apesar de ser necessária instrução repetida para subir para a berma da piscina, fê-lo sozinha, apresentando segurança e equilíbrio na posição vertical. Realizou mergulho em apneia.
5'		-argolas -pinos	-Promover o controlo respiratório no meio aquático (expiração bucal e nasal), em imersão	-Acomp.Indivi. -Instruções claras e diretivas -Feedback verbal -Reforço -Demonstração -Jogo (e.g. simbólico, cooperativo e exploratório)	Com instrução, a V atirou a argola utilizando apenas uma das mãos; apresentou algumas dificuldades em termos de força.
Argolas e Pinos	-Apanhar as várias argolas, do fundo da piscina, com a mão (expiração nasal com a face imersa); -Levar as argolas até à borda da piscina, em deslocamento vertical, realizando expiração bucal e nasal; -Colocar a argola no pino que se encontra na borda da piscina.  -Realizar a mesma dinâmica até apanhar e transportar todas as argolas.		-Promover a capacidade de interação		A V apanhou todas as argolas, do funo da piscina, com a mão, sendo necessário feedback verbal apenas nas duas primeiras vezes. De forma autónoma, transportou as argolas até ao pino. No entanto, mesmo com demonstração, apresentou dificuldades em realizar expirações nasais e bucais, com deslocamentos. Fez imersão total do corpo em apneia. Aceitou as argolas em cima da sua cabeça e no braço, contrariamente ao que tinha acontecido em sessões anteriores. Posteriormente, colocou-as de forma espontânea na cabeça e braço da estagiária, simbolizando uma coroa e pulseira. Apresenta sinais de bem-estar e interesse na tarefa, sorrindo, e procurando a interação de forma continuada ao longo da tarefa.
2'			-Promover a autonomia na saída da água		Saiu da piscina de forma autónoma e respeitando as regras de segurança estipuladas (de costas para a piscina).
Saída da Sessão / Piscina	-Sair da piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).  -Dirigir até ao banco e calçar os chinelos de forma autónoma.		-Potenciar o cumprimento de regras e rotinas de sessão	-Feedback verbal -Reforço	Necessitou de auxílio para se levantar do banco (onde calça as crocs). Dirige-se sozinha para o balneário.  No final da sessão, a V encontra-se bem-disposta, despedindo-se através de gestos e de produção monossilábica ("ad").

Observações:



## Declaração de Consentimento Livre e Informado



### *Avaliação e Intervenção em Psicomotricidade – Estudo de Caso*

Eu, Ana Rita Silva Pão Alvo, no âmbito do meu estágio curricular no Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais - *Avaliação e Intervenção em Psicomotricidade*, integrado no 2ºano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, venho por este meio solicitar, sob a sua anuência, a colaboração do seu educando nas atividades de Estudo de Caso, a decorrer entre os meses de Janeiro e de Maio de 2014.

O presente pedido destina-se à obtenção de dados em Estudos de Caso específicos, visando o estudo do desenvolvimento psicomotor da população com Intervenção Psicomotora na CERCICA (Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora - NTAM).

Para o efeito, pretendo desencadear os procedimentos seguintes:

**a)** Utilizar os instrumentos de avaliação:

**(1)** *Checklist de Observação Psicomotora em Meio Aquático*, que aferem essencialmente os domínios: *Autonomia Pessoal em Meio Aquático, Familiarização com o Meio Aquático, Entradas e Saídas da Piscina, Equilíbrio, Flutuação e Rotações, Função Respiratória em Meio Aquático, Capacidade de Imersão, Deslocamentos (Vertical, Horizontal) e Movimentos Propulsivos, Capacidade de Interação (com o técnico, com os pares e no contexto de jogo), Participação e Dinâmicas de Sessão e Comunicação.*

**(2)** *Checklist de Observação do Comportamento Adaptativo*, que avalia dois grandes domínios: I - *Competências da Independência Pessoal* (Autonomia; Tónus, Movimento e Postura; Orientação Espacial; Desenvolvimento Físico; Desenvolvimento da Linguagem (expressão e compreensão); Personalidade; Socialização); II - *Comportamentos Desviantes* (Comportamento Social; Conformidade; Comportamento Estereotipado, Hiperativo e Autoabusivo; Ajustamento Social).

**b)** Consultar os documentos e informação presentes no processo da Carolina, que se encontra na CERCICA;

**c)** Traçar um Plano de Intervenção Psicomotora, por referência aos dados aferidos;

**d)** Implementar o Plano de Intervenção Psicomotora definido, em contexto institucional, durante o horário dos atuais Apoios em Hidroterapia e no novo horário de Apoio em Psicomotricidade (segundas feiras: 11h00/11h30).

As informações recolhidas, durante toda a prática, assim como os registos de imagem realizados durante as sessões, serão estritamente confidenciais e utilizadas apenas para fins académicos (dados utilizados no Relatório Final de Estágio Curricular de Mestrado em Reabilitação Psicomotora).

No final desta prática de Estágio Curricular será facultado à família um exemplar do estudo realizado.

A sua participação é essencial no sentido de contribuir para uma melhor compreensão do desenvolvimento psicomotor da Pessoa com dificuldades e necessidades de apoio e para a verificação dos resultados de um Programa de Intervenção Psicomotora implementado, no sentido da promoção da capacidade adaptativa, funcional e, conseqüentemente, da qualidade de vida do indivíduo em questão.

***Os responsáveis do Estudo:***

\_\_\_\_\_  
(Ana Rita Pão Alvo)

\_\_\_\_\_  
(Professora Doutora Sofia Santos)

**Consentimento Informado:**

Eu, \_\_\_\_\_,  
**abaixo-assinado**, declaro ter tido conhecimento de todos os procedimentos e aceito que o meu educando participe no estudo acima mencionado, proposto e implementado pela estagiária de Mestrado em Reabilitação Psicomotora.

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2014

Anexo 17 - Plano Individual (Pi) Estudo de Caso II – C.G.



Plano de Intervenção - NTAM

Cliente [REDACTED]

Data de Nascimento: 29-01-1996

Data de elaboração do PI: Outubro de 2013

Áreas de intervenção: Hidroterapia 2 x 30'  
Educação Física 2 x 45'  
Equitação Terapêutica 1 x 20'  
Rubgy

Responsáveis:

PLANO DE INTERVENÇÃO

Dimensões/Domínios	Data introd. objectivo	Objectivo (do Plano Individual)	Acção (actividade)	Recursos (humanos e materiais)	Estratégia	Resultado esperado	Métodos de aferição	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
I Desenvolvimento Pessoal / Relações Interpessoais	Nov.2013	1. Adotar um comportamento adequado aos treinos de Rugby	Atividade de Rugby	2 treinadores, 1 fisioterapeuta, 1 TSEER	Rotina do treino	a. Atingir 15 pontos nos itens competências, na ficha de avaliação. b. Atingir 10 pontos nos itens de comportamento, na ficha de avaliação. c. Atingir 10 pontos nos itens de relação, na ficha de avaliação d. Atingir 3 pontos nos itens de cognição, na ficha de avaliação.	Observação em avaliação final		
		1. Aumentar a participação.	Participar na Equitação Terapêutica	Carrinha, motorista, 3 monitores, 1 fisioterapeuta, Associação Hípica Terapêutica (AHT), cavalo e recursos da AHT.	Reforo verbal e físico.	a. Realizar 5 tarefas diferentes quando pedido.	Teste prático final		
II. Bem-estar Físico	Out. 2013	1. Manter a postura				a. Permanecer durante 5 voltas ao picadeiro com postura correcta a cavalo.	Teste prático final		

C-118B

Dimensões/Domínios	Data introd. objectivo	Objectivo (do Plano Individual)	Ação (actividade)	Recursos (humanos e materiais)	Estratégia	Resultado esperado	Métodos de aferição	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
II. Bem-estar Físico	Out. 2013	1. Regular o tónus muscular no meio aquático	Participar na actividade de Hidroterapia	TSEER, piscina e material diverso	Treino, demonstração, incentivo verbal, reforço positivo e ajuda física.	a. Diminuir a tensão muscular em decúbito ventral, em cima de um colchão.	Observação em avaliação final		
						b. Manter a extensão dos membros superiores, apoiados numa prancha, nos deslocamentos em DV.			
		2. Realizar rotações horizontais				a. Cooperar na passagem de DD para DV, sempre com ajuda física.			
						b. Cooperar na passagem de DV para DD, sempre com ajuda física.			
		3. Realizar deslocamentos em DV.				a. Deslocar-se em DV, com movimentos propulsivos dos MI, com auxílio de uma prancha e um rolo na cintura pélvica, por uma distância de 30m.			
	b. Deslocar-se em DV, com movimentos propulsivos dos MI, com auxílio de uma prancha, por uma distância de 15m.								
	c. Aceitar a rotação de braços na posição de DV, com auxílio de flutuadores e ajuda física.								
	4. Realizar deslocamentos em DD.	a. Deslocar-se em DD, com movimentos propulsivos dos MI, sem flutuadores, por uma distância de 15m.							

Dimensões/Domínios	Data introd. objectivo	Objectivo (do Plano Individual)	Acção (actividade)	Recursos (humanos e materiais)	Estratégia	Resultado esperado	Métodos de aferição	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
II. Bem-estar Físico	Out. 2013	4. Realizar deslocamentos em DD.	Participar na actividade de Hidroterapia	TSEER, piscina e material diverso	Treino, demonstração, incentivo verbal, reforço positivo e ajuda física.	b. Deslocar-se em DD, com movimentos propulsivos dos MI e MS, de forma alternada, sem flutuadores, por uma distância de 15m.	Observação em avaliação final		
		5. Melhorar o controlo respiratório.				c. Aumentar a amplitude de rotação dos MS, nos deslocamentos em DD.			
		9. Melhorar a condição física.				a. Realizar expiração nasal e bucal com a face imersa, de forma voluntária.			
	Nov. 2013	9. Melhorar a condição física.	Participar nas aulas de Educação Física	TSEER e Sala de Aparelhos.	Treino, incentivo e reforço verbal e ajuda física.	a. Caminhar na passadeira, durante 15' consecutivos, a uma velocidade de 3,7 Km/h, com apoio.	Observação e registo em avaliação final.		
						b. Realizar o exercício de step, completando 2 ciclos consecutivos.			
						c. Pedalar na bicicleta com uma resistência de 5, durante 5 minutos alcançando uma distância de 0,7 Km.			
Nov. 2013	Atividade de Rugby	2 treinadores, 1 fisioterapeuta, 1 TSEER	Rotina do treino	a. Atingir 1,2 pontos na ficha de desempenho das capacidades técnicas gerais.	Observação em avaliação final				
				b. Atingir 1,00 pontos na ficha de desempenho das capacidades técnicas específicas.					

C-118B

Dimensões/Domínios	Data introd. objectivo	Objectivo (do Plano Individual)	Acção (actividade)	Recursos (humanos e materiais)	Estratégia	Resultado esperado	Métodos de aferição	Avaliação Intermédia	Avaliação Final
II. Bem-estar Físico	Nov. 2013	9. Melhorar a condição física.	Atividade de Rugby	2 treinadores, 1 fisioterapeuta, 1 TSEER	Rotina do treino	c. Atingir 1,8 pontos na ficha de desempenho das capacidades volitivas.	Observação em avaliação final		
						d. Atingir 1,17 pontos na ficha de desempenho das capacidades físicas.			

**REUNIÃO DE AVALIAÇÃO/REVISÃO**

Data: \_\_\_\_\_

**Propostas de reformulação/revisão**

Assinatura do(s) Responsável(eis) pelo plano de intervenção:

---



---



---

C-118B

**Anexo 18 - Planeamento/Relatório de Sessão Tipo em Meio Aquático - Estudo de Caso II – C.G.**

<b>Sessão: 12</b>	<b>Local:</b> Piscina CERCICA-CerMov	<b>Data:</b> 26.fev.2014 (quarta-feira)	<b>Duração:</b> 30'	<b>Horário:</b> 14:00/14:30
<b>Intervenção Psicomotora em Meio Aquático (Individual) – Estudo de Caso II – C.G.</b>		<b>Estagiária:</b> Ana Rita Pão Alvo		

Tempo Total & Momentos da Sessão	Descrição da Tarefa	Material	Objetivos Gerais	Estratégias Gerais	Observações da Sessão / Reforços / Desempenho dos Clientes
<b>3'</b>	-Rituais de entrada para a piscina (e.g. descalçar). -Entrar na piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).		-Promover a autonomia na entrada para a água -Potenciar o cumprimento de regras e rotinas de sessão -Promover a capacidade de identificação do momento inicial da sessão	-Feedback verbal -Reforço	Sentada no banco, descalçou-se de forma autónoma, sem qualquer tipo de ajuda ou mesmo de instrução verbal (aspeto que não tinha sido observado em nenhuma das sessões anteriores). Na entrada para a água, inicialmente foi necessário o feedback verbal e ajuda física para que coloque o primeiro pé nas escadas. Posteriormente, entrou na piscina de forma autónoma, pelas escadas (de costas para a água), respeitando as questões de segurança. Apresentou-se mais calma que nas sessões anteriores, com menos comportamentos de resistência para o início das tarefas.
<b>Entrada na Sessão / Piscina</b>					
<b>5'</b>	-Realizar deslocamentos, em decúbito ventral, ao longo de duas piscinas, com movimentos propulsivos dos MInf e auxílio de flutuadores (segurar na prancha com ambas as mãos; 1 rolo na zona da cintura pélvica).	-rolo -prancha	-Promover o Equilíbrio Horizontal -Potenciar o tempo de permanência na tarefa	-Acompanhamento individualizado -Instruções claras e diretivas -Feedback verbal e Reforço -Ajuda física -Ritmos e canções	A C apresentou alguma resistência para o início da atividade. Assim, foram realizados Deslocamentos Verticais, como momento de adaptação ao meio, sendo este um momento positivo em termos de relacional e confiança na E. Posteriormente, cooperou na tarefa. Foram necessários menos feedbacks verbais e ajuda física. Os seus movimentos estereotipados e os seus comportamentos de oposição foram quase inexistentes. Uma vez a sua adesão à tarefa, retirou-se um dos apoios/flutuadores (rolo), deixando apenas a prancha. A C rejeitou, sendo necessário repetir a dinâmica na próxima sessão.
<b>Deslocamentos Decúbito Ventral</b>					
<b>5'</b>	-Realizar deslocamentos, em decúbito dorsal, com movimentos propulsivos dos MInf (sem auxílio de flutuadores), ao longo de duas piscinas.		-Potenciar o equilíbrio horizontal no meio aquático -Promover a autonomia -Potenciar o tempo de permanência na tarefa	-Acompanhamento individualizado -Instruções claras e diretivas -Feedback verbal e Reforço -Ritmos e canções	Tal como é habitual, foi necessária instrução verbal e um pequeno toque na zona da nuca para que a C atingisse a posição de Decúbito. A C apresentou-se cooperante, permanecendo na tarefa durante a sua duração. Realizou batimentos de pernas, com feedback verbal constante.
<b>Deslocamentos Decúbito Dorsal (Propulsão MInf)</b>					

10'	-Realizar deslocamentos, em decúbito ventral, com movimentos propulsivos dos MInf. -Com o apoio de 1 rolo na zona da cintura pélvica, segurar na prancha com ambas as mãos e permitir a rotação alternada dos MSup, ao longo de duas piscinas. -Realizar deslocamentos, em decúbito dorsal, com movimentos propulsivos dos MInf e MSup, alternadamente (sem auxílio de flutuadores), por duas piscinas.		-Potenciar o equilíbrio horizontal no meio aquático  -Promover a propulsão  -Potenciar o tempo de permanência na tarefa	-Acompanhamento individualizado  -Instruções claras e diretivas  -Feedback verbal e Reforço  -Ajuda física	A C, nos deslocamentos em decúbito ventral, aceitou a rotação dos MSup, sem apresentar sinais de resistência significativos. Manteve a participação durante toda a tarefa.  Nos deslocamentos em decúbito dorsal, não apresentou resistência à ajuda física para aumentar a amplitude de rotação dos MSup, cooperando nos movimentos. Não obstante, foi necessário o toque alternado para que iniciasse o movimento.
5'	A jovem deverá ser capaz de: -Imergir totalmente para apanhar, com a mão, os vários objetos (pesos) que se encontram no fundo da piscina; -Transportá-los, um de cada vez, deslocando-se em marcha até ao cais da piscina; -Colocá-los dentro da caixa; -Regressar em marcha e realizar a mesma dinâmica até apanhar e transportar todos os objetos.	-objetos / pesos -caixa	-Promover a imersão autónoma  -Fomentar o sentimento de segurança em si  -Potenciar o tempo de permanência na tarefa	-Acompanhamento individualizado  -Instruções claras e diretivas  -Feedback verbal e Reforço  -Repetição	A C colaborou, desde o início, na realização desta tarefa permanecendo nesta durante o tempo estipulado. Embora não tenha levado os óculos nesta sessão, no momento de imersão não revelou qualquer sinal de desconforto; foi perceptível a sua capacidade de iniciativa para atingir com a mão os objetos imersos, após repetição da tarefa. Em alguns momentos foi necessária uma pequena ajuda física (ligeiro toque no braço) para que a C conseguisse atingir os objetos. Realiza imersão total do corpo em apneia. Quando regressa à superfície necessita de alguns segundos para retomar um estado de maior tranquilidade (apresenta mais estereotípias manuais e vocalizações após imersão).
2'	-Sair da piscina, autonomamente, pelas escadas (de costas para a água).  -Dirigir até ao banco e calçar os chinelos de forma autónoma.		-Promover a autonomia na saída da água  -Potenciar o cumprimento de regras e identificar rotinas de sessão	-Feedback verbal -Reforço	Saiu da piscina, autonomamente. Foi necessário reforço verbal para calçar as crocs.

**Observações:** Tal como nas sessões anteriores foi necessário intercalar as atividades com **Deslocamentos Verticais** (marcha à volta da piscina); foi introduzido um rolo (colocado em frente da C; esta agarra-o com ambas as mãos durante os deslocamentos), enquanto estratégia para a diminuição dos movimentos constantes dos MS (batendo com as mãos sobre a água) – sem contacto físico com E. A C aderiu bem, tendo permanecido, ao longo de várias piscinas, com as mãos sobre o rolo e deslocando-se a uma velocidade razoável, com menos sinais de insegurança. É necessário continuar a dar pequenos toques posteriores à C para que esta faça o reajuste postural (no entanto, esta necessidade de feedbacks através do toque, é cada vez menos necessária). Apresentou um tónus muscular elevado, sobretudo ao nível do MS esquerdo.

**PLANEAMENTO DAS SESSÕES DE PSICOMOTRICIDADE**

**C.G. (2ª FEIRA. 11H-11H30)**

**DATA:** 24 de março de 2014

**OBJETIVOS:**

- Observar o comportamento perante diferentes estímulos;
- Verificar a aceitação e/ou rejeição a diferentes estímulos táteis, térmicos, visuais, auditivos e vestibulares.
- Promover a capacidade de adequação/regulação tónica às diferentes situações;
- Trabalhar a regulação/recetividade ao contacto físico;
- Potenciar a capacidade de relação com o espaço e com os objetos da sessão;

**1) Perceção e Processamento Visual**

- **Sensibilidade à Luz**

- a. Colocar a sala sem luz (completamente escura);

**2) Perceção e Processamento Auditivo**

- a. Amachucar papel ao pé da jovem. Deixar amachucar o papel de seda ou papel de alumínio (ao princípio pôr-lho na mão e apertar ligeiramente a mão).

- b. Bater com a mão da jovem numa caixa de lata vazia, em vários pontos da sala.

**3) Perceção e Processamento Vestibular**

- a. Colocar a jovem sobre uma bola de pilates e movê-la, de modo a que os seus pés deixem de tocar no chão.

- b. Colocar vários materiais (de diferentes tamanhos) espalhados pelo chão da sala e pedir à jovem que os apanhe.

**4) Momento de interação espontânea e construção mútua**

**Material:** colchão; papel de alumínio; caixa de lata vazia; bola de pilates; material da sala (e.g. espelho, blocos de esponja).

## **Relatório de Observação Sessão Psicomotricidade Individual**

### **PERCEÇÃO E PROCESSAMENTO VISUAL (Sensibilidade à Luz)**

- Antes de entrar na sala, no sentido de observar a reação da C à sensibilidade à luz, optou-se por deixar a sala completamente escura e pedir-lhe que entrasse. Esta recusou e procurou a E, através do toque, voltando para o corredor (tal como já tinha acontecido em situações semelhantes – e.g. balneário do rugby). Após explicação verbal da E, entraram juntas na sala, de mãos dadas, abrindo os estores. A C acalmou o seu estado de agitação e a sua instabilidade foi diminuindo progressivamente.
- À semelhança do que aconteceu em sessões anteriores, dirigiu-se para o espelho, permanecendo em frente deste, vocalizando e realizando movimentos constantes.

### **RITUAL DE ENTRADA – INÍCIO DE SESSÃO**

- A E sentou-se sobre o colchão tirando os ténis, à medida que ia “legendando” o momento (uma vez que a C recusou o pedido inicial para tirar os seus ténis). Passados alguns minutos, por iniciativa própria, aproximou-se, sentou-se no colchão e realizou o movimento para tirar os ténis; com alguma ajuda física (para desapertar cordões), descalçou-se e colocou-os ao lado dos ténis da E (por imitação da ação).
- As dificuldades em termos de organização do seu corpo no colchão perante a E e o restante espaço foram menores.

Importa destacar que, quando a C se dirige para o colchão, esta realiza um movimento mais amplo do que necessário (levanta o pé e a perna como se estivesse a subir um degrau) – noção de profundidade (?).

### **PERCEÇÃO E PROCESSAMENTO VESTIBULAR**

- Aceitou sentar-se na bola de pilates; de forma espontânea colocou-se sobre esta, revelando um conhecimento do objeto (talvez devido a experiências anteriores). Procurou o apoio da E que se encontrava à sua frente, segurando-se a esta. Com movimentos suaves, a C foi progressivamente deixando de tocar com os pés no chão (cooperou e não recusou o movimento). Não obstante, assim que a instabilidade aumentava (maior distância do chão), a sua instabilidade motora aumentou também, ficando agitada e tentando levantar-se imediatamente. A dinâmica foi repetida, aderindo sempre, mas não se mantendo na posição sempre que se sentia em situações de maior desequilíbrio.

Após algumas repetições, deixou de demonstrar interesse pelo material dirigindo-se novamente para o espelho. A E continuou a interagir com o material, no mesmo espaço, colocando-se sobre a bola (em decúbito ventral), balançando, sentada e a saltar, etc. Perante isto, a C direcionou o seu olhar e aproximou-se, permanecendo junto da E, rindo-se (emitindo sons) e fazendo alguns movimentos estereotipados (e.g. braços, mãos e dedos). No entanto, quando chamada para junto da bola, de modo a partilhar o material com a E, a C recusou o toque e afastou-se novamente.

- Uma vez que a C tinha um papel no bolso que foi rasgando em pequenos pedaços e, primeiro, colocando no seu bolso, para, depois, espalhar pelo chão da sala, foi aproveitado o momento para se observar que tipo de postura esta apresentava em diferentes movimentos em que as funções vestibulares são solicitadas.

Assim, após instrução verbal e feedback verbal constante, a C apanhou todos os pedaços de papel, mesmo os mais pequeninos (identificou todos os bocadinhos de papel); agachou-se perto dos mesmos e levantou-se para os ir colocar no caixote do lixo (com instrução verbal e acompanhamento constante), adequando a postura e direcionando, na maior parte das vezes, a cabeça em direção ao alvo.

## **PERCEÇÃO E PROCESSAMENTO AUDITIVO**

- Quando chamada pelo seu nome em diferentes partes da sala (mesmo por detrás de obstáculos), a C direciona a cabeça e o olhar (embora que de forma fugaz e evitante), em direção ao estímulo sonoro.

## **MOMENTO DE INTERAÇÃO – O JOGO (o espelho e os blocos de esponja)**

- Uma vez que o espelho surgiu, muitas vezes, ao longo da sessão, como elemento distrator (ou que chama a atenção da C, constantemente), num primeiro momento, a E dirigiu-se para junto da C e imitou as suas posturas, posições, movimentos, vocalizações, etc. A C ficou agitada, mudando constantemente de posição. Após procura de contacto (costas com costas), a C tentou fugir, não aceitando esta aproximação.

Dado que as investidas de interação não estavam a ter resposta, a E dirigiu-se para o espaço do colchão e, com blocos de esponja, construiu uma parede, colocando-se por trás desta. A C revelou curiosidade e dirigiu-se para esta zona; após chamadas verbais pelo seu nome, a C permaneceu imóvel, vocalizando; a E inclinou-se para um dos lados da parede, surgindo por detrás dos objetos, sendo que a C alterou a sua expressão facial, esboçando uma espécie de sorriso, abrindo os olhos, fazendo movimentos constantes com as mãos e vocalizando. A dinâmica foi realizada várias vezes sendo que (por observação do seu reflexo atrás da parede, através do espelho), a C realizou pequenos movimentos oscilatórios (para um lado e para o outro da parede), até que, num dado momento, se aproximou da parede e derrubou o bloco de cima; perante isto, as suas manifestações descritas anteriormente foram ainda mais evidentes. A E baixou-se e realizou a mesma dinâmica, sendo que a C derrubou novamente o outro bloco. Quando a E se colocou deitada no chão, coberta pelos blocos de esponja, esta procura não voltou a ser feita (embora as vocalizações tivessem aumentado, assim como sons de riso).

## **ARRUMAÇÃO DO MATERIAL - RITUAL FINAL DE SESSÃO**

- Após instrução verbal, sentou-se de forma autónoma e, por imitação da E, foi buscar os seus ténis. Realizou o movimento intencional para se calçar, no entanto, necessitou de alguma ajuda física; cooperou no momento de calçar os ténis e esperou para a saída da sessão.

- Tal como na sessão anterior, após a verbalização de “Terminou a sessão por hoje”, a C pegou na mão da E dirigindo-se para a porta; não obstante, a E pediu a aproximação (“o abraço”), sendo que a C fez a aproximação do seu corpo, embora com um movimento fugaz e com o pouco contacto (colocou as mãos sobre os braços da E, inclinando-se ligeiramente sobre esta).

## **Notas:**

- Apesar de ter colaborado na sessão e não ter apresentado comportamentos desajustados, a C esteve mais agitada comparativamente às sessões anteriores.



UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



# *Com2P's*

## **-Pura Psicomotricidade-**

- O Projeto de Intervenção Psicomotora ao Ar Livre  
para Jovens/Adultos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais -

Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades  
de Cascais -CERCICA

- Núcleo Terapêutico e de Atividade Motora-NTAM -

Mestrado em Reabilitação Psicomotora

**Ana Rita Silva Pão Alvo**

2013.2014

## Índice

<b>1. Apresentação do Problema</b> .....	<b>2</b>
1.1. Definição do Problema.....	2
1.2. Pertinência do Projeto.....	2
1.3. Fundamentação Teórica.....	4
1.3.1. As Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID).....	4
1.3.2. Características Gerais da Pessoa com DID.....	4
1.3.3. A Intervenção Psicomotora ao Ar Livre.....	6
<b>2. Metodologia</b> .....	<b>9</b>
2.1. Amostra.....	9
2.2. Procedimentos.....	9
2.3. Objetivos gerais do Projeto <i>Com2P's – Pura Psicomotricidade</i> .....	11
<b>3. Previsão de Resultados</b> .....	<b>12</b>
<b>4. Cronograma</b> .....	<b>13</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>13</b>

## **1. Apresentação do Problema**

### **1.1. Definição do Problema**

O presente projeto tem como objetivo principal desenvolver uma intervenção psicomotora ao Ar Livre, realizada no âmbito da Promoção das Competências Psicomotoras, Pessoais e Sociais, para indivíduos jovens/adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), clientes da CERCICA, tendo em conta as características e as dificuldades que o grupo apresenta em termos de comportamento adaptativo (CA), nos diferentes contextos onde se insere, bem como as respetivas consequências em termos de relações interpessoais, participação social, bem-estar e qualidade de vida (QV).

### **1.2. Pertinência do Projeto**

As mudanças no paradigma das DID têm trazido uma série de alterações em termos de políticas e práticas a implementar nesta população (Schalock et al., 2007). A introdução do CA como variável de diagnóstico (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2007; Schalock et al., 2010), bem como a conseqüente influência que os fatores contextuais têm em termos de capacidade funcional, de participação e de QV (Luckasson e Schalock, 2012), trouxe consigo uma necessidade de reconsideração da forma como as dificuldades deste grupo de indivíduos são encaradas e, conseqüentemente, classificadas (que tipo e intensidade de apoio que a pessoa necessita, para atingir níveis elevados de autonomia e responsabilidade pessoal e social – Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009).

De uma forma geral, no domínio social, os indivíduos com DID apresentam dificuldades em termos de ajustamento e adaptação aos diversos contextos em que se inserem (e.g. dificuldades no julgamento social; nos processos ensino-aprendizagem com base na interação com os pares; na perceção e compreensão de regras sociais e leis vigentes; na capacidade de se relacionar com terceiros, entre outras), nomeadamente os que se encontram em situações de institucionalização (a maioria); assim, por sua vez, a pessoa experiencia uma série de dificuldades em termos das atividades da vida diária, ocupacionais, uma menor oportunidade de situações de interação, socialização, bem como de atividades de autodeterminação e autorrepresentação (Schalock et al., 2012).

Assim sendo, considera-se essencial que a DID passe a ser encarada numa perspetiva mais global, positivista e desenvolvimental, onde a pessoa ocupa o papel central da intervenção, a par da provisão dos apoios, i.e.: se o sujeito com DID tiver uma provisão de apoios individualizada e adequada às suas necessidades e capacidades, a sua qualidade de vida será potencializada (Luckasson e Schalock, 2012; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009), uma vez que as habilidades adaptativas de todos os sujeitos dependem da qualidade de interação que se estabelece entre a pessoa e o seu envolvimento (Santos e Morato, 2012a) que se expressam ao nível das habilidades concetuais (cognitivas), práticas (motoras e funcionais) e sociais (socioemocionais – Schalock et al., 2010). Neste processo, importa ainda referir que a QV da pessoa não será nunca esquecida, colocando o foco nos seus resultados pessoais e na sua autodeterminação e capacidade de escolha e decisão sobre a própria vida (Schalock et al., 2002).

Assim sendo, emerge a necessidade de promover o desenvolvimento de competências pessoais e sociais nestes jovens/adultos, com vista à promoção da sua autonomia, funcionalidade e QV, bem como potenciar o envolvimento tanto da família, como dos membros das instituições onde estes se encontram inseridos, para que todo este processo seja maximizado. Pretende-se, assim, potenciar o bem-estar pessoal e

social, ao ser o reflexo da satisfação que a pessoa tem relativamente à existência pessoal e de vida social.

Neste sentido, sendo a *missão* da CERCICA “promover de forma sustentada e num contexto profissional de excelência, a qualidade de vida e a inclusão das pessoas com deficiência intelectual e incapacidades, posicionando-as como parceiro estratégico e nuclear para as famílias, entidades públicas, empregadoras e outros atores sociais” (Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais - CERCICA, 2010), com uma *visão* de “instituição de referência, no âmbito da habilitação e capacitação das pessoas com deficiência intelectual e incapacidades, na criação de oportunidades inclusivas para o exercício autónomo de uma plena cidadania” (Fenacerci, 2013; CERCICA, 2010; CERCICA, 2013), considera-se que a existência de novos Projetos que criem mudanças, quer a nível individual, como social, aumentando o nível de controlo pessoal, conferindo à pessoa a oportunidade de escolha em relação às suas atividades, intervenções e ambientes, promovendo, assim, a sua participação e, conseqüentemente, melhorando o seu bem-estar (Schalock et al., 2007; Brown e Brown, 2003).

Em suma, tendo em conta o levantamento das necessidades do indivíduo com DID, as suas características, as novas linhas orientadoras em termos de intervenção e promoção do desenvolvimento e da QV para este grupo populacional, a filosofia que rege a prática de uma instituição como a CERCICA e, ainda, todos os recursos presentes no NTAM, seguidamente será apresentada uma breve fundamentação teórica que pretende sustentar o desenvolvimento de um projeto empreendedor.

### **1.3. Fundamentação Teórica**

#### **1.3.1. As Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)**

A atual definição de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental reflete a mudança do constructo proposta pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* (AAIDD) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), englobando as limitações significativas (que surgem antes dos 18 anos), tanto ao nível do funcionamento intelectual (QI) (limitações significativas quando QI este se encontra dois desvios-padrão abaixo da média -  $QI < 70/75$ ), como do CA (quando sua avaliação revela resultados dois desvio-padrão abaixo da média), e que, conseqüentemente, terão repercussões ao nível conceptual, social e ao nível das competências adaptativas práticas (Schalock et al., 2007, 2010). Não obstante, é importante salientar que, apesar de um dos critérios ser o surgimento antes dos 18 anos de idade, poderá ser necessário realizar um diagnóstico retrospectivo, caso não seja atribuído ao indivíduo um diagnóstico oficial de DID durante o seu período de desenvolvimento (Schalock et al., 2010). Verifica-se, portanto, uma alteração de perspetiva, passando-se, essencialmente, de uma lente focada no QI, para um sistema de classificação multidimensional, baseado nas capacidades intelectuais, CA, saúde, participação, contexto e intensidade dos apoios necessários (Luckasson e Schalock, 2012). Ou seja, passa-se para uma perspetiva classificativa em função do padrão e intensidade de apoios necessários para que o indivíduo participe nas atividades interligadas ao funcionamento normativo humano. Os apoios são, por isso, recursos e estratégias que pretendem fomentar o desenvolvimento, a educação, os interesses pessoais e o bem-estar, permitindo a potencialização funcional do indivíduo (Schalock et al., 2010; Thompson et al., 2004; Thompson et al., 2009).

Nesta linha de pensamento, segundo Thompson *et al.* (2004) a DID deve ser classificada de acordo com as intensidades de apoios que o indivíduo necessita (*intermitentes, limitados, extensivos* ou *permanentes*), modelo este baseado na interação entre a funcionalidade da pessoa com DID e o tipo/quantidade/qualidade de

apoios que estão disponíveis para que toda esta adaptação e funcionalidade sejam maximizadas (Santos e Morato, 2012a).

### 1.3.2. Características Gerais da Pessoa com DID

Dados os critérios de inclusão para o diagnóstico de uma DID, é possível constatar que a sua etiologia é de natureza multifatorial, composta não só pelos fatores de risco - classificados quanto ao *tipo* (biomédico, social, comportamental e educativos), e quanto ao *tempo do fator* (pré-natal, perinatal e pós-natal) -, mas também pela relação destes ao longo do tempo (Schalock et al., 2010).

Assim, sendo, devido a uma multiplicidade etiológica, assim como as comorbilidades existentes como uma série de outras condições (e.g.: doença mental), as características da pessoa com DID são variadas. De uma forma geral, as pessoas com DID experienciam, desde a infância, uma série de dificuldades (nos processos de raciocínio, memória, atenção, abstração, resolução de problemas, tomada de decisão, dificuldade na generalização, compreensão de relações causa-efeito, comunicação e regulação emocional - WHO, 2007), sendo que, com o avançar da idade, vão estar mais relacionadas com as questões da vida independente e das relações com os pares (Woolf, Woolf e Oakland, 2010).

Para Fonseca (1995), as dificuldades verificam-se em termos perceptivo-cognitivos (na organização de estímulos múltiplos), corporais e motores (planos de ação mais reduzidos). São frequentemente observados os comportamentos de baixa resistência à frustração e desmotivação, problemas linguagem e repertório social inadequado, bem como condutas consideradas desajustadas (estereotípias, autoestimulação, automutilação).

De uma forma geral, os domínios cognitivo, da linguagem, social e psicomotor encontram-se afetados, sendo que, para o presente estudo, importa destacar determinados aspetos onde a intervenção psicomotora poderá incidir, tendo como objetivo a promoção das capacidades pessoais e sociais. Assim, mais concretamente, em termos cognitivo-comportamentais, verificam-se problemas de inibição e de autorregulação (comportamentos impulsivos; alterações na regulação da atenção), o pensamento desorganizado devido a dificuldades na sequencialização do processamento da informação, dificuldade em manter a atenção e concentração, e a baixa tolerância à frustração (falta de motivação e de perseverança) (Burack, Hodapp e Zigler, 1998). Em termos de linguagem, é igualmente observável, limitações em termos da produção do discurso, traduzindo-se, muitas das vezes, por ecolálias e estereotípias, e por um discurso, muitas das vezes, pobre e desorganizado, refletindo o seu pensamento igualmente desorganizado (Burack et al., 1998; Jacobson, Mullick e Rojahn, 2007). No domínio social, verificam-se dificuldades na aquisição e retenção das regras sociais, bem como na capacidade de iniciativa e responsividade social; a interação com os pares também se encontra afetada, tendo dificuldades no reconhecimento de expressões faciais, revelando tendência para a passividade, isolamento e apatia. De acordo com a literatura, ao apresentar menores competências de autonomia, o indivíduo com DID é catalogado pela sua baixa produtividade, capacidade de persistência e níveis de responsabilidade reduzidos. A instabilidade emocional é também outro dos aspetos mencionados pela literatura, sendo que respondem, frequentemente, de forma desadaptativa neste tipo de contexto (Burack et al., 1998).

Em termos psicomotores, segundo Fonseca (1995), na DID verificam-se dificuldades em termos de processamento da informação, bem como uma menor precisão e maior lentidão na execução das ações, originando problemas de expressão, verificáveis através de dismetrias, dissincronias e dispraxias. Neste sentido, a pessoa com DID

apresenta um desajustamento em termos de ativação e interconexão dos metacomponentes da inteligência (identificação, seleção, organização, estratégia de resolução, representação mental da informação, focagem da atenção, memorização, monitorização da solução, integração dos feedbacks) estando, portanto, toda a dinâmica (*input-elaboração-output*) comprometida.

A pessoa com DID apresenta, por um lado, comportamentos menos adaptativos em termos de desempenho de tarefas da vida diária, e, por outro, maior número de comportamentos maladaptativos, quando comparados à população sem qualquer tipo de problemas. Assim, a competência de adaptação aparece como uma das capacidades na qual este grupo denota mais dificuldades, estando o domínio da autonomia bastante comprometido; de acordo com alguns autores, estes défices são muitas das vezes uma consequência da falta de experiência e de estimulação com que esta população se depara desde a infância, em coexistência com um padrão de superproteção, que traz consequências inevitáveis em termos de desenvolvimento cognitivo e, por sua vez, influencia todas as outras áreas (Santos e Morato, 2012a).

### **1.3.3. A Intervenção Psicomotora ao Ar Livre**

Segundo esta linha de pensamento, o CA (conjunto de habilidades, aprendidas ou adquiridas, para desempenhar as tarefas, com sucesso, de forma independente e com responsabilidade pessoal e social, recorrendo a estratégias de ajustamento e adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, passando a assumir um papel de membro ativo na sua comunidade - Santos e Morato, 2012b, p.28) e a QV (entendida enquanto direito de todo o ser humano, sem exceção, viver uma vida em pleno dentro de seu ambiente, compartilhando a experiência humana em conjunto, vivendo em sociedade - Sousa et al., 2007), surgem como as pedras basais de toda a intervenção, como um imperativo da funcionalidade, cabendo à comunidade/técnicos o papel de apoio no sentido de ajudar a pessoa a fazer as suas próprias escolhas, partindo de um trabalho de desenvolvimento de uma autoimagem mais positiva que reflita as suas próprias necessidades, desejos e valores (Brown e Brown, 2003).

De modo a maximizar esta capacidade na pessoa com DID, as terapias que recorrem à expressão/expressividade e ao movimento, como técnicas interventivas, surgem como um complemento essencial, ao potenciar a variabilidade de experiências, utilizando o corpo como pilar das suas intervenções. Assim, a capacidade de representação dos seus estados internos é promovida, através da utilização de diversos materiais, fomentando-se a experiência (visual, musical, dramática) e a exploração/expressão corporal (Trzaska, 2012). Importa ainda referir que, embora haja sempre a preocupação com o estabelecimento de objetivos individualizados, a intervenção em contexto de grupo é apontada como a mais benéfica em termos deste tipo de programas, devido ao ambiente de interação com os outros, numa perspetiva de maximização do conhecimento de si e dos outros e de desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas (Onofre, 2003).

A Psicomotricidade surge, então, como prática interventiva essencial na população com DID, ao ser uma terapia de mediação corporal, numa vertente sensoriomotora e expressiva (motora, gráfica, verbal, sonora, plástica,...); tem como ponto central o movimento consciente e pensado, sendo que, através do agir, da experimentação e do investimento corporal é privilegiada a experiência concreta (corporal) de modo a atingir o plano do abstrato e do simbólico. Aqui, a expressão corporal é a exteriorização do funcionamento psíquico, de pensamentos e de sentimentos, consequentes de vivências anteriores (Martins, 2001).

É deste modo que se pretende organizar as sensações, perceções e cognições, de modo a potenciar a capacidade adaptativa e funcional da pessoa, desenvolvendo a capacidade perceptiva, simbólica/conceptual e comunicativa, com o objetivo de

promover a capacidade intencional e consciente das suas ações. A intervenção potencia, assim, o desenvolvimento dos sete fatores psicomotores e, paralelamente, maximiza as capacidades comunicativas, relacionais e de ajustamento ao meio (Martins, 2001). Ao Psicomotricista cabe o papel de desempenhar a função de elemento relacional e securizante, condutor de novas experiências e mentor do interesse e motivação, de modo a que a pessoa com DID invista na sua esfera interna e externa (Coelho, Rodrigues, Santos e Eiró, 2003).

Neste sentido, ao potenciar a adaptação percetiva e a motricidade do indivíduo, melhorar a sua consciência corporal, promover a capacidade de gestão das emoções e de resolução de situações-problema, o desenvolvimento do sentimento de autoestima, a Intervenção Psicomotora recorre a todos os recursos que tenham como estrutura fundamental e canal privilegiado o jogo e as atividades sensoriomotoras, onde o Psicomotricista desempenha o papel mediador de ajudar a pessoa na exploração e significação dos diferentes desafios com que se depara, acedendo, assim, ao seu perfil instrumental (motor, cognitivo, comunicativo-linguístico e emocional - (Associação Portuguesa de Psicomotricidade – APP, 2012) sendo, portanto, o Ar Livre e a natureza um dos meios privilegiados enquanto promotor de novas experiências, desafios e aprendizagens. Assim, embora a vertente da Intervenção Psicomotora ao Ar Livre seja uma prática considerada recente, em Portugal têm vindo já a ser desenvolvidos alguns projetos neste âmbito (e.g. *Projeto MOVE*, *Projeto Camaleão*), dirigidos, sobretudo, à faixa etária das crianças em idade escolar. Para além disso, um pouco por todo mundo, as intervenções terapêuticas desenvolvidas ao ar livre/natureza, têm vindo a expandir-se, tanto direcionada para crianças, como também para adolescentes, jovens e adultos com dificuldades (e.g. físicas, emocionais, sociais, relacionais, comportamentais) e problemas de saúde mental, tendo os seus resultados sido positivos em termos da promoção da capacidade do seu CA de uma forma geral (Annerstedt e Wahrborg, 2011; Epstein, 2004; Lee e Shek, 2010; Lundgren, 2004; Shek e Ma, 2010; Stevens, Kagan, et al., 2004).

De uma forma mais específica, no que diz respeito à população com DID, esta prática não foi esquecida, sendo de destacar organizações como a Outward Bound (instituição, sem fins lucrativos, líder mundial no desenvolvimento de programas educacionais ao ar livre que combinam aventura e desenvolvimento pessoal e profissional) que tem vindo a desenvolver projetos sociais específicos para a população jovem e adulta com DID (e.g. no Brasil, o *Projeto Borboleta Azul* (Borboleta Azul, 2014); na Nova Zelândia, o *Projeto Horizons* (Intellectual Disability – Horizons, s/d.), objetivando promover uma série de experiências em termos de desafio (atividades/desportos aventura), necessidades de sobrevivência e trabalho em equipa, incentivando a comunicação, a responsabilidade, o sentido de confiança em si e no outro e a responsabilidade, ou seja, as competências essenciais que qualquer indivíduo necessitará, em termos de autonomia, independência, autoestima e QV para a sua transição para a vida ativa e inserção no mercado de trabalho (Borboleta Azul, 2014).

É com base nas experiências já realizadas e que têm vindo a dar resultados da sua eficácia, que faz sentido estabelecer um paralelismo entre este tipo de intervenções educacionais ao ar livre, com a Intervenção Psicomotora, uma vez que ambas as práticas têm em comum as questões da ação, da natureza, do grupo e da coesão, as situações de desafio, da intenção educativa e do envolvimento global. Mais especificamente, ambas as abordagens encaram a pessoa holisticamente, potenciando o desenvolvimento, a aprendizagem através da experiência, do movimento e do jogo (elementos expressivos), pressupondo, a existência do outro, do grupo. Aqui, o processo tem a mesma importância que o próprio resultado (por vezes, sobrepondo-se mesmo a este); o focus da intervenção centra-se, então, na

comunicação, interação e cooperação, onde a percepção sensorial é a pedra basilar para que as respostas perante os mais variados estímulos sejam o mais adaptativas ao contexto onde se encontram inseridos. Para além disso, independentemente das características do grupo de trabalho, os momentos de pausa, silêncio, relaxação e reflexão são igualmente importantes no sentido da autodescoberta (Lebre, 2012).

Resumindo, pretende-se com esta prática promover a comunicação, a criação, o pensamento operatório e a harmonização e potencialização motora, cognitiva e afetivo-relacional, fomentando o desenvolvimento da personalidade dos indivíduos, bem como a adequação do processamento de informação e a sua adaptação social, através da aquisição de uma série de aprendizagens e da generalização destas para os diferentes contextos da sua vida (Aucouturier, Darrault e Empinet, 1986 cit. in Martins, 2001).

## **2. Metodologia**

### **2.1. Amostra**

A amostra em estudo será constituída por grupos de, no máximo, 6 jovens/adultos com DID, de ambos os géneros, clientes da CERCICA no presente ano letivo (clientes internos), com idades compreendidas entre os 16 e os 50 anos, tanto em regime de Centro de Atividades Ocupacionais (CAO), como de Formação Profissional. Uma amostra desta dimensão permitirá um maior controlo e acompanhamento individualizado, tendo sempre em consideração cada caso.

De modo a realizar uma intervenção mais adequada às características e necessidades dos clientes em questão, por uma questão de melhor gestão de recursos (pessoais, temporais, logísticos), a formação dos grupos do projeto deverá ter em consideração como principal elemento o tipo de cliente (e.g. se cliente CAO, maior necessidade = mais acompanhantes, gestão de horários consoante os seus horários de ateliers, entre outros).

### **2.2. Procedimentos**

Em termos dos procedimentos a realizar, considera-se que, numa primeira fase, será apresentado o Projeto *Com 2P's* à CERCICA, a ser desenvolvido por uma das suas respostas empreendedoras - o NTAM.

No caso de um parecer positivo por parte da instituição para que o mesmo projeto seja realizado, proceder-se-á à divulgação do mesmo (dentro da instituição – clientes e familiares); recorrer-se-á ao Consentimento Informado por parte dos próprios indivíduos e respetivas famílias, no qual serão explicados todos os objetivos e procedimentos seguidos no desenvolvimento do estudo, bem como esclarecido que todos os dados recolhidos serão confidenciais e utilizados apenas para fins de investigação. Após a informação dada e a recolha das devidas autorizações, prosseguir-se-á com a análise da amostra até à data em questão e, posteriormente, formados os grupos de trabalho.

O Projeto em si mesmo será assegurado por um grupo de, pelo menos dois Psicomotricistas e, consoantes as necessidades dos grupos em questão, por outros intervenientes (e.g. voluntários, acompanhantes/vigilantes de sala, voluntários).

Após uma calendarização bem definida em termos do início do estudo em si, o mesmo organizar-se-á por um primeiro contato com os clientes, no espaço da instituição (interior e exterior), para o início do estabelecimento de uma relação técnico-indivíduo baseada na empatia e para uma observação informal das suas capacidades, dificuldades, interesses e motivações. Para além disso, considera-se importante

realizar, paralelamente, uma observação mais específica relativamente a componentes do desenvolvimento pessoal e das relações interpessoais, tais como: comportamento (e.g. respeito pelas regras; respeito pelos tempos de espera; tolerância à frustração; capacidade de autocontrolo; comportamentos desajustados), estruturação espacial (e.g. capacidade de orientação no espaço), autonomia, cognição (e.g. capacidade de persistência na tarefa; capacidade de manter a atenção à instrução; capacidade de compreensão de regras; noções específicas relativas à temática da natureza), competências sociais (e.g. respeito pelos colegas, pelos técnicos; capacidade de ajudar e de aceitar ajuda), qualidade de vida (e.g. manifestação de sentimentos de bem-estar, motivação, empenho, nível de autoestima).

Assim, a partir da conjugação da informação proveniente da observação/avaliação realizada inicialmente, proceder-se-á ao delineamento dos objetivos específicos, bem como de estratégias a utilizar consoante o grupo em estudo e, posteriormente, ao início da intervenção.

Os espaços de desenvolvimento (recursos espaciais) do projeto serão: os espaços interiores e exteriores da CERCICA, espaços de praia e de parques naturais perto das instalações da Instituição (e.g. Parque Temático Pedra Amarela). Posteriormente, poder-se-ão estabelecer parcerias com outros locais/entidades com características semelhantes em diferentes pontos do país (e.g. Parque Natural da Serra da Estrela).

Toda a intervenção psicomotora com intuito de promoção das competências pessoais e sociais passará pelo trabalho em grupo, de modo a potenciar objetivos gerais comuns, sem, no entanto, esquecer os objetivos específicos para cada indivíduo, sendo estes estipulados e priorizados de acordo com as situações em estudo. Perspetiva-se a realização de 2 sessões semanais, durante o calendário institucional (contemplando apenas as interrupções definidas pelo calendário anual da CERCICA). A assiduidade será um dos principais aspetos a ter em consideração, pelo que a participação em, 80% das sessões totais previstas, é uma condição mínima para assegurar uma intervenção mais rigorosa, com o máximo de possibilidades de experiência, aprendizagem e desenvolvimento. Todos os elementos terão o mesmo programa de intervenção (realizarão as atividades planeadas para as sessões dos grupos aos quais pertencem), sem se descurar do facto de que a cada um corresponde um perfil de funcionalidade e necessidades particular, exigindo, por sua vez, uma sensibilidade para a necessidade de adaptações que possam ser feitas no sentido de responder aos aspetos da individualidade pessoal e social. Para isso, serão tidos em consideração os Planos Individuais (PI's) de cada um, nos quais constam as suas informações em termos de atividades e/ou terapias que beneficiam na CERCICA. Todas as atividades do programa de intervenção serão planeadas de acordo com a idade, contexto sociocultural, interesses/motivações dos indivíduos.

No final do ano institucional, será realizado um segundo momento de observação/avaliação, de modo a verificar os resultados que um programa deste cariz poderá ter nas características psicomotoras, pessoais e sociais da pessoa com DID e, conseqüentemente, como é que esse aspeto se reflete em termos de CA, necessidade de apoios e QV dos indivíduos em questão, no sentido de comparação com os resultados obtidos no primeiro momento de avaliação.

Para além disso, no sentido de uma maior monitorização de todo o processo interventivo, e com o objetivo de perceber as reais alterações (a longo prazo) que o programa poderá ter provocado no comportamento dos indivíduos em estudo relativamente aos objetivos traçados, perspetiva-se que os clientes se mantenham no Projeto no ano seguinte, e, para além disso, que, caso seja possível, seja realizada uma fase *follow-up* (3 meses após o término do projeto para um dado cliente), através da aplicação das mesmas grelhas de observação/avaliação.

### **2.3. Objetivos gerais do Projeto Com2P's – Pura Psicomotricidade**

Uma vez a escassez de programas anteriores desta natureza para a população com DID, todo o planeamento desta intervenção terá como linhas orientadoras outros estudos e intervenções já realizados com várias populações com necessidades equivalentes (e.g. *Intellectual Disability – Horizons - Outward Bound*, 2013), bem como as orientações de autores com reconhecimento na área como é o caso de Bonnet (2004) e Reinhardt (s/d.).

Deste modo, podem considerar-se como principais objetivos GERAIS:

- Promover o Bem-Estar e Qualidade de Vida da pessoa;
- Potenciar o desenvolvimento global das capacidades pessoais e sociais;
- Promover a capacidade adaptativa aos diferentes contextos onde se insere;
- Potenciar a autorregulação do comportamento;
- Potenciar a funcionalidade e autonomia no desempenho das tarefas;
- Impulsionar para a participação ativa em atividades sociais e comunitárias.

De uma forma mais ESPECÍFICA, perspetiva-se:

- Promover o desenvolvimento de aspetos psicomotores (e.g. equilíbrio e coordenação; consciência corporal);
- Potenciar a autoconfiança, autoconhecimento e autoestima;
- Promover o sentido de autonomia;
- Potenciar o sentido de iniciativa;
- Potenciar a capacidade de atenção e concentração;
- Potenciar a capacidade de gestão emocional;
- Desenvolver a capacidade de comunicação (em grupo);
- Promover a capacidade resolução de problemas (cada ato/ação provoca uma determinada reação em si mesmo, no grupo e no espaço);
- Trabalhar o cumprimento de regras.

(Nota: O projeto será construído numa dinâmica de autonomia progressiva: inicialmente tarefas mais estruturadas e dirigidas pelos técnicos e, posteriormente, dar cada vez mais a possibilidade de cada cliente seja mais ativo, autónomo).

### **3. Previsão de Resultados**

Os resultados esperados vão no sentido de perceber se existe uma diferença significativa entre o tipo de comportamentos apresentados nos diferentes contextos, antes e após serem sujeitos à intervenção (diminuição dos comportamentos desadaptativos, menores necessidades de apoio e maior capacidade de autonomia e responsabilidade pessoal e social), refletindo uma aquisição de competências pessoais e sociais.

Em suma, tal como Matos (2005) defende, aquilo que se perspetiva e pretende com a realização deste projeto no âmbito da Reabilitação Psicomotora é que a pessoa adquira competências pessoais e sociais para a resolução de problemas e relações interpessoais, através do desenvolvimento da comunicação interpessoal verbal e não-verbal, da capacidade de resolução de problemas sociais, de gestão de conflitos e da assertividade. Consequentemente, espera-se um aumento da sua capacidade de autonomia e responsabilidade pessoal e social, aspeto perceptível através de uma esperada diminuição ao nível da necessidade e intensidade dos apoios para um maior nível de funcionalidade e, consequentemente, de níveis mais elevados de QV, através de uma maior capacidade de independência, capacidade de autodeterminação, participação social e bem-estar no geral.

## 4. Cronograma

Atividades	2013						2014						
	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul
Revisão Bibliográfica	■	■	■										
Apresentação do Projeto à CERCICA (NTAM)	■												
Abertura das Inscrições			■	■	■	■							
Implementação do Projeto Com2P's				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Avaliação do Projeto												■	■

**Nota:** No sentido de integrar o Com2P's como mais uma resposta que o NTAM poderá prover aos seus clientes, tendo em conta a sua população-alvo, perspectiva-se que, após 1 ano de projeto, este seja aberto, também, aos alunos com NEE das escolas do concelho de Cascais que se encontram ao abrigo do Acordo de Cooperação e, ainda, a todos os clientes externos que tenham o interesse em experimentar um área tão potenciadora do seu desenvolvimento global, como a Psicomotricidade, num contexto de Ar Livre.

### Referências Bibliográficas

- Annerstedt, M. e Wahrborg, P. (2011). Nature-assisted therapy: systematic review of controlled and observational studies. *Scand Journal Public Health*. 39(4). 371-388.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade – APP. (2012). *Psicomotricidade – Práticas Profissionais*. Retirado de <http://www.appsicomotricidade.pt/sites/default/files/Brochura%20Total.pdf> - em 7 de dezembro de 2013.
- Bonnet, M. (2004). Vivências urbanas – Psicomotricidade em campo no campo. *A Psicomotricidade*. 4. 94-102
- Borboleta Azul. (2014). *A Outward Bound Brasil*. Retirado de <http://www.obb.org.br/index.php/borboleta-azul/> – em 16 de fevereiro de 2014.
- Brown, I. e Brown, R. (2003). *Quality of Life and Disability: An Approach for Community Practitioners*. Londres e Nova Iorque: Jessica Kingsley Publishers.
- Burack, J. A., Hodapp, R. M. e Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. USA: Cambridge University Press.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais - CERCICA. (2010). *Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais*. Retirado de <http://www.cercica.pt/> - em 12 de outubro de 2013.
- Cooperativa para a Educação e Reabilitação de Cidadãos Inadaptados de Cascais – CERCICA. (2013). *Regulamento Interno Geral*. Documento não publicado.
- Epstein, I. (2004). Adventure therapy: a mental health promotion strategy in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 21(2). 103-110.
- Fenacerci. (2013). *Fenacerci*. Movimento CERCI. Retirado de <http://www.fenacerci.pt/> - em 12 de outubro de 2013.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 3/4. 125-140.
- Outward Bound. (2013). *Intellectual Disability – Horizons*. Retirado de <http://www.outwardbound.co.nz/courses/course/intellectual-disability-horizons/> – em 16 de fevereiro de 2014.

- Jacobson, J. W., Mulick, J. A. e Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Lebre, P. (2012). *Psicomotricidade Ar Livre*. Slides fornecidos no âmbito da unidade curricular de Modelos de Intervenção em Psicomotricidade no ano letivo 2012/2013.
- Lee, T. L. e Shek, D. T. (2010). Positive youth development programs targeting students with greater psychosocial needs: a replication. *Scientific World Journal*. 10. 261-272.
- Luckasson, R. e Schalock, R. L. (2012). Defining and applying a functionality approach to intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*. DOI:10.1111/j.1365-2788.2012.01575.x.
- Lundgren, K. (2004). Nature-based therapy: its potential as a complementary approach to treating communication disorders. *Seminars in Speech and Language*. 25(2). 121-131.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G. (2005). Psicomotricidade, Saúde, Desenvolvimento e competência pessoal e social. *A Psicomotricidade*. 6. 34-39.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na Psicomotricidade da criança. *Revista Portuguesa de Psicomotricidade*. 1(1). 37-46.
- Santos, S. e Morato, P. (2012a). A Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (pp.83-100). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Santos, S. e Morato, P. (2012b). O Comportamento Adaptativo em Portugal. Santos, S. e Morato, P. (Eds.) *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (pp.19-33). Cruz Quebrada: Edições FMH.
- Schalock, R. L.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D.L.; Craig, E.M; Luckasson, R. A.; ... Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11ª ed.). Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities - AAIDD.
- Schalock, R., Brown, I., Brown, R., Cummins, R., Felce, D., Matikka, L., Keith, K. e Parmenter, T. (2002). Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. *Mental Retardation*. 40 (6). 457–470.
- Schalock, R. L., Luckasson, R. A., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., Snell, M.... et al (2012). *User's Guide: Intellectual Disability: definition, classification and systems of supports* (11<sup>th</sup> ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Schalock, R. L.; Luckasson, R. A.; Shogren, K. A.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W. H.; Coulter, D.L.; ... Yeager, M.H. (2007). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the change to the term Intellectual Disability. *Intellectual developmental disabilities*. 45(2). 116-124.
- Reinhardt, M. (s/d.). *Séances de psychomotricité en pleine nature*. Retirado de <http://www.nature-en-mouvement.com/fiche.php?id=5> – em 16 de fevereiro de 2014.
- Shek, D. T. e Ma, C. M. (2010). Subjective outcome evaluation findings: factors related to the perceived effectiveness of the tier 2 program of the project P.A.T.H.S. *Scientific World Journal*. 10. 250-260.
- Sousa, J., Casanova, J., Pedroso, P., Mota, A., Gomes, A., Seiceira, F. et al. (2007). *Mais qualidade de vida para as pessoas com deficiências e incapacidades: Uma estratégia para Portugal*. Vila Nova de Gaia: Centro de Reabilitação Profissional de Gaia.
- Stevens, B., S. Kagan, et al. (2004). Adventure therapy for adolescents with cancer. *Pediatric Blood Cancer*. 43(3). 278-284.

- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., Schalock, R., et al. (2004). *Supports Intensity Scale – User Manual*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J.; Bradley, V.; Buntix, W.; Schalock, R.; Shogren, K.; Snell, M. & Wehmeyer, M. with Borthwick-Duffy, S.; Coulter, D.; Craig, E.; Gomez, S.; Lachapelle, Y.; Luckasson, R.; Reeve, A.; Spreat, S.; Tassé, M.; Verdugo, M. & Yeager, M. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 47(2). 135-146.
- Trzaska, J. D. (2012). The use of a group mural project to increase self-esteem in high-functioning, cognitively disabled adults. *The Arts in Psychotherapy*. 39. 436–442.
- Wehmeyer, M. (2003). Defining Mental Retardation and Ensuring Access to the General Curriculum. *Education and Training in Developmental Disabilities*. 38(3). 271–282.
- Woolf, S., Woolf, C. M. e Oakland, T. (2010). Adaptive Behavior Among Adults With Intellectual Disabilities and Its Relationship to Community Independence. *Intellectual And Developmental Disabilities*. 48(3). 209-215.
- World Health Organisation (WHO). (2007). *Intellectual Disability – A Manual for CBR Workers*. Mental Health and Substance Abuse Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health. New Delhi. Retirado de [http://203.90.70.117/PDS\\_DOCS/B0759.pdf](http://203.90.70.117/PDS_DOCS/B0759.pdf) - em 3 de abril de 2013.

